

Teemu Heikkinen

**Dialogisuus päihdemuistisairaiden kuntoutuksessa - opas henkilökunnalle**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sairaan -ja terveydenhoito osaamisalue  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Syksy 2013



Koulutusala Sairaalan - ja terveydenhoito osaamisalue	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Heikkinen Teemu	
Työn nimi Dialogisuus päihdemuistisairaiden kuntoutuksessa- opas henkilökunnalle	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielensterveystyö	Ohjaaja(t) Kristiina Anttonen & Jaana Kempainen
	Toimeksiantaja Pielisen-Karjalan dementiakoti Oy
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 44 + 10
<p>Opinnäytetyöni on tuotteistettu prosessi, jossa tuotin oppaan Pielisen - Karjalan Dementiakodin Kotirinteen yksikölle. Kyseinen yritys sijaitsee Nurmeksessä kaupungissa, Pohjois-Karjalan maakunnassa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä on dialogisuuden hyödyntäminen päihdemuistisairaiden hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli että tiedon avulla henkilökunta pystyy yhä laadukkaammin kohtaamaan päihdemuistisairaana. Opas antaa myös tietoa päihdemuistisairauksista Kotirinteen henkilökunnalle.</p> <p>Päihdemuistisairaudella tarkoitan tässä opinnäytetyössä alkoholin aiheuttamia muistisairauksia. Alkoholimuuistisairaudet voidaan jakaa kahteen luokkaan: primaareihin ja sekundaarisiiin. Primaarissa muistisairaudessa pitkään jatkunut alkoholinkäyttö aiheuttaa muistioireita ja persoonallisuusmuutoksia. Sekundaarisia muotoja ovat Wernickin oireyhtymä, aivoverenkierron häiriöt ja aivovammat. Pitkälle edennyt alkoholimuistisairaus vaatii usein laitoshoidoa. Alkoholimuuistisairaat vaativat heille varta vasten suunnitellun hoitopaikan, sillä kyseinen sairaus vaatii erikoisosaamista.</p> <p>Vuorovaikutus alkoholimuistisairaiden kanssa voi olla haasteellista, sillä heillä voi olla vaikeuksia tuottaa puhetta. Dialogisuus on menetelmä, jossa vuorovaikutus ottaa asiakkaan huomioon ja on näin tasapuolista osallistujien kesken. On tärkeää luoda rauhallinen ja vastaanottavainen ilmapiiri, jotta alkoholimuistisairas voi osallistua vuorovaikutukseen.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimustehtävinä olivat: 1) Mitä on alkoholimuistisairaus? 2) Kuinka dialogisuutta käytetään alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa? 3) Millainen opas tukee henkilökuntaa alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa?</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	alkoholimuuistisairaudet, kuntoutus, dialogisuus, opas
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Kajaani university of applied sciences	Degree Programme Nursing
Author(s) Heikkinen Teemu	
Title Dialogicality as a Rehabilitation Method for Alcohol Dementia - a guide for nursing staff	
Optional Professional Studies Mental Health Care	Instructor(s) Anttonen Kristiina, Kemppainen Jaana
	Commissioned by Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 44+ 10
<p>The purpose of this thesis was to produce a guide for Kotirinne, a unit of Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy, a nursing home located in the town of Nurmes, in North Karelia. The purpose of the thesis was to examine how dialogicality could be used in the treatment of alcohol dementia. The objective of the thesis was that, with the information provided, nursing staff could apply dialogicality in the treatment of people with alcohol dementia with greater success. The guide will also provide general information about alcohol dementia for the staff at Kotirinne.</p> <p>In this thesis alcohol dementia refers to memory disorders caused by alcohol abuse. Alcohol dementia can be divided into two categories: primary and secondary alcohol dementia. Primary alcohol dementia is caused by excessive abuse of alcohol which, consequently, causes memory symptoms and personality alterations. Secondary forms of alcohol dementia are Wernicke's syndrome, blood circulation disorders in the brain, and brain damage. Patients with alcohol dementia usually require institutional care under the supervision of a specialist.</p> <p>Interaction with people suffering from alcohol dementia can be challenging because they often have problems with speech. Dialogicality is a method which acknowledges clients' needs, thus treating participants equally. It is important to create a peaceful and receptive environment where a person with alcohol dementia can interact without restrictions.</p> <p>The research tasks in this thesis were: 1) What was Alcohol Dementia?, 2) How could dialogicality be used in the rehabilitation of persons with alcohol dementia? and 3) What kind of guide would support nursing staff in the rehabilitation of persons with alcohol dementia?</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Alcohol Dementia, Rehabilitation, Dialogicality, Guide
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences



## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 ALKOHOLI PÄIHTEENÄ	3
2.1 Alkoholin käyttö	3
2.2 Alkoholin haittavaikutukset	4
2.3 Alkoholin haittakäyttö ja hoito	6
3 ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT MUISTISAIRAUDET	7
3.1 Muistisairauden kriteereitä	7
3.2 Alkoholimuistisairaudet	8
3.3 Wernicken oireyhtymä	11
3.4 Alkoholimuistisairauksien hoito	13
4 KUNTOUTUS	15
4.1 Muistisairaahan kuntoutus	15
4.2 Moniammatillisuus kuntoutuksessa	17
4.3 Dialogisuus käsitteenä	18
4.4 Dialogisuus alkoholimuistisairaahan kuntoutuksessa	19
5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	22
6 TUOTTEISTAMISPROSESSI	23
6.1 Tuotteen suunnittelu	23
6.2 Tuotteen toteuttaminen	24
6.3 Tuotteen arviointi	25
7 POHDINTA	32
7.1 Opinnäytetyöprosessi	32
7.2 Luotettavuuden arviointi	34
7.3 Eettisyyden arviointi	36
7.4 Ammatillisen kehittymisen arviointi	37
LÄHTEET	39

## LITTEET

## 1 JOHDANTO

Alkoholi aiheuttaa Suomessa yleisesti erilaisia terveysongelmia. Alkoholi on yleisin kuolinsyy työikäisille miehille Suomessa. (Käypä hoito 2011) Runsas alkoholinkäyttö voi osaltaan aiheuttaa muistisairauksiin liittyviä oireita. (Salaspuro 2003, 315 – 316.) Alzheimerin taudista ja muista muistisairauksista löytyy tutkittua tietoa, päihteistä johtuvista muistisairauksista löytyy vähemmän tutkimuksia. Päihdemuistisairauksilla tarkoitan tässä opinnäytetyössä alkoholin aiheuttamia muistisairauksia. Alkoholimuistisairaudet voidaan jakaa kahteen pääluokkaan, primääreihin ja sekundaarisiiin. Primääri muistisairaus on tila, jossa alkoholin etanoli aiheuttaa muistioireita. Sekundaarisia alkoholin aiheuttamia muistisairauksia ovat Wernicken oireyhtymä, aivoverenkierron häiriöt ja aivovammat. (Salaspuro 2003, 316.)

Alkoholimuistisairauksien hoito ja kuntoutus eroaa yleisempien muistisairauksien vastaavista menetelmistä. He tarvitsevat omaa erityistarvetta huomioivaa kuntoutusta, esim. Alzheimerpotilaiden hoitokodit eivät välttämättä sovellu tähän tarkoitukseen. Päihdemuistisairaille suunnattuja paikkoja on Suomessa vain muutamia. Yksi tällainen yksikkö on Nurmeksessa sijaitseva Pielisen - Karjalan Dementiakoti Oy. Dementiakodilla päättyi joulukuussa 2012 Dialogi – hanke, jonka yhtenä osana oli dialogisuuden käyttäminen kuntoutuksessa. Työyhteisö tarvitsi opasta siitä, kuinka dialogisuutta voidaan käyttää päihdemuistisairaiden kuntoutuksen tukena.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä on dialogisuuden hyödyntäminen päihdemuistisairauden hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tiedon avulla henkilökunta pystyy yhä laadukkaammin kohtaamaan päihdemuistisairaahan. Lisäksi opinnäytetyö ja tuotettu opas tarjoavat tietoa alkoholimuistisairauksista ja niiden hoidosta.

## 2 ALKOHOLI PÄIHTEENÄ

Päihteet ovat aineita, jotka antavat miellyttävältä tuntuvan vaikutelman ihmisen mieleen. Ne rentouttavat ja luovat mielihyvän tunteen sekä vapauttavat estoja. Samanaikaisesti ne heikentävät ihmisen havainnointikykyä ja päihtyneenä kyky arvioida tekojen seurauksia huonontuu. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 314.) Päihteet aiheuttavat tietoisuuden muutoksia. Ihmiset ovat käyttäneet päihteitä uskonnollisiin tarkoituksiin, lääkteinä kuin myös sosiaalisen kanssakäynnin edistäjänä. (Salaspuro, Kiiänmaa & Seppä 2003, 20.)

### 2.1 Alkoholin käyttö

Alkoholi on luultavasti vanhin ihmiskunnan käyttämä päihdyttävä aine. Alkoholia on historian aikana käytetty myös lääkinnällisiin tarpeisiin, mutta pääasiassa sitä on käytetty rentouttavan ja humalluttavan vaikutuksen takia. (Salaspuro, Kiiänmaa & Seppä 2003, 20.) Alkoholi on keskushermostoon vaikuttava aine vaikuttaen lamaannuttavasti mm. aivoihin ja selkäyttimeen. Alkoholin välitön eli akuutti vaikutus on ensin ilmenevä humalatila ja alkoholimäärän lisääntyessä henkilön sammuminen. Pitkäaikaisella alkoholinkäytöllä on useita haitallisia vaikutuksia. (Päihdelinkki: alkoholi ja aivot) Suomalainen alkoholinkäyttö on humalahakuista ja toinen kotimainen piirre on vahvojen alkoholipitoisten juomien suosiminen. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 315) Arvioiden mukaan Suomessa on 300 000 – 500 000 henkilöä, joilla alkoholi aiheuttaa terveysongelmia. (Käypä hoito 2011, alkoholi)

Kun alkoholikäyttö aiheuttaa terveysongelmia, puhutaan riskikäytöstä. Miehillä riskikäytön raja on neljä ravintola-annosta päivässä säännöllisesti ja seitsemän kerta-annosta. Naisilla vastaavat tasot ovat kaksi ravintola-annosta päivässä säännöllisesti ja viisi annosta kerralla. 1 ravintola-annos vastaa 33 cl keskiolutta, 12 cl viiniä tai 4 cl väkeviä. (Käypä hoito 2011, alkoholiongelmaisen hoito)



Alkoholin käyttö ei aiheuta suuria terveysriskejä, mikäli päivittäiset nautitut määrät pysyvät alle riskikäytön rajan. Tähän vaikuttaa myös alkoholin käyttötapa. Veren alkoholipitoisuus pysyy matalammalla, mikäli alkoholi juodaan aterian kanssa. Ilman ruokaa alkoholipitoisuus veressä nousee korkeammaksi. Eräs tapa määritellä asiakkaan/potilaan alkoholinkäyttöä on AUDIT - kysely, (Alcohol use disorders identification test). (Terveyskirjasto 2010, alkoholinkäyttö) Pienellä alkoholimäärällä on positiivisia terveysvaikutuksia, se antaa suojaavia tekijöitä muun muassa sepelvaltimotautia, sappikivitautia, 2-tyyppin diabetesta ja Alzheimerin tautia vastaan. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 210.)

Yleinen luulo alkoholinkäyttöön liittyen on, että erilaiset alkoholijuomat aiheuttavat erilaisen humalatiljan ja samalla aiheuttavat eroja myös krapulakokemuksiin. Esimerkkinä voidaan mainita usko siihen että kirkkaiden alkoholijuomien nauttiminen lisää enemmän aggressiivisuutta. Kyseillä väitteillä ei ole tieteellistä pohjaa, ainoastaan juoman alkoholipitoisuus vaikuttaa ihmisen humaltumiseen. Olutjuomat sisältävät paljon nestettä ja siksi niiden alkoholi imeytyy hitaammin verenkiertoon. Vastaavasti kirkkaissa juomissa on pienempi nestetilavuus, jolloin alkoholi imeytyy nopeammin mikä sitten aiheuttaa nopean humaltumisen tilan. (Päihdelinkki 2011, Alkoholijuomien sivuaineet)

## 2.2 Alkoholin haittavaikutukset

Vuonna 2011 oli 4 655 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeellä alkoholin ja huumeiden aiheuttamien häiriöiden takia. (Tilasto eläkkeensaajista 2011) Alkoholinkäyttö saattaa aiheuttaa monenlaisia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Nämä ongelmat voivat kohdistua käyttäjään itseensä tai sitten hänen lähipiiriinsä. Alkoholin käyttö aiheuttaa myös yhteiskunnallisen tason ongelmia. Alkoholihaitat voidaan jakaa akuutteihin ja kroonisiin haittoihin. Akuutti haitta on esimerkiksi päihtyneen henkilön kaatuminen, joka voi aiheuttaa eri vammoja. Krooniset haitat syntyvät pitkäkestoisen juomisen seurauksena. (Mäkelä, Mustonen 2008, 20.)

Alkoholin liikakäyttö voidaan Terveyskirjaston määritelmän mukaan jakaa kolmeen pääluokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Alkoholismin eli alkoholiriippuvuuden oireina ovat mm. pakottava tarve juomiseen, vieroitusoireet sekä juomisen lisääntyminen haitoista välittämättä. (Terveyskirjasto 2010) Kun puhutaan alkoholiriippuvuudesta, on alkoholinkäyttö jo erittäin runsasta ja henkilön tila on paljon vaikeampi kuin haittakäytöllä. Alkoholin käyttö on pakonomaista, eli elimistö vaatii alkoholia päivittäin. Toleranssi kasvaa eli tarvitaan suurempi annos päihtymiseen ja toisaalta vieroitusoireita ilmaantuu, jos elimistö ei saa alkoholia. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 52.) Alkoholin liiallinen käyttö voi vaurioittaa miltei jokaista elintä. Elinvaurioissa on vaihteluita eri ihmisten välillä. On epäselvää, miksi jotkut henkilöt saavat herkemmin oireita alkoholin liikakäytöstä kuin toiset. Kiistaton tosiasia on että liiallinen alkoholin käyttö on osallisena moniin terveydellisiin ongelmiin. (Käypä hoito 2011, alkoholi)

Runsas alkoholinkäyttö lisää myös alttiutta kouristuksille. Lisääntynyt kouristustaipumus esiintyy varsinkin kun elimistön alkoholimäärä laskee nolnaan useamman päivän juomisen jälkeen. Tällöin henkilö voi mennä tajuttomaksi, jolloin riskinä on kieleen pureminen ja virtsan päästö. Varsinkin nuorilla henkilöillä humalataila laskee nopeasti verensokeria. Kun verensokeri on hyvin matalalla, eivät aivot saa tarpeeksi energiaa. Tämä tila voi aiheuttaa aivo- vaurioita. (Päihdelinkki 2011, alkoholi ja aivot)

Kun puhutaan alkoholin haittavaikutuksista, keskitytään yleensä yksilön ongelmakäyttäytymiseen. Ihmisen ympäristö voi vaikuttaa ongelmakäyttöön, esimerkiksi alkoholisti juo vain ryhmässä eikä yksin. Alkoholismin haitat vaikuttavat myös alkoholistin lähipiiriin. Usein korostetaan läheisten ihmisten tukea alkoholismin hoidossa, samalla saatetaan unohtaa kuinka kuormittavaa juominen on muille perheenjäsenille. Hoitotyön tulee olla perhekeskeistä eli ammattilaisen tulee ottaa perheenjäsenet osaksi hoitoa, mikäli he eivät ole itse aktiivisesti mukana. Alkoholistin hoitosuunnitelmaa tehtäessä huomioidaan koko perhe. Myös kouluikäiset ja sitä nuoremmat lapset tulee huomioida heidän vanhempansa hoitotyössä. Sopivia hoitomuotoja ovat esimerkiksi pariterapia tai perheterapia. (Päihdelinkki 2011, Miten perhettä voidaan hoitaa?)

### 2.3 Alkoholin haittakäyttö ja hoito

Jotta henkilölle voidaan antaa alkoholin haittakäytön diagnoosi, on hänellä ollut joku alkoholin aiheuttamana terveysongelma, esimerkkinä runsaasta alkoholin käytöstä johtuminen masennus. Sosiaaliset ongelmat eivät välttämättä kuulu haitallisen käytön kriteereihin. Jotta diagnoosi voidaan asettaa, tarvitaan tarkkaa näyttöä siitä että alkoholi on kokonaan tai osaltaan aiheuttanut terveyshaitan. Kyseinen haitta pitää olla selkeästi tunnistettavissa. Diagnoosointia annettaessa on huomioitava, että alkoholia on käytetty vähintään kuukauden ajan tai käyttöä on ollut toistuvasti vuoden ajan. (Terveyskirjasto 2010)

Suomalaiset kuluttivat vuonna 2008 runsaat kymmenen litraa puhdasta alkoholia per asukas. Kyseinen määrä ei jakaannu tasaisesti ihmisten kesken: pieni vähemmistö juo suurimman osan tuosta kymmenen litran määrästä. Tutkimukset osoittavat että alkoholihaitat lisääntyvät kun kulutus lisääntyy. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 195.) Alkoholinkäyttö lisää henkilön riskiä huumeiden käyttöön. Useat tutkimukset osoittavat, että rahapelaamisella ja alkoholinkäytöllä on selvä yhteys. (Mäkelä ym. 2010, 264.)

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen ja hänen omaisensa riittävä ja asiallinen hoito. (Päihdehuoltolaki) Alkoholin ja muiden päihteiden hoitotyö tarvitsee usein moniammatillista työskentelyä. Alkoholin aiheuttamia ongelmia hoidetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä, käytettävissä on myös päihdehuollon erikoispalveluita ja sosiaalihuollon palveluita. Vapaaehtoisjärjestöillä on myös roolinsa päihdetyössä. Päihdesairaudet ovat nykyään samalla viivalla muiden somaattisten sairauksien kanssa, kun arvioidaan sairausvakuutus-, eläke-, ja kuntoutusetuja. (Käypä hoito 2011, Alkoholiongelmaisen hoito.)

Päihdeongelmien hoitotyö kohtaa monia ongelmia. Ihmisten ajatusmaailmaa voi edustaa moraalinen asenne, jonka mielestä päihdesairaudet ovat itseaiheutettuja eikä sen vuoksi yhteiskunnan varoja tulisi käyttää kyseisten sairauksien hoitoon. Päihderiippuvaiset voivat potea itsekin syyllisyyttä ja häpeää. Päihdeongelmaisen kohtaaminen voi olla vaikeaa niin hoitohenkilökunnalle kuin asiakkaalle itselleen. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 212 – 213.)

### 3 ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT MUISTISAIRAUDET

Suomessa joka kolmannes yli 65-vuotiaista kertoo tuntevansa muistioireita, kyseiset oireet voivat olla merkinä alkavasta muistisairaudesta. (Käypä hoito) Erkinjuntin (2010) mukaan vuonna 2010 on Suomessa arvioitu olevan noin 89 000 muistisairasta henkilöä. Vuonna 2060 arvioidaan heitä olevan jo 239 000. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 28.) Suomessa on arvioitu olevan 5 000- 7 000 työikäistä henkilöä, jotka sairastavat jotain muistisairautta. (Kansallinen muistiohjelma 2012) Työikäisillä muistioireiden syynä ovat yleensä työuupumus, stressi tai päihteidenkäyttö. (Virjonen 2013, 49.) Ihmisen ikääntyessä muisti heikkenee ja riski sairastua muistisairauteen kasvaa. Ihmisten keski-ikä noudettaessa myös muistisairaiden lukumäärä kasvaa. Korkea ikä on todennäköisin muistisairauden riskitekijä, mutta myös moni työikäinen sairastaa jotain muistisairautta. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 12.)

#### 3.1 Muistisairauden kriteereitä

Muistisairauksien havaitseminen voi olla haastavaa. Oireet kehittyvät pikkuhiljaa ja muistin oireilut voidaan laittaa esimerkiksi kiireen ja stressin syyksi. Henkilö voi asua yksin eikä hänellä välttämättä ole ketään läheistä joka huomaisi kehittyvän muistisairauden. Muistisairailta voi esiintyä masennusta, eivätkä he silloin kykene hakeutumaan avun piiriin. (Virjonen 2013, 37.)

Ennen pidettiin normaalina, että ikä tekee ihmisestä seniilin. Kuitenkin monien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että ikääntyminen sinänsä ei aiheuta ”vanhuudenhöperyyttä”. Muistin heikentymisen takia on tutkittava mahdollinen aiheuttaja, joka voi olla aivojen toiminnan häiriö tai rakenteellinen sairaus. (Heimonen & Tervonen 2004, 43 - 44.) Ihmisen älyllinen aktiiviteetti perustuu pääasiallisesti muistiin ja muistin optimaalinen toiminta vaatii riittävää vireystilaa. Erilaiset aistihavainnot rakentavat muistia ja näin muisti on se tekijä joka muodostaa ihmisen identiteetin ja elämäntarinan. (Virjonen 2013, 23.)

Muistisairauden kriteerit tulee täyttyä, ennen kuin henkilölle voidaan asettaa oikea diagnoosi. Muistisairaahan henkilön älyllinen toimintakyky on heikentynyt usealla osa-alueella. Olenainen tekijä on muistihäiriö, joka varsinkin näkyy vaikeutena oppia uutta. Myös vanhojen asioiden palauttaminen muistista vaikeutuu. Hirvosen ja Lääperin (2001,16.) mukaan henkilöllä tulee esiintyä yksi tai useampi seuraavista oireista, jotta muistisairauden määritelmä toteutuu:

Afasia, jolla tarkoitetaan vaikeutta ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä. (Terveyskirjasto 2012.). Toinen muistisairauden kriteerin täyttävä neurologinen häiriö on apraksia. Apraksia tarkoittaa tahdonalaisten liikkeiden häiriötä eli henkilöllä on vaikeuksia tehdä tahtomiaan liikkeitä (Aivoliitto 2013) Kolmas häiriö on agnosia. Se tarkoittaa vaikeutta käsitellä nähdyn esineen tai merkityksen tarkoitusta. Agnosiaa poteva voi muuten jäsentää normaalisti näköhavaintojaan. (Healthline 2005) Neljäs kriteeri on toiminnallisen ohjaamisen häiriö.

Muistisairauden ensioireina voivat myös olla henkilön passivoituminen ja vetäytyminen hänelle aiemmin mielisistä tilanteista, esimerkiksi sosiaaliset tilanteet ja harrastukset. Muistisairauden alkuvaiheessa saattaa henkilö peitellä oireitaan. Kun henkilö huomaa toimintakykynsä alenevan, voi hän myös saada masennusoireita. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 383.)

### 3.2 Alkoholimuishisairaudet

Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa vahinkoa aivoille. Alkoholi koostuu mm. etanolista, joka vahingoittaa keskushermostoa. (Salaspuro 2003, 315.) Alkoholista johtuville muistisairauksille ei ole omaa, tarkkaa termiä. Jotkut lähteet käyttävät käsitettä alkoholidementia, toiset käsitettä alkoholinkäyttöön liittyvä dementia. Nykyisessä ICD-10 tautiluokituksessa ei ole diagnostista määritelmää alkoholimuistisairauksille. (Härmä & Granö 2011, 144.)

Primaarinen alkoholimuistisairaus on tila, jossa etanoli vaikuttaa myrkyllisesti aivoihin. Sekundaarisia alkoholimuistisairausten aiheuttajia ovat mm. Wernicken oireyhtymä, aivovammat ja aivoverenkierron häiriöt. (Salaspuro 2003, 315 - 316.) Primaarisen alkoholimuistisairausten oireita ovat vuosia jatkuneen alkoholismien jälkeen diagnosoitava muistin heikentyminen ja persoonallisuusmuutokset. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 570.)

Alkoholin liikkakäyttäjien elämäntavat aiheuttavat monia terveysongelmia. Alkoholin käyttäminen lisää todennäköisyyttä saada jokin aivovamma esimerkiksi kaatumisen yhteydessä. Alkoholista noudattama ruokavalio ei välttämättä ole kovin terveellinen ja ruokailurytmi saattaa olla muutenkin epäsäännöllinen. Kyky hoitaa omaa sairauttaan voi olla alentunut. Jotkut somaattiset sairaudet, kuten maksan vajaatoiminta, saattavat vaikuttaa alentavasti aivojen toimintaan. Tiamiinin eli B1-vitamiinin puute voi aiheuttaa Wernicken oireyhtymän tai Korsakoffin psykoosin, nämä sairaudet aiheuttavat muistioireita. (Härmä & Granö 2011, 144.) Vaikea B3-vitamiinin eli niasiinin puutos saattaa osaltaan aiheuttaa muistioireita. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 210.)

Muistioireiden rajaaminen pelkästään alkoholista johtuviksi on haastavaa ja on oleellista sulkea pois muut muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti. Kyseinen, yleisempi muistisairaus voi heikentää henkilön arviointikykyä, mikä saattaa johtaa lisääntyneeseen alkoholin käyttöön, mikä osaltaan pahentaa muistisairausten oireita. (Härmä 2011, 144 – 145.) Alzheimerin taudissa muistioireet ovat eteneviä. B1-vitamiinin puutostilan aiheuttamat muistioireet ovat kuitenkin parannettavissa. Mikäli B1-vitamiinin puutostila jätetään hoitamatta, muistioireet jäävät pysyväksi tilaksi. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 382.) Mikäli henkilö on ollut katkaisuhoidossa, neuropsykologiset tutkimukset tulisi tehdä kuukauden päästä. Näin poissuljetaan vieroitusoireiden ja lääkkeiden vaikutus tutkimustuloksiin. (Salaspuro 2003, 321.)

Alkoholinkäyttö vaikuttaa aivojen otsalohkoihin ja siten vaikutukset kohdistuvat käyttäytymisen säätelyyn. Alkoholilla heikentää enemmän toiminnan ohjaamista kuin kielellisiä taitoja tai älykkyyttä. Muita alkoholista aiheutuvia otsalohkovaikutuksia ovat heikentymiset abstraktissa ajattelussa, tilan havainnoissa ja ongelmanratkaisussa. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 319.) Toiminnan ohjaamisella tarkoitetaan tilanteita joissa ihminen joutuu uuteen ongelmanratkaisutilanteeseen, jossa ei rutiininomainen toiminta ole riittävä. (Erkinjuntti, ym. 2010, 378.)

Kuten aiemmin tässä opinnäyteyössä on todettu, runsas alkoholinkäyttö vahingoittaa aivoja. Alkoholisteilla tavallinen löydös tutkimuksissa on aivoatrofia, mikä tarkoittaa aivosolujen kuolemaa. Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö lisää aivosolujen tuhoutumista. Vaikka aivosoluja kuolee ihmisen vanhetessa, on alkoholi iästä riippumaton vaaratekijä. Tämä näkyy varsinkin iäkkäillä alkoholisteilla, joilla aivoatrofia on pahalla tasolla. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 568.) Alkoholimuistisairailta on monesti ongelmia toiminnan ohjauksessa ja samalla myös heidän aloitekykynsä on heikentynyt. Sanallisessa viestinnässä on paljon vaihtelua, osalla potilaista puhetaidot ovat säilyneet hyvällä tasolla, kun taas toisilla on enemmän ongelmia puheen tuottamisessa. On arvioitu, että alkoholimuistisairaiden osuus on noin yksi prosentti kaikista muistisairaista. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 392.)

Alkoholimuistisairaudella on kaksi kliinistä kriteeriä.

1. Muistisairausdiagnoosi tulisi tehdä vasta silloin kun potilas on ollut ilman alkoholia vähintään 60 päivää.
2. Potilaan alkoholinkäyttö on ollut runsasta, miehillä 45 annosta viikossa ja naisilla 36 annosta vähintään viiden vuoden ajan.

(Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 318.)

Alkoholinkäytön virallinen, Suomessa käytetty määritelmä: 1 annos vastaa 33 cl keskiolutta, 12 cl viiniä tai 4 cl väkeviä. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 46.)

### 3.3 Wernicken oireyhtymä

Ihmisen elimistö tarvitsee B1-vitamiinia eli tiamiinia muuntamaan ravintoa energiaksi. Hiilihydraattien määrän kasvaessa, tarvitaan myös enemmän tiamiinia. Terveen aikuisen tiamiinin tarve vuorokaudessa on 1 – 2 mg ja sitä saadaan vihanneksista ja lihatuotteista. Tiamiini varastoituu lihaksiin, maksaan ja aivoihin. (Hillbom, 2010) Alkoholiriippuvainen henkilö, jonka juominen on jatkunut pitkään, yleensä syö yksipuolisesti ja hänen ruokansa sisältää vähän B1-vitamiinia, ja näin oireita aiheuttava puutostila syntyy. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 436.) Tiamiinin imeytyminen ravinnosta normalisoituu vasta, kun henkilö on ollut raittiina vähintään 6 viikkoa. Ihmisen tiamiinivarastot tyhjenevät noin kuukaudessa eli puutostila on mahdollinen näinkin lyhyessä ajassa. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 319.)

Wernicken oireyhtymän oireet eivät ole yksiselitteisiä. Yleisimpiä oireita ovat sekavuus, potilas ei ole orientoitunut aikaan ja paikkaan, muistihäiriöt ja tajunnan häiriöt. Joillakin tutkituilla potilailla on löydöksiä silmän alueella sekä pikkuaivojen vaurioita. Wernicken oireyhtymän esiintyvyydestä on ristiriitaista tietoa, yleensä tauti löydetään ruumiinavauksen yhteydessä ja harvoin ennen kuolemaa. Taudin esiintyvyyttä ei ole Suomessa tutkittu, mutta ulkomaalaisten tutkimusten mukaan Wernicken oireyhtymä on 33 kertaa yleisempi alkoholisteilla. (Hillbom, 2010) Yleisiä oireita ovat myös ongelmat tasapainossa ja liikkumisessa, henkilön käveleminen voi olla hataraa ja katkonaista. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 571.)

Wernicken oireyhtymä aiheuttaa ongelmia mieleenpainamiskyvyssä, asiat eivät jää henkilön mieleen. Välitön muisti, jota kutsutaan myös työmuistiksi, toimii normaalisti. Toisin kuin Alzheimerin taudissa jossa muisti heikkenee hitaasti, Wernicken oireyhtymä aiheuttaa mieleenpainamiskyvyn nopean romahtamisen, muutamasta päivästä yhteen viikkoon. (Salaspuro 2003, 322.) Tässä vaiheessa osa potilaista dementoituu pysyvästi. (Lönqvist ym. 2011, 392.)



Lönnqvistin mukaan Wernicken oireyhtymä aiheuttaa myös muitakin psyykkisiä oireita, kuten disorientaatiota eli tilantajun hämärtymistä, hallusinaatioita, masentuneisuutta ja kiihtyneisyyttä. Joillakin potilailla voi esiintyä myös tajunnan häiriöitä kuten uneliaisuutta ja jopa tajuttomuutta. Muita somaattisia oireita ovat myös alentunut ruumiinlämpö ja matala verenpaine. (Lönnqvist ym. 2011, 436.) Hoitamattomana viidesosalla potilaista ilmenee tajunnan alenemista, mikä edelleen voi johtaa kuolemaan asti. (Erkinjuntti ym. 2010, 319.) Mikäli potilaalla todetaan Wernicken oireyhtymä, tehokkain hoitotapa on antaa hänelle tiamiinia lihakseen tai laskimon kautta, annosvälillä 5 – 200 milligrammaa. Isommat annokset tehoavat yleensä paremmin kuin pienemmät. Kuitenkin tiamiinin antaminen ei tehoa, mikäli alkoholinikäyttö on jatkunut pitkään ja aiheuttanut pysyviä aivovaurioita. (Hillbom, 2010)

Mikäli Wernicken oireyhtymän hoitoa laiminlyödään tai oireet jatkuvat pitkään, suurelle osalle potilaista kehittyy Korsakoffin oireyhtymä, joka on Wernicken oireyhtymän krooninen muoto. Korsakoffin oireyhtymässä silmäoireet eivät niin selvästi havaittavissa kuin Wernicken taudissa. Korsakoff-potilailla ilmenee satuilua eli henkilö keksii tarinoita peitelläkseen muistamattomuuttaan. Pitkään kestänyt Korsakoffin oireyhtymä lisää riskiä sairastua masennukseen. 25 prosenttia potilaista ei pärjää avohoidossa vaan tarvitsee laitoshoidoa. (Erkinjuntti ym. 2010, 320.) Soinilan mukaan merkittävä oire Korsakoffin oireyhtymässä mieleenpainamiskyvyn täydellinen puuttuminen, potilaan pitkäaikaiseen muistiin ei ”tallennu” mitään vaikka asiaa kuinka kerrattaisiin. Välitön muisti eli työmuisti voi kuitenkin olla normaalilla tasolla. (Soinila ym. 2007, 572.)

### 3.4 Alkoholimuistisairauksien hoito

Alkoholinkäyttö voi lisätä älyllisen toimintakapasiteetin heikkenemistä ja ensisijainen hoito on alkoholinkäytön lopettaminen. Mikäli aivoissa on pysyviä vaurioita, pienikin määrä alkoholia aiheuttaa haittaa alentuneen sietokyvyn takia. Vauriot ovat tehneet pysyvää haittaa aivojen korjausmekanismeille. (Härmä & Granö 2011, 146.) Jos alkoholinkäyttö lopetetaan ajoissa, voi aivojen toimintakyky palata normaaliksi. (Salaspuro 2003, 315.) Lönnqvistin mukaan jopa kuvantamistutkimuksissa voidaan nähdä aivokudoksen surkastuman pienentyminen, mikäli alkoholinkäyttö lopetetaan hyvissä ajoin. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2011, 392.)

Alkoholimuistisairauksia potevilla henkilöillä voi esiintyä myös riippuvuusoireyhtymä, mikä tekee alkoholinkäytön lopettamisen vaikeaksi. Ihminen, jolla älyllinen toiminta on häiriintynyt, on vaikeuksia säädellä omaa toimintaa, mikä tässä tapauksessa voi johtaa ”repsahtamiseen” eli juominen jatkuu vanhasta tottumuksesta. Riskinä on tällöin, että koko elämä alkaa pyöriä päihteiden ympärillä, eivätkä tavalliset arkiset askareet ja harrastukset tunnu enää mitään. Pitkälle edenneet alkoholimuistisairaudet aiheuttavat vaikeita käytöshäiriöitä kuten aggressiivista ja estotonta käyttäytymistä sekä alentunutta impulssien hallintaa. Turhautumiskynnys voi alentua ja muistisairas saattaa purkaa turhautumistaan käyttäytymällä aggressiivisesti haastavissa tilanteissa. (Härmä & Granö 2011, 146.)

Alkoholimuistisairaat ovat nuorempia ja fyysiseltä suorituskyvyltään vahvempia kuin ns. perinteisiä muistisairauksia potevat henkilöt. Tämä aiheuttaa hankaluuksia sopivan hoidon ja kuntoutuksen järjestämisessä, sillä alkoholimuistisairaat tarvitsevat heille varta vasten suunniteltuja hoitopaikkoja. Parhaiten heidän toimintakykyään tukevat pienet yksiköt, joissa on vähän vaihtuvia ärsykeitä, mitkä saattavat laukaista hankalan käytöksen. Yksikön ympäristön tulisi tukea alkoholimuistisairaiden arkea esimerkiksi selkein opastein. Tärkeää on tarjota myös mielekästä tekemistä erilaisen ohjatun toiminnan muodossa. (Härmä & Granö 2011, 146.) Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota omiin toimintatapoihinsa, sillä heidän tietyt käyttäytymismallit voivat aiheuttaa häiriö/aggressiivista käyttäytymistä muistisairailta. (Hirvonen & Lääperi 2001, 105.)

Pelkästään alkoholista johtuviin muistisairauksiin ei vielä ole saatavilla lääkitystä, mutta oireita tulisi hoitaa myös lääkkeillä, jotta heidän toimintakyky turvataan. Alkoholimuistisairaiden turvallinen lääkehoito vaatii asiantuntevan lääkärin ammattitaitoa. Alkoholin vaikutus aivojen älylliseen toimintaan ei tapahdu hetkessä, vaan pitkäkestoisen käytön takia. Päihteiden käyttäminen on Suomessa lisääntynyt ja näin voidaankin olettaa, että alkoholien aiheuttamat muistihäiriöt tulevat yleistymään. Tämän vuoksi alkoholimuistisairauksien hoitoa ja kuntoutusta tulisi kehittää edelleen. (Härmä & Granö 2011, 146 – 147.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan tulevien vuosien mahdollinen talouskasvu ja tulotason kasvaminen lisää alkoholinkulutusta Suomessa. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 23.)

Käytöshäiriöt kuuluvat myös alkoholimuistisairauteen. Näitä oireita on hoidettava, mikäli ne rasittavat muistisairasta ja aiheuttavat vaaratilanteita hänelle itselleen ja hoitohenkilökunnalle. (Erkinjuntti, Rinne & Roininen 2010, 485.) Neuroleptilääkityksellä voidaan hoitaa monia muistisairauden aiheuttamia käytöshäiriöitä. Lääkehoitoa voidaan käyttää niin ahdistuneisuuden ja levottomuuden lievittämiseen kuin myös ehkäisemään aggressiivista käytöstä. On kuitenkin oireita, joita ei tulisi hoitaa lääkinnällisin keinoin. Tällaisia oireita ovat muun muassa vaeltelu, levoton ääntely tai yliaktiivisuus. (Hirvonen & Lääperi 2001, 104- 105.) Erkinjuntin mukaan bentsodiatsepiinit käyvät muistisairaiden levottomuuden lyhytaikaiseen hoitoon. Pienillä annoksilla bentsodiatsepiini-lääkitys ei rentouta liikaa lihaksia, näin minimalisoidaan vaikutukset esim. hoitotoimenpiteisiin. (Erkinjuntti ym. 2010, 496.)

Myös alkoholimuistisairaiden hoidossa tulee korostaa tarkoituksenmukaisuutta, eli pyritään käyttämään myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Alkoholimuistisairaahan avuttomuuden korostamista tulisi välttää. Laadukas hoitoympäristö tukee muistisairaahan toiminnan puutteita ja samalla ylläpitää jäljellä olevaa toimintakykyä. Hyvin suunnitellulla hoidolla ehkäistään mahdollisia käytöshäiriöitä esim. pesutilanteissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 486.) Ollessani töissä dementiakodilla huomasin käytännössä miten tärkeää sanallinen ohjaaminen alkoholimuistisairaiden hoidossa. Hoitotilanteita ei tulisi vain aloittaa mitään ilmoittamatta, on tärkeää saada muistisairas ihminen ymmärtämään hoidon tarpeellisuus.

## 4 KUNTOUTUS

Kuntoutuksen päätarkoituksena on henkilön toimintakyvyn ja työkyvyn ylläpito. Lisäksi pyritään siihen, että henkilö pystyy toimimaan itsenäisesti eri elämäntilanteissa. Kuntoutus tukee monia hoitotoimenpiteitä kuin myös sosiaalipalveluita. Suomalaisessa järjestelmässä kuntoutus on osa yleisiä palveluja, ulottuen usealle toimintasektorille. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 31.) Mikäli tiettyyn sairauteen tai vammaan ei ole saatavilla lääkinnällistä hoitoa, kuntoutuksen merkittävyys korostuu. Mitä enemmän sairaus vaikuttaa henkilön elämään, sitä tärkeämpää on järjestää hänelle kuntoutusta. (Rissanen ym. 2008, 21.)

### 4.1 Muistisairaankuntoutus

Muistisairaiden kuntoutus on laaja-alainen prosessi. Muistisairaat tarvitsevat korkeatasoista hoitoa kuin myös ohjausta elämänlaatuun, fyysisen suoriutumiseen ja toimintakykyyn liittyvissä tekijöissä. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 235.) Kun ihmiselle on diagnosoitu muistisairaus, jokainen tapaaminen hoitohenkilöstön kanssa on merkittävä sairastuneelle ja hänen omaiselleen. Näillä kohtaamisilla luodaan pohja toimivalle kuntoutukselle. Sairastuneelle tulee tähdentää, että muistisairaus ei tarkoita elämän loppumista, hoitomenetelmillä ja kuntoutuksella voidaan hidastaa sairauden etenemistä. Kuntoutuksen toteutus on moniammatillista toimintaa ja kuntoutuksen keinot ovat monipuolisia. Yleensä hoitotyö tapahtuu kuntoutuksen ohessa, eikä näitä kahta menetelmää pystytä välttämättä erottamaan toisistaan. Tärkeintä on asiakaslähtöinen ajattelumalli, jossa asiakkaalle kootaan hänen henkilökohtaisia tarpeita vaaliva palvelukokonaisuus. Tarpeet tulee huomioida vaikka asiakas siirtyy yksiköistä toiseen, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta johonkin hoitokotiin. (Härmä & Granö 2011, 262.)

Kuntoutuksessa on huomioitava myös henkilön itsemääräämisoikeus oman toimintakyvyn arvioinnissa kuin kuntoutustarpeen arvioimisessa. Kuntoutuminen nähdään kokonaisvaltaisena prosessina, johon kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Kuntoutuksen tulee olla tehokasta ja sen pitää vastata asiakkaan ja yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Osallataan tähän vaikuttavat myös kuntoutuksen monialaisuus ja monitieteellisyys. (Koukkari 2010, 11, 14.)

Kuntoutuksen tulee edesauttaa asiakkaan toimintakykyä laaja-alaisesti eikä vain keskittyä fyysisen kunnan ylläpitämiseen. Asiakkaan sisäisiä voimavaroja tuetaan, jotta muistisairas ja hänen omaisensa voisivat elää omaa, persoonallista elämäänsä. Tärkeitä huomioitava seikkoja muistisairaahan kuntoutuksessa ovat esteetön toimintaympäristö ja se, että henkilö tuntee itsensä hyödylliseksi muille ihmisille. (Härmä & Granö 2011, 266.) Puolison ja läheisten tuki on tärkeä seikka muistisairaahan kuntoutuksessa. Toimintakykyä pyritään pitämään yllä tutuilla, arkisilla askareilla. (Virjonen 2013, 159.)

Muistisairaahan ihmisen kuntoutuksessa merkittävä tekijä voi olla hänen elämäntarina. Jokaisen ihmisen, myös muistisairaahan, elämä on ollut ainutlaatuinen, sisältäen eri vaiheita ja tapahtumia. Muistisairaahan elämäntarinan tunteminen on tukena niin hoidossa kuin kuntoutuksessa. Muistisairas tulee paremmin ymmärretyksi ja kokee, että häntä kohdellaan ainutlaatuisena henkilönä. (Heimonen & Voutilainen 1997, 26.)

Kuntoutuksella pyritään vahvistamaan muistisairaahan toimintakyvyn säilymistä. Muistisairaahan kuntoutuksen tulee oikea-aikaista ja hänen toimintakyvylleen sopivaa. Keskipaikeissa muistisairauksissa korostuu yksilöllisesti muokattu kuntoutussuunnitelma. Vaikeaa muistisairautta sairastavat hyötyvät vuorovaikutuksen ja liikuntakyvyn kuntouttamisesta. (Heimonen & Tervonen 2004, 76.)

Pielisen - Karjalan dementiakodin Kotirinteen yksikössä jokaiselle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelma. Asiakkaan kuntoutustarve huomioidaan yksikön jokapäiväisessä toiminnassa. Kuntoutussuunnitelmassa huomioidaan asiakkaan muistisairauden taso. Kotirinteen yksikössä toteutetaan monipuolisesti erilaista viriketoimintaa: kuten askartelua ja ulkoilua.

## 4.2 Moniammatillisuus kuntoutuksessa

Lääketieteellisen kuntoutuksen rinnalle on tullut sosiaalisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen muodot. On siirrytty vajavuuteen keskittyvästä ajattelumaailmasta kohti asiakasta valtaistavaa mallia. Kuntoutuksen periaatteet keskittyivät aluksi fyysisten toiminnanvajavuuksien palauttamiseen. Tällöin päätarkoituksena oli potilaan toimintakyvyn palauttaminen lähellä alkupe-  
räistä tasoa. Jo tällöin on kuntoutus ollut moniammatillista toimintaa, lääkinnällisen kuntou-  
tuksen lisäksi on huomioitu myös kasvatuksellinen, ammatillinen ja sosiaalinen aspekti. Tässä  
varhaisessa vaiheessa kuntoutusryhmään on kuulunut lääkäri ja fysioterapeutti. Lisäksi sosi-  
aalityöntekijä on tuonut esille omaa osaamistaan, psykologi on käsitellyt mahdollisia kuntou-  
tajan psyykkisiä tekijöitä ja työkokeiluohjaaja on ollut tukena uuden ammatin löytämisessä.  
Kuntoutuksessa huomioidaan kuntoutujan sosiaaliset tekijät, kuten syrjäytymisen ehkäise-  
minen. Myös kuntoutuminen voidaan nähdä prosessina: se on sarja erilaisia toimintoja, jotka  
voivat tapahtua myös lomittain. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 80 - 81.)

Kuntoutus on tärkeä elementti sosiaali- ja terveystaloudessa. Kuntoutuksen avulla pidetään  
yllä ihmisten toimintakykyä ja kannustetaan heitä hallitsemaan omaa elämäänsä. Sen ansiosta  
voidaan vähentää syrjäytymistä ja vahvistetaan mahdollisuutta osallistua yhteiskunnalliseen  
vaikuttamiseen. Myös koulutus- ja työllisyyspolitiikassa kuntoutuksella on merkittävä rooli.  
(Koukkari 2010, 18.) Kuntoutuksen periaatteena on myös asiakaslähtöisyys. Kuntoutuspro-  
sessi on eräänlaista oppimista, jolloin asiakas elämänsä perusteita ja tavoitteita. Asiantuntijat  
tukevat asiakkaan oppimista ja tarjoavat eri vaihtoehtoja elämisen arkeen. Kuntouttajan ja  
asiakkaan tavoitteet kuntoutukselle voivat olla erilaiset. Näitä tavoitteita kannattaa tarkastella  
tasapuolisesti, tällöin molemmat osapuolet oppivat toisiltaan uusia näkökulmia. (Rissanen  
ym. 57, 60.)

Alkoholiongelmaisen kuntoutuksessa tulee huomioida koko perheen elämänhallinnan ko-  
hentaminen, eikä pelkästään päihdeongelmaisen. Päihdeongelma koskettaa koko perhettä.  
Aikuisilla perheenjäsenillä voi olla vaikeaa ymmärtää ja/tai hyväksyä läheisen päihdeongel-  
maa. Muuttuva elämäntilanne on raskasta varsinkin lapsille. Päihdeongelmaisen perheenjäse-  
net tulisi myös huomioida tasa-arvoisiksi avun tarvitsijoiksi. (Hannula 2009.)

Moniammatillista hoito- ja kuntoutustoimintaa toteutetaan myös Kotirinteessä. Virikeohjaaja työskentelee yksikössä arkipäivisin ja hän suunnittelee arkipäivän toiminnan lisäksi myös juhlapäivien ohjelman. Hoitohenkilökunta osallistuu myös tarvittaessa viriketoimintaan. Yksikössä ei ole omaa lääkäriä ja lääkärin palvelut, mm. neurologin ja psykiatrin, toteutetaan perusterveydenhuollon kautta.

### 4.3 Dialogisuus käsitteenä

Kun ihmiset käyttävät puhuttua kieltä tai merkkikieltä vuorovaikutuksessa, puhutaan dialogista. Dialoginen vuorovaikutus vaatii vähintään kaksi ihmistä. Dialogi on kyseiseen hetkeen sidottu tilanne, jossa osapuolet keskustelevat tasapuolisesti toisensa huomioiden. Myös ajatustyö nähdään dialogisuuden osana. (Haarakangas 2008, 25.) Dialogisuudessa merkittäviä tekijöitä ovat myös aktiivinen kuuntelu ja reflektiivinen suhtautuminen esitettyihin aiheisiin. Dialogiin osallistuvat pyrkivät saavuttamaan yhteisen ymmärryksen. (Haarakangas 2008, 35.) Dialogisuus tarkoittaa myös taitoa ohjata keskustelua tähän yhteisymmärryksen suuntaan. Dialogisuutta ei tulisi sekoittaa perinteiseen keskustelun käsitteeseen, keskustelu voi olla hyvin pintapuolista tai sitten osapuolet voivat puhua toistensa ohi. (Mönkkönen 2007, 86.)

Dialogisuudessa on tärkeää huomioida osapuolten subjektiivisuus, keskusteluun osallistuvat tiedostavat omat pyrkimyksensä ja saavat avoimesti tuoda nämä ilmi. Vanhanaikainen, ylhäältä alaspäin suuntautuva puhuminen ei kuulu dialogisuuden periaatteisiin. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 92.) Luottamus on tärkeä elementti dialogisuudessa, mikäli asiakas ei luota hoitajaan, voi hän nähdä esitetyt uudet ideat uhkana. Ilman luottamusta toinen osapuoli saattaa jättäytyä yhteistyöstä pois. (Mönkkönen 2007, 89.)

#### 4.4 Dialogisuus alkoholimuistisairaahan kuntoutuksessa

Dialogisuus on tasa-arvoista ja dialogisessa keskustelussa jokaisen osallistujan tulee ilmaista oma mielipiteensä käsitellystä aiheesta. Tällöin tarvitaan keskustelulle ohjaaja, jotta hoidolliset tavoitteet saavutetaan, koska ilman ohjaajaa tilanne voi harhaantua varsinaisesta aiheesta. (Haarakangas 2008, 71.) Avoin ja dialoginen ilmapiiri on kaikille osapuolille turvallinen kokemus, tämä on varsinkin hyödyllistä muistisairaille kuntoutujille. (Rissanen, Kallanta & Suikkanen 2008, 92.) Dialogisuutta taitavasti käyttävä hoitaja antaa tilaa asiakkaan kommentille, mutta samalla vie vuorovaikutusta kohti asetettuja tavoitteita. (Mönkkönen 2007, 86.)

Kun dialogisuutta käytetään alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa, muistelu voi olla yksi keskustelutekniikka. Elämäkokemusten muistelu auttaa muistisairasta pitämään yllä omaa identiteettiä ja samalla hän voi vahvistaa heikentyvää itsearvostusta. Muistelussa tulisi keskittyä elämän myönteiseen puoleen, positiivisia hetkiä pitää painottaa. (Heimonen & Vuotilainen 1997, 36 – 37.) Omat kokemukset ja keskustelut dementia kodin työntekijöiden kanssa toivat esille sen, että muistelu ei välttämättä sovi kaikille muistisairaille. Joillekin oman elämän muistelu voi luoda ahdistusta ja muistisairas henkilö voi alkaa käyttäytymään levottomasti, varsinkin jos hän ei pysty puhumalla ilmaisemaan itseään. Muistisairaahan taustat ja elämäntarina olisi hyvä tietää, jos haluaa käyttää muistelua kuntoutuksessa. Monilla voi olla takana traumaattisia kokemuksia, jotka muistelu tuo mieleen.

Muistisairalle tulee antaa mahdollisuus olla vuorovaikutuksessa lähellä olevien ihmisten kanssa. Sosiaalinen kanssakäynti on tärkeä itseilmaisun muoto myös muistisairaille henkilöille. Vuorovaikutustilanteet ovat parhaimmillaan kun ihmiset nauttivat yhdessäolosta ja jokainen henkilö voi näihin osallistua oman kykynsä mukaan. Myönteinen ja hyväksyvä ilmapiiri rohkaisee osallistumaan myös muistisairaita, joilla on ongelmia tuoda julki omaa mielipidettään. Hoitajat eivät saa aliarvioida henkilön kykyä toimia sosiaalisissa tilanteissa. (Heimonen & Vuotinen 1997, 95.) Rento ilmapiiri helpottaa puhumista. Kanssakäyminen on sujuvaa jos ylimääräinen jännitys saadaan karsittua pois. (Haarakangas 2008, 75.) Jotta dialogisuuden kriteerit toteutuisivat, täytyy muistaa, että vuorovaikutus on tasapuolista. Osapuolet ovat tasavahvuisia ja pyritään saavuttamaan yhteisymmärrys. (Mönkkönen 2007, 87.)



Muistisairaus aiheuttaa ongelmia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, mikä tuo osaltaan haasteita kommunikaatioon heidän kanssaan. ”Oikeat sanat” eivät ota löytyäkseen ja henkilö voi myös käyttää korvaavia sanoja. Muistisairas voi myös helposti unohtaa keskustelun aiheen ja alkaa kertomaan jotain asiaankuulumatonta. Hoitajan tulee välttää abstrakteja termejä, sillä niitä voi olla vaikea ymmärtää. (Heimonen & Voutinen 1997, 96.) Muistisairaus ei vähennä ihmisen tarvetta olla aktiivinen. Hän haluaa vaikuttaa ympäristöönsä, vaikka tapoja toimia on muuttunut muistisairauden vuoksi. Yhdessä tekeminen voi auttaa ahdistunutta mieltä. (Virjonen 2013, 71 – 72.) Hoitajan on hyvä osata ”lukea” muistisairaana tunnetilaa, sillä muistisairas ei välttämättä pysty sanallisesti ilmaisemaan esim. pahaa oloaan tai kipuja.

Muistisairaiden kanssa kommunikoidessa auttavia tekijöitä ovat hoitajan aito läsnäolo ja pyrkimys elämään hetkessä. Muistisairas henkilö voi kokea hoitajan pelkän läsnäolon rauhoittavana, tällöin myös sanaton kommunikaatio riittää. Mikäli muistisairas puhuu sekavia, voi aiheen vaihtaminen tai konkretian tuominen auttaa palauttamaan vuorovaikutuksen raiteilleen. Ei tule myöskään unohtaa muistisairaana aistitasoa, on tärkeää huolehtia että huono näkö tai kuulo ei entisestään vaikeuta kommunikointia. Myös riittävä valaistus ja mahdollisten häiriötekijöiden (tv, radio yms.) eliminointi edesauttaa kanssakäymistä. (Heimonen & Voutinen 1997, 97.)

Katsekontakti on tehokas keino tehostaa dialogista kanssakäyntiä muistisairaana kanssa. Katsekontakti herättää keskustelukumppanin huomion ja katse on hyvä tapa tuoda henkilö mukaan keskusteluun. Sanallinen vuorovaikutus tulee tapahtua muistisairaana ymmärryksen tasolla: lyhyet lauseet ja yksinkertaiset sanat auttavat viestin ymmärtämistä. Dialogiin tulee varata runsaasti aikaa, hoitajan on hyvä puhua hitaasti ja muistisairaalle annetaan mahdollisuus vastata kysymyksiin tai toteamiin. Sanojen toistaminen voi helpottaa mieleenpainamista. Monesti suljetut kysymykset, joihin voi vastata yhdellä sanalla, ovat suositeltavampia kuin avoimet kysymykset, jotka vaativat vastaajalta enemmän. (Heimonen & Voutinen 1997, 98.)

Kotirinteen yksikössä on päättynyt joulukuussa 2012 Dialogi-hanke. Kyseisen hankkeen tarkoituksena oli kehittää dialogisuuteen perustuva hoito- ja kuntoutusmalli. Mallissa huomioidaan asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet. Dialogisuus on tarpeellinen menetelmä, sillä monilla asiakkailla on vaikeuksia vuorovaikutustilanteissa. Asiakkaiden toimintakyvyssä ja vuorovaikutustaidoissa on paljon vaihtelua, tarkoituksena on että asiakkaan mielipide otetaan huomioon, vaikka hänellä olisikin vaikeuksia tuottaa puhetta.

## 5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten dialogisuutta hyödynnetään alkoholimuistisairausten hoidossa. Työn tilaajalla eli Pielisen-Karjalan Dementiakodilla oli tarve oppaalle, jossa kuvataan dialogisuuden käyttöä alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Opinnäytetyössäni käsittelen kuntoutuksen periaatteita ja pyrin määrittelemään dialogisuuden käyttämistä alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Opas tulee olemaan kirjallinen tuotos, joka on myös sähköisessä muodossa Word-tiedostona. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tiedon avulla henkilökunta pystyy yhä laadukkaammin kohtaamaan päihdemuistisairaahan.

Tutkimustehtävät pitää pohtia tarkkaan ja ne tulee muotoilla selkeästi ennen aineiston keräämistä. (Hirsjärvi yms. 2009, 125.)

Tutkimustehtävinä on

”Mitä on alkoholimuistisairaus?”

”Kuinka dialogisuutta käytetään alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa?”.

”Millainen opas tukee henkilökuntaa alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa?”

## 6 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Tuotteistettua opinnäytetyötä kutsutaan myös toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Kyseinen opinnäytetyö vaatii laajan teoreettisen taustan. Opinnäytetyön tekijän tulee yhdistää teoria ja käytäntö ja samalla arvioida omaa ammatillista kasvuaan. Oli aihe mikä tahansa, toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena on aina tuote. Nykyään sana ”tuote” ei tarkoita pelkästään materiaalista tehtyä tavaraa, laajennettuna käsitteenä tuote voi olla myös palvelutuote. Oli tuotteen muoto mikä tahansa, sen hinta ja sisältö tulee määritellä. Sosiaali- ja terveysalalla tuotetta tehdessä on otettava huomioon myös eettiset tekijät. Tuotteen tulisi olla terveyttä edistävä ja potilas/asiakaslähtöinen. (Opinnäytetyökalupakki 2013)

### 6.1 Tuotteen suunnittelu

Opinnäytetyön tuotteena tein oppaan Pielisen - Karjalan dementiakodin Kotirinteen yksikön henkilökunnalle. Pielisen - Karjalan Dementia koti Oy sijaitsee Nurmeksen kaupungissa Pohjois-Karjalan maakunnassa. Dementiakodissa toimii kaksi yksikköä: Kotiniemi ja Kotirinne. Kotiniemen yksikkö tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaille henkilöille. Kotirinteen yksikkö on erikoistunut päihdemuistisairaiden palveluihin, asumispalveluiden lisäksi saatavilla on myös arviointi- ja kuntoutusjaksoja. Kotirinteen yksikössä on 32 asiakaspaikkaa. Hoitokodin asukkaalla on omahoitaja ja hänelle tehdään yksilöllinen palvelusuunnitelma. (Kotiniemi 2013)

Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa alkoholimuistisairauksista ja siinä on keinoja miten dialogisuutta voidaan käyttää alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Opasta voi tarvittaessa päivittää ja sitä voi pienillä muokkauksilla soveltaa myös laajemmin. Oppaan suunnittelin pääosin itsenäisesti. Oppaan perusrakenne alkoi muotoutua opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, jolloin keskustelin tuotteesta työn tilaajan kanssa. Opinnäytetyön tuote on minun työssäni vahvasti teoriapohjainen, työn tilaajan kanssa sovimme aiheet joita käsittelin oppaassa.

## 6.2 Tuotteen toteuttaminen

Tuotteistetun opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tuote, esimerkiksi opas käytännön toimintaan tai tuote voi olla vaikka toteutettu tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tuotteistetun opinnäytetyön perustana on teoreettinen viitekehys. Opinnäytetyön tuotteessa käytetyt menetelmät pitää pystyä perustelemaan teorian avulla. (Vilka & Airaksinen 2003, 30, 41-42.) Sosiaali- ja terveysalan tuotekehitys koostuu Jämsän ja Mannisen mukaan viidestä vaiheesta: kehitystarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja tuotteen viimeistely. Nämä vaiheet voivat mennä myös lomittain, edellinen prosessi voi olla vielä kesken kun seuraava lähtee käyntiin. (Jämsä & Manninen 2000, 28 – 29.) Tuotteen luonnostelu- ja kehittäminen menivät lomittain omassa opinnäytetyöprosessissa. Tuotteessa käytetyt teemat valitsin itse, kuitenkin keskustelin tuotteen muodosta työelämän ja ohjaavan opettajan kanssa. Lopulta koin että olin koonnut tarpeeksi luotettavan teorian jonka pohjalta aloin tekemään oppaan ensimmäistä versiota. Tämä ensimmäinen versio oppaasta keräsi palautetta Kotirinteen henkilökunnalta.

Tuotteistetun opinnäytetyön tuotteesta pitää tulla selkeästi ilmi sen tarkoitus. Mikäli tuote on tekstipohjainen, tulee käytetyn ulkoasun ja kielen palvella kohdeyleisön tarpeita. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.) Sosiaali- ja terveysalan oppaan tavoitteena on antaa tietoa viestin vastaanottajalle. (Jämsä & Manninen, 2000 56.) Hyvän oppaan yksi kriteeri on loogisuus: käytetyt asiakokonaisuudet etenevät järkevässä järjestyksessä ja ne liittyvät toisiinsa. Oppaan otsikot kertovat käsiteltävän asian ja käytetty kieli on selkeää. Selkeä ulkoasu auttaa asian oppimisessa. (Hyvärinen R., 2005. Terveyskirjasto.fi) Pyrin soveltamaan omassa tuotteessani edellä mainittuja ja hyväksi havaittuja periaatteita. Näin varmistin että tuotettu opas täyttää yleisesti käytetyt laatuksiteerit.

Oppaan ensimmäinen versio oli 5-sivuinen, Word-pohjainen asiakirja. Olin päättänyt jo varhaisessa vaiheessa, että tuote tulee olemaan sähköisessä muodossa, tämä oli myös tilaajalle järkevin ratkaisu. Oppaan rakenne muotoutui seuraavasti: ensimmäinen sivu kertoo yleistä tietoa muistisairauksista. Toiselle sivulle määrittelin alkoholimuistisairauden tyypit ja kriteerit. Sen jälkeen kerroin Wernickin oireyhtymästä ja alkoholimuistisairauksien hoidosta. Viimeisellä sivulla määrittelen dialogisuuden käyttöä alkoholimuistisairaille.

Oppaaseen valitsin perusfontin, Arial kokoa 14. Opas on väriltään mustavalkoinen. Tein kyseiset valinnat, koska mielestäni tällainen opas on selkeä ja helposti luettava. A4-kokoinen opas kulkee helposti henkilökunnan mukana ja sitä voidaan helposti tulostaa tarvittaessa lisää. Oppaan toteutus ei mennyt opinnäytetyösuunnitelmassa esitetyn aikataulun mukaan. Tarkoituksena oli tehdä oppaan ensimmäinen versio alkukesällä 2013, mutta prosessi viivästyi ja oppaan testausversio oli valmis vasta syksyllä 2013. Lokakuussa 2013 oppaan testausversio keräsi palautetta dementiakodilla. Saadun palautteen perusteella tein tuotteen lopullisen version.

### 6.3 Tuotteen arviointi

Tuotteen laadukkuus on varmistettava, varsinkin sosiaali- ja terveysalalla, koska kyseisellä sektorilla tuote voi vaikuttaa hyvin laaja-alaisesti. Tuotteen laatua arvioivat sen alan ammattilaiset, asiakkaat ja viranomaistahot. Tuotteen pitää tyydyttää käyttäjien tarpeet ja samalla säilyttää asetetut, joskus vaativatkin, odotukset. Laadukas tuote on kilpailukykyinen. (Jämsä & Manninen 2000, 127.) Laatu on käsite, johon kuuluu mm. tuotteen virheettömyys ja asiakkaan tyytyväisyys tuotteeseen. (Sosiaalialan työnantajat)

Tuotteen kehitystyön vaiheissa tarvitaan arviointia ja palautetta. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Tuotteistetun opinnäytetyön tuotteesta on järkevää kerätä palautetta kohderyhmältä, tutkijan oman arvion lisäksi. Palautetta tulee pyytää tuotteen käytettävyydestä ja toimivuudesta kuin myös sen visuaalisuudesta. Opinnäytetyön tuotteen tavoite täyttyy kun kohderyhmä on sitä mieltä, että tuote on heille merkittävä. (Vilka & Airaksinen 2003, 157.) Näillä Vilkan ja Airaksisen esittämällä tuotteen arvioinnin työkaluilla arvioin omaa opastani ja sen soveltuvuutta Kotirinteen yksikölle.

Käytin tuotteen arvioinnissa neljää laatukriteeriä: oppaan käytettävyys ja toimivuus, visuaalisuus ja selkeys, asiasisältö ja merkitys kohderyhmälle. Kyseiset laatukriteerit pohjautuvat edellisessä kappaleessa mainittuihin Vilkan ja Airaksisen arviointikriteereihin. Näistä neljästä pääkriteeristä suunnittelin arviointilomakkeen ja sen kysymykset (Liite 2). Lomakkeen kysymykset jaoteltiin edellä mainittujen kriteereitten mukaan. Ensimmäinen kriteeri käsitteli oppaan toimivuutta: soveltuuko opas kyseiseen työyksikköön? Toinen kriteeri käsitteli tuotteen selkeyttä: onko käytetty fontti sopiva ja onko asiakokonaisuus jäsenneilty hyvin. Kolmas kriteeri keskittyi asiasisältöön: kuvaako opas olennaisia asioita teemaan liittyen? Neljäs kriteeri käsitteli hyötyä henkilökunnalle, eli kokevatko vastaajat että oppaasta on hyötyä heidän työskentelynsä.

Palautelomakkeessa otetaan vastaaja huomioon. Lomakkeen mukana pitäisi olla vastausohjeet ja saatekirje, jossa käydään läpi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä miten annettua palautetta käytetään. (Vilka & Airaksinen 2003, 59.) Arviointilomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerroin opinnäytetyöstäni ja sen tarkoituksesta.

Arviointilomakkeen täyttäneet vastaajat arvioivat kysymyksiä asteikolla 1 – 3 (1=samaa mieltä, 2=eri mieltä, 3=en osaa sanoa). Asteikkoarvioinnin lisäksi vastaajat saivat omin sanoin antamaan palautetta jokaiseen kysymykseen. Lomakkeen lopussa vastaajille annettiin mahdollisuus antaa yleistä palautetta oppaaseen liittyen. Oppaan testiversio oli arvioitavana viikon ajan Pielisen-Karjalan Dementiakodin Kotirinteen yksikössä viikoilla 39 – 40. 2013. Vastauslomakkeita toimitettiin kuusi kappaletta ja vastaajia oli kuusi työntekijää. Sain oppaasta myös palautetta palaverissa viikolla 39, jonka myös huomioin oppaan lopullisessa versiossa. Arviointeja palautettiin kuusi kappaletta. Näistä arvioista saadut palautteet käsittelen alla ja mukana on suoria lainauksia joistain perusteluista. Jokaisen kysymyksen vastaukset esitän taulukkomuodossa.

### Opas soveltuu hyvin käytännön työhön ja yksikön työympäristöön

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
6	0	0

Taulukko 1. Vastauksien (n=6) jakautuminen ensimmäisessä kysymyksessä

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että opas soveltuu hyvin käytännön työhön ja Kotirinteen työympäristöön. Yksi vastaaja oli sitä mieltä että A4-kokoinen opas pysyy paremmin tallessa kuin pieni vihkonen.

### Opas on ulkonäöltään selkeä

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
5	1	0

Taulukko 2. Vastauksien (n=6) jakautuminen ensimmäisessä kysymyksessä

80 % vastaajista oli sitä mieltä, että opas on ulkonäöltään selkeä. Vastauksissa tuli esille, että tietyt asiat voisi korostaa esim. ”laatikoimalla”, jotta ne erottuisivat tekstistä. Oppaaseen kaivattiin myös kuvia. Kysymyksestä eri mieltä olleen vastaajan mielestä opas voisi olla vihkonen tai muuten siistimpi kokonaisuus.

*”Joitakin asioita voi korostaa esim. laittamalla laatikoihin ja näin nostaa ne paremmin esiin tekstistä”*

*”Perusopas! Ehkä olisin kaivannut kuvan jobonki kohtaa!”*



### Opas on sisällöltään selkeästi jäsennelty

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
6	0	0

Taulukko 3. Vastauksien (n=6) jakautuminen kolmannessa kysymyksessä

Kaikkien vastaajien mielestä opas on sisällöltään selkeästi jäsennelty. Oppaan teemat ovat heidän mielestään selkeitä ja loogisessa järjestyksessä. Oppaan teksti on sopivan lyhyttä ja olennaiset asiat tulevat tiivistetysti esille.

*”Etenee hyvin loogisessa järjestyksessä”*

*”Mielestäni asiat etenee loogisesti → eli kerrottu lyhyesti ja selkeästi”*

### Oppaan luettavuus on hyvä

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
6	0	0

Taulukko 4. Vastauksien (n=6) jakautuminen neljännessä kysymyksessä

Kaikkien vastaajien mielestä oppaan luettavuus on hyvä. Oppaan fontti on tyypiltään ja kooltaan sopiva. Oppaan tekstiä pidetään helposti ymmärrettävänä.

*”Helposti ymmärrettävää tekstiä”*

*”Kirjoitettu selkeällä Suomen kielellä”*

### Opas tuo esille keskeiset asiat aiheesta

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
5	1	0

Taulukko 5. Vastauksien (n=6) jakautuminen viidennessä kysymyksessä.

Suurin osa vastaajista koki että opas kertoo olennaiset asiat alkoholimuistisairauksista sekä antaa tietoa dialogisuuden käytöstä alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Osa vastaajista koki että opas tuo heille uutta tietoa. Kuitenkin alkoholimuistisairaahan hoito- ja dialogisuus-osioihin kaivattiin lisäselvitystä tiettyihin käsitteisiin. Varsinkin dialogisuuden käsitteistä kaivattiin konkreettisia esimerkkejä myös oppaaseen. Tarkoituksena on käydä läpi kyseiset asiat ja avata niitä paremmin esimerkiksi lisäämällä esimerkkejä oppaan seuraavaan versioon.

*”Mielestäni tuo lyhyesti ja ytimekkäästi. Dialogisuus otettu huomioon”*

*”Alkoholimuistisairaahan hoidosta ja dialogisuudesta jäin kaipaamaan vielä asioiden laajempaa avaamista”*

### Oppaan asiasisältö on monipuolinen

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
4	1	0

Taulukko 6. Vastauksien (n= 5) jakautuminen kuudennessa kysymyksessä.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että oppaan asiasisältö on monipuolinen. Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Muutkin vastaajat kokivat tämän kysymyksen olevan liian samankaltainen kuin edellinen kysymys. Useampi vastaaja viittasi tämän kysymyksen palauteosiossa edelliseen kysymykseen.

### Uskon oppaasta olevan hyötyä työyksikölle

Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
6	0	0

Taulukko 7. Vastauksien (n=6) jakautuminen seitsemännessä kysymyksessä.

Kaikki vastaajat pitivät opasta hyödylliseksi Kotirinteen yksikölle. Vastaajat kokivat oppaan olevan hyödyllinen niin uusille kuin kokeneemmille työntekijöille. Opas on napakka tietoisuus uusille hoitajille ja samalla antaa kokeneille työntekijöille vinkkejä, kuinka dialogisuutta voidaan käyttää alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa.

*”Tärkeää muistutella vanhoille työntekijöille näitä asioita ja tuoda niitä esiin uusille työntekijöille”*

*”Jokaisen täällä töissä olijan olisi hyvä olla perillä näistä asioista”*

Arviointilomakkeen Muuta -kohdassa ei tullut palautetta oppaaseen. Lisäksi arviointipalaverissa tuli myös ehdotuksia oppaan muotoon. Silloin myös toivottiin, että tiettyjä termejä dialogisuus-osioon avattaisiin enemmän vaikka käytännön esimerkein. Samanlaista palautetta tuli myös oppaan testauskierroksella, joten tein kyseiset muutokset lopulliseen tuotteeseen. Palaverissa tuli myös toive, että oppaasta tehtäisiin kahden sivun versio, jossa olisi vain dialogisuus-osio. Kuitenkin oppaan ensimmäisen version palautteen perusteella tulin siihen lopputulokseen, että lopullinenkin versio sisältää perustietoa alkoholimuistisairauksista. Monet kokeneet työntekijät olivat sitä mieltä opas hyödyttää myös heidän työtään. Omas- ta kokemuksesta voin sanoa että uudet hoitajat tarvitsevat tämänkaltaista opasta perehdytyksen tukena, koska alkoholimuistisairaiden hoidolla ja kuntoutuksella on omat erityispiirteensä.

Tuotteen viimeistely alkaa saadun palautteen pohjalta. Viimeistely voi olla esimerkiksi yksityiskohtien muuttamista. (Jämsä & Manninen 2000, 81.) Kun valmista tuotetta arvioidaan, on oleellista saada palautetta työn tilaajalta ja tuotteen kohderyhmältä. Tämän lisäksi opinnäytetyön tekijä pohdiskelee tuotteistetun opinnäytetyön eri vaiheita. Kriittisen arvioinnin kohteena ovat onnistumiset ja ongelmat kuin myös tuotteen pääseminen tavoitteisiinsa. (Vilka & Airaksinen 2003, 96 - 97.) Lopulliseen tuotteeseen tein palautekierroksella saamani parannukset. Lisäsin oppaaseen kuvan, josta näkee alkoholin vaikutukset ihmisen aivoihin. Lisäsin myös käytännön esimerkkejä oppaan dialogisuus-osaan. Poistin muutaman asian oppaasta ja vaihdoin parissa kohtaa järjestystä, näillä muutoksilla tuote muuttui selkeämmäksi. Oppaan ensimmäisessä versiossa olleita kirjoitusvirheitä ja asetteluvirheitä on muokattu viimeiseen versioon. Ohjaavan opettajan neuvosta lisäsin oppaaseen kansilehden ja lisäsin loppuun luettelon aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Ennen opinnäytetyön tekoa minulla ei ollut tietämystä alkoholimuistisairauksista ja halusin kerätä paljon tietoa tästä aiheesta, niin oman oppimisen kuin työn teorian takia. Haasteelliseksi tiedon hakemisen teki sen pirstaleisuus, tiedonhakua piti tehdä laajasti ja eri termeillä, koska se ei ole vakiintunutta. Taudin nimi vaihtelee lähteiden mukaan, välillä puhutaan alkoholidementiasta ja/tai päihdemuistisairauksista. Halusin itse käyttää opinnäytetyössäni termiä alkoholimuistisairaus, mielestäni tämä termi on selkeä.

### 7.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäyteprosessini alkoi opiskelijaryhmällemme suunnatulla infotilaisuudella loppukeväällä 2012. Olin jo ennen tätä tilaisuutta pohtinut mahdollista aihetta opinnäytetyölle, mutta varsinaista hyvää aihetta en ollut vielä itse keksinyt saati saanut kesätyöpaikoista tai harjoittelupaikoista. Kevään 2012 infossa esiteltiin myös Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpätkissä olevat aiheet. Silloin huomasin Pielisen Karjalan dementiakodin tilaaman opinnäytetyön aiheen, joka liittyi päihdemuistisairaiden kuntoutukseen. Kyseinen dementiakoti sijaitsee Nurmeksessa ja paikkakuntalaisena olen seurannut esim. paikallislehdistä tietoa kyseistä yrityksestä. Mielenkiintoni heräsi tätä aihetta kohtaan, en ollut itse löytänyt sopivaa opinnäytetyöaihetta vaikka olin asiaa miettinyt mm. aiemmissa harjoittelupaikoissa ja kesätöissä. Ja täytyy myöntää, että tilaajan sijainti vaikutti myös aiheen valintaan, sillä olen itsekin Nurmeksessa kotoisin ja siksi pystyisin olemaan tiiviissä yhteistyössä työn tilaajan kanssa.

Opinnäytetyöprosessi jatkui syksyllä 2012 aiheanalyysillä. Tässä vaiheessa oma työskentely liittyä lähinnä alustavaan aiheen tutkiskeluun, sillä en tiennyt paljoa päihdemuistisairauksista. Keskustelin alustavasti työelämän kanssa opinnäytetyöstä ja jo tässä vaiheessa tuli esille heidän tarpeensa: opas henkilökunnalle päihdemuistisairaiden kuntoutuksen erityistarpeista. Aiheanalyysin jälkeen aihe on rajautunut useaan kertaan.

Oman opinnäytetyön tuotteistamisprosessi lähti käyntiin talvella 2013, jolloin opinnäytetyö oli suunnitelmavaiheessa. Keskustelin opinnäytetyöstä työelämän edustajan kanssa ja tässä vaiheessa analyysivaiheessa käytetty aihe rajautui käsittelemään dialogisuutta kuntoutuksen keinona. Dementiakodilla oli juuri päättynyt dialogi-hanke ja heillä oli tarvetta selkeälle oppaalle joka antaisi tietoa dialogisuuden käytöstä alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Samalla muotoutui myös idea että myös oppaassa olisi tietoa itse alkoholimuistisairauksista. Huomasin opinnäytetyösuunnitelman esityksessä, että aihe on monille uusi ja että tilausta on myös tiedolle alkoholimuistisairauksista. Tässä vaiheessa muotoutui myös idea tuotteesta: se tulee olemaan noin viiden A4-kokoisen sivun opas, joka on niin sähköisessä muodossa kuin tulostettuna versiona. Sähköisessä muodossa olevaa opasta on helppo päivittää tulevaisuudessa.

Suunnitelmavaiheessa huomasin ensimmäistä kertaa kuinka haasteellisen aiheen olin valinnut. Yksin tehdessä on omat hyvät huonot puolensa: toisaalta saat tehdä oman näköisesi työn mutta et pysty jakamaan työtaakkaa kenenkään kanssa, kaikki pitää tehdä itse etkä voi syyttää kuin itseäsi jos prosessi ei etene. Kuitenkin vaihe vaiheelta sain koottua asiaan liittyvää teoriaa jo opinnäytetyösuunnitelmaan, jonka esitin kevättalvella 2013.

Opinnäytesuunnitelmassa esittämäni aikataulu ei pitänyt. Suunnitelmavaiheessa ajattelin että saisin tehtyä tuotteen ensimmäisen version kesällä 2013, mutta opinnäytetyön teko oli tauolla sen ajan. Elokuussa 2013 jatkoin opinnäytetyön tekoa kesätöiden jälkeen. Koen että käytännön kokemus dementiakodissa kehitti ammatillista kasvuani ja antoi myös tietynlaista näkökulmaa myös opinnäytetyöhön. Tässä vaiheessa hain lisää lähteitä teoriaan ja sen pohjalta ajatus tuotteesta eli tässä työssä oppaasta, alkoi hahmottua. Työssä saamani kokemukset vahvistivat myös sitä näkemystä että opas voisi sisältää niin osiot niin alkoholimuistisairauksista kuin dialogisuudesta. Ajattelin että tällöin opas palvelisi mahdollisimman laajasti Kotirinteen henkilökuntaa, niin uusia kuin kokeneita henkilöitä.

## 7.2 Luotettavuuden arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön viimeinen osa on pohdinta. Laadukas pohdinta sisältää tekijän analyysia tehdyistä valinnoista ja onnistumisista. Tekijän täytyy myös miettiä työssä käytettyjen lähteiden luotettavuutta ja tuotteen onnistumista. (Vilka & Airaksinen 2003, 96.)

Tutkimukseen tarvittavaa kirjallisuutta valittaessa on tutkijan oleellista käyttää harkintaa eli puhutaan lähdekritiikistä. Lähdemateriaalia on tarkasteltava kriittisesti tutkimuksen joka vaiheessa, niin lähdekirjallisuutta valittaessa kuin sitä tulkittaessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.)

Oman tuotteen luotettavuutta lisää se että käytän teoriaosuudessa, johon tuotteeni perustuu, vain tieteellistä tekstiä. Eli teoria perustuu tutkittuun tietoon eikä arkitietoon. Käytetyt lähteet ovat mahdollisimman tuoreita, joten työni teoria perustuu viimeisimpään tutkittuun tietoon. Käytettyjä lähteitä on käsitelty kriittisesti ja olen joutunut pohtimaan esim. pystyykö yleistä muistisairauksista kertovaa tietoa soveltamaan alkoholimuistisairauksiin. Olen hakenut tietoa opinnäytetyötä varten useilla eri tavoilla, olen käyttänyt mm. sähköisiä tietokantahakuja kuten Medic- hakukonetta. Lisäksi opinnäytetyön lähteenä käytän alan kirjallisuutta ja artikkeleita internet-sivuilta. Internetlähteissä olen käyttänyt yleisesti hyväksytyjä ja korkealaatuisia julkaisijoita. Opinnäytetyöni laaja ja monipuolinen teoria lisää työn luotettavuutta.

Oman opinnäytetyön luotettavuutta heikentää käytetyn tiedon hajanaisuus. Alkoholimuistisairaus on kohtalaisen uusi aihe ja siitä löytyy vähänlaisesti suomalaista tutkimustietoa. Monille yleisemmille muistisairauksille löytyy laajat ja monipuoliset teoriat sekä näyttöön perustuvat hoito-ohjeet. Eri lähteissä olevat tiedot saattoivat myös olla ristiriidassa keskenään, mikä osaltaan vaikeutti tiedon analysointia. Kuitenkin sain koottua teoreettisen viitekehyksen yhdistelemällä tietoa eri lähteistä, varsinaista alkoholimuistisairauksiin perustuvaa monipuolista teosta en löytänyt. Sen sijaan sain tutkittua tietoa mm. psykiatrian ja muistisairauksien yleisteoksista, joissa oli oma osio alkoholin aiheuttamille oireyhtymille ja näin myös alkoholimuistisairauksille.

Validius eli pätevyys tarkoittaa sitä että tutkitaan sitä mitä pitikin tutkia. Hyvänä esimerkkinä on se että vastaajat ymmärtävät esitettävät kysymykset samalla tavalla kuin tutkijakin ne ymmärtää. Mikäli vastaajat ymmärtävät kysymyksen väärin, ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 – 232.)

Palautteen kerääminen on haastavaa, sillä erilaisia tapoja siihen on monia. Myös käytetty tutkimusmenetelmä vaikuttaa tulosten keräämiseen. Omassa työssäni käytin laajaa teoriapohjaa oman tuotteeni tukena. Tuotteen suunnitteluvaiheessa mietin tapaa millä keräisin palautetta omasta oppaastani. Koin että halusin saada kirjallista palautetta, koska suullisen palautteen kerääminen olisi ollut hankalampi järjestää, koska tuotteen aikataulu oli melko kireä. Valitsin palautelomakkeiden kysymykset Vilkan ja Airaksisen (2003) mallin mukaan. Koin että monivalintakysymyksissä riittäisi kolme vaihtoehtoa (Samaa mieltä, eri mieltä, en osaa sanoa) sekä mahdollisuus perusteluille. Vaikka kaikilta vastaajilta ei tullut perusteluja vastauksiin, sain kuitenkin mielestäni tarpeeksi parannusehdotuksia oppaaseen. Toisaalta jos olisin käyttänyt palautelomakkeessa avoimia kysymyksiä, olisi parannusehdotuksia saattanut tulla enemmän. Mutta avoimet kysymykset ovat myös melko vaativia, tällöin tyhjien vastausten määrä olisi saattanut olla suurempi, enkä olisi saanut ollenkaan palautetta.

Mielestäni opinnäytetyön tuote eli dementia kodin henkilökunnalle tuotettu opas onnistui kohtuullisen hyvin. Halusin jo varhaisessa vaiheessa kuvata oppaassa alkoholimuistisairauksien yleisiä kriteerejä ja myös hoitotyötä. Näin tuotetta voidaan hyödyntää muullakin kuin Piehisen - Karjalan Dementia kodissa. Tuottamani opas on hyödyllinen mm. uusien työntekijöiden perehdyttämisessä ja samalla se antaa vinkkejä myös kokeneemmalle työntekijälle. Jo ensimmäinen versio oppaasta keräsi pääosin positiivista palautetta ja tämän palautteen perusteella tein esitetyt muutokset tuotteen lopulliseen versioon. Tuotteen luotettavuutta lisää se, että ammattihenkilöt kokivat oppaan sisältävän oleellista ja tärkeää tietoa.



### 7.3 Eettisyyden arviointi

Myös tuotteistetun opinnäytetyön prosessissa on huomioitava eettiset tekijät. Eettisyydellä tarkoitetaan yleisesti erottelua oikean ja väärän välillä. Tiedon hankkimisessa ja tulosten julkaisemisessa on käytettävä yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita. (Hirsjärvi, ym. 2009, 23.) Opinnäytetyön tekijä suorittaa eettisiä valintoja jo lähdemateriaalia valitessaan: onko tutkimuksessa käytetty teoria tutkittua tietoa vai arkitietoa. Tässä opinnäytteessä haastetta lisäsi tutkitun tiedon vähyys. Alkoholien käyttöön liittyy nykypäivänäkin erilaisia mielipiteitä ja jopa tabuja. Alkoholismi itsessään on vaikea asia henkilölle itselleen ja hänen läheisilleen. Alkoholismista puhumista vieroksutaan myös hoitohenkilökunnan taholta ja alkoholien aiheuttamat sairaudet kuten alkoholimuistisairaus on arka asia varsinkin sairastuneen omaisille. Alkoholimuistisairaudet saattavat kohdata negatiivista kohtelua, sillä helposti voidaan ajatella että kyseinen sairaus on itseaiheutettu toisin kuin yleisemmät muistisairaudet kuten Alzheimer. Tämnäkaltaista opinnäytetyötä tehdessä tutkijan tulee myös reflektoida omia ajatuksiaan alkoholien aiheuttamiin sairauksiin. Tutkimusotteen tulee olla neutraali omassa kirjoittamisessa, eikä tutkijan omat, mahdollisesti negatiiviset ajatukset saa näkyä opinnäytetyössä.

Tärkeitä eettisiä periaatteita tutkimuksen toteutuksessa on vilpittömyys ja hyvien tutkimuskäytänteiden käyttäminen. Muiden tekstiä ei saa plagioida eikä tutkimustuloksia saa muokata mieleisekseen. Opinnäytetyön raportointi tulee olla asianmukaista ja riittävää. (Opinnäytetyökalupakki 2013) Omassa opinnäytetyössäni olen pyrkinyt jo alusta alkaen tuottamaan omaa tekstiäni käyttämistä laadukkaista lähde- ja lähdeteoksista. Olen pyrkinyt käyttämään useampaa lähdettä jokaisessa aihepiirissä, jotta käyttämäni teksti olisi luontevammin monipuolista ja kuitenkin helposti luettavaa. Jos olen käyttänyt suoraa lainausta, olen merkinnyt kyseisen kohdan asianmukaisesti. Tuotteesta saadun palautteen olen käsitellyt rehellisesti enkä ole muokannut saatuja tuloksia. Palautelomakkeet oli suunniteltu jo alun perin niin, että kenenkään henkilökohtaisia tietoja ei tule esille. Saadut palautelomakkeet olen tulosten käsittelyn jälkeen hävittänyt eettisten ohjeiden mukaan. Olen tässä opinnäytetyössä raportoinut omaa työskentelyäni totuudenmukaisesti ja laajasti, olen huomionut onnistumisien lisäksi myös epäonnistumisia.

#### 7.4 Ammatillisen kehittymisen arviointi

Opinnäytetyö on tärkeä osa sairaanhoitajan koulutusta. Opetusministeriön mukaan sairaanhoitajan asiantuntijuus koostuu seuraavista tekijöistä: eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Opetusministeriö 2006.)

Koen, että opinnäytetyön prosessi on vahvistanut ammatillista osaamista. Olen etsinyt tietoa alkoholimuistisairauksista, kuntoutuksesta ja dialogisuudesta ja koonnut näiden avulla oman työn teorian, jonka pohjalta olen sitten oman tuotteen. Tämän tiedon pohjalta osaan paremmin kohdata alkoholimuistisairaita ja pyrin huomioimaan heidän erityistarpeitaan. Myös käytännön työkokemus heidän parissaan on auttanut sisäistämään tutkimaani tietoa. Uskon että alkoholimuistisairauksien havainnointiin, hoitoon ja kuntoutukseen tullaan tulevaisuudessa panostamaan enemmän myös Suomessa. Toivon että tekemäni opas voisi osaltaan tukea Kotirinteen työntekijöitä kuin myös sen asukkaita.

Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajan tulee ennakoida terveyttä uhkaavia tekijöitä. Samalla hänen tulee tukea asiakasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Opetusministeriö 2006) Terveyden edistäminen on myös yksi tekijä joka on vahvistunut oman opinnäytetyöprosessin aikana. Pohdiskelin jo eettisyyden arvioinnissa alkoholin käyttöön liittyviä asioita. Koen että sairaanhoitajan pitäisi olla rohkeampi ottamaan puheeksi alkoholinkäyttö, koska se koskettaa laajoja ihmisryhmiä. Alkoholin haitallinen käyttö ei välttämättä näy ihmisestä päällepäin, asia tulisi ottaa puheeksi, vaikka se on meille monelle hyvin arka ja henkilökohtainen asia.

Kuitenkin koen että terveyden edistämisen kompetenssi on tärkein tämän työn kannalta. Alkoholimuistisairaus voidaan välttää kokonaan tai jo olemassa olevan muistisairauden oireita helpottaa mikäli, henkilö pystyy lopettamaan alkoholinkäytön. Alkoholimuistisairauden tiedotusta tulisi lisätä, sillä alkoholia ei välttämättä osata yhdistää pitkäaikaisen ja dementoivan sairauden syyksi.

Sairaanhoitajan tulee tukea asiakasta tunnistamaan hänen omia terveysriskejään sekä neuvoa kuinka hän voi hallita omaa terveyttään. Sairaanhoitaja ohjaa asiakasta ja hänen läheisiään laaditun hoitosuunnitelman mukaan. (Opetusministeriö 2006.) Ohjaustyötä tarvitaan, jotta sairaanhoitajat voivat tunnistaa alkoholin käytön terveysriskit ja samalla ohjata asiakasta mm. kertomalla mitä liiallinen alkoholinkäyttö voi aiheuttaa. On kuitenkin vältettävä turhaa pelottelua ja kertoa asiat avoimesti niin kuin ne ovat.

Looginen jatkotutkimusaihe olisi selvittää tuottamani oppaan hyödynnettävyyttä työyhteisössä. Tällainen tutkimus voitaisiin tehdä joko kvalitatiivisena (haastattelu) tai kvantitatiivisena (kyselylomake). Tuotteistettu opinnäytetyö voisi olla uusi versio tekemästäni oppaasta. Mitävampana tutkimuksena voitaisiin tehdä alkoholimuistisairaille suunnattu laaja opas kaikista kuntoutuksen ulottuvuuksista (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen).

## LÄHTEET

## KIRJALÄHTEET:

- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää – Muistihäiriöt ja dementia Ws Bookwell Oy
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum Oy
- Heimonen, S., Voutilainen, P. 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-Paino Oy
- Heimonen, S., Tervonen S. 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Prima Oy
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy
- Härmä, H. & Granö, S. 2011. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY pro
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja: Lapin yliopisto. Tampere: Juvenes Print
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partanen, T. 2011. Psykiatria. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy
- Mäkelä, P., Mustonen, H., Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo – Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968 – 2008. Tutkimus: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino
- Mönkkönen, S. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. 2007. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Virjonen, K. 2013. Muistin ongelmat – Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: Bookwell Oy

Vilka, H., Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

## SÄHKÖISET LÄHTEET:

Käypä hoito: muistisairaudet. Luettu: 4.2.2013.Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2011. Eläketurvakeskus. Saatavilla:

[http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisu/tilastojulkaisu/tilastovuosikirjat/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2011-7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisu/tilastojulkaisu/tilastovuosikirjat/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2011-7.pdf)

Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. Terveyskirjasto 2010. Luettu: 4.2.2013. Saatavilla:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00353](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00353)

Hillbom,M., & Marttila, M. 2010. Vitamiininpuutosten aiheuttamat enkefalopatiat. Duodecim, 126. Saatavilla:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99067](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99067)

Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpakki. 2013. Saatavilla:

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tuotteistettu-prosessi>

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriö 2006. Saatavilla:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Duodecim Terveyskirjasto: Afasia. 2012. Luettu: 12.9.2013. Saatavilla:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00557](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557)

Aivoliitto. Apraksian määritelmä. 2013. Luettu: 12.9.2013. Saatavilla:

[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/aivoverenkiertohairio/neuropsykologiset\\_puutosoireet](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio/neuropsykologiset_puutosoireet)

Healthline Networks. Agnosia. 2005. Luettu: 12.9.2013. Saatavilla:

<http://www.healthline.com/galecontent/agnosia>

Päihdelinkki: Alkoholi ja aivot. 2011. Luettu: 14.9.2013. Saatavilla:

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/213-alkoholi-ja-aivot>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Luettu: 3.10.2013

Saatavilla:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf)

Sosiaali-alan työnantajat. 2013. Laatutyö on osa arkea. Luettu: 5.10.2013.

Saatavilla:

[http://www.sosiaaliala.fi/sosiaalialan\\_tyonantajaliitto/fi/elinkeinoasiat/laadunhallinta/laatutyo\\_on\\_osa\\_arkea.php](http://www.sosiaaliala.fi/sosiaalialan_tyonantajaliitto/fi/elinkeinoasiat/laadunhallinta/laatutyo_on_osa_arkea.php)

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? Duodecim. Luettu: 10.10.2013

Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Päihdelinkki: Alkoholijuomien sivuaineet. 2011. Luettu: 9.11.2013

Saatavilla: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/211-alkoholijuomien-sivuaineet>

A-Klinikka: Tiimi 5/2009. Hannula, M. Onko päihdetyössä sijaa perheelle?

Saatavilla: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/474/onko-paihdyossa-sijaa-perheelle>

Pielisen-Karjalan Dementiakodin www-sivut. Luettu: 11.11.2013.

Saatavilla: <http://www.kotiniemi.eu/etusivu/>

Päihdelinkki: Miten perhettä voidaan hoitaa? 2011. Luettu :26.11.2013

Saatavilla: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/161-miten-perhetta-voidaan-hoittaa>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Saatavilla:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>

Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Luettu: 26.11.2013.

Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>



Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyökalupakki: Eettiset suositukset. 2013:

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>

Terveyskirjasto: alkoholinkäyttö. 2009. Saatavilla:

[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00154](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00154)

## LIITTEET

LIITE 1: Tuotteen lopullinen versio

LIITE 2: Palautelomake

LIITE 3: Saatekirje

# **Dialogisuus muistisairaiden kuntoutuksessa – opas henkilökunnalle**

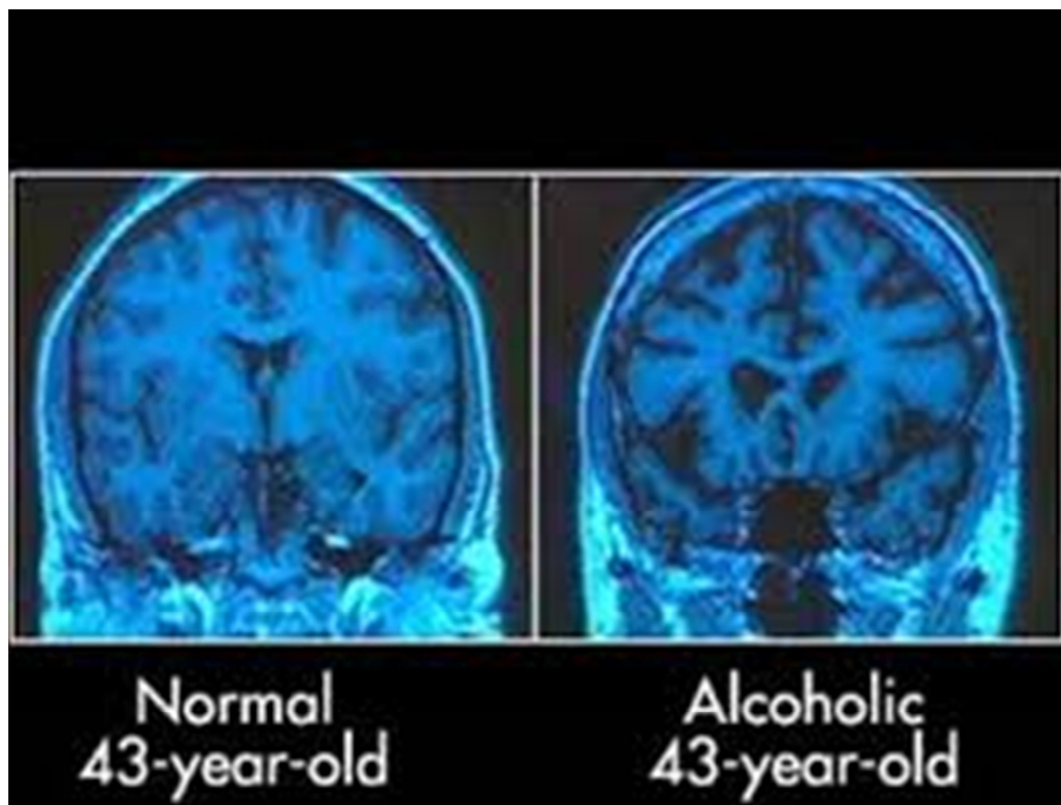
Teemu Heikkinen

## Yleistä muistisairauksista

- Suomessa oli vuonna 2010 noin 90 000 muistisairasta henkilöä
- Vuonna 2060 heitä arvioidaan olevan 240 000
- Ihmisen ikä on merkittävä tekijä muistisairauksien ilmaantumisessa
- Väestön keski-ikä nouseessa myös muistisairaiden määrä kasvaa
- Vaikka suurin osa muistisairaista on yli 65–vuotiaita, dementiaa esiintyy myös työikäisillä
- Ensisijainen oire on muistihäiriö: uusien asioiden oppiminen vaikeutuu. Opittujen asioiden palauttaminen muistista hidastuu
- Lisäksi henkilöllä diagnosoidaan yksi seuraavista:
  1. Afasia (kielellinen häiriö)
  2. Apraksia (liikesarjojen suorittamisen vaikeus)
  3. Agnosia (nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus)
  4. Toiminnan ohjaamisen häiriö (muun muassa suunnitelmallisuus, kokonaisuuden jäsentäminen, järjestelmällisyys, abstrakti ajattelu)
- Muistisairauksia: Alzheimerin tauti, Vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale-dementia, Parkinson ja muut dementoivat sairaudet

## Alkoholimuistisairaudet

- Alkoholimuistisairauksien osuus 1 % kaikista muistisairauksista
- Primaarinen alkoholimuistisairaus: alkoholin etanoli vaikuttaa myrkyllisesti aivoihin
- Sekundaarinen: Wernicken oireyhtymä, aivoverenkierron häiriöt, aivovammat
- Aivoatrofia: aivosolujen kuoleminen. Ikä ja runsas alkoholin käyttö tuhoavat paljon aivosoluja
  
- Primaarisen sairauden oireita ovat muistin heikentyminen ja persoonallisuuden muutokset
- Pitkäaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa enemmän oireita lähimuistissa, kielelliset taidot ja älykkyys eivät heikenny yhtä nopeasti
  
- Alkoholimuistisairauden kliiniset kriteerit
  1. Tutkimukset tehdään vasta kun potilas ollut 60 päivää ilman alkoholia
  2. Miehillä 45 annosta/viikko. Naisilla 36 annosta. 5 vuoden ajan (1 annos = 33 cl olutta, 12 cl viiniä, 4 cl väkeviä)



Kuva 1. Magneettikuva alkoholimuistisairaana aivoista

Alkuperäinen kuva: <http://nawrot.psych.ndsu.nodak.edu/Courses/465Projects11/Korsakoffs/Korsakoffs.vs.alcoholic%2520dementia.htm>

- Wernickien oireyhtymä johtuu B1-vitamiinin eli tiamiinin puutosta
- Alkoholisteilla on usein yksipuolinen ruokavalio, lisäksi alkoholi vaikeuttaa tiamiinin imeytymistä
- Oireena sekavuus, muistihäiriöt, tajunnan häiriöt ja silmäoireet
- Ongelmia mieleenpainamiskyvyssä: asia pysyy hetken aikaa mielessä, mutta ei "tallennu" pitkäaikaiseen muistiin
- Hoitamattomana aiheuttaa tajunnan alenemista → kuolema
- Hoitona alkoholinkäytön lopettaminen ja tiamiinin antaminen i.v. tai i.m
- Tiamiini tai alkoholinkäytön lopettaminen ei vaikuta, jos pysyvä aivovaurio on muodostunut

- Wernickien oireyhtymä voi ajan myötä kroonistua → Korsakoffin oireyhtymä
- Oireina satuilu: henkilö peittelee muistamattomuuttaan. Masentumisriski on suuri!
- Mieleenpainamiskyky puuttuu kokonaan
- 25 % potilaista tarvitsee laitoshoidoa

### Alkoholimuistisairaahan hoito

- Jos alkoholinkäyttö lopetetaan ajoissa, aivojen toimintakyky voi palata normaaliksi
- Mahdollisen riippuvuusoireyhtymän hoito
- Käytöshäiriöiden hoito, tarvittaessa rauhoittavilla lääkkeillä
  
- Alkoholimuistisairaat tarvitsevat heille varta vasten suunnitellun hoitopaikan
- Vähän vaihtuvia ärsykejä jotka voivat laukaista käytöshäiriöitä
- Opasteiden käyttö, mielekästä toimintaa ohjatusti
- Hoitajien käytös ja toimintatavat vaikuttavat myös!
- Alkoholimuistisairauksille ei ole spesifiä lääkehoitoa, mutta oireita tulee hoitaa myös lääkkeillä
  
- Vaeltelua, yliaktiivisuutta tai ääntelyä ei tulisi hoitaa lääkkeillä
- Ahdistuneisuuteen voi käyttää bentsodiatsepiineja
- Hoitotoimenpiteiden suunnittelu: esim. lääkkeenanto tai pesutilanteet, koska henkilö ei välttämättä ymmärrä tilanteen merkitystä

## Dialogisuus alkoholimuistisairaahan kuntoutuksessa

- Muistisairaahan oma persoona huomioitava
- Muistisairas tuntee itsensä hyödylliseksi muille ihmisille
- Dialogisuus ei ole sama kuin keskustelu!
- Dialogisessa vuorovaikutuksessa kaikki osapuolet ovat tasavertaisia
- Haetaan yhteisymmärrys asiaan, tärkeää olisi saada kaikkien mielipide selville
- Ei hoitajan tai asiakkaan näkökulma vaan molempien
- Luottamus hoitajaan aktivoi asiakkaan osallistumaan
  
- Turvallinen ilmapiiri
- Taitava hoitaja osaa kommentellaan ohjata vuorovaikutusta, antaen samalla tilaa toisen kommentteille
- Myönteinen ja rohkaiseva ilmapiiri auttaa muistisairaita tuomaan julki oman mielipiteensä
- Epäselviä sanoja vältettävä, yksinkertaiset lauseet
- Hoitaja voi lukea muistisairaahan tunnetiloja, mikäli sanallinen ilmaus on vajavaista
  
- Aito läsnäolo ja hetkessä eläminen
- Hoitajan sanaton viestintä, kuten ilmeet ja eleet
- Konkretian tuominen vuorovaikutukseen, jos puhe menee ohi aiheen. Esim. käydään läpi päivän tapahtumat
- Riittävä valaistus ja häiriötekijöiden huomiointi (tv, radio yms.)
- Katsekontakti
- Ajan antaminen, kiireettömyys
- Hitaasti puhuminen ja sanojen toistaminen voi auttaa



8 KIRJALLISUUTTA

Muistisairaudet. 2010. Erkinjuntti, T. ym.

Parantava puhe. 2008. Haarakangas, K.

Työikäisen muisti ja muistisairaudet. 2011. Härmä, H. & Granö, S.

Psykiatria. 2011. Lönnqvist, J. ym.

Kuntoutus. 2008. Rissanen, P. ym.

Päihdelääketiede. 2003. Salaspuro, M.  
Neurologia.2007.Soinila,S.ym.

## **Dialogisuus alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa – oppaan arviointi**

### **Tuotteen käytettävyys ja toimivuus**

Opas soveltuu hyvin käytännön työhön ja yksikön työympäristöön (esim. koko, materiaali)

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

### **Tuotteen visuaalisuus ja selkeys**

Opas on ulkonäöltään selkeä

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

Opas on sisällöltään selkeästi jäsenneilty (Asiakokonaisuudet, loogisuus)

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

Oppaan luettavuus on hyvä (Fontti, tekstin koko)

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

**Tuotteen asiasisältö**

Opas tuo esille keskeiset asiat aiheesta

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

Oppaan asiasisältö on monipuolinen

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

**Tuotteen merkitys kohderyhmälle**

Uskon oppaasta olevan hyötyä työyksikölle (perehdyttäminen, kuntoutuksen edistäminen)

1 Samaa mieltä

2 Eri mieltä

3 En osaa sanoa

Perustelut:

---

---

---

**Muuta**

---

---

---

---

---

**Kiitos palautteestasi**

Hyvä tuotteen arvioija,

Olen tuottanut opinnäytetyönä Pielisen-Karjalan Dementiakodin Kotirinteen yksikölle oppaan dialogisuuden käytöstä alkoholimuistisairaiden kuntoutuksessa. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa dialogisuudesta, jota työntekijät voivat käyttää kuntoutuksen apuna. Oppaassa on myös lueteltu alkoholimuistisairauksien erityispiirteitä, joten opas voi myös olla uusien työntekijöiden perehdyttämisen tukena. Tavoitteena on laatia opas, jossa on keskeisiä asioita Word-tiedostona.

Pyydän Teitä ystävällisesti tutustumaan oppaaseen ja arvioimaan sitä alla olevien kysymysten avulla. Palautteet käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Arvioi eri osa-alueita kolmiportaisella asteikolla 1 – 3 (samaa mieltä, eri mieltä, en osaa sanoa) ja lisäksi halutessanne voit perustella avoimiin kohtiin omin sanoin kantaasi.

**Käyttäjäkokenemusten kerääminen on tutkimuksen luotettavuuden ja arvioinnin kannalta erityisen tärkeää. Arviointinne ja mielipiteenne vaikuttavat tuotteen viimeistelyyn ja lopulliseen muotoon.**

Kiitos!

Ystävällisin terveisin:

Sairaanhoidtajaopiskelija Teemu Heikkinen

Kajaanin ammattikorkeakoulu