

Henna Mertaniemi

**Haasteista ratkaisuihin  
-käyttösoireet etenevien muistisairauksien hoidossa**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-,terveys-ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Syksy 2010



**Kajaanin  
ammattikorkeakoulu**

## OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-,terveys-ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Henna Mertaniemi	
Työn nimi Haasteista ratkaisuihin-käyttösoireet etenevien muistisairauksien hoidossa	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Pitkäaikaissairaan-ja ikääntyvän hoitotyö	Ohjaaja(t) Irja Jokelainen, Rauni Leinonen
	Toimeksiantaja Pohjois-Suomalaisen kunnan kotihoito-ja vanhuspalvelut
Aika Syksy 2010	Sivumäärä ja liitteet 70+4
<p>Käyttösoireiden hoitaminen on tärkeä osa muistisairaahan potilaan hyvää hoitoa. Käyttösoireet aiheuttavat muistisairaalle itselleen kärsimystä, ja lisäävät potilaan riskiä joutua laitoshoitoon. Muistisairaahan, käyttösoireista kärsivän potilaan hoito on myös yksi vaikeimmin hallittavia aloja. Se on oma erityisalueensa, joka vaatii lisäasiantuntemusta, ja muistisairauksien hoitoon erikoistuneita yksiköitä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä käyttösoireisen muistisairaahan asukkaan hoitotyössä opinnäytetyön kohteena olevassa valvotussa asumispalvelukodissa. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaahan asukkaan hoitotyöhön liittyvistä haasteista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ja tuoda esille ehdotuksia, joita toimeksiantaja voi hyödyntää auttamismenetelmien kehittämisessä. Tavoitteena oli myös herättää pohdintaa sekä lisätä keskustelua ja arviointia työyhteisössä.</p> <p>Tiedonantajina oli kaksi hoitotyöntekijää. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin yksilö teemahaastattelulla ja käyttösoirekyselyllä. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimustehtävät olivat: millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaahan käyttösoireita voidaan helpottaa, millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaahan käyttösoireita voidaan ennaltaehkäistä ja millaisia haasteita liittyy käyttösoireista kärsivän muistisairaahan asukkaan hoitotyöhön hoitotyöntekijän näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaajien eniten käyttämiä helpottavia auttamismenetelmiä olivat erilaiset vuorovaikutuskeinot kuten oikea äänen käyttö ja rauhallisuus, sekä kosketus ja läheisyys, joustaminen ja huumorin käyttäminen. Toimintaa rajoittavina auttamismenetelminä käytettiin asukkaan ohjaamista tilanteesta pois ja viemällä huoneeseensa rauhoittumaan, kieltämällä sekä pitämällä käsistä kiinni pesutilanteissa. Ennaltaehkäisevinä hoitotyön auttamismenetelminä vastaajat aktivoivat asukkaita laulamalla ja fyysisten aktiviteettien avulla, sekä pyrkimällä ennakoimaan tilanteita havainnoimalla, järjestämällä ympäristöä, noudattamalla asukkaiden toivomuksia ja tekemällä yhteistyötä toisten hoitotyöntekijöiden kanssa. Muistisairaiden hoitotyön haasteiksi vastaajat kuvasivat työssä onnistumisen, muuttuvien tilanteiden hallinnan sekä kuuntelemisen ja havainnoimisen taidon.</p> <p>Vastaajilla oli käytössään useita edistyksellisiä hoitotyön toimintoja. Osaa vastaajien käyttämistä toimintaa rajoittavista menetelmistä ei luokitella edistykselliseksi tai ammatilliseksi hoitotyön toiminnaksi. Johtopäätöksissä toin esille kehittämisehdotuksia asumispalvelukodin hoitohenkilöstölle toimeksiantajan toivomuksesta.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	muistisairaus; käyttösoireet; hoitotyön auttamismenetelmät
Säilytyspaikka	<input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Henna Mertaniemi	
Title From Challenges to Solutions - treating behavioral symptoms in progressive memory failure	
Optional Professional Studies Aging and Long-Term Nursing	Instructor(s) Rauni Leinonen, Irja Jokelainen
	Commissioned by Home care and Elderly Services
Date Autumn 2010	Total Number of Pages and Appendices 70+4
<p>An important part of good memory care is treatment of behavioral symptoms which make the patient suffer and increase the risk of institutionalisation. Treatment of behavioral symptoms associated with memory failure is also most difficult to manage and requires special knowledge and specialized healthcare units.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe nursing interventions used for treating residents' behavioral symptoms in a high dependency sheltered home. Moreover, the purpose was to describe the nursing staff's experiences of the challenges related to the treatment of residents with memory failure. The aim of this thesis was, first of all, to produce information and present suggestions which the commissioner can use to develop interventions and also to arouse discussion and to increase conversation in the work community.</p> <p>Two members of the nursing staff acted as informants. The data was collected with individual theme interviews and behavioral symptom assessment questionnaire. The interview data was analysed by material based content analysis. The research tasks were: what kind of nursing interventions could relieve and prevent behavioral symptoms of residents with memory failure, and what kind of challenges were associated with treatment of residents with behavioral symptoms from the nursing staff's perspective.</p> <p>According to the results of this thesis, the most commonly used interventions were interactive interventions such as use of proper tone, calmness, touching, closeness, flexibility and sense of humour. Showing the resident away to calm him down, telling him to stop and holding his hands tightly in the shower were used as restrictive interventions. Preventive interventions included singing, physical activities and anticipation of situations by e.g. observing residents and adjusting the environment. Success at work, management of changing situations and listening and observations skills were named as challenges in memory care.</p> <p>The conclusions were that the informants used many advanced nursing interventions. However, some of the restrictive interventions do not classify as advanced or professional nursing interventions. Development ideas for high dependency sheltered housing are discussed further in the conclusions as requested by the commissioner.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Memory failure, behavioral symptoms, nursing interventions
Deposited at	<input type="checkbox"/> Kactus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET	3
3 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET	6
3.1 Käyttöoiretyypit	6
3.2 Käyttöoireita laukaisevat tekijät	7
3.3 Käyttöoireiden kartoittaminen	9
4 MUISTIPOTILAAN KÄYTÖSOIREIDEN LÄÄKKEETÖN HOITO	11
4.1 Hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot osana lääkkeetöntä hoitoa	11
4.2 Käyttöoireista kärsivän muistipotilaan kohtaaminen	13
4.3 Ympäristötekijät osana lääkkeetöntä hoitoa	15
4.4 Fyysisten tekijöiden tunnistaminen osana lääkkeetöntä hoitoa	16
5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
6 TUTKIMUSMENETELMÄ	19
6.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja toteutusympäristö	19
6.2 Aineiston hankinta	20
6.3 Aineiston analysointi	23
7 TUTKIMUS TULOKSET	25
7.1 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaahan käyttöoireiden helpottamiseksi	25
7.2 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaahan käyttöoireiden ennaltaehkäisemiseksi	33
7.3 Käyttöoireista kärsivän muistisairaahan hoitotyön haasteet	39
7.4 Yhteenvedo taustatiedoista	40
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8.1 Vuorovaikutuskeinot ja turvallisuuden tunne tärkeimpiä käyttöoireiden helpottamisessa	42
8.2 Käyttäytymisen hillitseminen vaatii eettistä pohdintaa työyhteisössä	45
8.3 Liikkeellä ja laulamalla hoitamalla ehkäistään passiivisuuden lisääntymistä	47
8.4 Käyttöoireita laukaisevat tekijät tulee tunnistaa ennalta	48
8.5 Yhteiset hoitolinjat ja hoitohenkilöstön yhteistyö osana käyttöoireiden ennaltaehkäisyä	50

8.6 Hoitotoimien vastusteleminen vaikuttaa onnistumisen ja hallinnan tunteeseen työssä	51
8.7 Kehittämisehdotukset asumispalvelukodille	53
9 POHDINTA	59
9.1 Luotettavuus	59
9.2 Eettisyys	61
9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	63
9.4 Oma oppiminen	64
LÄHTEET	67
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Muistisairaudet heikentävät sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi. Dementialla tarkoitetaan useamman kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden siinä määrin, että henkilön itsenäinen selviytyminen päivittäisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa heikentyy (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.)

Käyttöoireet ovat muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä.(Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Käyttöoireet ovat kognitiivisia oireita merkittävämpi syy omaisten loppuun palamiseen, ja potilaan laitoshoidon joutumiseen, ja siten myös tärkeämpiä muistisairauksien aiheuttaman taloudellisen rasitteen kannalta (Vataja 2006, 99.) Muistisairaana, käyttöoireista kärsivän potilaan hoito on yksi vaikeimmin hallittavia aloja. Se on oma erityisalueensa, joka vaatii asiantuntemusta, ja muistisairauksien hoitoon erikoistuneita yksiköitä.

Muistisairaat ovat potilasryhmä, jonka sairaanhoitajana tulen kohtaamaan lähes missä yksikössä tahansa työskennellessäni. Suomessa väestön ikärakenteen muutos johtaa tilanteeseen, jossa muistisairaiden henkilöiden lukumäärä ja osuus väestössä tulee kasvamaan. Vuonna 2010 keskivaikeista tai vaikeista dementian oireista kärsivää muistisairasta on maassamme noin 85 000, kun heitä vuonna 2020 arvioidaan olevan noin 110 000 henkilöä, ja vuonna 2030 jo noin 128 000 henkilöä (Viramo & Sulkava 2006,24.)

Opinnäytetyöni kehittää sairaanhoitajan ammatillista asiantuntijuutta eettisen toiminnan ja tutkimus- ja kehittämistyön osaamisen osalta. Opinnäytetyö antaa itselleni valmiuksia kantaa eettistä vastuuta, tunnistaa muistisairaiden hoitokäytännöistä nousevia kehittämistarpeita sekä edistää hoitotyön laatua tulevana sairaanhoitajana (Opetusministeriö 2006, 66 ; Suomen sairaanhoitajaliitto1996.) Opinnäytetyöni kartuttaa ja syventää asiantuntijuuttani käyttöoireisten muistisairaiden hoitotyöstä, mikä parantaa valmiuksiani toimia muistisairaiden parissa sekä heidän omaistensa tukena.

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikuttivat oma halu saada valmiuksia kohdata ja hoitaa käyttöoireista kärsivää muistisairasta potilasta, hoitotyössä kokemani puutteet tämän potilasryhmän hoidon laadussa, sekä muistisairaiden hoidon kokeminen haasteellisena. Opinnäytetyöni aiheen olen valinnut itse, ja hakenut sille toimeksiantajan. Työelämän toimeksiantajana

on erään Pohjois-Suomalaisen kunnan kotihoito- ja vanhuspalvelut, ja opinnäytetyön toteutusympäristönä muistisairaiden asukkaiden valvottu asumispalvelukoti.

Opinnäytetyö on laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelun ja taustatietolomakkeen avulla. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimustehtäviä muodostui kolme: millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan helpottaa, millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan ennaltaehkäistä ja millaisia haasteita liittyy käytösoireista kärsivän muistisairaana asukkaan hoitotyöhön hoitotyöntekijän näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä käytösoireista kärsivän muistisairaana asukkaan hoitotyössä valvotussa asumispalvelukodissa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaana asukkaan hoitotyöhön liittyvistä haasteista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ja tuoda esille ehdotuksia, joita toimeksiantaja voi hyödyntää auttamismenetelmien kehittämisessä. Tavoitteena on myös herättää pohdintaa sekä lisätä keskustelua ja arviointia työyhteisössä.

Isolan, Backmanin, Saarnion ja Paasivaaran (2004) dementoituvien potilaiden haasteellista käyttäytymistä, ja fyysisten pakotteiden käyttöä koskevan tutkimusprojektin toinen vaihe valmistui v. 2004 laadullisena tutkimuksena. Tutkimustulokset kuvasivat laajasti dementoituvien hoitotyön edistyksellisiä toimintoja, ja toivat uudenlaista näkökulmaa käytösoireisten hoitotyöhön. Mähönen (2001) tutki dementoituvien vanhusten haasteellista käyttäytymistä ja sen esiintymisen useutta, sekä hoitotyön menetelmien käyttöä. Kanalan ja Leinosen (2001) tutkielman tarkoituksena oli kuvata dementoituvan haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyttä ja vakavuutta, sekä siihen liittyvää hoitajan toimintaa yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa.

## 2 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita kognitiivisia eli tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten tarkkaavuutta, toiminnanohjausta, abstraktia ajattelua, kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja orientaatiota (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010).

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon elimellisestä syystä johtuvaa merkittävää heikkenemistä aiemmin paremmalta toiminnan tasolta. Älyllisen toimintakyvyn muutokset heikentävät itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementian syy voi olla etenevä sairaus (Alzheimerin tauti), pysyvä jälkitila (aivovamma) tai hoidolla parannettava sairaus (kilpirauhasen vajaatoiminta). Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.)

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale-tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Alzheimerin tauti on etenevien muistioireiden ja dementian syynä noin 70 %:lla, aivoverenkiertosairauteen liittyvä vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen 15-20 %:lla, Lewyn kappale-sairaudet (Parkinson tauti-muistisairaus, Lewyn kappale tauti ja Alzheimerin tauti + Lewyn kappale tauti) 10-15 %:lla. Parkinson tauti-muistisairauden osuus kaikista dementioista on noin 3-4 %. Alzheimerin tauti ja samanaikainen aivoverenkiertosairaus (10 %:lla) on merkittävä muistisairauden muoto vanhemmissa ikäryhmissä, ja saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevän muistisairauden alatyyppejä. Arviolta 5 % kaikista etenevistä ja 10 % työikäisten muistisairauksista johtuu otsa-ohimolohkorappeumista (frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia, semanttinen dementia.), ja näistä frontotemporaalinen dementia käsittää noin puolet (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.)

Etenevän muistisairauden vaikeusasteet jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muistisairauteen (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Lievässä muistisairaudessa uusien asioiden mieleen painaminen ja oppiminen ovat heikentyneet niin, että siitä koituu päivittäistä haittaa henkilölle. Sopimukset ja keskustelut unohtuvat, uusien ohjeiden opettelu ei onnistu ja henkilö toistelee ja kyselee samoja asioita päivittäin. Moni myöntää itsekin muistihäiriön. Muistisairaalla henkilöllä on lisäksi kielellisiä vaikeuksia ja aloite- ja keskittymiskyvyt-



tömyyttä. Keskittymisvaikeuksien takia henkilöllä on vaikea pysyä keskustelun juonessa mukana suuressa ihmisjoukossa. Suunnitelmallisuuden heikentyminen näkyy esimerkiksi samojen ruokatavaroiden ostamisena kaappiin. Henkilö muistaa vielä kohtalaisesti yksittäisiä tapahtumia, mutta niiden aikajärjestys sekaantuu. Tässä vaiheessa henkilö tarvitsee jo päivittäistä ohjausta ja valvontaa, mutta selviytyy yksinkin kotona. Käyttöoireista tyypillisimpiä ovat masennus, ärtyvyys, apatia ja tunne-elämän latistuminen (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136-137.) Lievästä muistisairaudesta kärsivän henkilön ohjaus ja orientoiminen onnistuu eri tilanteissa vetoamalla tosiasioihin (Haikarainen, Heimonen & Raatikka 1997, 76).

Keskivaikeassa muistisairaudessa henkilön sairaudentunto on heikentynyt. Lähimuisti on heikko, mistä johtuu, että tavarat ovat aina hukassa ja henkilö kysyy jatkuvasti samoja asioita. Lähes kaikilla on sanojen hakemista, ja vaikeutta ymmärtää monimutkaista puhetta. Tavallisenkin keskustelun seuraaminen on vaikeaa, ja muistisairas saattaa eksyä tutummassakin ympäristössä. Henkilöllä on vaikeuksia tunnistaa ympäristöä, tuttuja kasvoja tai jopa omaa kotiaan. Kyky käyttää välineitä ja kodinkoneita heikkenee eikä pukeutuminen tai hampaiden harjaus enää onnistu ilman ohjausta. Partaa ajaessa puolet kasvoista saattaa jäädä ajamatta, ruuanlaitto ei onnistu. Käyttöoireista väärintulkinnat yleistyvät ja henkilö seurustelee peilikuvansa kanssa tai epäilee puolisoaan vieraaksi ihmiseksi. Nykyisyys ja menneisyys sekaantuvat entistä enemmän, ja harhaluuloisuus on yleistä. Tavarat on varastettu tai puoliso on vaihdettu. Muistisairas henkilö tuntee epävarmuutta ja pelkoa yksinjäamisestä ja takertuu omaiseensa. Masennus- ja pelkotilat ovat yleisiä. Tässä vaiheessa henkilö tarvitsee päivittäistä valvontaa ja apua saman verran kuin 5-7 v. lapsi. Hänellä on kävelyhäiriöitä ja tasapaino on heikentynyt (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 137-138.) Muistisairas henkilö ei pysty käsittelemään tunteitaan, joten tunteet vaikuttavat voimakkaasti. Järkeen ja realiteetteihin perustuvilla selityksillä ei voi enää rauhoittaa henkilöä, jolla on keskivaikea muistisairaus ( Haikarainen ym. 1997, 76.)

Vaikeassa muistisairaudessa henkilön muisti toimii vain satunnaisesti, puheen tuotto ja ymmärtäminen on vähäistä, ja hahmottaminen ja kätevyys ovat vaikeasti häiriintyneet. Käyttöoireita esiintyy lähes kaikilla tässä vaiheessa: apatiaa, vastustelua, katastrofireaktioita (äkillinen, odottamaton reaktio), agitaatiota (kiihtyminen, levottomuus) ja levotonta vaeltelua. Muistisairasta henkilöä on ohjattava tai autettava kaikissa perustoiminnoissa. Hän tarvitsee apua ensin pukeutumisessa, sitten peseytymisessä ja hygienian hoitamisessa, seuraavaksi wc-toiminnoissa ja lopulta myös syömisessä. Avun tarve on samanlainen kuin 2-4 v. lapsella, eikä henkilöä voi jättää yksin. Hänen kävelyksensä on lyhytaskelista ja leveäraiteista, ja kävelyhäi-

riöt lisäävät kaatuiluja. Muistisairas henkilö tarraa kiinni hoitohenkilöstöön pystymättä irrottamaan otettaan. Loppuvaiheessa sanoja on vain muutamia, raajat jäykistyvät, henkilö menettää kykynsä kävellä, on pidätyskyvytön ja syötettävä (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 138-139.) Ympäristön ärsykkeet ohjaavat vaikeasta muistisairaudesta kärsivän henkilön toimintaa. Hän elää vahvasti tunteillaan ”tässä ja nyt” -tilanteessa ( Haikarainen ym. 1997, 76.)

### 3 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET

Käyttöoireiden hoitaminen on tärkeä osa muistipotilaan hyvää hoitoa. Oireet aiheuttavat muistisairaalalle kärsimystä, heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua, sekä nopeasti vaihtuvina ja ennalta arvaamattomina tuottavat stressiä hoitohenkilöstölle (Eloniemi-Sulkava 2009.) Käyttöoireet lisäävät sosiaali - ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä, ja ovat tärkein muistipotilaan pitkäaikaishoidon alkamisen syy (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava. 2001, 84 ; Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.)

Käyttöoireita esiintyy jossakin sairauden vaiheessa 90 %:lla eri muistisairauksissa. Käyttöoireita tulee hoitaa, jos ne rasittavat muistipotilasta tai hoitavaa omaista ja hoitohenkilöstöä, ja heikentävät hänen sosiaalista kanssakäymistään tai kykyä huolehtia itsestään. Hoito on myös aiheellista, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle tai muille, ja vaikuttavat siten henkilön hoitopaikkaratkaisuihin. Osa käyttöoireista voi hävitä itsestään (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Eloniemi-Sulkavan (2009) mukaan tilanteeseen tulee tarttua, jos muistisairaahan käyttöoireet ovat toistuvia tai vaikeasti lievennettävissä. Käyttöoireet voivat olla ohimeneviä tai jatkua vuosia (Saarela, Huusko, Kivelä, Alhainen, Koivisto, Koponen, Leppävuori, Sulkava, Vataja, Viramo & Erkinjuntti 2001, 2782). Käyttöoireet eivät lisäänty tasaisesti muistisairauden edetessä, vaan esiintyvät jaksoittain vaihdellen (Vataja, Alhainen, Huusko, Kivelä, Koivisto, Koponen, Leppävuori, Saarela, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2001, 173).

#### 3.1 Käyttöoireityypit

”Käyttöoireilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä” (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Eteneviin muistisairauksiin liittyy kahden tyyppisiä käyttöoireita: psykologisia oireita ja käyttäytymisen oireita (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD.) Käyttäytymisen oireet ovat havainnoitavissa olevia muistipotilaan käyttäytymisen piirteitä. Psykologiset oireet sitä vastoin kertovat muistipotilaan mielen sisällöstä, jotka tulevat yleensä esille henkilöä tai hänen omaistaan haastateltaessa (Tilvis ym. 2001, 84.)

Psykologisia oireita ovat erilaiset depressiiviset oireet, kuten masentuneisuus/ alakuloisuus, ahdistuneisuus ja ärtyneisyys/mielialan vaihtelu, sekä apatia, aistiharhat, harhaluulot, virhetulkinnat ja unihäiriöt. Dementoiviin sairauksiin liittyviä käyttäytymisen oireita ovat muun muassa fyysinen tai verbaalinen aggressiivisuus, levottomuus eli agitaatio, vaeltelu, kuljeskelu ja karkailu, seksuaalinen estottomuus ja estoton käyttäytyminen, poikkeava motorinen käytös (pakko-oireet, toisto-oireet), tavaroiden keräily ja kätkeminen, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, itsensä vahingoittaminen, huutelu sekä katastrofireaktiot (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 21 ; Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.)

Arviot yksittäisten käytösoireiden yleisyydestä muistipotilailla vaihtelevat paljon eri tutkimuksissa. Esimerkiksi masennusta esiintyy vaikeana noin 5-15 %:lla ja lievänä noin 25 %:lla useimmiten muistisairauden lievässä vaiheessa ja apatiaan liittyviä aloitteellisuusongelmia on noin 80 %:lla jossain muistisairauden vaiheessa. Levottomuus -eli agitaatio-oireita esiintyy noin 50-60 %:lla muistisairauden vaikeassa vaiheessa, ahdistuneisuutta tavataan noin 40-50 %:lla tavallisimmin muistisairauden lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa ja aistiharhoja ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25-50 %:lla tavallisimmin muistisairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Rajan vetäminen esimerkiksi ahdistuneisuus-, levottomuus -ja aggressiivisuusoireiden välillä on epätarkkaa, ja oireet on määritelty eri tavalla eri tutkimuksissa. Myös hoitopaikka vaikuttaa oireiden esiintyvyyteen. (Vataja 2006, 99.)

Käytösoireen vaikeusasteet jaetaan lievään, melko vaikeaan ja vaikeaan oireeseen. Lievässä oireessa tilanne lievittyy tavallisella rauhoittelulla. Melko vaikea oire aiheuttaa vaivaa muistipotilaalle, joka ilmaisee vaivan spontaanisti. Tilannetta on tuolloin jo vaikea lievittää. Vaikea käytösoire on voimakas, ja aiheuttaa henkilölle paljon kärsimystä (Eloniemi-Sulkava 2008.)

### 3.2 Käytösoireita laukaisevat tekijät

Käytösoireen taustalta löytyy yleensä useita tekijöitä. Oireen syntyyn vaikuttavat potilaan sairaudesta johtuvat neurokemialliset (välittäjäainepuutokset) ja neuropatologiset (hermosolujen rappeutuminen) muutokset, peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitohenkilöstöön,

muu terveydentila ja lääkitys sivuvaikutuksineen sekä fyysinen elinympäristö (Sulkava ym. 1999, 14-15.)

Tärkein käytösoireita selittävä tekijä on potilaan sairastama etenevä muistisairaus, sen vaikeusaste ja siitä aiheutuneet kognitiiviset muutokset ja häiriöt. Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat myös potilaan yksilölliset ominaisuudet, kuten persoonallisuuden piirteet, elämänhistoria ja muutokset minäkuvassa. Osaan oireista (depressio, aggressio) vaikuttavat huomattavasti häiriöt muistipotilaan ja ympäristön vuorovaikutuksessa. Mm. hoitopaikan ilmapiirin kärsimättömyys ja levottomuus, ihmissuhdeongelmat tai kiireisyys altistavat käytösoireille. Laitoshoidossa levottomat asukastoverit lisäävät käytösoireita. Muistipotilaan elinympäristö voi huonoimmillaan edistää käytösoireiden syntymistä tai lisätä niitä. Tällaisia tekijöitä ovat mm. liiallinen ärsykkeiden määrä, meluisuus, rauhattomuus tai jatkuvasti vaihtuvat hoitotyöntekijät. Käytösoireille altistavat myös muistipotilaan muut sairaudet, kuten aistien heikentyminen sekä kommunikaatiokyky. Myös vuorokauden ajalla on todettu olevan merkitystä käytösoireiden esiintymiseen, esimerkiksi alkuillan oireilu (Sulkava ym.1999 14-15 ; Vataja 2006, 103.)

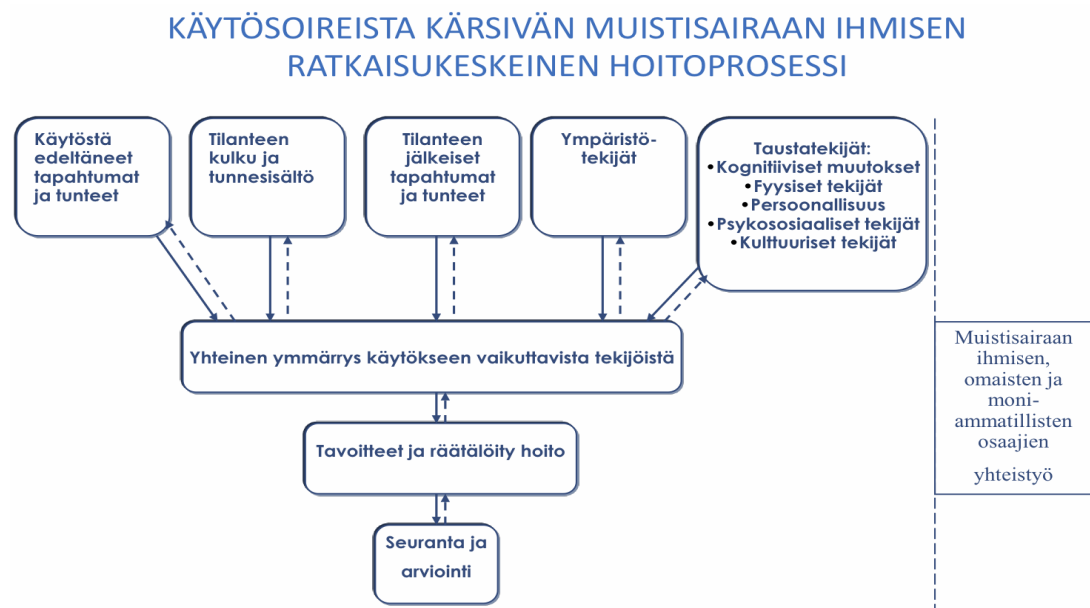
Tilannehallinnan menetys on yksi tärkeä käytösoireita selittävä ja laukaiseva tekijä. Muistipotilaan tilannehallinnan menetystä aiheuttavat muistin ja loogisen ajattelun vaikeuksien lisäksi psyykkiset syyt, kuten tunneherkkyyden lisääntyminen sekä sairastuneen heikentynyt kyky käyttää puolustusmekanismeja. Hankalien tunteiden peittäminen ja elämän aikana opittu normien mukainen käyttäytyminen eivät enää onnistu. Tilannehallinnan ongelmia lisäävät myös ruumiilliset vaivat ja soveltumaton lääkitys (Viramo, Ahvo, Eloniemi-Sulkava, Helkala, Huusko, Käyhty, Semi, Sulkava & Valvanne 2001 ,33.)

Muistipotilaan fyysisessä ja henkisessä minäkuvassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat hänen toimintakykyynsä. Käytösoireen voi laukaista esimerkiksi henkilön joutuminen hoitohenkilöstön määräämäksi, jos hän on elämänsä aikana saanut nauttia muiden arvostusta. Ahdistuksen laukaisijana saattaa olla käden taitojen menetys, kun henkilö on aiemmin saanut tyydytystä ja arvostusta omasta kätevyystään. Muistipotilaan ahdistusherkkyyttä lisäävät myös elämänaikaiset käsittelemättömät vaikeudet ja tunteet sekä elämätön elämä. (Viramo ym.2001, 17.)

### 3.3 Käyttösoireiden kartoittaminen

Hoitohenkilöstön on tärkeää tunnistaa, mikä henkilöllä on hätänä, ja mitä käyttäytymisoireiden taustalla on. Olennaista on kuinka hoitotyöntekijä menettelee, kun potilas oireilee ja viestii pahaa oloaan. Mitä paremmin hoitotyöntekijä ymmärtää potilasta ja tämän oireita, sitä paremmin hän voi hallita kokonaistilannetta, ja kestää hankaliakin oireita. Oireiden ja niiden kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämiseksi tulisi kartoittaa muistipotilaan kokonaistilanne, eli selvittää tilanteet joissa oire esiintyy sekä ympäristöön liittyvät asiat ja haastella omaisia. Potilaan tilanteen arvioinnin jälkeen suunnitellaan räätälöidyt tuki- ja auttamismuodot, ja seurataan sekä dokumentoidaan niiden vaikutusta (Eloniemi-Sulkava 2007.) Kuviossa 1 esitetään käyttösoireisen muistisairaahan ratkaisukeskeinen hoitoprosessi.

Tilannetta edeltäneistä tapahtumista, itse tilanteesta ja tilanteen jälkeisistä tapahtumista käydään läpi tapahtumat (paikka, aika, läsnäolijat, tilanne, tekeminen, puheet, ilmeet) sekä asukkaan, muiden asukkaiden ja hoitohenkilöstön tunnesisällöt ja tunteet. Ympäristötekijöistä tulee selvittää tilat ja muu fyysinen ympäristö sekä asenne- ja toimintaympäristö, joihin haitallisina tekijöinä voi liittyä toiminnan ja osallistumisen mahdollisuuksien puuttuminen, tai epäarvostava ja epäluotettava ilmapiiri. Ympäristötekijöistä tulee myös selvittää millainen vuorovaikutusympäristö tilanteessa oli muistisairaahan kokemana, oliko mahdollisesti kärsimättömyyttä tai kiireisyyttä (Eloniemi-Sulkava 2009.)



Kuvio 1. Ratkaisukeskeinen hoitoprosessi (Eloniemi-Sulkava 2009)

Taustatekijöistä selvitetään muistisairaahan kognitiiviset muutokset, kuten muistin vaikeudet tai hahmottamisen ja kätevyuden häiriöt, fyysiset tekijät kuten kipu, ummetus tai väsymys, sekä muistisairaahan persoonallisuus, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät. Psykososiaaliset tekijät tarkoittavat muun muassa tilanteita, joissa muistisairas ei tule ymmärretyksi ja huomioiduksi siten kuin hän toivoisi ja tämä aiheuttaa ärtymystä ja ahdistuneisuutta. Myös käsittelemättä jääneet traumat voivat painaa mieltä, tai ihmisellä on katkeruutta ja mielihahaa elämänaikaisista tapahtumista, joita hän ilmaisee yksilöllisillä tavoillaan. Mielipahaa ja kiukkua muistisairalle voi myös aiheuttaa, jos kulttuurisia tekijöitä kuten arvomaailmaa, ei huomioida hoidossa. (Eloniemi-Sulkava 2009.)

Selvitystyön tulee olla tavoitteellista, ja tarvitaan myös räätälöityjä hoitokeinoja. Räätälöinnin periaatteina on yksilöllisyys, yhteistyö omaisten kanssa ja moniammatillisesti, laaja-alaiset hoito- ja tukikeinot sekä itsearvioiva työyksikkö, jolla on pohtiva työote. Räätälöity hoito käsittää hyvän fyysisen ja somaattisen hoidon, ravitsemuskuntoutuksen, hoitavaa vuorovaikutusta liikkeellä, laululla ja muistelulla, ympäristön parantamista ja liikkumisen ja osallistumisen tukemista. Räätälöityyn hoitoon tarvitaan laaja-alaisesti sekä somaattisen että psykososiaalisen hoidon keinoja. Tuloksellisuus edellyttää sitoutumista, seuranta ja arviointia (Eloniemi-Sulkava 2009.)

Ratkaisukeskeinen hoitoprosessi sisältää lääkkeettömän hoidon tärkeimmät tekijät: monipuolisen tilannekartoituksen, työryhmän tavoitteellisen selvitys - ja toteutustyön, räätälöidyt hoito - ja tukikeinot sekä yhteistyön omaisten kanssa. Lääkkeettömän hoidon tausta-ajatuksena on , että muistisairaahan ihmisen käyttäytymiseen on potilaan näkökulmasta mielekkäitä syitä, jotka pyritään selvittämään ja räätälöimään hoito niiden pohjalta (Eloniemi-Sulkava 2008.)

## 4 MUISTIPOTILAAN KÄYTÖSOIREIDEN LÄÄKKEETÖN HOITO

Ensisijaisesti lääkkeetön hoito tarkoittaa sitä, että muistipotilaan tarpeista huolehditaan niin tarkoituksenmukaisesti kuin suinkin mahdollista muun muassa asianmukaisen ravitsemuksen ja nesteytyksen avulla, sekä poistamalla käytösoireita laukaisevia tekijöitä, kuten kipu tai epäasianmukainen lääkitys. Hoidossa tulee välttää henkilön turhaa perusteetonta itsenäisyyden rajoittamista, sekä avuttomuuden korostamista. Jäljellä olevaa toimintakykyä tuetaan hoitoympäristön ja –yhteisön avulla. Käytösoireiden hoidoksi saattaa myös riittää oireiden hyvä arviointi, syiden selvittäminen käyttäytymiselle ja maalaisjärkeen perustuva ohjaus (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Eloniemi-Sulkavan (2007) mukaan lääkkeetön hoito ei ole sitä, ettei käytetä lääkkeitä, vaan lääkkeettömän hoidon tukena voidaan käyttää asianmukaista ja määräaikaista lääkitystä.

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan myös erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, sekä vuorovaikutukseen ja muistipotilaan ympäristöön vaikuttamista. Psykososiaaliset hoidot ovat erilaisia käytösoireiden hoidossa käytettyjä lähestymistapoja, mm. tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet validaatio- eli mielikuvaterapia, realiteettiterapia ja muisteluterapia, sekä käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen hallintaa tukevat behavioraaliset terapiat (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010.) Lisäksi käytetään virikeorientoituneita hoitomuotoja, kuten musiikkia, musiikkiterapiaa, tanssia, lemmikkieläinterapiaa, kädentaitoja, kuvataidetta, virkistystoimintaa tai kirkasvalohoitoa. Psykomotoriset hoitomuodot sisältävät muistipotilaita varten kehitettyjä aktivointiohjelmia ja fysioterapiasovelluksia (Saarela ym. 2001, 2780-2781.) Aromaterapiasta on kahdessa tieteellisessä tutkimuksessa todettu sen vähentävän potilaiden käytösoireita käytettäessä sitruunamelissa tai laventeliaromeja esimerkiksi kylvyssä, voiteina tai sprayna (Vataja 2006, 103).

### 4.1 Hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot osana lääkkeetöntä hoitoa

Käytösoireiden lääkkeettömät hoitomuodot perustuvat hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitoihin ja niiden lisäämiseen. Hoitotyöntekijän oma elämäkokemus, luovuus ja kekseliäisyys ovat apuna ongelmatilanteissa selviytymisessä. Myös suurpiirteinen ja suhteellisuudentajuinen elämänote auttaa suvaitsemaan muistipotilaan käytösoireita (Saarela ym. 2001, 2777-



2778.) Hoitohenkilöstöltä edellytetään pitkäjännitteisyyttä ja kykyä rauhalliseen ja kiireettömään suhtautumiseen ja läsnäoloon (Niemelä 2007, 9). Kanalan ja Leinosen (2001) tutkimuksen mukaan muistipotilaiden hoitotyöntekijä tarvitsee tietoa muistisairauksista, ongelmanratkaisutaitoja, joustavuutta, itseluottamusta, positiivista asennetta ja huumorintajua. Mähösen (2001) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat dementoituneen hoitotyötä näytelmäksi, jossa hoitajan tulee ottaa erilaisia rooleja saadakseen potilaan hoidetuksi.

Muistipotilaan hyvän hoidon perusta on ymmärtävä vuorovaikutus. Kun kielen täsmällisyys heikkenee muistisairauksissa, keskinäinen ymmärtäminen muuttuu erityisen haasteelliseksi. Hajanaiset ja joskus käsittämättömiltä tuntuvat ilmaisut ovat kuitenkin avaimia muistipotilaan sen hetkiseen sisäiseen kokemusmaailmaan missä hän elää, esimerkiksi lapsuudessa, aikuisuudessa tai menneisyyden ahdistavissa tilanteissa. Tämän maailman ymmärtäminen ja tavoittaminen on tärkeää, jopa välttämätöntä vuorovaikutustilanteissa muistipotilaan kanssa (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2004, 7 ; Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2004,150.)

Hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseksi tärkeitä tekijöitä ovat positiivinen arvostus, aitous, avoimuus, luottamus, turvallisuus, joustavuus, aito välittäminen sekä empaattinen ymmärtäminen. Empatian edellytyksenä on laaja-alainen tieto etenevän muistisairauden seuraamuksista potilaalle, ja hoitotyöntekijän käsitys potilaan henkisistä ominaisuuksista sekä sairastuneena että terveenä (Laaksonen ym. 2004, 7.)

Etenevässä muistisairaudessa potilaan kognitiivinen taso heikentyy, muisti huononee, ja ympäristöstä saadulle informaatiolle on vaikeaa saada minkäänlaista merkitystä. Ympäristöstä saadut vihjeet voivat olla riittämättömät, vaikeasti ymmärrettävät tai jatkuvasti muuttuvat. Muistipotilaan tarkoituksettomalta vaikuttava käytös onkin todellisuudessa hyvin tarkoituksenmukaista suhteessa siihen tiedonmäärään, minkä hän kykenee hyödyntämään (Isola 1997, 105.)

Haasteellisinta vuorovaikutuksessa muistipotilaan kanssa on kuulla ja tavoittaa hänen viestinnästään myös niitä asioita, joita hän ei pysty sanallisesti kertomaan. Kuunteleminen on tärkeä ja keskittymistä sekä herkkyyttä vaativa vuorovaikutuksen osa muistipotilaiden hoitotyössä. Tämä edellyttää hoitotyöntekijältä todellista läsnäoloa, ja tarkkaa havainnointikykyä eri tilanteissa. Muistipotilaan käyttäytymisestä ja sekavistakin puheista voidaan löytää jokin viesti, johon vastataan (Heimonen 1997, 96.) Hoitotyöntekijän on pyrittävä ymmärtämään

mitä potilas käyttäytymisellään viestii, missä auttaa henkilön elämänselän ja peruspersonallisuuden tunteminen (Sulkava ym. 1999, 17).

Rauhallinen keskustelu on yksi toimintatapa kohdattaessa levoton muistipotilas. Keskusteltaessa muistipotilaan kanssa on huomioitava hänen vaikeutensa ilmaista itseään sanoilla ja toisaalta ymmärtää sanojen merkityksiä. Vuorovaikutusta voidaan myös eri keinoin helpottaa. Muistipotilaan tulisi aina nähdä keskustelukumppaninsa kasvot. Katsekontaktin ottaminen auttaa häntä kiinnittämään huomionsa hoitotyöntekijään, samoin tämän kehon kieleen, eleisiin ja kasvojen ilmeisiin. Vuorovaikutustilanteessa lähestymisen tulee tapahtua kasvojen tasolta. Oman nimen käyttäminen ja kevyt kosketus auttaa myös hoitotyöntekijää saamaan muistipotilaan huomion puoleensa. Tärkeää on käyttää lyhyitä, selkeitä lauseita ja tuttuja sanoja, ja puhua yksi asia kerrallaan sekä antaa aikaa kuunnella, ymmärtää ja vastata. Ja myös hyväksyä hoitotyöntekijänä se, että joutuu toistamaan itseään (Heimonen 1997, 97-98 ; Isola 1997, 108.) Muistipotilaan ymmärtämistä edistävät myös puheen painotukset ja keskustelun aiheita tukevien kuvien tai siihen liittyvien esineiden hyväksikäyttö asian konkretisoimiseksi (Viramo ym. 2001, 32).

#### 4.2 Käyttösoireista kärsivän muistipotilaan kohtaaminen

Tärkeintä kohtaamisessa on muistipotilaan ja hoitotyöntekijän välinen kanssakäyminen, johon ei ole olemassa yhtä mallivastausta. Hoitotyön auttamismenetelmät tilannehallinnan tukemiseksi löytyvät jos uskaltaa heittäytyä muistipotilaan tilanteeseen, ja toimia kanssaihminenä ilman hoitotyöntekijän roolia. Tilanne tulisi pyrkiä ymmärtämään muistipotilaan silmin, huomioida tilanteessa mukana olevat tunteet ja hyväksyä erilaiset tunneilmaisut, sekä löytää kommunikointi tunteiden tasolla. Tämän löytyminen on tärkeä lähestymistapa kuntouttavassa hoidossa. Hoitotyöntekijä voi helpottaa yhteistyötä kertomalla asioita tai tulevia tapahtumia oikealla tavalla, ja vetoamalla esim. kotiäidin rooliin, miehisyyteen tai naiseuteen (Viramo ym. 2001, 34, 52.) Muistipotilaalla on useimmiten kyky nauttia nykyhetkestä ja valmiuksia tuoda aidosti esille tunteita (Eloniemi-Sulkava 2008). Muistipotilaan tunne- ja tunnelmamuisti säilyvät pitkään, vaikka kognitiiviset kyvyt heikentyvätkin. Eloniemi-Sulkavan (2007) mukaan on tärkeää myönteisten ja hyvien hetkien tuominen jokaiseen päivään. Hoitotyöntekijän antama pienikin huomion hetki usein toistuvana jää ihmisen tunnemuistiin rakentamaan turvallisuutta ja hyvää oloa.

Turvallisuuden tunteen luominen liittyy kiinteästi muistipotilaiden hoitotyöhön. Hoitotyöntekijän varma ja rauhoittava asenne on viesti siitä, että hänellä on tieto siitä mitä on tapahtumassa, ja hänellä on halu ymmärtää muistipotilaan tunteita. Tämä on ns. tilanteen hallintaa ja ymmärtämistä, joka ilmenee hoitotyöntekijän turvallisuutena ja rauhallisuutena, ja saa muistipotilaan vastaavasti tuntemaan olonsa turvalliseksi. Hoitotyöntekijä luo turvallisuutta olemalla kiireetön, ja juuri tuohon hetkeen ja potilaaseen keskittyvä (Heimonen 1997, 101,96-97.)

Muistipotilas tulee kohdata ”tässä ja nyt” tilanteessa, ikään kuin hetkissä eläen, mikä edellyttää kykyä aitoon läsnäoloon. Aito läsnäolo tarkoittaa tahtoa olla toista ihmistä varten (Heimonen 1997, 96-97.) Kanssakäymisen tulisi olla luottamusta herättävää, jolloin hoitotyöntekijän tulee olla vakuuttava ja rehellinen ilmaisuissaan, sekä viestiä muistipotilaalle aitoa välittämistä ja huolenpitoa. Potilaan omia kokemuksia tulee kuulla ja kuunnella, ja ottaa hänet ja hänen kokemuksensa vakavasti. Hänelle tulisi antaa vaihtoehtoja ja kysyä mielipidettä, eikä pakottaa. Myös fyysinen läheisyys ja halaus saattaa auttaa viestittämällä läheisyyttä (Viramo ym. 2001,34.) Rauhoittavana eleenä monet muistipotilaat reagoivat kosketukseen myönteisesti. Rauhallisen puheen ja koskettamisen sanotaan tuovan muistipotilaalle turvallisuutta, ja vähentävän siten aggressiivisuutta. (Heimonen 1997, 108.)

Myös huumorin käyttö tulee ottaa huomioon vuorovaikutuksessa muistisairaahan henkilön kanssa. Huumori ja nauraminen auttavat usein muistipotilasta rentoutumaan, ja luomaan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Henkilön tunteminen on tärkeää, jotta tietää millaisen huumorin hän hyväksyy (Heimonen 1997, 102-103.) Huumori voi myös laukaista haasteellisen tilanteen kokonaan (Viramo ym. 2001,34).

Muistipotilaan ajattelussa sekoittuvat menneisyys ja nykyisyys, todellisuus ja kuviteltu, joka luonnollisesti saa aikaan ahdistusta. Tällöin hoitotyöntekijä voi joustavasti siirtää keskustelun pois ahdistavista asioista vaihtamalla puheenaihetta, ja kiinnittämällä muistipotilaan huomion muuhun, vaikka lukemiseen tai radion kuunteluun. Huomion kiinnittäminen muuhun on yksinkertainen, mutta toimiva tapa myös aggressiivisen tilanteen laukaisemiseksi (Heimonen 1997, 109.)

### 4.3 Ympäristötekijät osana lääkkeetöntä hoitoa

Kodinomaisessa hoitoympäristössä muistipotilaat ovat motorisesti ja verbaalisesti rauhallisempia. Sekavuutta ehkäisee tuttujen huonekalujen ja esineiden järjestäminen omaan huoneeseen sekä pukeutuminen omiin vaatteisiin. Toisaalta hoitohenkilöstön tulisi havainnoida, että esineiden ja ympäristön merkitys muistipotilaalle voi muuttua sairauden edetessä. Henkilön aiemmin tärkeänä pitämä esine voikin hermostuttaa, koska hän ei ehkä enää ymmärrä, mitä sillä pitäisi tehdä (Saarela ym. 2001, 2781-2782.)

Turvallisuuden kannalta merkitystä on tilaratkaisuilla jotka mahdollistavat hoitohenkilöstön olevan näkyvillä. Tärkeää on myös, että ne alueet voidaan lukita, joihin muistipotilaiden ei toivota menevän. Näin hoitohenkilöstö ei lisää potilaiden ahdistuneisuutta kieltämällä tai esittämällä heitä liikkumasta vapaasti (Juva ym. 2006, 546-547.)

Fyysiseen ympäristöön vaikuttamalla voidaan ehkäistä tai vähentää muistipotilaan käytösoireita. Tarkoituksenmukaisella hoitoympäristöllä tuetaan potilaan omaa selviytymistä ja tilanteiden hallintaa. Vaelteluoiretta voidaan vähentää peittämällä ovet esim. verhoilla, jolloin saadaan luotua erillisyyttä eri tilojen välille, sekä järjestämällä ohjattua liikuntaa potilaille. Myös erilaisten merkkien tai kuvien käyttäminen opasteena helpottaa tilojen tunnistamista ja löytymistä, lisää muistipotilaan turvallisuuden tunnetta, ja vähentää vaeltelua. Näin hoitoympäristön avulla voidaan myös vähentää turhautumista, jota epäonnistuminen ja osaamattomuus aiheuttaa. (Saarela ym. 2001, 2781.)

Muistipotilaan hahmotusvaikeuksien minimoimiseksi tulee välttää vahvoja kuviointeja lattioissa tai seinissä. Tilojen tulisi olla kynnyksettömiä, ja valaistuksen tulee olla aina riittävää. Ympäristön selkeys on eduksi, ja esimerkiksi selkeästi havaittavat värierot ovat parempi kuin yksitoikkoinen värittömyys, josta mikään ei erotu (Juva ym. 2006, 547.)

Saniteettitiloissa tulisi olla lattialämmitys, jolloin pesuhuone on lämmin. Ylimääräiset tavarat ja apuvälineet tekevät pesutiloista liian vaikean hahmotettavaksi, joten ne tulisi poistaa. Jos suihku tuntuu muistipotilaasta vieraalta, voi kiulu ja kauha vanhaan malliin tuntua kotisammalta (Viramo ym. 2001, 51.)

Hahmottamishäiriöt voivat olla myös ruokailuongelmien syynä, jolloin liialliset ärsykkeet (kukat tai liinat pöydällä, ylimääräinen häly) saattavat viedä huomion pois ruokailusta, ja aiheuttaa riitatilanteita muiden potilaiden kesken. Tilannetta helpottaa tv:n sulkeminen, sopivi-

en ruokailuvälineiden valinta (yksiväriset astiat, syvä lautanen), riittävä valaistus, miellyttävät ruuan tuoksut ja ennalta pohdittu istumajärjestys (Viramo ym. 2001, 56.)

Hoitoympäristön viriketason säätelyn mahdollisuutta pidetään etenevien muistisairauksien hoidossa tärkeänä. Madaltuneesta stressinsietokyvystä johtuen sekä ali- että ylivirikkeiset ympäristöt voivat vaikuttaa käytösoireiden syntymiseen (Saarela ym. 2001, 2781-2782.) Voimakasta ympäristömelua ei tulisi olla. Levottomuuden ja kovaäänisen huutelun ehkäisyssä hiljaisella taustamusiikilla on todettu olevan myönteistä vaikutusta. Samoin seinäryijyillä ja matoilla voidaan välttää meluhaittoja. Television, radion, ovikellon ja puhelimen äänenvoimakkuudet tulee säätää mahdollisimman hiljaisiksi. Peilejä suositellaan käytettäväksi vain kylpy – ja eteistiloissa, koska niistä heijastuvat kuvat lisäävät muistipotilaiden käytösoireita (Koponen & Saarela 2006, 506.) Myös televisiosta tulevat ja toisten asukkaiden tai hoitajien puheet voivat aiheuttaa muistisairaille provosoivia viestejä, jotka aikaansaavat virhetulkintoja ja muistin vääristymiä (Eloniemi-Sulkava 2009).

Isolan ym. (2004,152) tutkimuksen mukaan sosiaalinen ympäristö on tärkeintä ympäristön muokkaamisessa. Joustavaa, sallivaa ja leppoisaa ilmapiiriä pidettiin erittäin tärkeänä muistisairaiden hyvinvoinnille. Eloniemi-Sulkavan (2009) mukaan käytösoireiden kehittymiseen vaikuttaa millaisena muistisairas kokee vuorovaikutusympäristönsä. Esimerkiksi ympäristön ilmapiirin kokeminen kärsimättömänä, kiireisenä, epäluotettavana-ja arvostavana, välinpitämättömänä, hajanaisena, uhkaavana tai puhetavaltaan monimutkaisena vaikuttaa muistisairaan käytösoireiden kehittymiseen.

#### 4.4 Fyysisten tekijöiden tunnistaminen osana lääkkeetöntä hoitoa

Somaattiset sairaudet ja fyysiset tekijät on tärkeää huomata käytösoireiden hoidossa. Levottomuutta ikääntynyttä hoidettaessa tulisi pyrkiä tunnistamaan akuutit sairaudet, kuten sydäninfarkti, tulehdustaudit tai epätasapainossa olevat pitkäaikaissairaudet (rytmihäiriöt, sepelvaltimotauti, keuhkosairaudet, kilpirauhasen vajaatoiminta ja liikatoiminta ja matala verensokeri). Muistipotilas ei aina osaa kohdentaa jotain tiettyä paikkaa pahalle ololleen, jolloin vaeltelun tai kovaäänisyyden syynä voi olla kipu, fyysinen epä mukavuus, masennus, väsymys tai elimistön toimintaongelmat (virtsaivat, ummetus). Muistisairaiden hoitotyössä korostuu hoitotyöntekijän kyky tulkita ilmeitä, eleitä tai fyysistä epä mukavuutta potilaan omien käsittely- ja ilmaisukeinojen heiketessä ja hävitessä.

Käyttöoireelta vaikuttavan levottomuuden takana voi olla myös matala verenpaine, anemisoituminen, huono ravitsemustila, kuivuminen tai aistivajavuudet kuten huono näkö tai kuulo. Myös potilaan lääkityksen on oltava asianmukainen (Saarela ym. 2001, 2778.) Usean antikolinergisesti vaikuttavan lääkkeen samanaikaisella käytöllä on käyttöoireita lisäävä vaikutus (Vataja ym.2001, 175). Tällaisia ovat mm. trisykliset masennuslääkkeet, neuroleptit, ja eräät virtsankarkailun ja toiminnallisten vatsavaivojen hoidossa käytetyt lääkkeet (Alhainen, Viramo & Sulkava 2005, 27).

## 5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä käytösoireisen muistisairaana asukkaan hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaana asukkaan hoitotyöhön liittyvistä haasteista.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ja tuoda esille ehdotuksia, joita toimeksiantaja voi hyödyntää auttamismenetelmien kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on myös herättää pohdintaa sekä lisätä keskustelua ja arviointia työyhteisössä.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan helpottaa?
2. Millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan ennalta ehkäistä?
3. Millaisia haasteita liittyy käytösoireista kärsivän muistisairaana asukkaan hoitotyöhön hoitotyöntekijän näkökulmasta?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Opinnäytetyöni tutkimusote on laadullinen eli kvalitatiivinen, jossa lähtökohtana on todellisen elämän ja kokemusten kuvaaminen, ja mahdollisimman kokonaisvaltainen kohteen tutkiminen. Tyypillisesti laadullinen tutkimus on myös joustava, jossa suunnitelmia voidaan muuttaa tarvittaessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita tutkittavasta kohteesta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152,155.) Laadullinen tutkimusote soveltuu tutkimukseen kun halutaan uutta näkökulmaa runsaasti tutkittuun aiheeseen, tai kun tutkitaan emotionaalisesti herkkiä aiheita (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000,154).

### 6.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja toteutusympäristö

Työelämän toimeksiantajana on erään Pohjois-Suomalaisen kunnan kotihoito- ja vanhuspalvelut. Opinnäytetyön toteutusympäristönä on 12 muistisairaahan asukkaan valvottu asumispalvelukoti, ja lisäksi intervallihoidossa on yksi viikottain vaihtuva asukas. Asumispalvelukoti on aloittanut toimintansa v. 2005. Hoitohenkilöstö koostuu seitsemästä lähi- ja perushoitajasta. Aamu- ja iltavuorossa työskentelee kaksi hoitotyöntekijää yhdessä, ja yövuorossa on yksi hoitotyöntekijä. Asukkaat ovat iäkkäitä, lähes 80 -90 vuotiaita, joilla kaikilla on diagnosoitu etenevä muistisairaus, ja sen mukanaan tuomia eri asteisia käytösoireita. Muutamia asukkaista ovat olleet asumispalvelukodin asukkaina toiminnan alusta lähtien, toisten asukkaana oloaika vaihtelee kuukaudesta muutamiin vuosiin. Asukkaat tulevat asumispalvelukotiin vanhustyön johtajan päätöksen mukaan yleensä kotisairaanhoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston kautta, tai intervallihoidossa olleet siirtyvät pysyviksi asukkaiksi.

Yksikön hoitotyön periaatteet ja arvot ovat ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä asukkaan omien elämänarvojen, elämäntapojen, tottumusten sekä voimavarojen huomioiminen ja ylläpitäminen. Lisäksi myös asukkaan sosiaalisen verkoston tukeminen ja kanssakäymisen edistäminen yhteistyössä henkilöstön kanssa. Asumispalvelukodissa on käytössä omahoitajajärjestelmä, jossa omahoitaja toimii yhdyshenkilönä omaisen ja asukkaan välillä.



## 6.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön aineiston keräsin toukokuussa 2010 haastattelemalla kahta asumispalvelukodin hoitotyöntekijää yksilöhaastattelulla. Kävin henkilökohtaisesti asumispalvelukodilla huhtikuussa 2010. Paikalla oli työvuorossa olleet kaksi hoitotyöntekijää, joista toisen kanssa keskustelin kirjallisessa vastaajan suostumuksessa olevista asioista lyhyesti, ja annoin hänen myös lukea suostumus lomakkeen sisältämät tiedot.

Hoitotyöntekijä tiedusteli opinnäytetyön aihetta ja tarkoitusta, millä tavalla valitsen vastaajat ja missä haastattelut toteutetaan. Kerroin että toivomukseni olisi saada kolme vastaajaa ja en halua valita vastaajia haastatteluun millään tietyllä perusteella, ja että vastaajat voivat itse valita haastattelupaikan. Vastaajiksi valikoituu sattumanvaraisesti kolme minulle puhelimitse tai tekstiviestillä ensimmäiseksi suostumuksensa antanutta hoitotyöntekijää, jolloin vastaajien henkilöllisyys ei heidän niin halutessaan tule muiden tietoon. Tekstiviestin katsoin itselleni sopivammaksi tavaksi ottaa vastaan yhteydenottoja työolosuhteiden takia.

Sovimme yhdessä paikalla olleen hoitotyöntekijän kanssa seuraavalle viikolle päivän ja kellon ajan, josta alkaen vastaajiksi suostuvat voivat olla minuun yhteydessä tuona päivänä. Harkinta-aikaa jäi mielestäni riittävästi henkilöstölle vastaajaksi suostumiseen. Päivämäärä ja kellon aika lisättiin kirjalliseen vastaajan suostumus lomakkeeseen, jonka jätin hoitohenkilöstölle luettavaksi asumispalvelukodin ilmoitustaululle. Lomakkeesta löytyisivät myös tarvittavat yhteystiedot, joihin hoitotyöntekijät voisivat ottaa yhteyttä suostumuksen antamiseksi. Sovittuna päivänä sain tekstiviestillä kaksi yhteydenottoa. Näiden kahden hoitotyöntekijän kanssa sovin haastatteluajan – ja paikan seuraavalle viikolle. Molemmilla hoitotyöntekijöillä on useita vuosia kestänyt pitkä työkokemus muistisairaiden parissa.

Haastattelutyypinä käytin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelumenetelmää. Teemahaastattelussa on tyypillistä sen eteneminen tiettyjen keskeisten tema-alueiden eli aihepiirien varassa, jotka ovat kaikille samat. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto, eli siitä puuttuu kysymysten tarkka muoto ja järjestys, mutta se ei ole täysin vapaata haastatteluakaan. Se antaa hieman liikkumavaraa kysymysten suhteen, mutta ei pääse rönsyilemään liikaa (Hirsjärvi ym. 2004, 197-198.) Keskeistä teemahaastattelulle on myös vastaajien tulkinnat asioista ja siitä miten merkityksellisiksi he ovat asiat kokeneet, sekä vastaajien äänen tuominen kuuluviin. Teemahaastattelun etuna on se, että vastaajia voidaan pyytää selventämään tai perustelemaan vastauksiaan ja näin syventämään tietoa, mikä mah-

dollisesti auttaa vastausten tulkinnassa. Kysymysten tulee olla avoimia kysymyksiä, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Kysymyksen muoto on harkittava tarkkaan, jotta ne eivät olisi vastaajille millään tavalla johdattelevia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 151.)

Teema-alueuutteeseen laaditaan pääteemat ja alateemoja, jotka tulisi jättää riittävän väljiksi jotta tutkittava ilmiö paljastuisi mahdollisimman hyvin. Haastattelutilanteessa näitä teema-alueita tarkennetaan tarvittaessa lisäkysymyksillä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48, 66-67.) Suunnittelin teemahaastattelurungon esiyymmärryksen perusteella, ja mietin tarkentavia lisäkysymyksiä niistä asioista joita haluan opinnäytetyössä selvittää (LIITE 1). Päädyin seuraaviin teemoihin: hoitotyöntekijän kokemukset muistisairaana käytösoireista, ja hoitotyöntekijöiden käyttämät auttamismenetelmät. Suunnittelin erillisen taustatietolomakkeen ensimmäiseen teema-alueeseen liittyvän kysymyksen selvittämiseksi asukkailla esiintyvistä käytösoireista (LIITE 2). Teema-alueet ovat samansuuntaiset kuin tutkimustehtävät. Mielestäni yhtenevyydellä saan parhaiten vastaukset tutkimustehtäviin.

Haastattelun avulla saadaan selville, mitä vastaajat ajattelevat, tuntevat tai kokevat (Hirsjärvi ym. 2004, 174). Haastattelussa hoitotyöntekijät voivat tuoda mahdollisimman vapaasti esille tunteuksiaan ja ajatuksiaan, toisin kuin kyselylomakkeessa, jossa vastausvaihtoehtoja on lisäksi vaikea saada niin kattavia. Haastattelu on sopiva menetelmä, koska aiheena hoitotyön menetelmät voivat tuottaa monitahoisia vastauksia. Tällöin voin tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä, ja näin selventää tai syventää vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.) Haastattelun yhteydessä voin myös motivoida, ja pitää kiinnostusta yllä, sekä rohkaista vastaajia jatkamaan (Hirsjärvi ym. 2004, 195).

Haastattelin molemmat vastaajat toukokuussa 2010 yksilohaastattelulla. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen, ja tiedonantajalle turvallisen tuntuinen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 73-75). Kumpikin haastattelu tapahtui vastaajien ehdottamassa tilassa, eli niin sanotussa virikehuoneessa asumispalvelukodissa, vastaajien työpaikalla. Pieni virikehuone sijaitsi välittömästi ennen tuulikaappia ja uloskäyntiä lyhyen poikkikäytävän päässä kauempana asukkaiden huoneista ja yhteisestä tilasta. Vastaajien kertoman mukaan tila olisi rauhallinen haastattelun tekemiseen.

Haastattelutilanteessa tulee miettiä muun muassa istumajärjestystä, ja etäisyyttä haastateltavaan. Parasta olisi istua joko vastakkain, tai kulmikkain, jotta molemmat osapuolet pystyvät näkemään toistensa kasvot ja ilmeet. Haastateltava ja haastattelijat eivät myöskään saisi istua

liian kaukana ja ikään kuin irrallaan toisistaan (Hirsjärvi & Hurme 2001, 91.) Haastattelutilanteessa pääsimme pyöreän pöydän ääressä istumaan vastakkain sopivalle etäisyydelle toisistamme, ja tallentava digisanelin tuli kuuluvuutta ajatellen hyvin pöydän keskelle. Lähtiessäni olin testannut että sanelin toimi moitteettomasti. Äänen laatu tallennuksissa oli hyvä ja selkeä. Sanelin ja haastattelujen tallentaminen ei häirinnyt vastaajia. Toinen haastattelutilanne keskeytyi hieman yhdesti yhteisestä tilasta kuuluvaan kolinaan ja ääniin, joka käsittääkseni johtui huonekalujen siirtelystä jota osalla asukkaista on tapana tehdä. Äänet kuitenkin liittyivät sopivasti juuri sillä hetkellä käsiteltävään aiheeseen asukkaiden käytösoireista, joten se ohitettiin nopeasti, ja jatkettiin haastattelua. Muuten haastattelutilanteet olivat rauhallisia, ja mielestäni tunnelmaltaan vapautuneita. Haastateltavien ja haastattelijan välinen yhteys oli mutkatonta. Haastattelut kestivät 34 minuuttia ja 1 h 22 minuuttia.

Haastattelujen aluksi annoin vastaajille kirjallisen suostumuslomakkeen (LIITE 3) jonka he allekirjoittivat. Molemmat haastattelut aloitin antamalla vastaajille taustatieto lomakkeen täytettäväksi, jolla halusin selvittää millaisia käytösoireita asukkailla esiintyy. Lomake täytettiin yksinkertaisesti laittamalla rasti sen oireen eteen, jota asukkailla vastaajien mukaan esiintyy. Kyselylomaketta ja käytösoireita läpikäydessään toinen vastaajista antoi samalla paljon tietoa asukkaiden hoitotyöstä –ja menetelmistä joten nauhoitin myös sen. Mielestäni kyselylomake täytti sen tehtävän mitä olin sille suunnitellutkin: se toimi hyvänä aloituksena haastattelulle, aiheeseen virittäjänä ja muistin virkistäjänä vastaajille, sekä antoi suuntaa antavaa tietoa asukkaiden käytösoireista. Jonkin verran tein tarkentavia lisäkysymyksiä vastaajille, ja pyysin selvittämään vastauksia. Rohkaisin myös vastaajia vielä jatkamaan ja pyrin motivoimaan heitä, tai palasin johonkin kysymykseen vielä uudestaan, mikä mielestäni kannatti. Sain hyvän ja monipuolisen aineiston (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35,151 ; Hirsjärvi ym. 2004, 195.) Vähiten aineistoa sain kysymykseen, millaisia haasteita käytösoireisen muistisairaahan hoitotyöhön liittyy. Esitin kysymyksen viimeisenä ja ehkä vastaajilla alkoi jo väsymyksen painaa, olivathan he jo olleet aamuvuoron työssä. Toisaalta muiden kysymysten yhteydessä sain vastauksia myös tähän kysymykseen.

### 6.3 Aineiston analysointi

Haastattelujen aineiston analysoin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joka on laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä, jolloin tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla tai niiden väliset suhteet saadaan esille. Analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, joka tarkoittaa alkuperäisen aineiston muokkaamista käsitteelliseen muotoon. Olennaista sisällönanalyysissä on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen tutkimusaineistosta, sekä samaa asiaa merkitsevien sanojen tai muiden yksiköiden luokittelu samaan luokkaan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-24, 26-29.) Haastatteluaineistoa luokitella pääkriteerinä on opinnäytetyön tutkimustehtävä. Sen lisäksi voin käyttää luokittelussa apuna tutkimusmenetelmää, aineistoa, omaa mielikuvitustani ja intuitiotani sekä myös luokitteluja, joita on käytetty aiemmin samaa aihetta koskevissa tutkimuksissa (Hirsjärvi & Hurme. 2001, 147-149.)

Aloitin aineiston käsittelemisen haastattelujen puhtaaksi kirjoittamisella eli litteroinnilla sanasta sanaan heti haastattelujen jälkeen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä lähes 14 sivua kirjoitettuna fontilla Arial, fonttikoolla 12 rivivälin ollessa 1,5. Seuraavaksi määrittelin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden aineistossa. Tämän jälkeen luin haastattelut läpi useaan kertaan, ja hain vastauksia opinnäytetyön tutkimustehtäviin, jotka alleviivasin aineistosta. Nämä merkitykselliset alkuperäiset ilmaisut pelkistin lyhyiksi ilmauksiksi, joissa oli tarkasti alkuperäinen tieto. Pelkistetyt ilmaukset listasin allekkain tutkimustehtävittäin.

Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin aineiston. Aineiston ryhmittely tarkoittaa sitä, että etsin ja erotin pelkistetyistä ilmauksista erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa asiaa merkitsevät ilmaukset yhdistin samaksi alaluokaksi, ja annoin sille sen sisältöä kuvaavan nimen. Aineiston abstrahointivaiheessa yhdistin samansisältöisiä alaluokkia jolloin sain muodostettua yläluokkia eli pääluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 25-29.)

Ehkä haastavinta ja aikaa vievintä koko analyysissä oli alusta alkaen pohtia eroa helpottavien ja ennaltaehkäisevien hoitotyön menetelmien välillä. Erojen miettiminen alkoi pelkistetyistä ilmauksista, ja jatkui alaluokkiin ja yläluokkiin asti. Tuntui, että ero oli joissakin menetelmissä hiuksenhieno, ja muutamia menetelmiä oli, jotka kuuluivat mielestäni kummankin kokoavan käsitteen alle. Yritin ratkaista tätä siten, että kaikilla hoitotyön menetelmillä ja toiminnoilla on

tietty tavoite, joka erottaa ne toisistaan. Toisaalta tein ratkaisuja käyttämällä omaa harkintaani ja päättelyä. Ala- ja yläluokkien muodostaminen ei tuottanut niinkään suurta vaikeutta, mutta alaluokkia nimesin useita kertoja niiden sisältöä paremmin kuvaaviksi. Pelkistettyjen ilmauksien paikkaa vaihtelin useita kertoja ennen kuin oikea alaluokka kullekin ilmaisulle löytyi.

Analysoinnin kautta tuloksiksi sain yläluokat vuorovaikutuskeinojen hallinta, joustavuus hoitotyössä, turvallisuuden tunteen luominen ja toiminnan hillitseminen (muistisairaana käytösoireita helpottavat hoitotyön menetelmät) ja asukkaiden aktivoiminen ja käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen (muistisairaana käytösoireita ennaltaehkäisevät hoitotyön menetelmät) sekä ihmisen kohtaaminen (käytösoireista kärsivän muistisairaana hoitotyön haasteet) (LIITE 4).

## 7 TUTKIMUS TULOKSET

Opinnäytetyössäni selvitin, millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan helpottaa, millaisilla auttamismenetelmillä muistisairaana käytösoireita voidaan ennalta ehkäistä ja millaisia haasteita käytösoireista kärsivän muistisairaana hoitotyöhön liittyy hoitotyöntekijän näkökulmasta.

Esittelen opinnäytetyöni tutkimustulokset tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Yläluokat ovat tuloksissa alaotsikoina ja alaluokat on lihavoitu luettavuuden helpottamiseksi. Käytän tuloksissa myös suoria lainauksia tekemistäni hoitotyöntekijöiden haastatteluista.

### 7.1 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaana käytösoireiden helpottamiseksi

Haastattelemani hoitotyöntekijät kuvasivat helpottavina hoitotyön auttamismenetelminä vuorovaikutuskeinojen hallinnan, joustavuuden hoitotyössä, turvallisuuden tunteen luomisen ja toiminnan hillitsemisen.

#### 7.1.1 Vuorovaikutuskeinojen hallinta

Kumpikin vastaaja korosti **äänen käytön** ja äänen sävyn merkitystä hoitotilanteissa.

” ja minä yritän niinkö hirveen rauhallisesti puhua....”/..”että ei kauhean kovalla äänellä puhu.” / ”ei koskaan saa huutaa sitte.”

Puheäänen voimakkuuden kontrolloimista hoitotyöntekijät kuvasivat lähes hienosäätelyksi.

”pikkusen aavistuksen ääni korkeammalla sanottiin, että nyt on että ei näin saa tehdä”.

Hoitohenkilöstön äänensävyn kuvattiin olevan aggressiivisesti käyttäytyvän asukkaan rauhoittamisessa laukaisevana tekijänä, jolloin he hoitotyöntekijän äänensävyä jo vaistosivat että he eivät toimineet oikein ja hyväksyttävästi. Puheäänen ja -tavan tulisi vastaajien mukaan olla mahdollisimman matala ja rauhallinen, joka vaikuttaa yhteistyön sujumiseen ja lieventää käytösoireista aiheutuvia tilanteita.

”se ei tule sujumaan se yhteistyö muuten jos alat äyskimään ja äänensävy on kokonaan poikkeava”. Äyskiminen viittaa kielen käyttöön, joka mainittiin vielä erikseen muistisairasta provosoivana tekijänä.

...”näitä ylimääräisiä sanoja täällä ei saa tulla, mutta jos tulee niin kyllä ne kiinnittää siihen huomiota heti.”

Vastaajat kuvasivat, että äänen voimakkuus muuttuu tilanteessa, jossa on monen asukkaan ääntä päällekkäin. Jotta hoitotyöntekijä saa asukkaan rauhoiteltua ja ohjattua pois tilanteesta, hänen tulee puhua normaalilla puheäänellä aivan asukkaan korvan ääreen että tämä kuulee puheen.

**Rauhallinen suhtautuminen** on lähtökohta muistisairaiden hoitotyössä. Turvallinen ja rauhallinen kanssakäyminen ja toiminta vähentää muistisairaana kokemaa turvattomuuden ja kaaoksen tunnetta.

”se on se rauhallisuus kans, se tekkee niille paljo parempaa ku kauhee kiire”.

Oma maltti pitää hoitotyöntekijällä pitää rauhallisena, ja vastaajat kokivat, että asukkaita pitää myös yrittää käsitellä rauhallisesti. Hoitotyöntekijän tekemät äkkiliikkeet tai kovien otteiden käyttäminen saa aikaan välittömän reaktion asukkaassa.

”jos äänensävyä nostattaa, teet äkkiliikkeitä tai jotain kovaotteisia teet niin se vastapuoli reagoi siihen välittömästi sitte. Se on näillä dementikoilla että ne on niin hyvin experttejä siinä, palaute tulee välittömästi sitte”.

Mähösen (2001, 41) tutkimuksen tuloksissa 57 % vastaajista käytti hyvin usein hoitotyön menetelmänä tynnyttelyä ja rauhoittelua, sekä korostettiin hoitajan rauhallista läsnäoloa. Myös Kanalan ja Leinosen (2001,47) tutkimuksessa lähes kaikki vastaajat usein säilyttivät rauhallisuutensa haasteellisissa tilanteissa, ja kannustivat muistisairasta omatoimisuuteen

Vuorovaikutustilanteessa hoitotoimenpiteitä tehtäessä tai rauhoiteltaessa muistisairasta **pelkistetty puhetapa** kuvattiin asioiden esilletuomisena tavallisella käyttökielellä lyhyesti ja ytimekkäästi. Asioita ei sanota monimutkaisesti. Myös Isolan ym.(2004, 150) tutkimuksessa

haastateltavien mielestä ohjaustilanteessa puheen on oltava selkeää, ja kahden kesken käsitelään vain yksi asia kerrallaan.

”jos alakaa jaarittelemaan, tehtäskö me näin vai näin, se ei jaksaa kuunnella. Mutta sanotaan että tee näin niin se mennee paljoko selekeämmin viesti perille sitte”.

Tilanteessa jossa asukas esimerkiksi lyö toista henkilöä, hoitohenkilöstön ohjaaminen perustui realiteetteihin vetoamiseen.

”se pitää mennä viereen, ja sitte sanoa, jutustella että sehän voi sattua toiseen...pitäs aina koettaa pelkistetysti sanoa että nyt sille sattuu”.

Toisaalta vastaajat kuvaavat, että sanominen ei välttämättä auta aina koska muistisairas ei itse ymmärrä mitä tekee, tai ei aina ymmärrä hoitotyöntekijän sanoja.

”se voi semmonen mielen laatu olla että siinä ei auta sitte sanoa. Voihan sitä sanoa, ei ne sitä ymmärrä”.

**Tutut sanonnat ja muistot** helpottavat vuorovaikutusta muistisairaana kanssa tehden puheesta helpommin ymmärrettävää.

”on paljo tiettyjä vanhanajan sanontoja, se menee niistä, se mennee ohi sitte. Ne ymmärtää niin pelekistettyjä asioita”. ...”se oli tavallaan semmonen sanonta että ne ymmärsi sen”...

Runsaasti esiintyvissä hoitotoimenpiteiden vastustelussa haetaan jokin yhteinen tuttu asia, muisto, joka toimii hakusanana. Muistojen kautta jokin asia saadaan esille, ja avautumaan. Samalla muistisairaana huomio saadaan kiinnittymään toisaalle, ja yhteistyö helpottuu.

”että tämmösiä hakusanoja. Hakusanoilla haetaan joku semmonen miellyttävä muisto, niin se niinkö tekkee sitte.”.

Mähösen (2001,38) tutkimukseen osallistuneista hoitotyöntekijöistä enemmistö (78%) käytti tynnyttävänä menetelmänä muistelua hyvin usein tai usein. He rohkaisivat potilaita muistelemaan elettyä elämää käyttämällä vanhoja valokuvia, ja esineitä apuna muistelussa.



Ensimmäisenä tärkeänä tekijänä selkeässä vastakkaisessa kohtaamisessa muistisairaana kanssa on **katsekontakti**.

”kun kohtaat sen asukkaan eestäpäin, silmä silmästä, juttelet tai meet koskettamaan, katsekontakti ensimmäisenä, se on melekein se tärkein asia”.

Katsekontaktin saaminen liitettiin myös hoitotyöntekijän ja asukkaan välisen luottamuksen saamiseen. Yllättävä koskettaminen ilman selkeää katsekontaktia voi aiheuttaa muistisairaalle säikähdyksestä johtuvan pelko reaktion. Muistisairaalla eletyn elämän kokemukset ja muistot lisäksi sekoittuvat nykyhetkeen, ja vaikuttavat heidän käyttäytymiseensä.

”...me ko mennään koskettamaan sitä asukasta, me ei tietä mikä siinä voi olla takana, mistä se johtuu että se heti käsiä hivauttaa, että se huitasee”.

Katsekontaktin saaminen asukkaaseen oli tärkeää sekä rauhoittelutilanteessa, että ennaltaehkäistäessä pelkoreaktioita.

### 7.1.2 Joustavuus hoitotyössä

Muistisairaiden hoitotyössä joustetaan ja **toimitaan asukkaan ehdoilla**. Työtä tehdään kärsivällisyydellä, ajatellen ja eläytyen hoidettavan tilanteeseen. Yhteistyön sujuminen voi helpottua pienillä, yksinkertaisilla toimenpiteillä ja ”nikseillä”.

”jos haluaa että puetaan tietyt vaatteet ensinnä pesujen yhteydessä, tehään vain ne. Jos se haluaa että myöhemmin pukiessa vaihetaan vaatteet, niin me tehään sitte siellä huoneessa. Osa haluaa että puetaan kaikki sitte siellä huoneessa että ei mennä sinne pikku vessakoppeeroon...saattaa huomena olla että niitä ei pueta ollenkaan, et saa tehdä mittään”.

Eläytyessään asukkaan tilanteeseen hoitotyöntekijät käyttävät luovuuttaan ja omaa persoonaansa monipuolisesti hyväkseen. Asukas saattaa kieltäytyä lähtemästä esimerkiksi saunaan peseytymään, koska hänen liikkumisensa on vaikeutunut. Myös kaikkien vaatteiden vaihtaminen puhtaisiin saunapäivinä vaatii hoitohenkilöstöltä joustavuutta ja hienotunteisuutta..

”käväsini uuden pyörätuolin tuosta. Vein tuohon oven etteen että nouseppa tuohon istumaan että ajetaan sitte saunaan. No ei vastustellu paljo”.

”...alakovaiheessa vaikka se kävi sielä (saunassa), piti antaa joku päälimmäinen villatakki. Piti se panna päälle vielä. Se ei antanu kaikkia vaatteita vielä pois”.

Opinnäytetyöhön haastateltujen hoitotyöntekijöiden mukaan ratkaisut eri tilanteissa voivat olla hyvin pienistä asioista kiinni. Jokaisella hoitotyöntekijällä on omia, hoitotyötä helpottavia niksejä. Hyvänä pidettiin esimerkiksi vanhanajan sanontojen muistamista ja käyttämistä, jotka helpottavat asian ymmärtämistä, jolloin yhteistyö sujuu paremmin asukkaan kanssa.

Isolan ym.(2004, 149) tutkimuksen tuloksissa luovuuden käyttö tuli esille oivalluksina ja tilanteeseen heittäytymisenä, jolloin hoitotyöntekijä löytää tilanteen ratkaisemiseksi juuri siihen hetkeen sopivat sanat tai teot.

Vastajaan mukaan **huumorilla** selviää monessa asiassa hoitotyössä. Nauravaisen ja iloisen luonteen koettiin edesauttavan muistisairaiden parissa toimimista, ja myös omaa työssä jakamista.

”...käen pani minun polovelle ja minä sanoin että elä, minua alakaa kutittamaan. Niinse alako ihan hirveesti nauramaan. Minäki aloin sitte nauramaan siinä”.

Vastaja myös ihmetteli ikään kuin huumorin varjolla kepillä huitovaa asukasta, ja pyrki siten lieventämään ja rauhoittamaan tilannetta.

”...niin minä sitte aina sanon että mitä sinä nyt meinaat tehdä”.

Isolan ym. (2004, 148,152) tutkimukseen haastatellut hoitotyöntekijät kokivat huumorin laukaisevan ja katkaisevan ”tiukkoja” tilanteita, ja tuovan vaihtelua arkeen. Lisäksi huumorin avulla hoitotyöntekijät saattoivat muistisairaana epäonnistuessa kääntää tilanteen myönteiseksi, tai ottaa syyn itselleen, ja näin kohottaa potilaan itsetuntoa. Huumoria pidettiin erittäin tärkeänä tekijänä sekä muistisairaana kohtaamisen että työyhteisön ilmapiirin kannalta. Myös Mähösen (2001) tutkimuksessa osa hoitotyöntekijöistä korosti huumorin käyttöä tynnyttävänä menetelmänä, ja Kanalan ja Leinosen.(2001) tutkimustulosten mukaan lähes jokainen vastaja käytti usein huumoria dementoituvan haasteellisen käyttäytymisen tilanteissa.

**Käyttäytymisen salliminen** liittyy asukkaan vaelteluun, omien touhujen tekemiseen sekä sallivaan ilmapiiriin. Opinnäytetyöhön haastateltujen hoitotyöntekijöiden mukaan asukkaiden annetaan kävellä oman aikansa, välillä he istahtavat levähtämään. Hoitohenkilöstö ymmärtää levottomuuden, ja huonekalujen liikuttelun liittyvän muistisairauden etenemiseen, mutta muut asukkaat kiinnittävät touhuamiseen enemmän huomiota. Hyvänä ennaltaehkäisyä nähdään keskustelu toisten asukkaiden kanssa tilanteessa.

”vois niijen toisten kanssa keskustella että ei kannata kiinnittää niin huomiota siihen, että annetaan vaikka tämän....tässä touhuta, niinkö omia hommia tehdä että me katotaan vähän perään että se ei tee mitään semmosta sopimatonta”.

Isolan ym. (2004,150) tutkimustulosten mukaan avointa, joustavaa, sallivaa ja leppoisaa sosiaalisen ympäristön ilmapiiriä pidettiin erittäin tärkeänä muistisairaiden hyvinvoinnille. Tällaisen ilmapiirin vallitessa hoitohenkilöstö koki potilaiden aggressiivisuuden ja levottomuuden olevan vähäisimmillään. Hoitotyöntekijät kestivät muistisairaiden potilaiden hyvin erilaisia käyttäytymistapoja, ja ymmärsivät ne osaksi muistisairautta.

### 7.1.3 Turvallisuuden tunteen luominen

**Kosketus ja läheisyys** kuvattiin parhaimmiksi keinoiksi, ja tärkeimmiksi tekijöiksi muistisairaiden hoitotyössä. Koskettamalla asukkaita rauhoitellaan, ja annetaan läheisyyttä ja turvaa.

”...se ensin huito tällä lailla näin. Minä sitte niinkö kosketin sen poskea tällä lailla käjellä. Se niinkö rauhottu siinä sitte”.

Turvallisuuden tunnetta luodaan ottamalla kädestä kiinni, tai pyytämällä levottomasti kävelevä asukas välillä viereen istumaan. Asukas tuntee hoitotyöntekijän turvalliseksi, toiseksi ihmiseksi joka antaa läheisyyttä, ruokaa ja hoivaa.

”...minä sitä käestä näin sievästi otin kiinni ja syötin sitte vasemmalla käjellä ja oikealla käellä pijätin sen kättä....minä että se ei pane niitä sormia suuhun ku minä piän sitä käestä kiini”.

”...se on vain semmosta läheisyyttä antaa sille, turvaa. Se tietää että se on turvassa”.

Läheisyys ja kosketus kuvattiin myös parhaaksi keinoksi ehkäistä muistisairaahan käytösoireista aiheutuvia tilanteita.

”...niin paras ennaltaehkäisy on se läheisyys, että ihmistä koskettaa, että se tietää että siinä on toinen ihminen vieressä”.

Mähösen (2001,41) tutkimustuloksissa tyyntävistä hoitotyön menetelmistä käytettiin eniten koskettamista ja lähellä oloa (61 % vastaajista hyvin usein). Isolan ym.(2004,150) tutkimukseen haastateltujen mielestä hymyily ja koskettaminen ohi kulkiessa luo turvallisuutta ja leppoisaa ilmapiiriä.

**Etukäteen kertominen** hoitotoimenpiteitä tehtäessä, esimerkiksi pesutilanteissa, edistää muistisairaana turvallisuuden tunteen syntymistä ja luottamusta hoitotyöntekijän ja asukkaan välillä.

”...jos sillälaila varovasti ottaa sen hoitotoimenpiteen, niillä saattaa tulla joku semmonen pelekotila että se niinkö varkaiten yrittää mennä koskemaan tai pesemään. Minä niinkö selvitän kaikki sen että mitä minä teen. Että pestäänkö nyt kasvot ja ne ymmärtää sen, pessäänkö kädet, ne ymmärtää sen...”

Suoralla katsekontaktilla, ja kertomalla toiminnot etukäteen, luodaan turvallinen ilmapiiri, ja ehkäistään muistisairaana pelkoreaktioiden syntymistä. Myös Mähösen (2001, 36) tutkimustuloksissa vastaajat pitivät muistisairaana hoidossa tärkeänä, että hoitohenkilöstö kertoo potilaalle rauhallisesti etukäteen mitä aikoo tehdä.. Yli 80 % hoitotyöntekijöistä myös perusteli potilaalle hyvin usein tai usein omaa toimintaansa kertomalla miksi tekee niin kuin tekee

#### 7.1.4 Toiminnan hillitseminen

Levottoman asukkaan **kiinnipitäminen** ja tukeminen käsistä kuvattiin välttämättömäksi menetelmäksi, jotta päivittäiset hoitotoimenpiteet kuten pesut saadaan suoritettua. Kiinnipitämällä asukasta käsistä pyritään lieventämään vastustelua, ja rauhoittamaan pesutilannetta.

”...meillä on niinkö pakkotoimenpide sillälaila, tai pakko ja pakko, mutta jos me saahaan se puhtaaksi, niin toinen piettää niinkö käsistä kiinni ja...toinen alakaa pesemään sitä alapesua...ja käsiä ja kasvoja ja kaikkia tämmöstä. Kahestaan me mennään semmoseen tilanteeseen”.

”...Siinä vain toinen tukkee tosiaan että se ei pääse huitomaan....Siitä ei tulis mitään muuten että yhdessä ne on tehtävä ne vaikeat tapaukset. Yhessä ja malttia vähän”...

Kiinnipitämisen haasteena on vastaajan mukaan sen toteuttaminen mahdollisimman hellästi asukkaan vastustelusta huolimatta. Hoitotoimenpide pyritään tekemään lempeästi samalla asukkaalle rauhoittavasti jutustellen, äänensävyä ei nosteta eikä huudeta tilanteen aikana. Ohjattaessa aggressiivisesti käyttäytyvää asukasta omaan huoneeseen, hoitotyöntekijä pitää kädellään tämän olkapäästä takapuolelta hellästi kiinni asukkaan kävellessä edellä.

Asukkaan **huomion kiinnittäminen muualle** toteutuu vastaajan kuvauksen mukaan ohjaamalla hänet pois tilanteesta, jossa esimerkiksi toinen asukas käyttäytyy levottomasti. Hoitotyöntekijä antaa aikaa asukkaalle, kävelee tämän kanssa yhdessä ja puhuu rauhoittavasti. Aggressiivista toimintaa rajoitetaan viemällä asukas omaan huoneeseen rauhoittumaan, ja kieltämällä tätä hieman korkeammalla puhe äänellä.

”..jos ne alkaa touhuamaan tuossa ja lyömään hoitajia....nehän alko tuolia kaatamaan pöytä kaatamaan, niin oli sovittu näin että ne tiesi että he tekkee väärin, ne ymmärsi sen vielä...sanottiin että nyt mennään huoneeseen ja ollaan vähän aikaa sielä. Ne oli sitte sielä ja hetken päästä kumpiki saatto tulla sitte takasin”.

Kanalan ja Leinosen (2001,liitetaulukko 6) tutkimuksessa eroteltiin muistisairaahan vieminen ja sulkeminen omaan huoneeseen. Kunnallisissa laitoksissa 62 % hoitotyöntekijöistä vei muistisairaahan usein omaan huoneeseen rauhoittumaan, mutta 55 % hoitajista sulki harvoin muistisairaahan omaan huoneeseensa ja 41 % hoitajista ei tehnyt tätä koskaan. Kunnallisissa laitoksissa toimittiin jonkin verran rajoittavammin ja rutiininomaisemmin kuin yksityisissä laitoksissa, joissa käytettiin enemmän joustavia ja terapeuttisia toimintatapoja. Mähösen (2001,42) tutkimuksen tuloksissa lähes kaikki (89%) vastaajat ilmoittivat, etteivät vie koskaan vanhusta huoneeseen ja lukitse ovea. Tulosten mukaan yksi harvemmin käytetyistä tyyntävistä menetelmistä oli dementoituvan toiminnan rajoittaminen, esimerkiksi rajojen laittaminen käytökselle käskemällä lopettaa häiritsevä toiminta, tai kertomalla mitä siitä seuraa jos potilas ei toimi annettujen ohjeiden mukaan.

Hoitotyöntekijä voi myös puhumalla ohjata asukkaan huomion kiinnittymään toiseen asiaan, ja siten helpottaa vastustelua esimerkiksi hoitotoimenpiteitä tehdessä.

”Tavallaan se unohtaa semmosen kielteisen mieleen tulleen asian sitte”.

Mähösen (2001,36,38) tutkimuksessa vastaajat korostivat, että jokaisen muistisairaahan kohdalla toiminta on yksilöllistä, ja samalla kerralla voidaan lisäksi käyttää useita hoitotyön menetelmiä. Tutkimuksessa suurin osa (yli 80 %) vastaajista pyrki kääntämään hyvin usein tai usein muistisairaahan ajatukset muihin asioihin haasteellisen käyttäytymisen tilanteessa.

## 7.2 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaahan käytösoireiden ennaltaehkäisemiseksi

Ennaltaehkäiseviä hoitotyön menetelmiä ovat asukkaiden aktivoiminen ja käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen.

### 7.2.1 Asukkaiden aktivoiminen

**Laulamalla ja liikkumalla hoitaminen** ennaltaehkäisee passiivisuuden lisääntymistä, ja varmistaa toimintakyvyn säilymisen mahdollisimman pitkään. Levottomuuden ja vauhtelun vähentämiseksi muistisairasta henkilöä tulisi ohjata rakentavaan ja häntä kiinnostavaan, ja miellyttävään toimintaan.

Musiikki puhuttelee tunteita ja tuottaa asukkaille mielihyvää. Hoitokodissa pidetään laulu- tuokioita ja lauletaan ryhmänä lauluviikkoista Jos asukas haluaa veisata virsiä, niin sitten haetaan virsikirja esille ja aletaan veisaamaan.

”minä aina sille sanoin että minä en nyt oikeen muista että miten tämä nyt alotetaan, että alo- tappa sinä....että minä niinkö sillälaila sain että se niinkö alottaa vaikka minä aika paljo os- saanki niitä (virsiä)”.

Tuoreet tutkimukset osoittavat että laulamalla hoitaminen auttaa esimerkiksi aggressiivisten reaktioiden ehkäisemisessä peseytymistilanteissa (Heiskanen-Haarala 2010, 27). Hyräilevä tai laulava hoitotyöntekijä rauhoittaa, jolloin suihkuun meno ei ole vain suorite vaan leppoisaa kahden ihmisen kohtaamista. Tärkeää on tietää minkälaisesta musiikista asukas itse pitää. Laulamalla hoitotyöntekijä voi myös pysäyttää muistisairaiden asukkaiden levottoman hyöri- nän hoitoyhteisössä.

”...sitte ku minä saan sen vessaan, niin minä alan sille laulamaan. Se kuuntelee vain sitä laulua ja antaa tehä kaikki toimenpiteet”.

Tutkimusten mukaan hyviä kokemuksia muistisairaiden hoitotyössä on saatu myös musiikin kuuntelusta kuulokkeilla, jolloin hälyäännet jäävät pois ja asukas voi keskittyä mielimusiikkiin (Heiskanen-Haarala 2010, 27). Osa Mähösen (2001, 41) tutkimukseen osallistuneista vastaajista korosti tuttujen laulujen ja musiikin käyttöä tyydyttävänä hoitotyön menetelminä. Hoitotyöntekijät laittoivat musiikkia soimaan tai lauloivat vanhuksille.

Asukkaita kehoitetaan liikkumaan sisätiloissa, ja ulkona he liikkuvat säännöllisesti hoitotyöntekijän kanssa. Kesällä asukkaat ulkoilevat myös omalla aidatulla piha-alueellaan hoitohenkilöstön valvoessa että liikkuminen on turvallista. Ohjatut askarteluhetket ja tuolijumput pitävät yllä muistisairaana toimintakykyä. Mähösen (2001,41) tutkimuksen tuloksissa fyysisen aktiviteetin järjestämistä, kuten kävelyttämistä tai istumaan auttamista, käytettiin muistipotilasta rauhoittavana menetelmänä. Fyysiset aktiviteetit sekä musiikin käyttäminen hoitotyössä toimivat sekä käytösoireita ennaltaehkäisevästi, että myös helpottavina ja rauhoittavina menetelminä.

Ruokapöydän istumajärjestyksen miettiminen toimii samalla asukkaita aktivoivana menetelmänä.

”..miten se vois tapahtua se käen liikuttaminen ja syöminen, niin pannaan vastapäätä istumaan semmonen joka vielä ossaa syyä hyvin vaikka on dementoitunut. Se kahtoo se vasta puoli mallia siitä, se alakaa syömään sitte itekki siitä”.

Myös se, että hoitohenkilöstö keksi keskustelunaiheita ja erilaista tekemistä, aktivoi muistisairaita asukkaita. Hoitajan kuvauksen mukaan hän laittaa toisinaan asukkaille papiljotteja hiuksiin ja tekee kampauksia, laittaa kynsilakkaa tai sitoo kauniin huivin kaulaan.

”...täällä tykkäävät justiin nämä vanhukset siitä että ko minä tykkään kans hiuksia hirveesti laittaa niiltä. Sinä et tiä kuinka rauhallisia ne on silloin ne ihmiset kuule siinä. Ne on ihan niinkö eri ihmisiä”....”että se on sitä naisellisuutta”.

Muistisairaana henkilön sukupuoli-identiteettiä voidaan tukea esimerkiksi huolehtimalla hänen ulkonäöstään. Naisena tai miehenä oleminen positiivisena voimavarana ja terveenä jäljelle jääneenä ominaisuutena, ennaltaehkäisee käytösoireita (Sulkava ym. 1999, 42-43.)

Vastaajat kokivat tärkeäksi **ajan antamisen** asukkaille, jotta he saisivat mahdollisuuden tehdä mahdollisimman paljon itse. Passiivisuutta ennaltaehkäistään antamalla muistisairaana tehdä itse, hoitotyöntekijät näyttävät ja ohjaavat vierellä ja auttavat tarvittaessa.

...”suurin asia mikä tässä on niin ajankäyttö. Annetaan aikaa nimenommaan sitte”...

”...ja tiettyyn pisteeseen annetaan tietenki tämä vapaus tehdä vaikka on dementoitunutki, niinkö pöytätavatki. Annetaan tehdä niinkö itse mahdollisimman paljo ensinnä”.

### 7.2.2 Käyttösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen

Asukkaiden **havainnointi ja valvonta** on ennakoivaa hoitotyötä, jolla varmistetaan heidän fyysistä turvallisuuttaan ja hyvinvointiaan, sekä ehkäistään käyttösoireiden pahenemista. Hoitotyöntekijät tekevät ennakoivaa työtään ajatellen ja miettien, mikä voisi auttaa ja helpottaa asukkaan käyttäytymiseen ja pyrkivät selvittämään syitä käyttäytymiselle.

”..niin sitte seurataan sitä yleisvointia, että mistä se vois johtua. Otetaan niinkö pissakoe”.

Virtsatieinfektio voi saada aikaan yllättäviä muutoksia asukkaan käytökseen, jolloin vastaajan kuvauksen mukaan ”alakaa tapahtummaan”. Myös liiallinen lääkitys tai uusi lääke voi aiheuttaa sivuvaikutuksena käyttösoireiden pahenemista, jotka vastaajan kuvauksen mukaan pitää osata ikään kuin vaistota ennalta että kaikki ei ole nyt kunnossa ja kohdallaan, ja lähteä vieämään asiaa eteenpäin.

”meillä pittää koko ajan vähän niinkö silmät olla hoksottimet olla kohdallaan, että hoitajien pittää olla se, niinkö hoksata kaikkea tämmöstä”.

Mähösen (2001,35) tutkimuksessa ennaltaehkäisevistä hoitotyön menetelmistä käytetyimmät olivat kysyminen muistisairaalta, mikä on hätänä (71% vastaajista hyvin usein), ja hänen fyysisen hyvän olon varmistaminen (58% vastaajista hyvin usein). Myös Kanalan ja Leinosen (2001,47) tutkimuksessa lähes kaikki vastaajat kysyivät usein, mikä on hätänä, ja pyrkivät usein ennaltaehkäisemään muistisairaana käyttäytymisongelmia.



**Turvallisen ja rauhallisen hoitoympäristön järjestäminen** on levottomuuden ja ahdistuneisuuden hoidossa ja ennaltaehkäisemisessä tärkeää. Vastaajat kokivat, että ruokailutilanteet tulisi rauhoittaa usean hoitotyöntekijän edestakaiselta liikkumiselta, ja myös opiskelijoiden läsnäolo lisäsi asukkaiden levottomuutta.

”...siinä niinkö ei tarvis olla... ko kolme korkeintaan... hoitajaa siinä ruokailutilanteessa, että ne asukkaat olis rauhallisempia sitte”.

Pienessä ja ahtaassa vessassa suoritettavat peseytymiset pahensivat asukkaiden ahdistuneisuutta, jolloin he olivat levottomampia ja vastustelivat hoitotoimia ankarammin. Wc:n ovi vielä usein suljetaan, eikä pienessä tilassa ole ikkunaa. Vastaajan kuvauksen mukaan asukkaat pyrkivät pääsemään wc:stä pois huoneeseensa sängyn viereen. Isolan ym. (2004, 150) tutkimuksen tulosten mukaan lukittujen ovien koettiin tuovan turvallisuutta, mutta toisaalta ahdistavan muistisairaita herättävän uteliaisuutta ja houkuttavan pyrkimään ulos.

”...tulleeko niillä dementikoilla sitte siellä vessassa jotenki semmonen ahtaan paikan kammo tai joku semmonen, ja minä oon aina vieny sitte huoneeseen sen sinne petille istumaan ja laitetaan siinä niinkö loppuun vaatteet päälle. Niin ne on paljo rauhallisempia sitte siinä sängyn vieressä, ne ei oo niin ahdistuneita sitte....Onko se sänky joku semmonen turvallinen paikka niille että”.

Hoitotyöntekijät valmistautuvat ennakoimalla asukkaalle ahdistavaan pesutilanteeseen, ja vievät tarvittavat välineet ja vaatteet valmiiksi vessaan, jonka jälkeen vasta asukas haetaan.

Rauhalliseen fyysiseen ympäristöön liittyi myös äänen maltillinen käyttö levottomuutta ennaltaehkäisevänä menetelmänä. Äänen korottamisen kuvattiin kiihdyttävän asukkaita, ja saavan aikaan ketjureaktion ryhmässä. Kun yksi asukas aloittaa ja korottaa ääntään, toinen asukas saattaa innostua tästä lisää. Kova ääninen puhe myös pelottaa muistisairasta, ja voi aikaansaada huutokohtauksen. Isolan, Backmanin, Saarnion & Paasivaaran (2004,150) tutkimuksessa turvallisuus koettiin tärkeimmäksi tekijäksi fyysisessä ympäristössä, ja meluttomuutta pidettiin tavoiteltavana. Äänekästä puhetta, huutamista tai radion ja television kovaäänistä kuuntelua tulisi tulosten mukaan välttää. Mähösen (2001,36) tutkimuksessa yli 70 % vastajista pyrki vaikuttamaan hoitoympäristöön hyvin usein tai usein poistamalla siitä haasteellista käyttäytymistä edistäviä tekijöitä, tai tekemällä siitä miellyttävämmän.

**Yhteisten hoitolinjojen** puuttuminen tuottaa turvattomuutta muistisairaalle asukkaalle. Muistisairaana levottomuuden ja vaeltelun hoidossa tärkeää on tutut, turvalliset säännöllisesti toistuvat arkielämän toiminnot yksilöllisesti toteutettuina, joilla tuetaan jatkuvuuden tunnetta. Ryhmäkodissa on yhdessä sovittu hoitolinjat, hoitotyön periaatteet ja asukkaiden oikeudet joita kunnioitetaan ja pidetään ”pääasioina” työssä.

”...kaikki tekkee niinkö sovitaan samalla lailla ne työt, mitkä perusasiat tehään...ettei sitte niinkö kovin monta hoitotyylä tehä...eihän siitä tuu mittään että jos toinen antaa puolta helepommalla tehä”.

Myös Mähösen (2001, 37) tulosten mukaan lähes kaikki (94%) vastaajat toimivat hyvin usein tai usein siten kuin henkilökunnan kanssa oli yhdessä sovittu kohdatessaan muistisairaana haasteellista käyttäytymistä.

**Hoitohenkilöstön yhteistyön**, ja kokemusten jakamisen kuvattiin helpottavan ja auttavan muistisairaiden hoitotyössä, ja hyödyttävän myös asukkaita. Asukkaiden käytösoireita provosoivia tekijöitä opitaan tunnistamaan myös toisten kokemuksien pohjalta, jolloin ärsykeitä voidaan muuttaa tai poistaa ja siten vähentää käytösoireiden esiintymistä.

”...jos huomaa ite että joku asia on semmonen uus asia mikä vois helepottaa muijenki työtä niin sanoo muillekki sitte. Ja kyssyy että onko sulla joku niksi tai asia minkä oot huomannu että se helepottas. Ja ajatellaan asukkaan kannalta...”

Mähösen (2001, 37) tutkimustuloksissa lähes kaikki (96%) vastaajat keskustelivat hyvin usein tai usein asiasta muiden hoitoon osallistuvien kanssa ennaltaehkäisevänä hoitotyön menetelmänä. Isolan ym. (2004, 151) tutkimustuloksissa ilmeni, että hoitotyöntekijät voivat kertoa oman kokemuksensa tilanteen hoitamisesta, mutta sama toimintamalli ei välttämättä toimi seuraavalla kerralla.

Tilanteiden ennakkoinnissa auttaa **asukkaan** ja hänen elämäntarinansa **tunteminen** hyvin, sekä niiden asioiden tietäminen mitkä asiat ovat mieluisia hänelle, tai mistä hän ei pidä lainkaan. Vastaajan kuvauksen mukaan heidän pitää päästä tietämään ja tuntemaan asukkaan

elämäntarinaa, jotta he voivat ymmärtää mitä käyttäytymisen takana on kun käyttäytymisen ongelman syytä selvitetään.

”niin meidän pitää saaha se tietää, mutta ku me ei välttämättä oo saatu sitä tietoon”.

Vastaajan kuvauksen mukaan asukkaan oma persoona pitää huomioida, sekä tunteakseen asukkaan selvittää minkä tyylinen hän on, ja mitä asioita heidän pitää ottaa huomioon hoidossa. Päivittäin hoitotyössä on monta asiaa, mitkä pitää huomioida ja tehdä toiselle asukkaalle eri tavalla.

”13 kaavaa melekein on että kaikki pittää tehdä eri kaavan mukkaan. Että kyllä siinä pittää vähän kattoa että miten minä teen tuon kanssa, miten minä tuon kanssa”.

Kanalan ja Leinosen (2001) tutkimustuloksissa lähes kaikki vastaajat usein toimivat yksilöllisesti tilanteen vaatimalla tavalla, selvittivät muistisairaana taustan ja aikaisemmat tottumukset, sekä haasteellisen käyttäytymisen mahdollisen syyn. Mähösen (2001,35,40) tutkimuksessa potilaan taustan ja ohjeiden tarkistamista hoitosuunnitelmasta käytettiin vähemmän ongelmallisten tilanteiden ratkaisemiseksi, vastaajista 39% teki näin joskus tai harvoin. Myös keskustelu vanhuksen omaisten kanssa tilanteiden ratkaisemiseksi oli vähäisempää, 52% toimi näin hyvin usein tai usein.

Asukkaiden omien **toivomusten ja yhteisten sopimusten noudattaminen** ehkäisee käytösoireista aiheutuvia tilanteita.

”...ja annetaan sitte ite määrätä ne asiat mitä ne haluaa määrätä....kaikeahan ei tietenkään voi, tiettyjä asioita on mitä ne ei saa ite määrätä, mutta niin pitkään ku pystytään...”

Turvallisuuden tunne muistisairaalle luodaan luottamuksen avulla. Asukkaan kanssa voidaan keskustella asioista ja tehdä yhteisiä sopimuksia ottaen huomioon etenevä muistisairaus.

”...jos on tämmösiä asioita mitä voijaan keskustella asukkaan kans, jotaki vähän henkilökohdasta, niin se luottamus, että mitä sovitaan niin tehään myös se.”

”...minä sitte kysyin että no mehän sovittiin sillon alussa ko ruvettiin käymään saunassa että sillon vaihetaan kaikki puhtaat vaatteet. Ei mittään ko me pestään ja aamulla tuuaan sulle kaappiin puhtaat vaatteet”.

Vastaajan kuvauksen mukaan asioista keskusteleminen muistisairaahan asukkaahan kanssa sisältää perustelemista ja vakuuttamista puhumalla. Luottamuksellinen hoitosuhde uuden asukkaahan kanssa rakennetaan vähitellen keskustellen, sekä läheisyyden avulla. Mähösen (2001,35) tutkimuksen tuloksissa enemmistö (83%) vastaajista toimi hyvin usein tai usein vanhuksen kanssa yhdessä tehtyjen päätösten mukaan. 74% vastaajista teki niin kuin muistipotilas toivoi vähintäänkin usein.

### 7.3 Käyttöoireista kärsivän muistisairaahan hoitotyön haasteet

Hoitotyöntekijän näkökulmasta yläteemaksi muodostui ihmisen kohtaamisen taito.

#### 7.3.1 Ihmisen kohtaaminen

Haastavinta vastaajan kuvaamana on **onnistuminen työssä**. Päivittäin asukkaita avustetaan useita kertoja peseytymisten, pukeutumisten ja ruokailujen yhteydessä. Kyselyn mukaan ryhmäkodissa esiintyy vastustelua hoitotoimenpiteissä runsaasti.

”...saat sen dementikon aamulla pirteänä laitettua. Ei suurempia ongelmia siinä tule esimerkiksi jos vaatteita laittaa päälle, että se alakais hirveesti vastustelemaan tai jottain muuta. Että saat sille sen vaatteet päälle esimerkiksi, ja kaikki pesut ja kaikki”.

Vastaajien kuvausten mukaan muistisairaiden hoitotyössä joka päivä on erilainen, kahta samanlaista päivää ei ole jolloin haasteeksi muodostuu **muuttuvien tilanteiden hallinta**. Asukkaiden muistisairaus etenee, syvenee, oireet vaihtelevat ja hoitotyö vaatii enemmän aikaa. Kohtaamiseen tulee uusia haasteita.

”...vaikka on tämmönen hyvä, sanotaanko helppo hoijettava....niin se voi huomenna olla tai ylihuomenna olla sitte astetta vaikeampi. Se saattaa muuttua, se muuttuu oireet vaihtelee, se voi oiretila mennä, voi yhtäkkiä mennä tosi huonoksi”.

Muuttuvia tilanteita aiheuttaa päivittäin myös se, että jokainen muistisairas asukas on oma persoonansa, jonka yksilölliset tarpeet tulee hoidossa ottaa huomioon.

”...että et sinä voi kaikille samalla kaavalla tehdä kaikkea... Se on niin haastavaa tämä”.

**Havainnoimisen taito** korostuu muistisairaahan asukkaan hoidossa, jolla sairauden myötä heikkenee kyky ilmaista itseään. Hoitajan tulee vaistota, huomata, kuunnella ja kuulla sekä uskaltaa myös tehdä tämän perusteella päätöksiä asukkaan hoidon suhteen. Näihin asioihin liittyy myös hoitotyöntekijän jatkuva itsensä kehittäminen työssään.

”Silimät selässäki ja tukkoja ei korvissa saa olla. Pittää niinkö kuunnella ovesta ku tulee sisään että missä mennään. Se on haastavaa ja niin mielenkiintoista sitte kuunnella näitä. Koko ajan pittää kehittää itteään...”

#### 7.4 Yhteenveto taustatiedoista

Ennen tekemiäni haastatteluja pyysin vastaajia ”rasti ruutuun”- menetelmällä valitsemaan eri vaihtoehtoista lomakkeelle millaisia käytösoireita asumispalvelukodin asukkailla esiintyy (LIITE 2 ). Koska toinen vastaajista antoi myös suullisesti paljon tietoa samanaikaisesti kun kävi taustatieto lomaketta läpi, nauhoitin myös käytösoireiden läpikäymisen hänen osaltaan. Analysoin siinä kerrotut hoitotyön menetelmät muun haastatteluaineiston yhteydessä. Toisen vastaajan mielestä asukkailla esiintyy kaikkia lueteltuja käytösoireita paitsi ohjeiden seuraamattomuutta, ja toinen vastaaja jätti 25 vaihtoehdosta ruksaamatta 4 vaihtoehtoa.

Lääkkeistä kieltäytymistä esiintyy joskus esimerkiksi lääkkeen sylkemisenä, jonka vastaaja kuvasi pieneksi ongelmaksi. Ohjeiden seuraamattomuutta esiintyy ehkä lyhytaikaisasukkailla ja uusilla pysyvillä asukkailla, mutta lievänä. Muiden ihmisten toimien häiritseminen asukkailla on lievää, ja yhteistyön sujumattomuus muistisairaahan kanssa- kohtaan vastaaja kirjoitti lisähuomautuksena: ”toimii, edellyttää kaikkien hoitajien osallistumaan yhtenäiseen sovittuun kaavaan”. Vastaaja tarkensi kirjoittamalla lomakkeelle tämän tarkoittavan, että kaikki hoitajat tekevät niinkö on yhdessä sovittu samalla lailla työt ja perusasiat. Kieltäytymistä ruuasta tai juomasta ei ole juurikaan ilmennyt, aivan lieviä tapauksia lukuun ottamatta. Myöskään täysin ravinnoksi sopimattoman syömistä, esimerkiksi kukkien tai paperin syömistä vastaaja ei maininnut esiintyvän. Eritteillä sotkemista tulee aina jossakin vaiheessa kausiluontoisena esille asukkailla. Poikkeavaa seksuaalista käytöstä ja estottomuutta esiintyy vähemmässä määrin, yksittäisiä tapauksia.

Joidenkin käytösoireiden yhteydessä oli lueteltu monta eri osa-aluetta, joita kaikkia ei välttämättä esiintynyt asukkailla. Esimerkiksi fyysiseen levottomuuteen liittyvää karkailua, riisuu-

tumista, epätarkoituksenmukaista pukeutumista tai hoitohenkilöstön perässä kulkemista ei tällä hetkellä esiintynyt asukkailla, tai esiintyi vain vähän. Toisaalta vaeltelua ja jatkuvaa kävelyä esiintyy muutamilla asukkailla päivittäin. Kuitenkin levottomat, paljon liikkuvat asukkaat nukkuvat hyvin, heillä ei ole nukahtamisvaikeuksia ja he nukkuvat pitempään.

Hygieniaan liittyvät ongelmat ja sen laiminlyönti on myös vastaajan mukaan yleistä. Muistisairauden edetessä hoitohenkilöstö huolehtii lisääntyvästi asukkaiden puhtaudesta ja perushoidosta heidän puolestaan. Vastaaja kirjoitti lisähuomautuksena: ” hoitajien valvottava kokonaisuus, kaikki osa-alueet” jolla hän tarkoitti kaikkea puhtaudesta huolehtimista, kuten esimerkiksi intiimi alapesu, ihon hoito ja suun ja hampaiden hoito.

Hoitotoimenpiteiden vastustelua esiintyy vastaajan mukaan runsaasti asukkailla. Hänen mukaansa heillä ei ole yhtään asukasta joka ei vastustelisi jotenkin, jossakin vaiheessa ja jossakin muodossa pesujen ja pukemisten yhteydessä.

Asukkailla esiintyi lähes kaikkia lomakkeessa lueteltuja käytösoireita, joista hoitotoimenpiteiden vastustelu oli yleisintä. Myös vaeltelu ja jatkuva kävely, sekä hygieniaan liittyvät ongelmat ja sen laiminlyönti olivat yleisiä ja päivittäin esiintyviä käytösoireita asukkailla. Muutamalla asukkaalla käytösoireet olivat vähäisiä ja lievempiä.

Muistisairaahan käytösoire on merkki ja oire pahoinvoinnista, joka ei selity vain henkilön muistisairaudesta. Tutkijoiden oletus on, että käytösoireet vähenevät, kun ihmistä hoidetaan kaikin tavoin hyvin (Heiskanen-Haarala 2010,26.)

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 8.1 Vuorovaikutuskeinot ja turvallisuuden tunne tärkeimpiä käytösoireiden helpottamisessa

Tuloksissa tuli esille, että hoitotyöntekijät helpottivat muistisairaahan asukkaan käytösoireita useilla hoitotyön auttamismenetelmillä: eri vuorovaikutuskeinojen avulla, toimimalla joustavasti, luomalla turvallisuuden tunnetta ja hillitsemällä toimintaa. Vuorovaikutuskeinoista vastaajat korostivat rauhallisen suhtautumisen ja sanattoman viestinnän merkitystä, kuten äänenkäytön, äänensävyn ja katsekontaktin merkitystä. Muunlaisen sanattoman viestinnän, kuten ilmeiden ja eleiden, hyväksikäyttöä vastaajat eivät maininneet. Isolan ym. (2004, 150) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia: ohjaamisessa on oleellista katse- ja kosketuskontakti, sekä lisäksi elekieli ja kahden kesken oleminen. Myös Mähösen (2001, 36) tuloksissa katsekontaktin merkitystä korostettiin. Hoitajan rauhallinen läsnäolo, ja rauhallisuuden säilyttäminen tuli esille myös Kanalan ja Leinosen (2001,47) ja Mähösen (2001, 41) tutkimustuloksissa.

Vastaajat helpottivat vuorovaikutusta asukkaiden kanssa käyttämällä tuttuja vanhanajan sanontoja apunaan, jolloin vaikea tilanne voi mennä ohi. Muistisairas ihminen on rauhallisempi, kun hän kokee tulevansa ymmärretyksi sillä viestinnän tasolla, johon hän kykenee. Rauhoittellessaan aggressiivisesti käyttäytyvää asukasta vastaajat käyttivät yksinkertaisia ja selkeitä lauseita, ja pyrkivät vetoamaan tosiasioihin, joka ei kuitenkaan välttämättä aina auttanut. Vastaajat kokivat, että asukas ei tuolloin ymmärtänyt heidän sanojaan tai omaa toimintaansa. Haikaraisen ym. (1997,76) mukaan lievästi muistisairaahan ohjaus ja orientoiminen onnistuu eri tilanteissa vetoamalla tosiasioihin, mutta järkeen ja realiteetteihin perustuvilla selityksillä ei voi enää rauhoittaa keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairasta johon tunteet vaikuttavat voimakkaasti. Muistisairaahan äkilliselle katastrofireaktiolle altistaa turhautumisen tunne, joka voi syntyä jos hänen viestintäyrityksiään ei ymmärretä tai hänen toiveitaan ei huomioida (Sulkava ym. 1999,32-33).

Muistisairaudet vaikuttavat myös kykyyn tuottaa ja vastaanottaa puhetta. Muistisairas voi tunnistaa sanat, mutta hän ei ehkä tavoita niiden merkitystä (Heimonen 1997,96.) Hoitotyöntekijän kannattaa jakaa ohjeet pienempiin osiin, ja kiinnittää huomiota omaan puheeseen ja sen sisältöön, sekä puhetapaan ja äänensävyyn: hidastaa puhumista, pitää taukoja, puhua ymmärrettävästi ja ystävällisesti, sanoa tärkein asia heti ensimmäiseksi, tai käyttää sanatonta viestintää tukena sekä näyttämällä että sanomalla ohjeet ääneen. Muistisairaahan kyky ymmär-

tää sanallista viestintää voi olla heikentynyt, mutta hän tavoittaa herkästi sanattoman viestinnän kielen, miten hoitohenkilöstö käyttää omaa kehon kieltään kuten asentoja ja ilmeitä (Heimonen 1997,98-100).

Asukkaan vastustellessa perushoitotoimia hoitotyöntekijä otti esiin jonkin tälle tutun asian ja miellyttävän muiston, jonka avulla hän sai asukkaan unohtamaan kielteisen tai ahdistavan mieleen tulleen asian. Puhumalla muista asioista asukkaan huomio kiinnittyi toisaalle, ja toisaalta miellyttävä muisto toimi tynnyttävänä menetelmänä. Muistelemisella on Heimosen (1997, 103) mukaan tärkeä rooli vuorovaikutuksessa. Menneitä kokemuksia voidaan käyttää hyväksi, jotta muistipotilas saadaan tuotua nykyhetkeen. Mielestäni asumispalvelukodin hoitohenkilöstö voisi aktiivisesti käyttää muistelua hoitotyön menetelmänä, ja auttaa asukkaita muistelemaan menneitä mukavia aikoja esimerkiksi vanhoja valokuvia tai muita esineitä apuna käyttäen. Muisteluhetkissä näitä myönteisiä muistoja voitaisiin kerrata yhdessä. Muistelulla voidaan muun muassa kohottaa muistisairauksiin liittyvää masentunutta mielialaa (Sulkava ym.1999, 36-37).

Vastaajat toimivat joustavasti asukkaan ehdoilla ja käyttivät luovuuttaan ja huumoria hyväksi hoitotyössä. Luovuuden käyttö tuli esille hoitotyötä helpottavien ”niksien” ja tilanteeseen sopivien tekojen oivaltamisena, joilla hoitotyöntekijät ratkaisivat vaikeat tilanteet asukkaiden kanssa.. Muistipotilaiden hoitamiseen ja kohtaamiseen tarvitaan luovuutta, ja kykyä oivaltaa ja nähdä erilaisia toiminta mahdollisuuksia arkisissa tilanteissa. Vuorovaikutuksen onnistuminen muistipotilaan kanssa edellyttää kykyä toimia luovasti. Mäkisalo-Roposen (2010, 20) mukaan muistisairasta henkilöä ei voi koskaan hoitaa hyvin ja laadukkaasti rutiininomaisella toiminnalla, joten luovuuden käyttäminen on yhteydessä muistisairaiden hoitotyön laatuun.

Hoitotyöntekijöiden huumorin käyttö oli sanallista leikinlaskua, humoristista ihmettelyä äänen ja nauramista spontaanisti eri tilanteissa yhdessä asukkaiden kanssa. Heimosen (1997,103) mukaan nauraminen ja huumorin käyttö yhdessä muistisairaana henkilön kanssa auttaa luomaan yhteenkuuluvuuden tunnetta, sekä auttaa muistisairasta rentoutumaan. Muistisairaiden hoitotyössä tulisi Heimosen mukaan käyttää enemmän hyödyksi sanontaa: ”nauru on lyhyin välimatka kahden ihmisen välillä”.

Vastaajat myös sallivat levottomien asukkaiden kävellä ja tehdä omia touhuja samalla kuitenkin seuraten heitä. Vastaajat ymmärsivät asukkaiden käytösoireiden olevan osa muistisairautta. Sallimalla asukkaan liikkumalla ja touhuamalla purkaa omaa ahdistustaan tai laukaista



stressiään, hoitotyöntekijät helpottivat hänen levottomuuttaan. Toisaalta he pysyivät käveleviä asukkaita välillä istumaan ja levähtämään. Jos asukas on kovin levoton, se vain lisää hänen ahdistuksensa määrää, jolloin on hyvä katkaista levoton vaeltaminen välillä. Vaeltamisen ja levottomuuden syy tulisi myös pyrkiä selvittämään, jotta muistisairasta voitaisiin auttaa oikealla tavalla. Vaeltaminen voi olla toiminnan tarpeen tyydyttämistä, tai keino jonka avulla asukas ilmaisee virikkeettömyyttä, keskittymiskyvyn puutetta tai fyysistä tai psyykkistä pahaa oloaan (Isola 1997, 110). Vaelteluun on kokeiltu myös henkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen lisäämistä, tai erilaisten vihjeiden laittamista ympäristöön, esimerkiksi wc:n kuva kylpyhuoneen oveen (Kanala ja Leinonen 2001, 18). Toistuva tavaroiden keräily ja touhuilu voi myös olla merkinä siitä, että muistisairaalle tulisi antaa muuta aktiviteetin tarpeen tyydyttävää tekemistä (Sulkava ym. 1999,47).

Kosketuksen ja läheisyyden avulla vastaajat rauhoittelivat levottomia asukkaita, ja loivat heille turvallisuuden tunnetta. Vastaajat korostivat kosketusta ja läheisyyttä tärkeimpinä tekijöinä muistisairaiden hoitotyössä. Nämä hoitotyön auttamismenetelmät kuvattiin samalla myös parhaimmiksi keinoiksi ehkäistä muistisairaana käytösoireista aiheutuvia tilanteita, jonka perusteella menetelmillä voidaan katsoa olevan laaja-alaista helpottavaa ja ennaltaehkäisevää merkitystä muistisairaiden hoitotyössä asumispalvelukodissa. Myös Mähösen (2001,41) tutkimustuloksissa muistipotilaan kohtaamisessa tärkeiksi nähtiin rauhoittelu, koskettaminen, lähellä olo ja se, että hoitotyöntekijä kykenee luomaan turvallisen ilmapiirin, ja saavuttamaan potilaan luottamuksen.

Vastaaja kuvasi kertovansa etukäteen pesutilanteissa asukkaille mitä aikoo tehdä, mikä on asukkaalle turvallista koska hän saa tietää mitä seuraavaksi tapahtuu. Vastaaja puhui ymmärrettävästi, lyhyesti ja selkeästi, ja koki että asukkaat ymmärsivät hänen sanomansa, mikä helpotti yhteistyötä ja asukkaan ahdistusta pesutilanteessa. Aiempien tutkimusten mukaan hoitotyöntekijä voi vaikuttaa ennaltaehkäisevästi muistipotilaan hyökkävään käytökseen, jos hän onnistuu luomaan turvallisen ilmapiirin ja vähentämään potilaan ahdistusta (Mähönen 2001,14).

## 8.2 Käyttäytymisen hillitseminen vaatii eettistä pohdintaa työyhteisössä

Asukkaan huomion kiinnittäminen toiseen asiaan toteutui viemällä hänet pois levottomasta tilanteesta, antamalla aikaa ja kävelemällä tämän kanssa yhdessä. Myös puhumalla muista asioista hoitotyöntekijät saivat asukkaan unohtamaan ikäviä asioita. Mähösen (2001,38) tutkimuksessa suurin osa vastaajista pyrki hyvin usein kääntämään vanhuksen ajatukset muihin asioihin haasteellisen käyttäytymisen tilanteissa joten menetelmänä se oli yleisesti käytössä. Isola (2004,151) kuvaa huomion ohjaamista muuhun intuitiiviseksi toiminnaksi, jossa ratkaisut syntyvät tilannekohtaisesti.

Vastaajat hillitsivät asukkaiden aggressiivista käyttäytymistä asettamalla rajat käytökselle. He kielsivät suullisesti asukkaita hieman ääntä korottaen, etteivät he saa lyödä, kynsiä tai jopa purra hampaillaan hoitotyöntekijöitä, sekä käyttivät apuna toista hoitajaa jonka tehtävänä oli pesutilanteessa pitää asukkaan käsistä kiinni ja siten estää huitominen ja lyöminen. Kiinnipitäminen kuvattiin välttämättömäksi menetelmäksi niin sanottujen vaikeiden tapausten hoitamisessa. Muistisairaiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä (Alzheimer-keskusliiton Leenankoti Helsingissä ja dementiahoitokeskus Villa Lyhde Espoossa) hoitotilanteissa tarvitaan vain harvoin kahta hoitotyöntekijää, koska yksin ollessaan hoitaja keskittyy tilanteeseen, jolloin asukas on hoidon keskipisteenä ja hyvän vuorovaikutuksen syntyminen on näin mahdollista (Marjanen 2005,44). Kanalan ja Leinosen. (2001, 61) tuloksissa hoitotyöntekijät harvoin komensivat muistipotilasta, käyttivät fyysistä voimaa tai pakottivat potilaan toimintaan. Sipiläisen (2008, 43) tutkimuksen tuloksissa vanhainkotien hoitotyön johtajat pitivät asukkaan pakottamista eri asioihin yhtenä fyysisen kaltoinkohtelun muotona. Pakottamista esiintyi pakkopesemisenä, pakkosyöttämisenä ja pakkoaktiiviteetteina, sekä lääkkeiden antamisena väkisin. Saarnion (2009,67) tutkimuksessa fyysistä kaltoinkohtelua tapahtui tilanteissa, joissa hoitajat käyttivät omaa fyysistä voimaansa vanhuksien kiinnipitämiseen. Hoitajan voiman käyttö luokiteltiin suoraksi menetelmäksi vanhuksen liikkumisen rajoittamisessa.

Asukkaiden käyttäytymisen hillitseminen käsistä kiinni pitämällä on eettistä pohdintaa vaativaa sen väärinkäyttämisen mahdollisuuden takia, jolloin siihen voi liittyä fyysisen voiman käyttöä. Myös tilanteen ilmapiirillä ja hoitotyöntekijän käyttäytymisellä ja äänensävyillä on merkitystä sille miten muistisairas asukas kokee kiinnipitämisen. Vastaajan mukaan tilanteessa ei huudeta asukkaalle vaan puhutaan rauhoitellen. Ristiriitaisuutta tilanteeseen tuo hänen mukaansa se, miten käsistä kiinnipitäminen saadaan toteutettua hellästi asukkaan vastustelusta huoli-

matta. Mielestäni on positiivista, että vastaaja pohti ja näki eettisen ongelman kiinnipitämisessä, sekä että hän pyrki säilyttämään rauhallisen ilmapiirin tilanteessa käyttäytymällä ja puhumalla rauhoittavasti asukkaalle. Toisaalta, jos oma toiminta epäilyttää tai aiheuttaa itselle ristiriitaisia ajatuksia, se on mielestäni merkki siitä, että toiminnassa on parannettavaa ja ihminen tekisi toisin jos tietäisi paremman ja asukkaalle miellyttävämmän tavan toimia. Saarnion (2009, 65) väitöskirjan tuloksissa vastaajien kokemukset olivat samansuuntaisia. Rajoitteiden käyttö aiheutti hoitohenkilöstössä syllisyudentunteita sekä ristiriitaisia tunteita, jossa he tunsivat olevansa pakkotilanteessa ilman vaihtoehtoja. Hoitotyöntekijöillä oli halu hoitaa tilanne paremmin, mutta he kokivat etteivät tähän pystyneet. Hoitohenkilöstön ammatillisuus kärsi rajoitteiden käytöstä, koska he tiesivät jotenkin tekevänsä väärin. Vastaajien selviytymiskeinona rajoittamistilanteista oli puolustautuminen: työt täytyy tehdä, hoitotyö ei muuten onnistu. Tämä tuli esille myös tämän opinnäytetyön tuloksissa vastaajien kertomana.

Vastaajien mukaan asukkaita pitää yrittää käsitellä rauhallisesti, ja välittömän reaktion asukkaissa aiheuttaa jos hoitotyöntekijänä nostaa äänensävyä, tekee äkkiliikkeitä tai käyttää kovia otteita. Vastaajien mukaan asukkailta tulee palaute välittömästi. Asukkaan kannalta ajateltuna välittömiin reaktioihin ja palautteiden antamiseen sisältyy mielestäni ristiriitaisuutta. Hoitohenkilöstön tulee tietää miten tärkeää muistisairaahan henkilön hoidossa on esimerkiksi hoitotyöntekijän käyttämä ruumiin kieli, rauhalliset liikkeet ja lempeä kosketus, ja toimia sen mukaan. Täkkäällä ihmisellä on oikeus ammattitaitoiseen hoitohenkilökuntaan, sekä asiantuntevaan ja laadukkaaseen hoitoon jonka periaatteena tulee olla se, että kaikki hoito on kuntouttavaa hoitoa.

Asukkaiden aggressiivista toimintaa rajoitettiin myös viemällä asukas omaan huoneeseen rauhoittumaan, josta he tulivat hetken päästä itse pois. Mähösen (2001,49) tutkimustulosten mukaan muistisairaahan toiminnan rajoittamiseen liittyy varovaisuutta, koska se koettiin menetelmäksi jota voidaan käyttää väärin. Mähösen mukaan aikaisempien tutkimustulosten perusteella sopivalla tavalla käytettynä esimerkiksi muistipotilaan aggressiivisen toiminnan rajoittaminen on asianmukainen menetelmä. Näin hoitotyöntekijä osoittaa muistisairaalle hyväksyttäviä vaihtoehtoja aggressiivisuuden purkamiselle, ja tarjoaa hänelle mahdollisuuden kontrolloida omaa toimintaansa.

Kanalan ja Leinosen (2001,19) tutkimuksessa hoitajan epäammatillinen toiminta käsittää aiempien tutkimusten mukaan mm. toimintaan pakottamista, omaan huoneeseen viemistä ja huomiotta jättämistä, jolloin voidaan jo puhua kaltoinkohtelusta. Kaltoinkohtelua on fyysi-

sen tai psyykkisen voiman käytön lisäksi tahallinen tai tahaton hoidon laiminlyönti. Epäammatillinen toimiminen on tutkimusten mukaan myös esimerkiksi komentamista, estämistä, huutamista, sanallista loukkaamista tai kohtuutonta muistipotilaan rajoittamista sekä epätarkoituksenmukaista lääkitsemistä. Saarnion (2009, 23) tutkimuksessa muun muassa asukkaan huoneen oven sulkeminen / lukitseminen voidaan määritellä fyysiseksi rajoitteeksi ja keinoksi, jonka käytön tarkoituksena on henkilön liikkumisen rajoittaminen.

Tulosten perusteella muistisairaiden käytösoireita helpottavina menetelminä vastaajat korostivat eniten kosketuksen ja läheisyyden sekä rauhallisuuden ja sanattoman viestinnän merkitystä (äänenkäyttö, äänensävy ja katsekontakti). Asukkaiden aggressiivisen käyttäytymisen hillitsemiseen käytetyt rajoittavat hoitotyön menetelmät eivät ole aiempien tutkimusten mukaan edistyksellistä tai ammatillista hoitotyön toimintaa.

### 8.3 Liikkeellä ja laulamalla hoitamalla ehkäistään passiivisuuden lisääntymistä

Vastaajilla oli käytössään myös käytösoireita ennaltaehkäiseviä hoitotyön auttamismenetelmiä: asukkaiden aktivoimista ja käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistamista ja poistamista. Asukkaita aktivoivina menetelminä asumispalvelukodissa ennaltaehkäistään passiivisuuden lisääntymistä paljolti liikunnallisten aktiviteettien avulla, sekä antamalla muistisairaalle tehdä itse. Kävelyttäminen on myös rauhoittava menetelmä. Musiikki on hoitotyössä monella tavalla mukana. Aamupesulla laulamalla hoitaen rauhoittaa asukasta, ja yhdessä virsien veisaaminen tuo toiselle asukkaalle turvallisuutta. Musiikki on yksi luovan ilmaisun menetelmä, kuten vaikkapa kuvailmaisuus, kirjallisuus tai valokuvat.

Asukkaiden fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää, ja liikkuminen sekä musiikki tuottavat myös hyvää mieltä. Virikkeitä olisi hyvä olla enemmänkin hoidon apuna asumispalvelukodissa erillisinä toimintatuokioina, joita käytettäisiin asukkaiden jäljellä olevien voimavarojen ja mieltymysten mukaan. Laulamalla hoitaminen on tilanteesta, asukkaasta ja lempimusiikista riippuen aktivoivaa, rauhoittavaa tai turvallisuutta tuovaa, jonka käyttämisen soisi olevan jokapäiväistä hoitotyössä. Esimerkiksi lempilaulu aamupesulla, ruokalaulun saattelemana syömään, iltalaulu nukkumaan mennessä. Vastaajat pyrkivät ehkäisemään asukkaiden passiivisuuden lisääntymistä ja toimintakyvyn huononemista antamalla heille aikaa, ja vapauden tehdä itse mahdollisimman paljon, vierellä ohjaten ja tarvittaessa auttaen.

#### 8.4 Käyttöoireita laukaisevat tekijät tulee tunnistaa ennalta

Vastaajat kokivat, että heidän tulee olla jatkuvasti ”silmit auki”, havainnoida, huomata ja myös vaistota muutokset muistisairaana käyttäytymisessä. He seuraavat asukkaiden fyysistä yleisvointia, miettien mistä muutos mahdollisesti johtuu, ja mikä tilannetta voisi helpottaa. Opinnäytetyöni vastaajat olivat tietoisia virtsatieinfektion, liiallisen lääkityksen tai mahdollisen uuden lääkkeen aiheuttamasta käyttöoireiden pahenemisesta. Perusedellytys ihmisen hyvinvoinnille on somaattisten vaivojen hoitaminen. Muistisairaana hoitaja tarvitsee sairaanhoidollista taitoa arvioidakseen, milloin potilaalla on kipua, milloin virtsatieinfektio, milloin taas vaikkapa liian matala verenpaine (Heiskanen-Haarala 2010,27). Isolan ym. (2004, 150) tutkimustulosten mukaan ennaltaehkäisy tarkoittaa hoitotyöntekijän kulkemista ikään kuin ”pari askelta” edellä muistisairaana käyttäytymisessä. Tuloksissa ilmeni että ennaltaehkäiseminen vaatii hoitotyöntekijöiltä muun muassa teoreettista tietoa etenevistä muistisairauksista. Tutkimuksen mukaan ennaltaehkäisy on intuitiivista, vaistonvaraista toimintaa. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa vastaaja mainitsi vaistoamisen, ja että hoitotyöntekijänä pitäisi osata vaistota eri tilanteissa. Muistisairaiden hoitotyötä voidaan sanoa herkkyyttä vaativaksi taitolajiksi, jossa korostuu havainnoimisen taito, ja hoitotyöntekijän kyky tulkita ilmeitä, eleitä tai fyysistä epämukavuutta potilaan omien ilmaisukeinojen hävitessä. Kanalan ja Leinosen (2001,47) tutkimuksessa hoitotyöntekijät usein antoivat kipulääkettä, kun ajattelivat haasteellisen käyttäytymisen johtuvan kivusta. Opinnäytetyöni tuloksissa ei tullut tätä esille, eikä myöskään Mähösen (2001,35) sekä Kanalan ja Leinosen (2001,47) tutkimustulosten käytyä ennaltaehkäisevää menetelmää, joka oli yksinkertaista kysymistä muistisairaalta, mikä on hätänä.

Vastaajat olivat havainneet yhteyden rauhattoman ympäristön ja asukkaiden käyttöoireiden lisääntymisen välillä. Usean hoitotyöntekijän ja lisänä vielä opiskelijoiden liikkuminen ruokailutilanteiden aikana edestakaisin oli lisännyt asukkaiden levottomuutta. Myös Mähösen (2001,36) tutkimustuloksissa tuli esille, että hoitohenkilöstön hätäinen liikkuminen ja kiire saa myös potilaat levottomiksi. Muistisairaiden hoitotyössä hoitohenkilöstön on tärkeää kiinnittää huomiota sanattomaan viestintäänsä, ja pyrkiä liikkumaan rauhallisesti. Vastaajat kokivat myös, että asukkaiden levottomuus, ahdistuneisuus ja vastustelu lisääntyivät aina ahtaassa wc:ssä. Tila on pieni ja ikkunaton, ja ovi usein suljetaan. Ahdistaaako suljettu ovi asukkaita, ahdas wc tilana vai wc:ssä suoritettavat hoitotoiminnot? Mietittäväksi jää, kuinka suuri osuus asukkaan vastusteluun ja ahdistuneisuuteen on itse tilanteessa olevalla ilmapiirillä, tunnelmal-

la, hoitohenkilöstön toiminnalla, otteilla ja asennoitumisella, kahden hoitotyöntekijän läsnäololla ja ahtautumisella pieneen wc:n asukkaan lisäksi, mahdollisella kiireen tunteella, hoitajien kehon kielellä, vuorovaikutuksella jne. Lisäksi suihkutilanteisiin liittyy muistipotilaan kannalta monia hankalia asioita, kuten paleleminen viileässä tai vetoisessa huoneessa, sekä alastomuus joka usein aiheuttaa turvattomuutta ja häpeää (Sulkava ym. 1999,32).

Vastaaja kuvasi vievänsä asukkaan pesujen jälkeen huoneeseen vuoteelle istumaan, jossa hän avustaa asukasta pukemaan loput vaatteet ylleen. Vastaajan kuvauksen mukaan asukkaat ovat paljon rauhallisempia oman vuoteensa vierellä, ahdistus lievittyy ja vaatteiden pukeminen helpottuu. Hoitoympäristöä vaihtamalla hoitotyöntekijä pystyi helpottamaan asukkaan turvattomuuden tunnetta, ja siten vähentämään tämän käytösoireita tuossa tilanteessa. Hoitohenkilöstö pyrkii myös helpottamaan asukkaalle ahdistavaa pesutilannetta ennakoimalla, ja järjestämällä kaikki tarvittavat välineet valmiiksi vessaan. Näin hoitotyöntekijä pystyy paremmin keskittymään asukkaaseen ja itse hoitotilanteeseen.

Mähösen (2001, 55) mukaan muistisairaana käytösoireista johtuvia tilanteita voivat aiheuttaa muistisairauden lisäksi erilaiset hoitohenkilöstöön liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi hoitajien tiukka rutiineista kiinnipitäminen. Välttämällä tiukkoja rutiineja, ja huomioimalla sitä vastoin mitä tekijöitä muistisairaana käyttäytymisen taustalla voi olla ja pyrkimällä vaikuttamaan niihin, voidaan käytösoireidenkin esiintymiseen vaikuttaa.

Rauhattomuutta fyysisessä hoitoympäristössä lisäsi myös toisten asukkaiden äänen korottaminen. Kovaääninen puhe sekä kiihdytti että toisaalta pelotti muita asukkaita. Hoitotyöntekijät järjestivät ympäristöä puhumalla asukkaalle rauhoittavasti, koskettamalla, ohjaamalla pois levottomasta tilanteesta, ja menemällä kävelemään yhdessä eri paikkaan. Puhumalla itse rauhallisesti matalalla äänensävyllä he pyrkivät välttämään kiihdyttämästä tai innostamasta mitenkään lisää asukasta eli he pyrkivät hillitsemään hänen käyttäytymistä. Kontrolloimalla oman puheäänensä voimakkuutta vastaajat pyrkivät ennaltaehkäisemään asukkaiden käytösoireiden ilmaantumista.

Vastaajat kokivat, että heillä on välillä tullut esille tapauksia, joissa he eivät mielestään ole saaneet riittävästi tietoa asukkaasta etukäteen. Heidän olisi pitänyt päästä tietämään tarkemmin ja paremmin asukkaan elämäntarinaa ja tapahtumia mitä käyttäytymisen takana on, jolloin heidän olisi ollut helpompi ymmärtää tämän käytöstä, ja mitä heidän pitää ottaa huomioon hoitaessaan asukasta. Hankaliksi koetut tilanteet olisivat olleet ennakoitavissa ja ehkäis-

tävissä, jos hoitotyöntekijät olisivat tienneet mistä asukas hermostuu tai suuttuu, ja miten he voisivat omalla toiminnallaan ja käyttäytymisellään helpottaa kohtaamistilannetta. Isolan ym.(2004, 150) tuloksissa ilmeni että käytösoireiden ennaltaehkäiseminen vaatii hoitohenkilöstöltä muun muassa muistisairaana taustan ja elämänhistorian tuntemista. Kanalan ja Leinosen (2001) tutkimuksessa todettiin, että asianmukainen ja ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma voisi tukea hoitotyöntekijöiden päätöksentekoa hankaliksi koetuissa tilanteissa, ja toimisi ohjeena yhtenäisille toimintatavoille. Useissa muistisairaiden hoitoyksiköissä on käytössä myös elämäntarina- tai elämänpolkukaavake, jossa näkyy esimerkiksi asukkaan työt ja harrastukset, suhde uskontoon, luonteenlaatu ja pelon aiheet jne. Sitten kun muistisairas asukas ei enää itse kykene näitä kertomaan, näistä selvityksistä voi uusikin hoitotyöntekijä saada vihjeitä siihen mikä toimii juuri tämän asukkaan kohdalla, tai mistä hänen aggressionsa voisi johtua. Mäkisalo-Ropposen (2010,20) mukaan yksikään muistisairas henkilö ei ole sairautensa näköinen, vaan jokainen on oman elämäntarinansa näköinen. Tämän vuoksi tutustumalla ihmisen elämäntarinaa voidaan löytää kuntouttavan hoitotyön keinoja.

#### 8.5 Yhteiset hoitolinjat ja hoitohenkilöstön yhteistyö osana käytösoireiden ennaltaehkäisyä

Muistisairaana toimintakyky heikkenee, jos jokainen hoitotyöntekijä toimii ja auttaa eri tavalla (Mäkisalo-Ropponen 2010,22). Tällainen sovittujen hoitolinjojen puuttuminen tuottaa myös turvattomuutta varsinkin levottomuudesta kärsivälle muistipotilaalle. Vastaajat kokivat tärkeiksi yhteiset hoitolinjat ja että koko hoitohenkilöstö toimii siten kuin on yhdessä sovittu. Käytösoireita voidaan ehkäistä ja lievittää muun muassa yksilöllisesti toteutetuilla turvallisuuksilla luovilla arkielämän rutiineilla.

Vastaajat kokivat tärkeäksi yhteistyön ja kokemusten jakamisen hoitohenkilöstön välillä. Hoitotyötä helpottavat menetelmät tulee vastaajien mielestä tuoda esille työyhteisössä, mistä hyötyvät sekä asukkaat että hoitajat. Isolan ym. (2004, 151) tutkimuksen mukaan oleellista omien kokemusten kertomisessa on hoitajan oman toiminnan reflektointi muun työryhmän kanssa. Tällöin nämä tilanneherkiksi kuvatut toimintatavat tulevat ikään kuin vihjeinä eikä niinkään selkeinä ohjeina muiden käyttöön, ja hyödynnettäviksi jatkossa. Tutkimuksen mukaan tällainen työskentely rohkaisee hoitajia luovaan toimintaan, ja käyttämään omia piilossa olevia kykyjään. Hyvänä pidän sitä, että hankalien tilanteiden varalle hoitotyöntekijöillä olisi valmiiksi mietitty ”työkaluja”, joita hyödyntää, ja joilla he mahdollisesti voisivat pyrkiä ehkäi-

semään tai lievittämään asukkaan käyttäytymisen oireita. Myös se, että hoitotyöntekijänä miettii ja tarkastelee jo ennakolta omaa toimintaansa ja käyttäytymistään, ja näiden vaikutusta asukkaaseen on nimenomaan ajatellen työskentelemistä ja edistyksellistä hoitotyön toimintaa.

Vastaajat antoivat asukkaiden päättää niistä asioista mistä he halusivat päättää tietyn rajoituksen, koska on tiettyjä asioita, joita asukkaat eivät saa itse päättää. Ymmärtääkseni heidän toivomuksiaan siten pyrittiin kuuntelemaan ja noudattamaan hoitotyössä, millä voidaan vaikuttaa käytösoireita ehkäisevästi. Asukkaiden kanssa myös keskusteltiin ja tehtiin yhteisiä sopimuksia, joiden mukaan toimittiin. Hoitotyöntekijän toimiminen yhdessä asukkaan kanssa tehtyjen päätösten mukaan, ja hänen toiveidensa kuuleminen ja toteuttaminen on asukkaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa hoitotyötä. Asukkaiden oikeuksien kunnioittaminen sisältyy asukaspalvelukodin yhdessä sovittuihin hoitolinjauksiin.

Tulosten perusteella muistisairaiden käytösoireita ennaltaehkäisevinä menetelminä vastaajat korostivat eniten eri aktiviteettien merkitystä kuten liikkeellä ja laulamalla hoitamista, turvallisen ja rauhallisen hoitoympäristön järjestämistä ja asukkaiden havainnoimisen tärkeyttä. Edelleenkin oman äänensävy- ja voimakkuuden sekä koskettamisen ja läheisyyden merkitystä korostettiin myös ennaltaehkäisevinä menetelminä asukkaiden kohtaamisessa.

## 8.6 Hoitotoimien vastusteleminen vaikuttaa onnistumisen ja hallinnan tunteeseen työssä

Vastaajat kuvasivat haasteiksi muistisairaiden hoitotyössä sen, että onnistuu työssä sekä hallitsee päivittäin muuttuvat tilanteet ja havainnoimisen taidon. Kaikki nämä liittyvät mielestäni ihmisen kohtaamiseen. Onnistuminen työssä vaatii useita onnistuneita kohtaamisia muistisairaahan asukkaan kanssa työvuoron aikana: miten päivä lähtee käyntiin heti aamusta, asukkaiden pesut ja pukemiset sujuvat ilman suurempia vastusteluja tai ruokailutilanteet muodostuvat rauhallisiksi ja puurot eivät lentele pitkin pöytiä. Onnistuminen työssä vaatii hoitotyöntekijältä taitoa kohdata muistisairas ihminen, tämän tunnetilat ja käyttäytyminen. Onnistuminen työssä vaatii taitoa osata lievittää ja ehkäistä omalla persoonalla, käyttäytymisellä ja toimintatavoilla muistisairaahan ihmisen käytösoireita.

Tilanteet vaihtelevat päivittäin muistisairaiden hoitotyössä: asukkaiden oireet ja oireiden voimakkuus vaihtelee, ajankäyttö vaihtelee, toimintatapoja muutetaan ja vaihdellaan: mikä käy tänään ei välttämättä toimi enää huomenna. Jokainen asukas tulee myös kohdata yksilö-



nä, sama menetelmä ei toimi jokaisen asukkaan kohdalla. Hoitotyöntekijän tulee joustaa ja venyä. Muuttuvien tilanteiden hallinta vaatii hoitotyöntekijältä taitoa kohdata muistisairas ihminen ja tilanteet hänen kanssaan joka päivä sellaisena kuin ne eteen tulevat, ja toimia sen mukaan.

Etenevässä muistisairaudessa henkilön kyky ilmaista itseään heikkenee, mikä vaatii hoitotyöntekijältä taitoa osata havainnoida hänen käyttäytymistään eri keinoin. Muistisairaana käyttäytyminen on aina viesti, jolla on tarkoitus ja merkitys. Hoitotyöntekijältä vaaditaan taitoa ja herkkyyttä kuulla ja tavoittaa muistisairaana sanalliset ja sanattomat viestit, mikä edellyttää tarkkaa havainnointia, ja todellista läsnäoloa tilanteissa. Kuunteleminen on usein vuorovaikutuksen tärkein ja vaativin osa. Vuorovaikutus on hoitajan avain muistisairaana kohtaamiseen. Havainnoiminen vaatii hoitajalta taitoa olla vuorovaikutuksessa muistisairaana ihmisen kanssa, taitoa kohdata ihminen.

Mielestäni vastaajien kuvaamissa hoitotyön haasteissa kulminoituu vastaus siihen, minkä he kokevat olevan vaikeinta muistisairaana hoitotyössä: ihmisen kohtaaminen, johon sisältyy kaikki olennainen. Heillä tulee olla taitoa kohdata etenevää muistisairautta sairastava ihminen, jotta he kykenevät selviämään päivittäin hankalustakin tilanteista heidän kanssaan.

Vastaajien kuvaamat hoitotyön haasteet vahvistivat mielestäni tuloksia heidän käyttämistään auttamismenetelmistä. Löysin yhtäläisyyksiä vastaajien kuvaamissa hoitotyön menetelmissä ja haasteissa, sekä taustatietojen yhteenvedossa. Yhteenvedon mukaan hoitotoimenpiteiden vastustamista esiintyy asukkailla runsaasti pesujen ja pukemisten yhteydessä, johon liittyy myös asukkaan kirkumista ja huutamista. Myös fyysistä levottomuutta esiintyi päivittäin tietyillä asukkailla. Haasteeksi vastaajat kuvasivat sen, että he onnistuisivat työssä, ja tähän liitettiin asukkaiden pesujen ja pukemisten sujuminen ilman suurempia vastusteluja, ja esimerkiksi vaatteiden saaminen asukkaan päälle. Hoitotyön menetelminä vastaajat käyttivät pesutilanteissa vastustelevalle asukkaalle toiminnan hillitsemistä toisen hoitajan pitäessä tätä käsistä kiinni.

## 8.7 Kehittämisehdotukset asumispalvelukodille

Hoitotyön haasteissa on vastauksia opinnäytetyön toimeksiantajan toiveisiin kehittämisehdotuksista asumispalvelukodin henkilöstöä ajatellen. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen on taito, joka vaatii hoitotyöntekijältä jatkuvaa itsensä kehittämistä. Vuorovaikutustaitoja voi kehittää koulutuksen ja tiedon avulla, ja miettimällä oman toiminnan ja käyttäytymisen vaikutusta toisiin ihmisiin. Se että tunnistaa omat toimintatapansa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, opettaa ihmisen kohtaamista ja löytämään ratkaisukeinoja. Samalla hoitaja oppii myös tuntemaan omat vahvuutensa ja kehittämistarpeensa (Haapaniemi 2010,9.)

1. Asukkaiden käytösoireista hoitotoimenpiteiden vastustelu tuli vastaajien kuvaamana useaan otteeseen esille opinnäytetyötä tehdessä. Haastavinta oli onnistua työssä niin, että asukkaan vastusteleminen pysyisi kohtuuden rajoissa ilman suurempia ongelmia, ja perushoitotoimet saataisiin suoritettua. Mielestäni asukkaiden vastusteleminen pesu- ja pukeutumistilanteissa on haasteena sen laatuinen tässä työyksikössä, mikä vaatii tarkastelua ja pohdintaa tilanteiden helpottamiseksi ja ratkaisemiseksi. Tämä olisi otettava nimenomaan haasteena vastaan, eikä ongelmana. Asukkailla esiintyvän peseytymis- ja pukeutumistilanteeseen liittyvän aggression ja vastustamisen helpottamiseksi tulisi löytää keinoja joilla voidaan muuttaa joko tilannetta, tai hoitotyöntekijän toimintaa ja asennoitumista tilanteeseen. Kuntouttavaa työtä tulisi arvioida, onko sitä sisäistetty myös pesutilanteisiin kuuluvaksi. Onko asukkaalla mahdollisuus osallistua peseytymiseen ja kuivaamiseen myös itse? Asukkaan aggression syyt tulisi selvittää, johtuuko suuttuminen palelusta jossa syynä on matala verenpaine, ympäristötekijöistä (tilanteen rauhattomuus, meluhäiriöt, huoneen viileys ja veto), hahmottamisen vaikeudesta (riittämätön valaistus, sekava ympäristö) vai mahdollisesti vanhojen muistikuvien sekoittumisesta tilanteeseen, ja pyrkiä vaikuttamaan näihin tekijöihin. Hoitotyöntekijän tulisi myös miettiä omaa asennoitumistaan asukkaan pelkoon ja turhautumisen tai nöyryytyksen tunteisiin tilanteessa.

Eloniemi-Sulkavan (2009) mukaan muistisairaahan näkökulmasta hoitotilanteissa vastustamisen selitys on pelko, ja reviirin rikkominen. Muistisairaahan vastustamiseen vaikuttavia sisäisiä tekijöitä ovat ymmärtämisen ja hahmottamisen vaikeus, kontrollin pettäminen ja kipu. Hoitotilanteissa vastustamiseen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat kanssakäymiseen liittyvät tekijät. Esimerkiksi jos hoitotyöntekijän kanssakäyminen muistisairaahan kanssa on epäluotettavaa, esineellistävää, sairastuneen tunteet sivuuttavaa, hänen fyysisen tai henkisen reviirin rikkovaa

tai sekavaa ja vaikeasti ymmärrettävää (paljon puhetta ja selityksiä.). Aggressiivisuuden selityksenä hoitotilanteissa on että muistisairas haluaa edelleen että hänen toiveensa otetaan huomioon. Aggressiivisuuteen vaikuttavia sisäisiä tekijöitä tuolloin on muun muassa itsemääräämisoikeuden tärkeys ihmisen omassa elämässä, ja ulkoisia tekijöitä ovat kanssakäyminen, joka sivuuttaa hänen itsemääräämisoikeutensa, tai epäarvostava suhtautuminen. Asumispalvelukodissa asukkaiden vastustaminen pesutilanteissa johtuisi tämän perusteella hänen tuntemastaan pelosta, ja kanssakäymisestä jossa hänen fyysistä reviiiriään rikotaan. Jo vaatteiden riisumisen voi kokea fyysisen reviiirin rikkomiseksi, saati sitten sen että kaksi hoitotyöntekijää on samanaikaisesti fyysisessä kosketuksessa muistisairaahan kanssa.

Muistisairaiden hoitoyksiköissä jokaisella hoitotyöntekijällä tulisi olla yhteisesti sovitut tarkat ohjeet asukkaiden kiinnipitämisestä, millä tavalla, missä tilanteissa, millaisen ilmapiiirin vallitessa pakotteita käytetään. Jokaista tilannetta tulee aina harkita potilaskohtaisesti. Fyysisiä pakotteita tulisi käyttää vain, jos muita vaihtoehtoisia keinoja ei ole käytettävissä. Tähän tavoitteeseen voidaan pyrkiä henkilökunnan tuen ja koulutuksen avulla lisäämällä tietoa erilaisista hoitotyön menetelmistä vaikeiden tilanteiden kohtaamisessa, ja näin kehittää hoitotyöntekijöiden valmiuksia kohdata erilaisista käytösoireista kärsivä muistisairas asukas. Työyhteisöissä tulisi myös käydä avointa keskustelua pakotteiden käytöstä, sekä muista ratkaisuvaihtoehdoista tilanteissa joissa käsistä kiinni pitäminen kuvataan välttämättömäksi (Mähönen 2001,55.) Asiantuntijan osallistuminen keskusteluun tai työnohjaus lisää hoitohenkilöstön ammatillisuutta, ja sen avulla voidaan yhdessä pohtien löytää keinoja miten selvittää tietyn asukkaan kanssa (Sipiläinen 2008, 77.)

Mielestäni kaikki lähtee hoitotyöntekijän asenteista muistisairaaseen, aidosta välittämisestä ja arvostavasta vuorovaikutussuhteesta. Kun perusasiat ja asenne ovat kunnossa, voidaan miettiä erilaisten menetelmien ja keinojen käyttämistä apuna työssä. Vaikeistakin kohtaamisista ja vuorovaikutustilanteista asukkaiden kanssa tulee työyhteisössä keskustella, esimerkiksi miten vaikeat tilanteet pesujen yhteydessä syntyvät, ja millaisia ratkaisukeinoja hoitotyöntekijät ovat niihin keksineet. Vanhojen, rutiininomaisten työskentelytapojen rinnalle olisi aika luoda uusia toimintamalleja jotka perustuvat nykyhetken hoitotyön suosituksiin muistisairaahan kohtaamisesta.

Asumispalvelukodille soisin irti rutiineista, enemmän luovuutta –menetelmää myös haasteellisiin peseytymis- ja pukeutumistilanteisiin. Hoitohenkilökunta voisi enemmän hyödyntää huumoria ja luovuutta työssään. Enemmän leikinlaskua arkiseen aherrukseen asukkaita louk-

kaamatta, lisää oivalluksia ja heittäytymistä tilanteisiin, enemmän oman persoonan käyttöä ja herkkyyttä, enemmän mukaan menemistä muistisairaankokemusmaailmaan ja elämistä tässä hetkessä. Muistisairaiden hoitotyössä luovuus ei ole mikään vaihtoehto, vaan sen katsotaan olevan välttämätön edellytys, jotta laadukkaaseen hoitoon päästään (Mäkisalo-Ropponen 2010, 22).

Erittäin hedelmällistä olisi, jos hoitohenkilöstöllä olisi mahdollisuus päästä käymään tutustumiskäynnillä sellaisessa muistisairaiden hoivayksikössä jossa hoidon laatuun on panostettu, ja jossa voisi tutustua heidän käyttämiinsä hoitotyön auttamismenetelmiin. Hoitotyöntekijät voisivat jakaa kokemuksiaan erilaisista tilanteista, ja saisivat konkreettista tietoa miten esimerkiksi validaatio tai muistelu menetelminä on auttanut asukkaiden hoitotyössä, tai millä keinoilla kyseisessä yksikössä helpotetaan esimerkiksi asukkaiden vastustamista pesutilanteissa. Mielestäni tutustumiskäynti parhaiten ”avaa silmiä” käytännön läheisesti, tuo uusia ajatuksia sekä motivoi, innostaa ja rohkaisee hoitohenkilöstöä löytämään ratkaisuja hankaliin tilanteisiin eri menetelmiä, ja omaa luovuuttaan hyväksi käyttämällä. Toiseen yksikköön ja erilaisiin toimintatapoihin tutustuminen toisivat uskoa siihen, miten paljon hyvällä työyhteisön ilmapöyrillä sekä hoitotyöntekijän omalla käyttäytymisellä ja toiminnalla voidaan vaikuttaa muistisairaankäytösoireita lievittävästi ja ehkäisevästi.

Fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää myös muilla tavoilla. Koulutuksella ja ohjauksella voidaan vaikuttaa hoitohenkilöstön asenteisiin, ja lisätä heidän tiedollisia ja taidollisia valmiuksiaan vaihtoehtoisista ja luovista kohtaamisen tavoista, jolloin fyysisiä rajoitteita ei tarvitse käyttää. Saarnion (2009, 34,83-84) mukaan hoitotyöntekijän rauhoittavan toiminnan ja fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisen välillä on yhteys, joka on tullut myös aikaisemmissa tutkimuksissa esille. Asukkaiden ja hoitohenkilöstön väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät (toiveiden kuunteleminen, läsnä oleminen, koskettaminen) sekä ymmärtävä ja ystävällinen kohtaaminen on yksi vaihtoehto fyysisten rajoitteiden käytölle hankaliksi koetuissa tilanteissa. Jokaisen hoitotyöntekijän tulee myös olla tietoisia hoitoyksikön säännöistä, ohjeista ja eettisistä periaatteista. Työyhteisöön liittyviä rajoitteiden käyttöä vähentäviä tekijöitä ovat muun muassa yhteinen keskustelu ja yhteisten toimintatapojen sopiminen fyysisten rajoitteiden käyttöön, hoitokulttuurin muuttaminen, luovien hoitomenetelmien hyödyntäminen sekä omaisten mukaan ottaminen asukasta koskevaan päätöksentekoon. Fyysisten rajoitteiden käyttäminen tulisi myös aina kirjata asukkaan hoitokertomukseen. Organisaatioon liittyviä tekijöitä jotka mahdollistavat rajoitteiden vähäisemmän käytön ovat muun muassa henkilökuntamäärän lisääminen, johdon tuki sekä selkeät ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä.

Myös hoidon laadun arvioinnilla voidaan edistää vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. (Saarnio 2009,32-34).

2. Muistisairaiden hoitotyössä molemminpuolinen toistensa ymmärtäminen tuo oman haasteensa vuorovaikutuksen onnistumiselle. Jos realiteettiterapia ei ollut oikea valinta keskivaikeasti muistisairaahan asukkaan rauhoittamisessa, hoitohenkilöstö voisi kokeilla enemmän validaatiota eli tunteiden kuuntelua. Validaatiossa hoitotyöntekijä kohtaa muistisairaahan tunteet ja tarpeet sellaisinaan, jolloin tosiasioista ei kiistellä. Validaatiotekniikoita ovat mm. tunteiden myötäily, katseen, äänen ja kosketuksen käyttö turvallisuuden luojina sekä havainnointi jonka avulla selvitetään mitä tarvetta muistisairas ilmentää käyttäytymisellään. Sanallisesti käytetään avoimia kysymyksiä, avainsanoja sekä ilmaistaan asukkaiden tunteet sanoin ääneen. Monet näistä tekniikoista olivat jo vastaajilla käytössäkin. Hoitohenkilöstöllä olisi tärkeää oppia lukemaan asukkaiden tunteita ja oppia viestimään heidän kanssaan tunteiden kautta. Kun hoitotyöntekijä oppii ymmärtämään asukkaan viestintäyhteyksiä ja pystyy huomiomaan tämän toiveita paremmin, voidaan välttää asukkaan turhautumisen tunteet ja näistä johtuvat äkilliset reaktiot. Mielestäni hoitohenkilöstö tarvitsee tietoa muistisairauksien hoitotyön erilaisista auttamismenetelmistä, jotta heillä olisi enemmän vaihtoehtoja käytettävänä hankaliksi koetuissa vuorovaikutustilanteissa. Mitä enemmän työyhteisö oppii muistisairaahan kohtaamisesta, sitä mielenkiintoisempaa ja myös rikkaampaa heidän työnsä on (Haapaniemi 2010,9).

3. Muistisairaahan henkilön tunteiden tavoittaminen helpottaa vuorovaikutusta, mutta tämä edellyttää hoitajalta asukkaan elämäntietojen hyvää tuntemista. Mielestäni asumispalvelukodissa asukkaiden elämäntarinan selvittäminen ja kirjaaminen on heidän hoitonsa kannalta todella tärkeää heti asukkaaksi tulovaiheessa. Kun asukas kykenee kertomaan vielä itse omasta elämästään ja elämän tärkeistä tapahtumista, nämä tiedot tulisi kirjata hoitoyksikön elämänpolku- tai elämäntarina kaavakkeelle, tai hoitosuunnitelmaan. Myös omaisten tulisi olla mukana kertomassa muistoja asukkaan elämäntarinasta. Asukkaan elämäntarinan tunteminen auttaa hoitohenkilöstöä ymmärtämään hänen käyttäytymistään, löytämään hänen vahvuutensa ja voimavaransa, sekä muistelemaan asukkaan kanssa. Elämäntarina tutustuminen auttaa hoitohenkilöstöä löytämään ihmisen muistisairaudesta, minkä merkitys mie-

lestäni korostuu etenevässä muistisairaudessa ja ihmisen omien ilmaisukeinojen vähitellen hävitessä. Kun kyseessä on muistisairas ihminen, mielestäni hänelle tulisi antaa tilaisuus myös kertoa miten hän haluaisi itseään hoidettavan sitten kun ei enää itse kykene toiveitaan ilmaisemaan. Asukkaan elämäntarinan tunteminen on edellytys yksilölliselle ja laadukkaalle hoidolle.

Oulussa toimivan Intiön hoivakodin dementoituneiden Venla-osastolla elämänhistorian tunteminen on helpottanut tehtäväkeskeisistä rutiineista luopumista. Toimiessaan asukkaan kanssa hoitajat puhuvat merkityksellisistä asioista hänen elämässään. Tämä rauhoittaa hoitotilanteen ja auttaa asukasta keskittymään tuttuihin asioihin, sekä poistaa levottomuutta ja aggressiivisuutta (Ervasti, Hanhela, Kauppi & Rontti 2008, 18.)

Omaisilla on paljon tietoa annettavana asukkaan elämän tapahtumista ja ympäristöstä jossa tämä on elänyt. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota yhteistyöhön omaisten kanssa, ja keskustella myös heidän kanssaan keinoista joilla ratkaista asukkaan käytösoireista aiheutuvia tilanteita. Omaisat tulisi nähdä yhteistyökumppaneina ja asiantuntijoina asukkaan hoidossa (Eloniemi-Sulkava 2008). Yhteistyön ja yhteydenottamisen tulisi olla mutkatonta ja avointa hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä.

4. Asumispalvelukodin asukkaiden fyysistä levottomuutta ja vaeltamista tulisi mielestäni hoitaa, ja pyrkiä löytämään keinoja joilla levottomuutta voidaan lievittää ja vähentää. Hoitohenkilöstön tulisi tiedostaa oman kehon kielen merkitys levottomuutta lisäävänä tekijänä, ja hallita myös sanaton viestintä. Liiku rauhallisesti, älä kiirehdi on muistisairaiden hoitotyössä perusasioita.. Myös ruokailutilanteet tulisi rauhoittaa hoitohenkilöstön edestakaiselta liikenteeltä. Asumispalvelukodissa tulisi laatia selkeät ohjeet miten hoitohenkilöstö voi vaikuttaa sen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön, jolla on todettu olevan tärkeä merkitys muistisairaiden asukkaiden levottomuuden hoidossa. Äänestä puhetta tai huutamista tulee välttää, tuli se sitten radiosta, televisiosta tai hoitajasta, ja pyrkiä luomaan meluton, rauhallinen ja turvallisen tuntuinen ympäristö helpottamaan asukkaiden oloa. Esimerkiksi Alzheimer keskusliiton Leenankodissa levoton asukas saadaan rauhoittumaan istuttamalla hänet nojatuoliin ja laittamalla peite kevyesti hänen päälleen (Marjanen 2005,44). Sosiaalisessa ympäristössä asukkaiden hyvinvoinnille on erittäin tärkeää joustava, salliva ja leppoisa ilmapiiri. Hoitohenkilöstön tulisi antaa runsaasti positiivista palautetta asukkaille, ja mahdolliset ristiriidat työyhteis-

sössä tulee nopeasti selvittää. Muistisairaat henkilöt aistivat herkästi ilmapiirin, jolloin hoitohenkilöstön väliset ristiriitaisuudet tuottavat turvattomuutta ja lisäävät heidän levottomuuttaan.

Asumispalveluyksikössä tulisi myös kartoittaa milloin, missä tilanteissa ja millaista levottomuutta siellä esiintyy, sekä selvittää asukkaiden levottomuuden syitä ja keinoja sen helpottamiseksi. Elämän virikkeettömyys ja pitkästyminen voivat olla syynä muistisairaana levottomuuteen. Tähän auttaa asukkaan ohjaaminen toimintaan, joka kiinnostaa ja miellyttää häntä itseään. Asumispalveluyksikön hoitohenkilöstön tulee tuntea asukkaat niin hyvin, että he tietävät millainen toiminta voisi kiinnostaa kutakin, ja sopia kullekin asukkaalle. Mielestäni asukkaiden toiminta mahdollisuuksia asumispalveluyksikössä tulisi kehittää ja lisätä asukkaiden toimintakyvyn mukaan. Esimerkiksi hoitohenkilöstö voi miettiä mihin päivittäisiin askareisiin he voisivat ottaa asukkaita mukaan. Jos asukkaalle on pöytien pyyhkiminen mieluista, niin annetaan hänen tehdä sitä. Pienilläkin teoilla on merkitystä, kun niitä toistetaan riittävän usein. Laulamisen käyttöä yhtenä taiteen lajina tulisi asumispalveluyksikössä vahvistaa päivittäin tapahtuvaksi. Laulamalla hoitaminen olisi sekä aktivoiva, että tilannekohtaisesti rauhoittava menetelmä musiikki toimintatuokioiden lisäksi. Hoitohenkilöstön harrastuksia ja osaaamista olisi tärkeää muutenkin hyödyntää laaja-alaisesti asukkaiden viriketoimintaa kehitettäessä. Myös levottomien asukkaiden touhuilun salliminen esimerkiksi omien vaatteiden, ja tavaroiden parissa tulee nähdä yhtenä hoitomuotona, joka tyydyttää omalla tavallaan heidän toiminnan tarvettaan.

Eloniemi-Sulkavan (2009) mukaan muistisairaana näkökulmasta levottomuuden ja touhuilun selityksenä on, että hän kaipaa tekemistä ja kontaktin saamista ympäristöön. Muistisairaana levottomuuteen vaikuttavia sisäisiä tekijöitä ovat hahmottamisen ja toiminnanohjauksen vaikeus, persoonallisuus ja kipu tai muu huonovointisuus. Levottomuuteen ja touhuiluun vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat levoton ja virikkeetön ympäristö, sekä hoitoyhteisön kireys ja hoitotyöntekijöiden väsymys.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuustekijät liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen&Nikkonen 2003,36). Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. Olen opinnäytetyössäni kertonut selvästi olosuhteet, joissa olen aineistot kerännyt. Aineiston analyysissa olen kuvannut koko prosessin etenemisen merkityksellisistä ilmaisuista pelkistämiseen ja luokitteluihin vaihe vaiheelta esimerkkien avulla (LIITE 4).

Johtopäätöksissä olen perustellut tuloksien tulkintani sekä mihin ne perustuvat. Tutkijan tulee pystyä luotettavasti osoittamaan ja esittämään yhteys aineiston ja tulosten välillä (Janhonen & Nikkonen 2003, 37). Luotettavuuden parantamiseksi olen käyttänyt tuloksissa runsaasti suoria lainauksia haastatteluista. Toisista tutkimuksista ja muista lähteistä sain tukea tuloksille ja johtopäätöksille. Analyysin tuloksia tulkitessa pohdin myös olisiko oma kielenkäyttöni haastattelutilanteessa saattanut vaikuttaa tuloksiin. Koska olin tästä tietoinen, harkitsin tarkkaan miten ja mitä kysyn kun rohkaisin vastaajia jatkamaan, tai tein tarkentavia lisäksymyksiä, jotta kielenkäyttöni ei olisi mitenkään johdattelevaa. Jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi (Hirsjärvi & Hurme 2001,185). Opinnäytetyöni haastatteluiden tallenteet olivat hyvälaatuisia ja kuuluvuus oli hyvä. Digitaalisen sanelimen äänen voimakkuutta ja nopeutta pystyi myös säätämään. Välillä, jos vastaaja puhui kovin nopeasti, jouduin kuuntelemaan tallennetta uudestaan hitaammalla puheen nopeudella. Sanatarkan litteroinnin jälkeen kuuntelin tallenteet vielä useaan kertaan läpi varmistaakseni sanojen oikeellisuuden. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkentaa ja vahvistaa myös käyttämällä useampia aineistonkeruumenetelmiä samassa työssä. Haastattelun lisänä ja täydentäjänä käytin taustatieto lomaketta. (Hirsjärvi ym. 2004, 213-214.)

Laadullisen tutkimuksen yleistä luotettavuutta arvioidessa minun tulee pohtia tutkimuksen tulosten uskottavuutta, todeksi vahvistettavuutta, merkityksellisyyttä, toistuvuutta, kyllästeisyyttä ja siirrettävyyttä (Janhonen & Nikkonen 2003, 36-37, 72-73).

Uskottavuus tarkoittaa miten totuus on muotoutunut tutkijan ja tiedonantajien kesken (Janhonen & Nikkonen 2003,72). Mielestäni tulosten uskottavuutta lisää se, että ymmärsin täysin



vastaaajia ja pystyin samaistumaan heidän kokemuksiinsa. Tässä auttoi oma aiempi työkokemukseni iäkkäiden muistisairaiden kanssa sekä myös perehtymiseni käytösoireiden hoitoon opinnäytetyössäni. Mielestäni nämä tekijät edistivät sitä, että ymmärsin oikein vastaajien ilmaisemat asiat. Uskon tämän myös edistäneen luottamusta vastaajien ja haastattelijan välillä.

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eikä ainoastaan tutkijan käsityksiin (Janhonen & Nikkonen 2003, 72). Varmistin todeksi vahvistettavuuden kuuntelemalla haastattelujen tallenteet huolellisesti useaan kertaan läpi litteroidessani sanelut, ja analysoidessani aineistoa hoitajien vastausten pohjalta. Olen myös osoittanut yhteyden aineiston ja tulosten välillä hyödyntämällä tuloksissa suoria lainauksia haastatteluista, sekä raportoimalla johtopäätöksissä mihin tuloksien tulkintani perustuu.

Tulosten merkityksellisuuden arviointi tarkoittaa tutkittavan ilmiön tapahtumien asiayhteyksiin ymmärtämistä, ja niiden liittämistä johonkin tilanteeseen tai laajempaan ympäristöön (Janhonen & Nikkonen 2003, 73). Opinnäytetyöntekijällä on kokemusta tutkimusympäristön kaltaisessa iäkkäiden asumispalveluyksikössä työskentelystä, jossa on eriasteisesti dementoituneita asukkaita. Omien hoitotyökokemusten pohjalta oli helppoa ymmärtää ja samaistua vastaajien kokemuksiin. Ymmärrystä lisäsivät opinnäytetyötä varten luettu teoria ja tutkimukset.

Toistuvuus tarkoittaa tutkittavan ilmiön toistumista tai muuttumista tietyn kaavan mukaan. Käytösoireista kärsivän muistisairaana henkilön kohtaamisessa käytettäviä hoitotyön auttamismenetelmiä on tutkittu aikaisemminkin, eli ilmiönä se on yleinen. Tällä hetkellä Suomessa vireillään olevista hankkeista muistisairauksiin ja käytösoireisiin liittyy nelivuotinen (2007-2010) Vanhustyön keskusliiton tutkimus -ja kehittämishanke MielenMuutos. Hankkeen tarkoituksena on kehittää käytösoireista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa kotihoidossa, ja erilaisissa ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa (Vanhustyön keskusliitto.) Opinnäytetyössäni kummallekin vastaajalle erilaiset käytösoireet olivat tuttuja sekä kokemuksen kautta että käsitteinä. Heidän käyttämässään hoitotyön auttamismenetelmissäkin löytyi samankaltaisuutta joiltakin osin; kumpikin korosti esimerkiksi rauhallisuuden ja äänen käytön merkitystä.

Aineiston kyllästeisyys tarkoittaa että tutkija on saanut kaiken oleellisen tiedon ilmiöstä (Janhonen & Nikkonen 2003,73). Toiveeni oli saada kolme vastaajaa, mutta haastatteluun suostui kuitenkin kaksi hoitajaa. Kumpikin vastaaja tuotti uutta, erilaista tietoa eikä toistoa vielä il-

mennyt juuri ollenkaan. Tutkimusaineisto olisi ehkä ollut kattavampi ja monipuolisempi, ja parantanut mahdollisesti opinnäytetyön kyllästeisyyttä, jos vastaajia olisi ollut vähintään kolme.

Aineiston keräsin yksilöhaastattelulla ja taustatieto lomakkeen avulla. Toisen vastaajan kohdalla sain kyselyn avulla paljon lisätietoa hoitohenkilöstön käyttämistä auttamismenetelmistä eri käytösoireiden hoidossa, ja myös hyödyllistä yleistä tietoa asumispalveluyksiköstä. Näitä tietoja en mielestäni olisi saanut pelkän teemahaastattelun puitteissa, koska kokemattomana haastattelijana en osannut kysyä riittävästi tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelurungon teemat olivat mielestäni riittävän avoimia, eikä liian tiukasti rajattuja mikä parantaa aineiston kyllästeisyyttä. Tämä antoi toisaalta monipuolisia vastauksia, mutta olisin voinut pohtia ennalta enemmän apukysymyksiä esimerkiksi niihin tilanteisiin, joissa vastaajasta tuntui että paljonkin olisi kerrottavaa, jos vain muistaisi. Ennakkoon olin miettinyt enemmän sitä, millaisilla vaihtoehtoisilla kysymyksillä saan syvennettyä ja selvennettyä teemoja vastaajille.

Tulosten siirrettävyys tarkoittaa missä määrin tulokset ovat siirrettävissä toiseen samanlaiseen asiayhteyteen siten, että tulkinnat pitävät yhä paikkansa (Janhonen & Nikkonen 2003,73). Opinnäytetyöni tulokset kuvaavat hoitotilanteisiin liittyviä haasteita sekä hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä käytösoireisen muistisairaana asukkaan hoitotyössä kunnallisessa asumispalvelukodissa. Hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä on aiheena käsitelty tutkimuksissa aikaisemminkin. Näiden tutkimusten tuloksia olen ottanut työhöni omien tuloksieni tueksi, joten mielestäni ainakin osaa tuloksista voi vertailla aikaisempiin tutkimuksiin.

## 9.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettiset kysymykset ja ratkaisut koskettavat työn kaikkia eri vaiheita. Ihmisiin kohdistuvassa opinnäytetyössä tärkeimmät eettiset periaatteet ovat tutkittavilta saatava, informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2001,20.)

Tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuksen tulee olla vapaaehtoista, ja tiedonantajilla on mahdollisuus perua tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa selittämättä keskeyttämisenä syitä. Kirjallisessa suostumuksessa tulee näkyä tutkimuksen tavoite, aineistonke-

ruun toteutustapa, osallistumisen arvioitu aika, tutkittavien valinnan perusteet, aineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilytys sekä tutkijan yhteystiedot (Kuula 2006, 87,121.)

Tutkimuksen pääaiheet on kerrottava, jotta tiedonantajilla on riittävät perusteet päätöksen tekemiseen osallistumisestaan (Kuula 2006, 105). Kävin asumispalveluyksikössä antamassa tietoa opinnäytetyöstäni, esitin kirjallisessa suostumuslomakkeessa olevat asiat paikalla olleelle hoitotyöntekijälle, ja vastasin hänen esittämiin kysymyksiin. Nyt ajatellen minun olisi kannattanut esittää asiani tilanteessa, jossa olisin tavoittanut henkilökohtaisesti samalla kertaa useamman hoitajan. Jätin kuitenkin asumispalveluyksikköön kirjalliseksi tiedotteeksi hoitohenkilöstölle suostumuslomakkeen, jossa olleisiin yhteystietoihini heillä olisi ollut mahdollisuus ottaa yhteyttä ja kysyä lisätietoja.

Tutkimuksessa yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa sitä, että tutkittavalla on oikeus määrittää, mitä tietoaan he antavat tutkimuskäyttöön. Myöskään tutkimustekstejä ei saa kirjoittaa siten, että yksittäiset tutkittavat olisivat tunnistettavissa niistä (Kuula 2006,64.) Tärkeänä opinnäytetyön eettisenä periaatteena on, että vastaajien anonymiteetti ja yksityisyys suojataan koko tutkimuksen ajan. Vastaajien henkilöllisyyttä, asuinkuntaa tai työpaikkaa ei mainita opinnäytetyössä. Haastattelusta saadut suorat lainaukset on esitetty tuloksissa siten, että aineistosta ei pysty kukaan ulkopuolinen yksiselitteisesti päättelemään, ketä yksittäisiä ihmisiä haastateltavat ovat.

Tärkeää on myös tutkittavien antamien tietojen käsitteleminen luottamuksellisesti. Luottamus tarkoittaa tutkittavan luottamusta siihen, että aineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään sopimuksen mukaan. Aineistoja tulee säilyttää ja käsitellä huolellisesti, jotta tieto ei tuhoutuisi, muuttuisi tai joutuisi väärin käsiin. Tässä tapauksessa vain aineiston kerääjä käytti ja käsitteli aineistoa omalla henkilökohtaisella koneella. Aineiston käyttötarkoitus on ainoastaan opinnäytetyötä varten (Kuula 2006, 64, 112-114.)

Sähköisessä muodossa oleva toimeksiantosopimus sisältää tunnistettavuuteen liittyviä tietoja, joten se ei ole opinnäytetyön liitteissä mukana. Vastaajien nimet ovat allekirjoituksina ainoastaan kirjallisissa suostumuslomakkeissa, joita säilytän erillään siten etteivät asiattomat pääse niihin käsiksi. Suostumuslomakkeet hävitän heti, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Analysoinnin aikana tulostettua aineistoa säilytin asianmukaisesti prosessin aikana, ja hävitin välittömästi analysoinnin päätyttyä. Haastattelumateriaalin hävitän heti auki kirjoittamisen jäl-

keen poistamalla ne digitaalisesta sanelimesta. Sähköisessä muodossa olevat opinnäytetyö prosessiin liittyvät tiedostot poistan sen jälkeen kun opinnäytetyö on hyväksytty.

Tarpeen on myös selvittää, sisältyikö tiedonantajien osallistumiseen mahdollisesti riskejä. Riskinä voi olla tutkimuksen kuluessa, tai myöhemmässä vaiheessa vastaajalle mahdollisesti aiheutuva haitta tai seuraus, esim. stressiä. (Hirsjärvi & Hurme.2001,20 ; Hirsjärvi ym. 2004, 27). Mielestäni haastattelusta ei aiheutunut vastaajille henkistä vahinkoa. Sosiaalista tai taloudellista vahinkoa tutkittaville voi koitua, jos heiltä saatuja tietoja luovutetaan, tai ne joutuvat väärin käsiin (Kuula 2006,62). Aineistoa on säilytetty asianmukaisesti, eikä ulkopuoliset ole päässeet sitä lukemaan.

Myös julkaistuilla tutkimustuloksilla voi olla vahingollista vaikutusta tiedonantajiin. Tutkijan kirjoittamistyyli voi olla negatiivinen, ja mustamaalaaminen voi leimata koko tiedonantajien edustaman ryhmän (Kuula 2006,63.) Olen pyrkinyt olemaan sopivalla tavalla kriittinen, mutta silti asiallinen ja ymmärtäväinen myös arkaluonteisista asioista raportoidessani. Kuulan (2006, 21) mukaan eettinen ajattelu on kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen kautta sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin, mitä voi sallia ja mitä ei, ja miksi. Aiheena hoitotyön auttamismenetelmät on vaatinut opinnäytetyön tekijältä eettistä pohdintaa varsinkin tuloksia ja johtopäätöksiä raportoidessa. Olen pohtinut omia ja muiden työtapoja eri tilanteissa, ja sitä minkä olen hoitotyössä itse kokenut aiheuttavan ristiriitaisia tunteita. Mietin ratkaisuja eri näkökulmista, sekä hoitotyöntekijän että muistisairaana henkilön kannalta. Jokin ratkaisu oli myönteinen hoitotyöntekijän kannalta, mutta kielteinen potilaan tai asukkaan kannalta ajateltuna. Konkreettisesti etiikka ja moraalit ovatkin läsnä tilanteissa, joihin ei ole olemassa yksiselitteistä ratkaisua. Näkökulmasta riippuen jokainen valinta sisältää sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä (Kuula 2006,21.)

### 9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä käytösoireisen muistisairaana asukkaan hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaana asukkaan hoitotilanteisiin liittyvistä haasteista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja tuoda esille ehdotuksia, joita toimeksiantaja voi hyödyntää auttamismenetelmien kehittämisessä.

Opinnäytetyöni tuo tietoa käytösoireista kärsivän muistisairaahan kohtaamisesta ja lääkkeettömistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Tämän tiedon ja työn tulosten tarkoituksena henkilöstöä ajatellen oli herättää pohdintaa omasta työstä ja työtavoista, ja lisätä arviointia ja keskustelua työyhteisössä. Tiedon avulla voidaan edesauttaa käytäntöjen kehittymistä omassa työyksikössä muun muassa niin, että hoitohenkilöstö lisäisi erilaisten yksilöllisten ratkaisukeinojen käyttämistä muistisairaiden hoitotyössä.

Toimeksiantaja voi hyödyntää opinnäytetyöni tietoa, ja tuloksiin pohjautuvia kehittämissuhteita auttamismenetelmien kehittämisessä asumispalvelukodissa tarpeen mukaisesti. Useiden, aikaisemmissa tutkimuksissakin käytettyjen ammatillisten auttamismenetelmien käyttöä käytösoireisen muistisairaahan hoitotyössä voitaisiin vahvistaa, ja toisaalta luoda tiettyjen rajoitavien menetelmien rinnalle uusia, yksilöllisiä toimintamalleja. Toimeksiantaja voi myös hyödyntää kehittämissuhteita ja opinnäytetyön tuloksia henkilöstön osaamisen kehittämisessä, koulutustarpeiden suunnittelussa sekä kehityskeskusteluissa.

Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia jotakin tiettyä käytösoireiden hoidossa käytettyä lähestymistapaa, ja arvioida sen vaikuttavuutta käytösoireiden esiintymiseen vastaavanlaisessa muistisairaiden yksikössä. Esimerkiksi muisteluterapiaa, tai vaikkapa musiikkiterapiaa tai aromaterapiaa. Oma opinnäytetyötäni voitaisiin jatkaa tutkimalla pelkästään dementoituneiden asukkaiden vastustamista eri menetelmällä, kuten havainnoinnin avulla. Tähän voisi liittää myös jonkin lähestymistavan käyttämisen, esimerkiksi validaatioterapian, ja arvioida sen vaikuttavuutta vastustelemiseen. Tämä tosin vaatisi myös hoitohenkilöstöltä validaatioterapiaan perehtymistä ennakoon koulutuksen avulla. Myös pakottamista ja pakkotoimien käyttämistä muistisairaiden hoitotyössä voisi opinnäytetyön avulla tuoda esille.

#### 9.4 Oma oppiminen

Sairaanhoitajan osaamisvaatimuskuvauksen mukaan sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat ihmisoikeudet, hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Sairaanhoitajan tulee toimia eettisesti korkeatasoisesti kunnioittaen ihmisoikeuksia ja jokaisen ihmisarvoa (Opetusministeriö 2006, 63-64.) Ammatillinen asiantuntijuus muodostuu monenlaisesta osaamisesta, joista eettinen toiminta liittyy omaan opinnäytetyöaiheeseen kiinteästi. Dementoituneiden käyttäytymiseen liittyviin ongelmatilanteisiin voi liittyä myös hoitajien epäeettiset ratkaisukeinot. Sairaanhoitajan tulee ottaa ja kantaa eettistä vastuuta, sekä puuttua epäkohtiin, ettei potilasta kohtaan

toimittaisi epäeettisesti. Opinnäytetyöni aihe antoi itselleni valmiuksia eettisen vastuun kantamiseen tulevana sairaanhoitajana (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

Sairaanhoitajan ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluu myös muun muassa tutkimus - ja kehittämistyön osaaminen. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja tuoda esille hoitotyöhön liittyviä ja hoitokäytännöstä nousevia tutkimus- ja kehittämistarpeita, sekä käynnistää muutoksia hoitotyössä. Sairaanhoitajan tulee edistää hoitotyön laatua, ja vaikuttavuutta ja myös työyhteisön hyvinvointia (Opetusministeriö 2006, 66.) Opinnäytetyössäni pohdin ja toin esille kehittämisehdotuksia asumispalvelukodille. Mielestäni tämä opetti tunnistamaan oleelliset kehittämisen tarpeet tässä yksikössä. Kehittämisehdotuksia toivottiin henkilöstöä ajatellen. Lähdin pohtimaan kehittämistarpeita muistisairaista asukkaista ja heidän hoidostaan käsin, sillä asumispalvelukotihan on heidän kotinsa. Hoitotyön auttamismenetelmiä tutkiessani on tullut esille myös hoitotyön laadunhallinta ja sen edistäminen, jota olen perusteluissanikin esimerkiksi johtopäätöksissä käyttänyt useaan otteeseen.

Opinnäytetyöni aihe syvensi monella tavalla asiantuntijuuttani ja osaamistani käytösoireisten muistisairaiden hoitotyöstä. Olen saanut tämän prosessin aikana uutta tietoa erilaisista käytösoireista ja niiden hoidosta, mikä on lisännyt valmiuksiani toimia muistisairaiden parissa. Tulevaisuudessa työskennellessäni sairaanhoitajana minun on huomattavasti helpompaa nyt ymmärtää käytösoireista muistipotilasta, osata havainnoida hänen käyttäytymistään ja löytää keinoja tilanteiden ratkaisemiseksi. Osaan myös antaa esimerkiksi omaisille ja omaishoitajille nykyhetken tietoa ja ohjausta käytösoireisiin liittyen.

Opinnäytetyöni on opettanut entistä paremmin sen, että jokainen muistisairas ihminen on oma yksilönsä, jota ei saa eikä voi lokeroida tietyn oireyhtymän alle kuuluvaksi. Erilaiset käytösoireet ilmenevät eri ihmisillä yksilöllisesti, omalla tavallaan, ja jokainen tulee kohdata yksilöllisesti. Käsitellessäni hoitotyön auttamismenetelmiä huomasin, että käytösoireiden helpottaminen ja ehkäiseminen on yksinkertaisimmillaan yksi iso asia eli hyvä hoito. Pohdin paljonkin, mitä muistisairaahan hyvä hoito on, mitä siihen sisältyy ja miten se ilmeni tai ei ilmennyt opinnäytetyön toteutusympäristössä. Eettiset kysymyksetkin liittyivät hyvän hoidon käsitteen pohtimiseen. Myös sen asian oivalsin työtä tehdessä, että minkäänlainen muistisairaahan käyttäytyminen ei välttämättä tunnu hankalalta tai ongelmalliselta heistä, joilla on ammattitaitoa, ja oikeita menetelmiä käytössään muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen. He ymmärtävät käytöksen johtuvan muistisairaudesta, ja hyväksyvät asian. Samanlainen hyväksyminen tuli myös haastattelussa ilmi.

Itse tunsin jonkinlaista huojennusta, kun johtopäätöksiä kirjoittaessani löysin jo kauan eettisenä ongelmana pitämälleni asialle nimen eräästä tutkimuksesta, ja se oli pakottaminen ja pakkopeseminen. Oli helpottavaa saada konkreettinen nimi asialle, ja saada tietää että en ole ollut väärässä, joku muukin on samaa mieltä. Voisi jopa sanoa että tämä oli yksi opinnäytetyöprosessin tähtihetkiä.

Olen myös opinnäytetyö prosessin aikana oppinut etsimään tietoa, lukemaan useita tutkimuksia sekä vertailemaan eri lähteitä. Muistisairauksien potilas- ja omaisjärjestöt ovat tulleet hyvin tutuiksi. Myös mediassa muistisairaudet ja niihin liittyvät tekijät ovat mielestäni nykyisin olleet paljonkin esillä. Puhutaan alkavista muistihäiriöistä, itsehoitokeinoista ja ennaltaehkäisemisestä. Aiheena muistisairaudet on ajankohtainen ja säilyttänyt koko prosessin ajan mielenkiintoisuutensa, sekä tuntunut omalta aiheelta.

Aiheena muistisairaiden hoitotyön auttamismenetelmät on todella laaja johon liittyy monenlaisia tekijöitä. Tästä syystä aihe ja ajatukset lähtevät hyvin helposti leviämään eri suuntiin, esimerkiksi hoitotyön laatu kysymyksiin tai jopa hoitotyöntekijän hyvinvointiin tietyissä tilanteissa. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen joutunut kamppailemaan tämän asian kanssa, mikä on osaltaan hankaloittanut prosessia. Toisaalta koska asiaa on ollut paljon, olen myös joutunut opettelemaan työn edetessä käsittelemään vähemmän tärkeitä asioita lyhyesti. Jos aloittaisin opinnäytetyön uudestaan, rajaisin nyt tutkittavan aiheen huomattavasti pienemmäksi ja suppeammaksi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut ajoittain melkoista puurtamista ja verrattavissa rämpimiseen upottavalla suolla. Suunnitelma vaiheessa sain vielä vertaiselta tukea ja neuvojakin, mutta itse opinnäytetyön aikana minulla ei ole enää ollut vertaista hänen saatuaan opintonsa päätökseen aikaisemmin. Tämän olen ajoittain kokenut puutteena, koska samanlaisessa tilanteessa olevan tuki ja kokemusten jakaminen olisi ollut useasti tarpeen. Minun on vaikea edes kuvitella millaista on tehdä opinnäytetyötä esimerkiksi toisen kanssa yhdessä, ja vielä vertaisen tukemana. Opinnäytetyöprosessissa eteen tulleiden ongelmien pohtiminen on ollut ajoittain hidasta ja aikaa vievää. Välillä olen tietoisestikin joutunut ottamaan etäisyyttä opinnäytetyöhön käytännön syistä ja elämän tilanteista johtuen. Kuitenkin olen silloinkin tehnyt opinnäytetyötä ajatuksissani, toiveena työn saaminen vielä valmiiksi.

## LÄHTEET

Alhainen, K., Viramo, P. & Sulkava, R. 2005. Vaikean dementian hoito. Turku. Lääketehtas Oy H. Lundbeck Ab.

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaahan ihmisen ymmärtäminen ja kohtaaminen. Viitattu 24.8.2009.

[http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/osahankkeet/kaytosoireet/asukkaille\\_ja\\_omaisille/](http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/osahankkeet/kaytosoireet/asukkaille_ja_omaisille/)

Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Dementoituneella ihmisellä on oikeus elämän makaiseen elämään ja mielekkääseen toimintaan. Viitattu 24.8.2009

<http://www.folkhalsan.fi/default.asp?path=227;230;242;268;657;9762;10832>

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käytösoireisen muistisairaahan ihmisen lääkkeetön hoito. Geriatripäivät 24-25.1.2008. Tampere. Viitattu 25.8.2009.

<http://www.gernet.fi/luennot/geriatripaivat08/eloniemi-sulkava.pdf>

Eloniemi-Sulkava, U. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Viitattu 28.11.2010.

<https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/15911898/Ulla%20Eloniemi-Sulkava%202.pdf>

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R. & Rontti, M. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoitaja 1/2008. 18.

Haapaniemi, H. 2010. Muistisairaahan kohtaaminen vaatii ammattitaitoa. Sairaanhoitaja 9/2010. 9.

Haikarainen, M., Heimonen, S. & Raatikka, T. 1997. Dementoituvan ihmisen toimintakyvyn arviointi, seuranta ja tukeminen. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana. 76. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. 1997. Vuorovaikutus kohtaamisen avaimena. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana. 96-98, 101-103, 108-109. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Heiskanen-Haarala, I. 2010. Pääosassa ihminen. Tutkija Ulla Eloniemi-Sulkava puhuu muistisairaiden ihmisoikeuksien puolesta. Sairaanhoitaja 3/2010. 26-27.



- Hirsjärvi,S.& Hurme,H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä Gummerus Kirjapaino Oy.
- Isola, A. 1997. Dementoituvan haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). Dementoituva hoitotyön asiakkaana. 105,108,110. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2004. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede. 17 (3),145-154.
- Janhonen,S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.
- Juva, K., Valvanne, J., Voutilainen, P. & Huusko, T. 2006. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Muistihäiriöt ja dementia. 546-547. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Kanala, A. & Leinonen,P. 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden opettajan koulutus, Hoitotieteen laitos, Pro gradu-työ.
- Koponen, H.& Saarela, T. 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Muistihäiriöt ja dementia. 506. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä-tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 6/2002. Suomen dementiahoitoyhdistys.

Marjanen, H. 2005. Dementoituneen asema ja hoidossa käytetyt pakotteet. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. Sosiaali-terveys ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Sosionomi(AMK).

Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010. Viitattu 20.1.2009.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Mähönen, T. 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden opettajan koulutus, Hoitotieteen laitos, Pro gradu-työ.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2010. Luovuus dementiatyössä. Sairaanhoidaja 6-7/2010. 20,22.

Niemelä, K. 2007. Haasteellisen potilaan laadukasta hoitoa Oulussa. Vanhustyö.(3), 7-9.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T. & Alhainen, K. & Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Muistihäiriöt ja dementia. 136-139. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Pohjavirta, Hillervo 2005. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta. Kokemuksia validaatiomenetelmästä heikkokuntoisten vanhusten hoidossa. Sairaanhoidaja 1/2005. 22–25.

Saarela, T., Huusko, T., Kivelä, S-L., Alhainen, K., Koivisto, K., Koponen, H., Leppävuori, A., Sulkava, R., Vataja, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2001. Dementiapotilaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Suomen lääkäri-lehti. 56 (25-26), 2777-2783.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Väitöskirja.

Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta., Hoitotieteen laitos, Hoitotyön johtaminen, Pro gradu- tutkielma.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 3/1999. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Suomen sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki. Viitattu 28.5.2010  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. Helsinki. Duodecim.

Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 28.11.2010.  
<http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/osahankkeet/kaytosoireet/tavoitteet/>

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Muistihäiriöt ja dementia. 99,103. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Vataja, R., Alhainen, K., Huusko, T., Kivelä, S-L., Koivisto, K., Koponen, H., Leppävuoro, A., Saarela, T., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2001. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suomen lääkäri-lehti. 56 (2), 169 -175.

Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Muistihäiriöt ja dementia. 24. Hämeenlinna. Karisto Oy

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY. Juva.

## LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1 TEEMAHAASTATTELU RUNKO

LIITE 2 TAUSTATIETOA

LIITE 3 KIRJALLINEN VASTAAJAN SUOSTUMUS

LIITE 4 ESIMERKKEJÄ ANALYYYSIN ETENEMISESTÄ

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

### Hoitotyöntekijän kokemukset muistisairaana asukkaana käytösoireista:

1. Millaisia käytösoireita asumispalvelukodin asukkailla esiintyy?

- Millaisia haasteita mielestäsi käytösoireisen muistisairaana asukkaana hoitotyöhön liittyy?

### Hoitotyöntekijän käyttämät auttamismenetelmät:

1. Kuvaile käyttämäsi toimintamalli / omaa toimintaasi kohdatessasi käytösoireinen muistisairas asukas?

- Ajattele jokin tilanne; miten toimit?

2. Kuvaile, millaisten toimintamallien / auttamismenetelmien olet huomannut auttavan, tai helpottavan eri tilanteissa? Millaiset auttamismenetelmät edesauttoivat hoitotilanteiden onnistumista?

- Miten olet saanut tiukankin tilanteen laukeamaan?

3. Kuvaile, millaisten toimintamallien / auttamismenetelmien olet huomannut ennalta ehkäisevän käytösoireiden esiintymistä?

- Ajattele jokin tilanne, jossa asukkaalla esiintyy käytösoireita; miten menettelet?

## TAUSTATIETOA

Millaisia käytösoireita asumispalvelukodin asukkailla esiintyy?

\_\_\_ Fyysinen aggressiivisuus: lyöminen, raapiminen, potkiminen, esineiden särkeminen tai paiskominen, tarttuminen.

\_\_\_ Sanallinen aggressiivisuus ja uhkailu, kiroilu

\_\_\_ Virhetulkinnat

\_\_\_ Harhaluulot, epäluuloisuus

\_\_\_ Aistiharhat

\_\_\_ Ahdistuneisuus

\_\_\_ Fyysinen levottomuus: vaeltelu, jatkuva kävely, karkailu, hoitohenkilöstön perässä kulkeminen, touhuilu, toistuvat liikkeet, esineiden siirtäminen, tavaroiden keräily ja piilottaminen, epätarkoituksenmukainen pukeutuminen ja riisuutuminen.

\_\_\_ Verbaalinen levottomuus: toistuva kyseleminen tai hoitotyöntekijän kutsuminen, jatkuva samojen asioiden tai sanojen toistaminen, huutelu, kirkuminen

\_\_\_ Muistisairaahan pahantuulen puuskat tai vihaisuus, loukkaava käyttäytyminen

\_\_\_ Yhteistyön sujumattomuus muistisairaahan kanssa

\_\_\_ Pöytätapoihin liittyvät ongelmat

\_\_\_ Ravinnoksi sopimattoman syöminen

\_\_\_ Kieltäytyminen ruuasta tai juomasta

\_\_\_ Kieltäytyminen lääkkeistä

\_\_\_ Eritteillä sotkeminen

\_\_\_ Poikkeava seksuaalinen käytös

\_\_\_ Eksyminen, väärään huoneeseen meneminen

- \_\_\_ Ohjeiden seuraamattomuus
- \_\_\_ Hygieniaan liittyvät ongelmat
- \_\_\_ Nukkumaanmenovaikeudet ja unettomuus
- \_\_\_ Muiden ihmisten toimien häiritseminen
- \_\_\_ Passiivisuus päivittäisissä toiminnoissa (liikkuminen, pukeutuminen)
- \_\_\_ Hoitotoimenpiteiden vastustelu
- \_\_\_ Muuta; mitä

(Kanala & Leinonen 2001, Mähönen 2001)

## KIRJALLINEN VASTAAJAN SUOSTUMUS

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaahan käytösoireisiin liittyvistä haasteista hoitotyössä, sekä hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan asumispalvelukodissa hyödyntää kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi muistisairaiden käytösoireiden ehkäisemisessä ja hoitamisessa.

Opinnäytetyön aineiston kerään haastattelemalla kolmea (3) minulle puhelimitse ensimmäiseksi ilmoittautunutta vastaajaa yksitellen toukokuussa 2010 , ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelupaikan voitte itse valita. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisina, ja ne tulevat vain opinnäytetyön tekijän käyttöön. Opinnäytetyössä haastatteluja käsitellään yhtenä kokonaisuutena, ja suorat lainaukset kirjoitetaan niin ettei yksittäistä haastateltavaa voida niistä tunnistaa. Opinnäytetyössä tai haastattelunauhoilla ei paljasteta henkilöllisyyttäsi eikä työyksikköäsi missään vaiheessa. Haastattelumateriaali säilytetään asianmukaisesti opinnäytetyöprosessin aikana, ja hävitetään välittömästi kun sitä ei enää tarvita. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista, ja voit perua osallistumisesi milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Suostun osallistumaan hoitotyönopiskelija Henna Mertaniemen opinnäytetyöhön

\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Vastaaajan allekirjoitus, nimen selvennys ja yhteystiedot

Mikäli sinulla on jotain kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, toivoisin että otat minuun yhteyttä.

Henna Mertaniemi

gsm 0400–530550 / SHM6KHennaM@kajak.fi



## ESIMERKKEJÄ ANALYYSIN ETENEMISESTÄ

## MUISTISAIRAAN KÄYTTÖSOIREITA HELPOTTAVAT HOITOTYÖN MENETELMÄT

Merkitykselliset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
1.minä yritän niinkö hirveen rauhallisesti puhua 41. äänen käyttö, mahdollisimman matala ja rauhallinen käyttö 42. se ei tule sujumaan se yhteistyö jos alat äyskimään ja äänensävy on kokonaan poikkeava 50. ei äänensävyä nosteta kuitenkaan, ei aleta huutamaan jne.....	-rauhallinen puhe -matala,rauhallinen ääni -äänensävyn muutos -ei huudeta	1.ÄÄNEN KÄYTTÖ (1,41,42,50)
52.pittää yrittää rauhallisesti näitä asukkaita käsitellä 6. se on se rauhallisuus kans,se tekkee niille paljo parempaa ku kauhee kiire jne....	-rauhallisuus -rauhallisuus	2.RAUHALLINEN SUHTAUTUMINEN (52,6)
37.lyhyt ja ytimekäs sanonta on aina meillä kaikista helepoin 36.pitäs aina koettaa pelkistetysti sanoa että nyt sille sattuu jne.....	-lyhyt sanonta -sanoa pelkistetysti	3.PELKISTETTY PUHETAPA (37,36)
48.on paljo tiettyjä vanhanajan sanontoja, se menee niistä,se mennee ohi sitte 26.haetaan se yhteinen asia, että jonku asian saa muiston kautta esille 25.hakusanoilla haetaan joku semmonen miellyttävä muisto jne.....	-vanhanajan sanonnat -muiston kautta esille -haetaan muisto	4.TUTUT SANONNAT JA MUISTOT (48,26,25)
24.kun kohtaat asukkaan eestäpäin,silmä silmästä, katsekontakti ensimmäisenä 27.vastakkainen kohtaaminen olisi selekeä jne.....	-kohtaa eestäpäin -selkeä kohtaaminen	5.KATSEKONTAKTI (24,27)

## YLÄLUOKKA: VUOROVAIKUTUSKEINOJEN HALLINTA ( 1,2,3,4,5)

Merkitykselliset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
9.sanoin että elä, minua alakaa kutittamaan, niin se alako ihan hirveesti nauramaan 12.mulla on justiin tuo huumori ja nauru 11.oon huomannu että huumorilla monessa asiassa seleviää jne.....	-alkoi nauramaan -huumori ja nauru -huumorilla selviää	6.HUUMORI (9,12,11)
29.piti antaa joku päälimmäinen villatakki. piti se panna päälle vielä. 38.osa haluaa että puetaan kaikki huoneessa 28.vein (pyörätuolin) tuohon oven etteen,että nouseppa tuohon istumaan että ajetaan sitte saunaan. jne....	-piti antaa villatakki -puetaan huoneessa -ajetaan saunaan pyörätuolilla	7.TOIMITAAN ASUKKAAN EHDOKSILLA (29,38,28)
125.annetaan vaikka tämän tässä touhuta, niinkö omia hommia tehä 19.eipä siihen levottomuuteen oikeastaan, annetaan kävellä jne.....	-annetaan touhuta -annetaan kävellä	8.KÄYTTÄYTYMISEN SALLIMINEN (125,19)

## YLÄLUOKKA: JOUSTAVUUS HOITOTYÖSSÄ (6,7,8)

8.kosketin sen poskea käjellä 65.läheisyys ja kosketus on kaikkis tärkein siinä hoijossa 67.semmosta läheisyyttä ja turvaa antaa sille, se tietää että on turvassa 69.otan käestä kiinni niin se tuntee sen turvalliseksi jne.....	-kosketin poskea -läheisyys ja kosketus tärkeintä -läheisyyttä ja turvaa -kosketusta ja turvaa	9. KOSKETUS JA LÄHEISYYS (8,65,67,69)
74.jos sillälaila varovasti ottaa sen hoitotoimen--varovasti ottaa, piteen, niillä saattaa tulla semmonen pelekotila että se varkaiten yrittää mennä koskemaan tai pesemään 53.minä selevitän kaikki sen mitä minä teen, että pestäänkö nyt kasvot ja ne ymmärtää sen jne.....	-varovasti ottaa, varkaiten yrittää koskea tai pestä -kerron kaikki mitä teen	10.ETUKÄTEEN KERTOMINEN (74,53)

## YLÄLUOKKA: TURVALLISUUDEN TUNTEEN LUOMINEN (9,10)

Merkitykselliset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
4.toinen piettää niinkö käsistä kiinni ja toinen alakaa pesemään sitä alapesua tai mitä nyt pessee. 62.Siinä vain toinen tukkee tosiaan että se ei pääse huitomaan 71.meillä on niinkö pakkotoimenpide sillälaila tai pakko ja pakko, mutta jos me saahaan se puhtaaksi jne....	-pitää käsistä kiinni -tukee että ei huido -pakkotoimenpide	11.KIINNIPITÄMINEN (4,62,71)
33.sillon pittää mennä ohjaamaan pois siitä tilanteesta 34. rauhotellaan se pois sitte.Ohjataan se eri pisteeseen 60.tavallaan se unohtaa semmosen kielteisen mieleen tulleen asian sitte jne.....	-ohjataan pois -rauhoitellaan pois -unohtaa kielteisen asian	12.HUOMION KÄÄNTÄMINEN MUUALLE (33,34,60)

## YLÄLUOKKA: TOIMINNAN HILLITSEMINEN ( 11,12)

## MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREITA ENNALTAEHKÄISEVÄT HOITOTYÖN MENETELMÄT

15.sitte ku minä saan sen vessaan, niin minä alan sille laulamaan. Se kuuntelee vain sitä laulua ja antaa tehdä kaikki toimenpiteet 138.minä aina pampuloita laitan niille päähän ja laitan niille kampauksia ja kaikkea tämmöstä 136.meillä on niinkö paljo tehty semmosia lauluviuhkoja, ja me otetaan semmonen laulutuokio 99.niin se aina sano että veisataanko virsiä, niin minä hain virsikirjan ja alettiin veisaamaan 133.ulkona hoitaja käyttää, lista on seinässä jne....	-alan laulamaan -laitan kampauksia -lauletaan yhdessä -veisataan virsiä -ulkoillaan yhdessä	13.LAULAMALLA JA LIIKKUMALLA HOITAMINEN (15,138,136,99,133)
86.mahollisimman paljo annetaan tehdä niinkö itse 89.se kahtoo se vastapuoli mallia siitä, se alakaa syömään sitte itekki siitä 87.autetaan ja näytetään 88.annetaan aikaa nimenommaan sitte 93.se on niinkö ennen kaikkea että ajankäyttö pitäs olla täällä 94. aikaa pitäs olla sitte siihen	-annetaan tehdä itse -alkaa syömään itse -ohjataan -annetaan aikaa -ajankäyttö -aikaa pitää olla	14.AJAN ANTAMINEN (86,89,87,88,93,94)

## YLÄLUOKKA: ASUKKAIDEN AKTIVOIMINEN (13,14)

Merkitykselliset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
110.meillä pittää koko ajan vähän niinkö silmät olla hoksottimet olla kohallaan, että hoitajien pittää olla se, niinkö hoksata kaikkea tämmöstä	-pitää huomata	15.HAVAINNOINTI JA VALVONTA (110,105,107,108,134)
105.mietitään niitä kohteita mikä siinä vois auttaa niin sitte seurataan sitä yleisvointia, että mistä se vois johtua.	-seurataan yleisvointia	
107.havainnoijaan asioista ja otetaan vaikka pissakoe	-havainnoidaan	
108. lääkityshän voi olla niinki että se voi olla liikaa, ja voi sivuoireita tulla liikaa	-lääkityksen seuranta	
134.osata vaistolla sanoa jne....	-osata vaistota	
137.kaikki niinkö kävelee siinä kahtaalle käsin	-kävelevät edestakaisin	16.TURVALLISEN JA RAUHALLISEN - HOITOYMPÄRIS- TÖN JÄRJESTÄMI- NEN (137,98,76,78,75,96)
98.siinä niinkö ei tarvis olla. ko kolme korkeintaan hoitajaa siinä ruokailutilanteessa,että ne asukkaat olis rauhallisempia sitte	-kolme hoitajaa korkeintaan	
76.ja minä oon aina vieny sitte huoneeseen sinne petille istumaan ja laitetaan siinä niinkö loppuun vaatteet päälle.	-olen vieny huoneeseen	
78.Onko se sänky joku semmonen turvallinen paikka niille että	-sänky turvallinen paikka	
75. hommaan ensin kaikki tavarat vessaan mitä tarvii	-tavarat valmiiksi	
96. sitte tulee monta ääntä päällekkäin, se alakaa pelekäämään ja alakaa taas huutamaan jostaki eri asiasta jne....	-monet äänet pelottavat	
121. kaikki tekkee niinkö sovitaan samalla lailla ne työt, mitkä perusasiat tehään	-kaikki tekee samalla tavalla	17. YHTEISET HOITOLINJAT (121,122,123,131,120, 83)
122.ettei sitte niinkö kovin monta hoitotyliä tehä	-ei monta hoitotapaa	
123.eihän siitä tuu mittään että jos toinen antaa puolta helepommalla tehä	-ei saa antaa tehdä helpommin	
131.meillähän on tietenki hoitolinjaus tehty että mitä tehään	-hoitolinjat tehty	
120.mitä asukkailla on oikeuksia, niitähän kunniotetaan kyllä että ne on niinkö pääasiat	--asukkaiden oikeuksien kunnioittaminen pääasiat	
83.oli sovittu jo aikasemmin että jos ne alakaa touhuamaan tuossa ja lyömään hoitajia jne	-oli sovittu yhdessä	

Merkitykselliset ilmaiset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
84.jos huomaa ite että joku asia on semmone uus asia mikä vois helepottaa muijenki työtä niin sanoo muillekki sitte	-sanotaan työtä helpot-tavat asiat toisille	18.HOITOHENKI-LÖSTÖN YHTEISTYÖ
85.Ja kyssyy että onko sulla joku niksi tai asia minkä oot huomannu että se helepottas jne....	-kysytään helpottavia keinoja	(84,85)
102.me ei tiietä mikä siinä voi olla takana. meidän pitää saaha se tietää, mutta ku me ei välttämättä oo saatu sitä tietoon	Niin-pitää saada tietää	19.ASUKKAAN TUNTEMINEN (102,126,127,112)
126. 13 kaavaa melekein on että kaikki pittää tehdä eri kaavan mukkaan.	-pittää tehdä eri tavalla	
127. Että kyllä siinä pittää vähän kattoo että miten minä teen tuon kanssa, miten minä tuon kanssa	-pittää katsoa miten tekee	
112.pittää ottaa huomioon sen asukkaan min-käläinen se on se persoona, vähän niinkö tuntea ja ottaa selekoa minkä tyylinen se on jne.	-pittää ottaa huomioon ja tuntea asukkaan persoona	
117.ja annetaan sitte ite määrätä ne asiat mitä ne haluaa määrätä	-annetaan päättää	20.TOIIVOMUSTEN JA YHTEISTEN SOPIMUSTEN NOUDATTAMI-NEN
118.kaikkeahan ei tietenkään voi, tiettyjä asioita on mitä ne ei saa ite määrätä, mutta niin pitkään ku pystytään	-kaikkea ei saa itse päättää	(117,118,80)
80.jos on tämmösiä asioita mitä voiiaan keskustella asukkaan kans, jotaki vähän henkilökohtasta, niin se luottamus, että mitä sovitaan niin tehään myös se jne....	-tehdään mitä yhdessä sovitaan	

YLÄLUOKKA: KÄYTÖSOIREITA LAUKAISEVIEN TEKIJÖIDEN TUNNISTAMINEN (15,16,17,18,19,20)

## MUISTISAIRAAN HOITOTYÖN HAASTEET

Merkitykselliset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
<p>152.Ei suurempia ongelmia siinä tule esimerkiksi jos vaatteita laittaa päälle, että se alakais hirveesti vastustelemaan tai jottain muuta.</p> <p>153. Että saat sille sen vaatteet päälle esimerkiksi, ja kaikki pesut ja kaikki</p> <p>144.haastavinta on sitte se että onnistut siinä työssä</p>	<p>-ei tule suurempia ongelmia tai vastustelemista</p> <p>-saat vaatteet päälle</p> <p>-onnistut työssä</p>	<p>21.ONNISTUMI NEN TYÖSSÄ (152,153,144)</p>
<p>150.vaikka on tämmönen hyvä, sanotaanko helppo hoijettava, niin se voi huomenna olla tai ylihuomenna olla sitte astetta vaikeampi. Se saattaa muuttua, se muuttuu oireet vaihtelee, se voi oiretila mennee, voi yhtäkkiä mennä tosi huonoksi</p> <p>147. että et sinä voi kaikille samalla kaavalla tehdä kaikkea. Se on niin haastavaa tämä</p> <p>148.kahta samanlaista päivää ei ole eikä tule olemaan jne.....</p>	<p>-hoidettava muuttuu, oireet vaihtelevat</p> <p>-et voi hoitaa samalla tavalla kaikkia</p> <p>-ei ole kahta samanlaista päivää</p>	<p>22.MUUTTUVIEN TILANTEIDEN HALLINTA (150,147,148)</p>
<p>154. Silimät selässäki ja tukkoja ei korvissa saa olla.</p> <p>145.Pittää niinkö kuunnella ovesta ku tulee sissään että missä mennään.</p> <p>155. Se on haastavaa ja niin mielenkiintoista sitte kuunnella näitä.</p>	<p>-silmät oltava selässäkin ja korvat auki</p> <p>-pitää kuunnella mikä on tilanne</p> <p>-kuunteleminen on haastavaa ja mielenkiintoista</p> <p>-pitää kehittää itseään jatkuvasti</p>	<p>23.HAVAINNOIMISEN TAITO (154,145,155,146)</p>
<p>146.Koko ajan pittää kehittää itteään.se on nimenommaan</p>	<p>-pitää kehittää itseään jatkuvasti</p>	

YLÄLUOKKA: IHMISEN KOHTAAMINEN (21,22,23)

: