

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma sairaanhoitaja

Janni Penttilä & Riikka Vesala

KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET MUISTISAIRAUKSISSA – OPAS HAAS-
TEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖHÖN

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Janni Penttilä, Riikka Vesala

KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET MUISTISAI-
RAUKSISSA - opas haasteellisesti käyttäytyvän muistisai-
raan hoitotyöhön

Opinnäytetyö

78 sivua + 29 liitesivua

Työn ohjaaja

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja KT

Toimeksiantaja

Koskenrinne ry

Kesäkuu 2015

Avainsanat

käytöshäiriö, hoitotyö, muistisairaus

Tämä opinnäytetyö on kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena oli tehdä näyttöön perustuva opas muistisairaiden käytöshäiriöiden lääkkeettömästä hoidosta. Kehittämistehtävän tavoitteena oli antaa välineitä hoitotyöhön muistisairaahan käytösongelmien kohtaamiseen ja selvittää, miten muistisairaus vaikuttaa fyysiseen-, psyykkiseen-, ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Opas tehtiin Kotkalaiselle vanhustenhuollon palveluja tuottavalle KOSKENRINNE Ry:lle. Oppaan laatimiseksi haastateltiin Koskenrinteen henkilökuntaa. Tiedonhaussa käytettiin kirjallisuuskatsausta. Opas oli Koskenrinteellä koekäytössä, jonka jälkeen pidettiin palaveri opettajan ja työelämän ohjaajien kanssa.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa on tietoa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, sekä niissä esiintyvistä käytöshäiriöistä. Oppaassa on keskitytty pelkästään keinoihin käytöshäiriöiden lievittämiseksi. Tutkimuksista löytyneistä keinoista merkittävimmiksi tiivistyivät hoitajan arvostava suhtautuminen muistisairaaseen, ympäristön ja ravitsemuksen huomioiminen sekä musiikin, liikunnan, ryhmätoiminnan ja aistien hyödyntäminen. Lääkkeettömään hoitoon panostaminen on tärkeää. Vaikka käytöshäiriöiden lääkehoito on usein välttämätöntä, voidaan oppaan keinoja käyttää hoidon tukena. Pienillä teoilla voidaan auttaa muistisairasta elämään arvokasta elämää loppuun asti käytöshäiriöistä huolimatta. Aihe valittiin, koska se on ajankohtainen ja mielenkiintoinen ja hoidon kehittämiseen tarvitaan paljon tietoa. Kehittämistehtävälle asetetut tavoitteet saavutettiin hyvin.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Bachelor of Healthcare

Janni Penttilä, Riikka Vesala

BEHAVIORAL CHANGES IN MEMORY ILLNESSES –
Guide to relieve behavioral symptoms in memory illness

Bachelor's Thesis

78 pages + 29 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, senior principal lecturer

Commissioned by

Koskenrinne

June 2015

Keywords

behavior disorder, nursing methods, memory illness

This bachelor's thesis was a development task. The aim was to make an evidence-based guide on non-medical nursing methods of behavior disorders of patients with memory illness. The aim of the development task was to find out how memory illness effects on physical-, psychical-, and social wellness. The guide was made to a company called KOSKENRINNE Ry. We went to interview the staff of Koskenrinne to have more evidence for the guide. The content of the guide is made on the basis of the results literature review. The guide was in test-use in Koskenrinne for a month. After that we held a meeting with the teacher and the labor directors.

In the theoretical part of our bachelor thesis there is information of the most common progressive memory diseases as well as behavioral disorders occurring with them. The guide focuses on the nursing methods which relieve the behavior disorders. We ended up taking this topic, because it is current and important. The most significant results were a nurse's appreciating attitude to the people who has a memory illness, to considerate the environment and nutrition, as well as recovery by music, physical activity, group activity and sensory activity. Medical treatment of behavioral disorders is often necessary, but the methods of the guide can reduce the use of necessary medicines. With the small thing we can help the person who has memory illness to live a dignified life until the end, despite the behavior disorder problems. Aims of the development task were well achieved.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TUTKIVA KEHITTÄMINEN JA YHTEISTYÖTAHO	7
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET	8
4	YHTEISTYÖTAHON HAASTATTELU OPPAAN LAADINNAN TUKENA	8
	4.1 Haastattelun tavoitteet	8
	4.1 Teemahaastattelu	9
	4.2 Haastattelun sisällön analyysi	9
	4.3 Haastattelun toteutus	10
	4.4 Yhteenveto haastatteluista	12
5	KIRJALLISUUSKATSAUS OPPAAN LAADINNAN TUKENA	13
	5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimuskysymysten tiedon etsintään	13
	5.2 Tutkimuskysymysten laadinta	13
	5.3 Tiedonhaku	14
	5.4 Alkuperäistutkimusten valinta	16
	5.5 Tiedonhakutaulukot	16
6	MUISTISAIRAUDET JA NIIHIN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT	20
	6.1 Dementia	20
	6.2 Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt	20
	6.3 Yhteenveto eri muistisairauksiin liittyvistä käytöshäiriöistä	23
	6.4 Syitä käytöshäiriölle	24
7	LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOTYÖN KEINOT KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN LIEVITTÄMISEEN	26
	7.1 Käytöshäiriöiden hoitaminen	26
	7.2 Etiikka muistisairaahan hoitotyössä	28
	7.3 Arvostavasuhautuminen muistisairaaseen	30
	7.4 Ihmislähtöinen hoito	31

7.5	Vuorovaikutus muistisaira an kanssa	32
7.6	Myönteinen tunneilmapiiri	34
7.7	Muistisaira an menneisyyden merkitys	35
7.8	Ympäristön merkitys	36
7.9	Musiikki	39
7.10	Liikunta	43
7.12	Aistien hyödyntäminen hoitotilanteissa	48
7.13	Mielekäs tekeminen	49
8	TULOKSET	52
8.1	Hoitajan asenteen ja vuorovaikutuksen merkitys käytöshäiriöihin	52
8.2	Ympäristön merkitys muistisaira an käytöshäiriöiden kannalta	56
8.3	Liikunnan vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin	58
8.4	Ravitsemuksen ja ruokailun vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin	60
8.5	Musiikin vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin	61
8.6	Ryhmätoiminnan vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin	62
8.7	Aistien hyödyntämisen vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin	64
9	OPPAAN LAADINTA	65
9.1	Oppaan koekäyttö ja arvostelu	69
9.2	Koekäytön arviointi ja purku	69
10	POHDINTA	69
10.1	Oppaan hyödynnettävyys työelämässä	71
10.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	71
10.3	Kehittämistyön arviointi	73
10.4	Lopuksi	73
	LÄHTEET	75
	LIITTEET	
	Liite. 1 Tutkimustaulukko	
	Liite. 2 Saatekirje	
	Liite. 3 Arviointikaavake	
	Liite. 4 Opas	
	Liite. 5 Sopimus opinnäytetyöstä	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on etsiä lääkkeettömiä hoitotyön keinoja käytöshäiriöiden hoitamiseen. Erilaiset käytöshäiriöt muistisairailla ovat yleisiä, jopa 70 - 80 %:lla muistisairaista on vähintään yksi käytöshäiriö. Käytöshäiriöt heikentävät olennaisesti muistisairaahan ihmisen elämänlaatua ja vaikuttavat suuresti omaisten, omaishoitajien ja hoitotyöntekijöiden jaksamiseen. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 8.) Käytöshäiriöt ovat myös merkittävin muistisairaahan pitkäaikaishoitoon siirtymisen syy, ja niiden hoitaminen ja säännöllinen kartoittaminen ovatkin olennainen osa muistisairaahan hoitoa. Käytöshäiriötä on hoidettava silloin, kun se rasittaa muistisairasta, heikentää hänen omatoimisuuttaan tai häiritsee sosiaalista vuorovaikutusta, sekä silloin kun käytöshäiriö on vaaraksi muistisairaalle itselleen tai muille. (Eloniemi-Sulkava, U. 2010.) Lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijaisia hoitomuotoja useimpien käytöshäiriöiden hoidossa (Eloniemi-Sulkava 2010; Vataja 2014, 58).

Väestön ikääntyessä muistisairaudet tulevat lisääntymään nopeasti. Euroopan parlamentti on vuonna 2008 tunnistanut muistisairaudet kansanterveydellisenä ja -taloudellisena haasteena, ja yhdeksi varautumisen välineeksi tähän on laadittu kansalliset muistiohjelmat. Suomessa kansallinen muistiohjelma on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. Sen keskeisimpinä tavoitteina ovat aivoterveiden edistäminen sekä oikeat asenteet aivoterveuteen, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen. Lisäksi sen tavoitteena on hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen ja palvelujen turvin sekä kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 2.)

Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta yli 95 000 ja lieväää noin 30 000 – 35000 henkilöä. On myös arvioitu, että vuoteen 2020 mennessä vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien määrä kasvaa 130 000:teen. Riski sairastua muistisairauteen lisääntyy ikääntymisen myötä, mutta sairastuminen on mahdollista myös työikäisenä. Työikäisiä muistisairaita arvioidaan olevan tällä hetkellä noin 5000 - 7000. Lisäksi alkoholiriippuvaisista jopa 10 % sairastuu alkoholidemantiaan. Suurin osa muistisairaahan hoidon kustannuksista aiheutuu ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista, jotka olivat vuonna 2010 keskimäärin 46 000 euroa vuodessa yhtä henkilöä kohti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.)

2 TUTKIVA KEHITTÄMINEN JA YHTEISTYÖTAHO

Näyttöön perustuva hoitotyö on tulevaisuuteen ulottuva konkreettinen haaste. Se on saanut alkunsa tuloksellisuuden osoittamisen tarpeesta hoitotyössä: hoitotyön toiminnan on perustuttava tieteellisesti pätevään tietoon siitä, mikä on sen hetkisen, ajan tasalla olevan tiedon mukaan paras ja tehokkain hoito potilaalle. Empiirinen tieto, joka tarkoittaa tieteellisellä tutkimuksella saavutettua tietoa ja joka on luonteeltaan väitteinä esitettävää, kirjallisesti ilmaistavaa tietoa, ei kuitenkaan ole ainoa tiedon muoto terveydenhuollossa. Vähintään yhtä tärkeitä ovat käytännön työssä tehokkaiksi osoitetut toimintatavat. Keskeinen tehtävä ja kehittämistoiminnan alue onkin käytännön toiminnan perustaminen näyttöön, ja näytön pohjalta tehtyjen suositusten ottaminen käyttöön terveydenhuollon palveluja tuottavissa yksiköissä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 9 – 14.)

Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entistä parempia tuotantovälineitä tai -menetelmiä. Kehittämistyön synonyyminä voidaan pitää kehittämistoimintaa, joka tähtää uusien tuotteiden, aineiden tai järjestelmien aikaansaamiseen, tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. Kehittämistä voi olla myös ilman tutkimusta, mutta tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä. Tutkimus voi tarjota perusteita toiminnalle, jolloin onnistumisen mahdollisuudet yleensä paranevat. (Heikkilä ym. 2008, 21.)

Opinnäytetyömme yhteistyötaho oli kotkalainen palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry, ja tarkoituksenamme oli tehdä sinne tutkittuun tietoon perustuva opas käytöshäiriöiden lääkkeettömistä hoitokeinoista. Oppaan laatimisen tueksi haastattelimme Koskenrinteen henkilökuntaa, jotta oppaasta tulisi mahdollisimman hyvin työelämän tarpeita vastaava. Oppaan alustavan version valmistuttua lähetimme sen koekäyttöön Koskenrinteelle. Oppaiden lisäksi laitoimme mukaan myös palautelomakkeita sekä saatekirjeen, jossa toivoimme mahdollisimman monen työntekijän antavan palautetta oppaastamme. Noin kuukauden koekäytön jälkeen pidimme ohjauskeskustelun Koskenrinteellä. Oppaista saamamme palautteen ja keskustelun perusteella teimme tarvittavat korjaukset oppaaseen.

KOSKENRINNE ry on kotkalainen vanhustenhuollon yksityinen palveluntuottaja. Koskenrinteellä on Kotkassa neljä eri toimipistettä ja lisäksi yksi senioritalokiinteistö.

Kodeissa on yhteensä reilut 200 asukasta ja erilaisten palvelujen piirissä yhteensä noin 600 kotkalaista vanhusta. Koskenrinne tarjoaa asiakkaille ympärivuorokautista hoivaa, kotihoitoa, lyhytaikaishoitoa sekä päiväkeskustoimintaa. Yhdistys toimii myös aktiivisesti valtakunnallisissa ja alueellisissa vanhustyön kehittämishankkeissa. (”Vanhus-tenhuollon palveluja jo vuodesta 1955” 2014.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tavoitteena on etsiä keinoja hoitotyöhön muistisairaiden käytöshäiriöiden helpottamiseksi. Keskitymme työssämme käytöshäiriöiden lääkkeettömään hoitoon. Tarkoituksenamme on tehdä aiheesta tutkittuun tietoon perustuva opas. Oppaalla haluamme tuoda työelämään lisää tietoa käytösongelmista: mistä ne johtuvat ja millaisia lääkkeettömiä, näyttöön perustuvia hoitotyön keinoja niiden helpottamiseksi voisi kokeilla. Kehittämistehtävän tavoitteena on:

- 1) antaa välineitä hoitotyöhön muistisairaana käytösongelmien kohtaamiseen.
- 2) selvittää, miten muistisairaus vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn.
- 3) selvittää, miten muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt vaikuttavat psyykkiseen toimintakykyyn.
- 4) selvittää, miten muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt vaikuttavat sosiaaliseen toimintakykyyn.

4 YHTEISTYÖTAHON HAASTATTELU OPPAAN LAADINNAN TUKENA

4.1 Haastattelun tavoitteet

Kävimme haastattelemassa henkilökuntaa Koskenrinteellä 20.1.2015. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, millaisia muistisairaiden asukkaiden käyttäytymiseen liittyviä ongelmia henkilökunta kokee työssään eniten ja minkälaista sisältöä oppaaseen kaivataan. Halusimme myös selvittää, millaisia menetelmiä henkilökunnalla on tällä hetkellä käytössään kyseisten ongelmien kohtaamiseen ja niistä selviämiseen. Haastattelun tavoitteena oli, että pystyisimme sen pohjalta tekemään mahdollisimman hyvin yhteistyötahon tarpeita palvelevan oppaan. Haastattelun toteutimme teemahaastattelun metodia hyödyntäen.

4.1 Teemahaastattelu

Arkikielessä sana *haastatella* muistuttaa pitkälti verbejä *haastattaa* tai *jututtaa*. Haastattelua voisi yksinkertaistaen kuvata keskusteluksi, jolla on ennalta päätetty tarkoitus, sillä haastattelu muistuttaa monella tapaa keskustelua. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Haastatteluun, kuten keskusteluunkin, sisältyy kielellinen ja ei-kielellinen kommunikaatio, jossa ajatukset, asenteet, mielipiteet, tiedot ja tunteet välittyvät molemmin puolin. Erona haastattelun ja keskustelun välillä on se, että haastattelulla tähdätään tiedon hankintaan, jolloin sen on oltava ennalta suunniteltua toimintaa, jolla on päämäärä. Haastattelijan on etukäteen tutustuttava tutkimuksen kohteeseen niin käytännössä kuin teoriassakin. Haastattelu tapahtuu lähinnä haastattelijan johdolla. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 42 – 43.)

Teemahaastattelulla, eli puolistrukturoidulla haastattelulla, tarkoitetaan usein lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimuotoa. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista sitten keskustellaan. Haastattelu etenee näiden teemojen varassa. Puolistrukturoidun menetelmän teemahaastattelusta tekee se, että haastattelun aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelusta puuttuu kuitenkin strukturoidulle lomakehaastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Toisaalta se ei kuitenkaan ole niin vapaa kuin esimerkiksi syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47 – 48.)

4.2 Haastattelun sisällön analyysi

Haastattelun tallentaminen jollakin tavalla on välttämätön osa haastattelua. Käytimme tallennukseen koululta lainaamaamme nauhuria. Haastatteluaineiston analysointi lähtee siitä, että aineisto puretaan. Tämän jälkeen voidaan edetä joko suoraan analyysiin, enemmän tai vähemmän tutkijan intuitioon luottaen. Aineisto voidaan myös koodata purkamisen jälkeen ja edetä siitä analyysiin. Purkamis- ja koodaamisvaiheet voidaan myös yhdistää ja siirtyä siitä analyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 75, 136.)

Analyysin tekeminen alkaa usein jo haastatteluvaiheessa. Tutkija voi jo haastatellesaan tehdä havaintoja ilmiöistä niiden useuden, toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Teemahaastattelulle ominaista on, että aineisto säilytetään sanal-

lisessa muodossa, usein jopa alkuperäisessä sanallisessa muodossaan. Aineiston analysointiin on olemassa monia lähestymistapoja. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136 – 137.)

Tämän haastattelun analysoinnissa tulkitsimme haastattelun aineistoa yhdessä haastattelun purkamisen jälkeen. Analysoinnissa tiivistimme, luokittelimme ja tulkitsimme aineistoa. Purimme aineiston pian haastattelun jälkeen kirjoittamalla sen kokonaisuudessaan koneelle. Tämän jälkeen ryhmittelimme saman sisältöisiä vastauksia yhteen ja teimme haastattelusta yhteenvedon.

4.3 Haastattelun toteutus

Haastattelimme ensin Koskenrinteen sairaanhoitajaa. Sen jälkeen kävimme kiertelemässä eri yksiköissä, joissa haastattelimme neljää hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Vierailumme sattui sellaiseen ajankohtaan, että kaikissa yksiköissä oli asukkaiden ruokailuaika, täten haastattelut toteutettiin osastoilla noin 15 minuutin ajassa.

Tarve opinnäytetyölle on lähtenyt henkilökunnan toiveesta. Henkilökunta on toivonut koulutusta ja asiantuntijuutta muistisairaiden hoitoon sekä heidän kohtaamiseensa. Koulutusta kaivattiin varsinkin käytöshäiriöiden kohtaamiseen ja vähentämiseen, ja lääkkeettömät menetelmät olivat etusijalla. Koskenrinteellä oli ollut suunnitelmissa oppaan tekeminen itse, jos aiheesta ei olisi saatu opinnäytetyötä.

Yleisimmäksi käyttäytymisen ongelmaksi Koskenrinteellä kuvattiin aggressiivista käyttäytymistä. Hoitotilanteiden vastustaminen oli toinen useissa keskusteluissa toistunut ongelma, johon liittyi myös vahvasti väkivallan uhka. Fyysinen ja henkinen väkivalta koettiin myös henkisesti raskaaksi ja henkilökuntaa kuormittavaksi. Etenkin sanallisen väkivallan koettiin vaikuttavan myös omaan mielialaan.

Tällä hetkellä Koskenrinteellä ei ole käytössä mitään selkeitä toimintamalleja tai menetelmiä haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamiseen tai käytöshäiriöiden hoitoon. Jokaisella hoitajalla on vähän omia menetelmiä, jotka ovat joko ammatillisesta koulutuksesta mieleen jääneitä tai kokemuksen mukanaan tuomia. Muutamassa keskustelussa toistui se, että hoitajan ei pidä ottaa ongelmallista käyttäytymistä henkilökohtaisesti. Osa haastateltavista katsoi ongelmallisen käyttäytymisen kuuluvan

osaksi muistisairautta. Toinen haastatteluissa toistunut keino oli se, että yritetään myöhemmin uudelleen. Väkisin hoitamisen katsottiin vain pahentavan tilannetta.

Käytettävät keinot riippuivat myös paljon hoidettavasta henkilöstä. Monessa haastattelussa korostettiin asukkaiden yksilöllisyyttä ja sitä, että samat keinot eivät toimi kaikilla henkilöillä. Myös hoitajien luovuuden ja järjen käyttäminen tulivat esiin keskusteluissa.

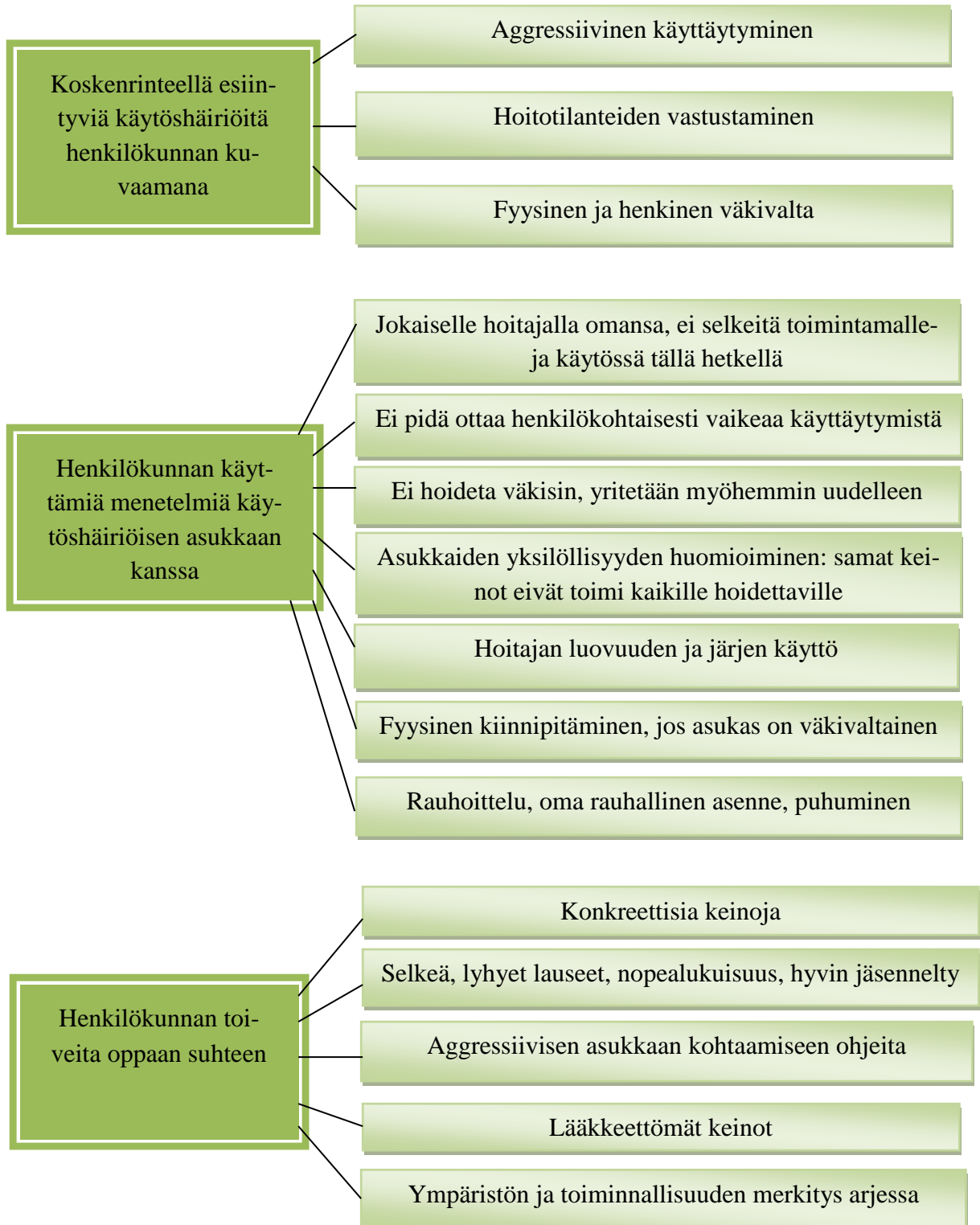
Muutamassa haastattelussa pohdittiin myös oman sekä asukkaan turvallisuuden varmistamista tilanteessa, jossa asukas on väkivaltainen. Fyysistä kiinnipitämistä pidettiin tarpeellisena tilanteissa, joissa asukas tuntee olonsa turvattomaksi ja käyttäytyy siksi väkivaltaisesti. Huolta aiheutti se, miten kiinnipitäminen sujuisi parhaiten niin, että asukasta ei sattuisi. Osa toi esiin myös oman turvallisuuden varmistamisen huolehtimalla poiskulkureitistä ja siitä, että tarvittaessa joku on kuulolla ja auttamassa. Rauhoittelu, oma rauhallinen asenne ja puhuminen koettiin hyviksi keinoiksi vaikeissa tilanteissa.

Suurin osa henkilökunnasta on saanut jonkinlaista koulutusta muistisairaiden hoitoon, yleisin näistä oli dementiapassi. Koulutuksen sisällön käytäntöön vieminen on kuitenkin ollut haasteena henkilökunnalle. Suurin osa haastattelemistamme hoitohenkilökuntaan kuuluvista henkilöistä ei maininnut saaneensa ammatillisen koulutuksen lisäksi muuta muistisairauksiin liittyvää koulutusta.

Opasta toivottiin sekä sähköisenä versiona että pienenä vihkosena. Oppaaseen toivottiin yksimielisesti konkreettisia keinoja, selkeää tekstiä ja lyhyitä lauseita. Oppaasta toivottiin myös nopealukuista ja hyvin jäsenneltyä. Itse oppaan sisältöön otti kantaa vain pari haastateltavaa. He toivoivat, että oppaaseen tulisi käytännön ohjeita aggressiivisen asukkaan kohtaamiseen, ikään kuin ”akuutin toiminnan ohjeet”. Lääkkeettömät keinot kiinnostivat erityisesti osaa haastateltavista. Oppaaseen toivottiin tuotavan esiin ympäristön ja toiminnallisuuden merkitystä arjessa. Koskenrinteellä on aiemmin ollut ”Osallistumisen hurmaa” -projekti, jonka tarkoituksena oli tuoda arjen kulttuuria ja toiminnallisuuden hyödyntämistä arkeen asiakkaan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Oppaan toivottiin jatkavan ja tukevan jollakin tapaa tätä aikaisempaa projektia.

4.4 Yhteenveto haastatteluista

Kuvassa 1. on yhteenveto Koskenrinteen henkilökunnan haastatteluista. Kuvassa havainnollistetaan, mitkä ovat Koskenrinteellä tällä hetkellä eniten esiintyviä käytöshäiriöitä, mitä menetelmiä nyt käytetään ja mitä henkilökunta toivoo oppaalta.



Kuva 1. Yhteenveto haastatteluista

5 KIRJALLISUUSKATSAUS OPPAAN LAADINNAN TUKENA

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimuskysymysten tiedon etsintään

Kirjallisuuskatsauksen päämääränä on koota tietoa valitusta aiheesta käyttämällä aikaisempia tutkimuksia ja tehdä niistä synteesi mahdollisimman kattavasti (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46). Kirjallisuuskatsaus on siis sekundaaritutkimus, johon sisällytetään vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat, korkealaatuiset tutkimukset. Tutkimukset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin tai -ongelmiin. Kirjallisuuskatsaus etenee vaihe vaiheelta. Vaiheet voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 4 – 5.)

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, joka ohjaa kirjallisuuskatsauksen etenemistä. Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aiempia tutkimuksia aiheesta ja määritellään tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymysten tulisi olla mahdollisimman selkeät. Kun tutkimuskysymykset on asetettu, pohditaan menetelmät katsauksen tekemiseen. Tähän vaiheeseen kuuluu hakutermin pohtiminen ja valinta, sekä tietokantojen valinta. Tutkimusten valintaa varten on olennaista laatia tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimussuunnitelman muodostus ohjaa tutkimuksen etenemistä. (Johansson 2007, 6.)

Seuraavassa vaiheessa hankitaan ja valitaan mukaan otettavat tutkimukset tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimusten sisältö analysoidaan tutkimuskysymysten sekä laadun mukaan ja tulokset syntetisoidaan yhdessä. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on hyvä olla mukana vähintään kaksi tutkijaa, jotta tutkimusten valinta ja käsittely voidaan katsoa luotettavaksi. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan ja niistä tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson 2007, 6 – 7.)

5.2 Tutkimuskysymysten laadinta

Tutkimuskysymysten laadinta on tärkeä osa kirjallisuuskatsausta. Ne rajaavat asian, jota kirjallisuuskatsauksessa halutaan tutkia. Tutkimuskysymysten perusteella haetaan tarvittava tieteellinen näyttö kirjallisuuskatsausta varten. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä näyttöön perustuva opas, jossa

esitetään lääkkeettömiä, hoitotyön arkeen soveltuvia keinoja muistisairaiden käyttöhäiriöiden lievittämiseen. Sitä varten tarvitsimme näyttöön perustuvaa tietoa siitä, millaisia lääkkeettömiä keinoja hoitotyön arjessa voidaan käyttää muistisairaiden käyttöhäiriöiden vähentämiseksi. Tutkimuskysymykset laadimme oppaaseen tarvittavien tietojen perusteella, ja kysymyksiä muodostui yhteensä seitsemän. Teoriatietoon tutustuessa nämä seitsemän aihealuetta nousivat kehittämistavoitteiden pohjalta tärkeimmiksi.

1. Millainen hoitajan suhtautuminen potilaaseen vähentää muistisairaana käyttäytymiseen liittyviä ongelmia?
2. Millainen ympäristö tukee muistisairaana terveyttä?
3. Miten liikunta vaikuttaa muistisairaana käyttäytymiseen?
4. Miten musiikilla voidaan vaikuttaa muistisairaana käyttäytymiseen?
5. Mitä muistisairaana ravitsemuksessa olisi tärkeää huomioida?
6. Miten ryhmätoiminta vaikuttaa muistisairaana käyttäytymiseen?
7. Miten aistien hyödyntäminen hoitotyössä vaikuttaa muistisairaana käyttäytymiseen?

5.3 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaun on oltava systemaattista, eli se on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu prosessi, joka on uudelleen toistettavissa. Tärkeää on keskittyä etsimään tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Tiedonhakuprosessi on vaikea ja aikaa vievä prosessi, mutta hyvällä suunnittelulla voi välttää turhien yritysten ja nollatulosten hakemisen ja näin selviytyä vähän nopeammin tiedonhakuprosessista. Kaikkea mahdollista omaan aiheeseen liittyvää aineistoa ei kannata etsiä, vaan ainoastaan olennaista ja luotettavaa tietoa. Apuna hakusanojen valinnassa voi käyttää miellekarttaa. (Tähtinen 2007, 10.)

Käytettävän tiedonlähteen valinta riippuu siitä, millaista tietoa haetaan. Esimerkiksi tiedon tarpeen laajuus ja laadun taso vaikuttavat valintaan; tehdäänkö pienimuotoista esitelmää, johon riittää niin sanottu populaaritieto vai tarvitaanko tieteellistä kirjallisuutta? Kun tarvitaan laajasti laadukasta tietoa, on hyvä käyttää useita tietolähteitä. (Tähtinen 2007, 12.) Tässä opinnäytetyössä olemme käyttäneet viittä eri digitaalista

tietokantaa ja lisäksi etsineet manuaalisesti tietoa eri lehdistä. Digitaalisiksi tietokannoiksi valitsimme Kaakkurin, Melindan, Medicin, Terveysportin ja Elektran.

Lisäksi opinnäytetyöhön on haettu tietoa manuaalisesti eri lehdistä. Manuaalinen tiedonhaku on suositeltavaa, jotta myös tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset löytyisivät (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 50). Manuaalista tiedonhakua teimme koulun kirjastossa joulukuussa 2014. Selasimme Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, Psykologia-, Gerontologia-, Sosiologia- ja Vanhustyölehdet. Ensin valitsimme artikkelit, joiden otsikon perusteella ajattelimme liittyvän aiheeseemme. Seuraavaksi selasimme artikkelien tiivistelmät ja karsimme pois artikkelit, jotka eivät mielestämme vastanneet sisällöltään aihettamme.

Taulukko 1. Digitaaliset tietokannat

Taulukossa 1 on kerrottu lyhyesti tässä opinnäytetyössä käytetyistä digitaalisista tietokannoista.

Kaakkuri	Kymenlaakson ammattikorkeakoulun oma tietokanta, jossa ovat kaikki Xamkin kirjastojen aineistojen sijainti- ja saatavuustiedot. Aineistoihin kuuluvat muun muassa kirjat, lehdet, opinnäytteet, tutkielmat, elektroniset kirjat, e-opinnäytteet, lukulaitteet, DVD:t, CD-ROMit.
Melinda	Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo, joka sisältää Suomen kansallisbibliografian, sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Turun ammattikorkeakoulun tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä ja sarjoista, kartoista, visuaalisesta aineistosta, arkistoista ja elektronisesta aineistosta. (Tähtinen 2007, 29.)
Medic	Kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jonka tuottaa Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko. Medic sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Aineistot ovat artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä ja tutkimuslaitosten raportteja. (Tähtinen 2007, 29 - 30.)
Terveysportti	Duodecim-seuran ylläpitämä portaali (verkkosivusto). Sen kautta pääsee kaikkiin keskeisiin suomalaisiin terveystieteellisiin palveluihin ja verkkoaineistoihin. (Tähtinen 2007,30.)
Elektra	Elektra on elektronisessa muodossa olevien, tekijänoikeuden alaisten dokumenttien julkaisupalvelu. Sen tuottamiseen osallistuvat Kansalliskirjasto ja Kopiosto. Elektran aineisto löytyy myös Arto-tietokannan kautta. Aineisto on käytettävissä Suomen yleisissä kirjastoissa, ammattikorkeakouluissa, useimmissa yliopistoissa sekä muissa käyttöoikeuden hankkineissa organisaatioissa. Elektra-kokoelmaan kuuluu yli 31 000 kotimaista tieteellistä artikkelia sekä 57 historia-alan väitöskirjaa pääosin vuodesta 1996 lähtien. Elektrassa on tällä hetkellä mukana yli 30 kotimaista tieteellistä lehteä tai aikakauskirjaa, aineisto lisääntyy vuosittain yli kahdellatuhannella uudella nimekkeellä. (http://elektra.helsinki.fi/)

5.4 Alkuperäistutkimusten valinta

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat alkuperäistutkimukset valikoidaan sisäänottokriteerien mukaisesti. Sisäänottokriteerit määrittävät, mitä rajoituksia ja vaatimuksia työhön mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille asetetaan. Sisäänottokriteerien on tärkeää perustua tutkimuskysymyksiin, eli mukaan valikoidaan vain tutkimuksia, jotka vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen ja hylättyjen aineistojen valinta perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut aineistot asetettuja sisäänottokriteerejä. (Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Valitsimme tutkimukset ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen luimme läpi otsikon perusteella valikoitujen tutkimusten tiivistelmät ja tulokset. Tiivistelmien ja tulosten perusteella karsimme pois tutkimukset ja artikkelit, jotka eivät olleet olennaisia työmme kannalta ja jotka eivät vastanneet sisäänottokriteereitämme. Kirjallisuuskatsauksemme sisäänottokriteereitä olivat:

1. Jotta tieto ei olisi vanhentunutta, haetun tiedon on oltava viimeisten noin viiden vuoden ajalta, eli haettu tieto on vuosilta 2009 – 2015.
2. Haetun tiedon otsikosta tai tiivistelmästä käy ilmi, että tutkimus liittyy olennaisesti aiheeseemme.
3. Tutkimus on suomenkielinen tai englanninkielinen.
4. Mukaan otetaan vain väitöskirjat, pro gradu -tutkielmat, tieteelliset artikkelit ja alan julkaisut.
5. Tutkimus on joko ladattavissa internetistä tai ilmaiseksi saatavilla esim. koulun kirjastossa.

Tiedonhaun systemaattisuutta helpottamaan laadimme tiedonhakutaulukot, joista ilmenee mitä hakusanoja ja tietokantoja olemme käyttäneet. Taulukkoon olemme kirjoittaneet kuinka monta tutkimusta kyseisillä hakusanoilla mistäkin tietokannasta löytyi. Lisäksi laitoimme taulukkoon kuinka monta tutkimusta hyväksyimme osaksi kirjallisuuskatsausta. Hyväksytyt tutkimukset on valittu sisäänottokriteeriemme mukaisesti. Tiedonhakua teimme yhdessä, mutta jaoimme materiaalit puoliksi. Lopussa kävimme kaikki lähteet yhdessä läpi.

5.5 Tiedonhakutaulukot

Taulukko 2. Melindasta haetun aineiston hakuprosessi

Taulukossa 2 on kerrottu kuinka monta tutkimusta löysimme Melindasta milläkin hakusanalla ja kuinka monta näistä tutkimuksista otettiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
Melinda	käytösoir? syy?	4	0
Melinda	käytösoir?	24	1
Melinda	Alzheimer?	387	4
Melinda	muistisair? AND hoit?	115	4
Melinda	asenne AND muistisair? AND hoit?	2	0
Melinda	hoitajan asenne	3	0
Melinda	liikun? AND muistisair?	27	1
Melinda	muistisair? AND ympäristö?	14	1
Melinda	musiik? AND muistisair?	24	1
Melinda	muistisair? AND ravitse?	17	1
Melinda	validaa? AND hoit?	8	2
Melinda	Tunteva? AND muistisair?	6	0
Melinda	Tunteva? AND hoit?	8	0
Yhteensä			15

Taulukko 3. Medicistä haetun aineiston hakuprosessi

Taulukossa 3 on kerrottu kuinka monta tutkimusta löysimme Medicistä milläkin hakusanoilla ja kuinka monta näistä tutkimuksista otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
Medic	Muistisair*käytösoir*hoitot*	4	1
Medic	demen*	945	1
Medic	muistisair* lääk*hoit*	121	3
Yhteensä			5

Taulukko 4. Kaakkurista haetun aineiston hakuprosessi

Taulukossa 4 on kerrottu kuinka monta tutkimusta löysimme Kaakkurista milläkin hakusanalla ja kuinka monta näistä tutkimuksista hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
Kaakkuri	Alzheim? Käytösoir? Hoitot?	0	0
Kaakkuri	Alzheim? Käyt? hoitot?	2	0
Kaakkuri	Muist? Käyt? hoitot?	11	1
Kaakkuri	käytösoir?lääk?hoit?/	2	0
Yhteensä			1

Taulukko 5. Terveysportista haetun aineiston hakuprosessi

Taulukossa 5 on kerrottu kuinka monta tutkimusta löysimme Terveysportista milläkin hakusanalla ja kuinka monta näistä tutkimuksista hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
Terveysportti	musiik* terap*	9	1
Terveysportti	muisti ja liikunta	42	1
Yhteensä			2

Taulukko 6. Elektrasta haetun tiedon hakuprosessi

Taulukossa 6 on kerrottu kuinka monta tutkimusta löysimme Elektrasta milläkin hakusanoilla ja kuinka monta näistä tutkimuksista hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
Elektra	muistisair*	13	4
Elektra	muistsair*liik*	36	1
Elektra	muistsair* aist*	18	1
Elektra	muistsair*ymp*	34	2
Yhteensä			8

Taulukko 7. Manuaalisesti haetun aineiston hakuprosessi

Taulukossa 7 on kerrottu, mitä lehtiä selasimme läpi, mitkä artikkelit hyväksyimme mukaan otsikon perusteella ja mitkä näistä artikkeleista pääsivät mukaan sisällön perusteella.

Lehdet	Läpi käydyt lehdet	Otsikon perusteella valitut artikkelit	Sisällön perusteella mukaan valikoituneet
Hoitotiede	12	2	1
Tutkiva hoitotyö	17	2	0
Gerontologia	18	4	3
Vanhustyö	28	20	10
Psykologia	37	1	1
Yhteensä		29	15

6 MUISTISAIRAUDET JA NIIHIN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT

6.1 Dementia

Dementian käsite on liitetty historiassa ”hulluuteen” ja merkittävästi yhteiskunnallisten ja sosiaalisten kykyjen rajoitukseen. 1800-luvulta alkaen tieteellinen tutkimus on kuitenkin ilmentänyt dementoivien sairauksien elimellistä luonnetta ja yksilöinyt niiden piirteitä. Nimitys dementia on kuitenkin saanut yhteisöllisen kelvottomuuden leiman. (Erkinjuntti 2010, 87.)

Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan ennemminkin oireyhtymä. Dementian aiheuttajana voi olla useita eri etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Siihen liittyy muistioireen lisäksi usein laajempi henkisen toiminnan ja aivotoimintojen heikentyminen. Toiminnan heikentyminen huonontaa potilaan ammatillista itsenäisyyttä ja sosiaalista selviytymistä. Dementia voi olla pysyvä, etenevä tai ohimenevä tila. Dementian diagnosointi pohjaa Alzheimerin taudin kliinisiin ominaispiirteisiin. Muistihäiriön- ja dementiadiagnostiikan kokonaisuus onkin ollut hieman Alzheimerin taudin ”vanki”. (Erkinjuntti 2010, 87.)

6.2 Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt

Etenevät muistisairaudet johtavat usein muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauksiin liittyvä muistisairaus eli vaskulaarinen dementia, Lewyn kappalemuutoksiin liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Hallikainen 2014, 14.) Näistä selvästi yleisin on Alzheimerin tauti, jota sairastaa noin 70 % kaikista muistisairauden diagnoosin saaneista (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 121). Myös näiden sairauksien yhdistelmät ovat iäkkäillä yleisiä, esimerkiksi Alzheimerin taudin ja verenkiertosairauden yhdistelmää tavataan paljon (Hallikainen 2014, 14).

Alzheimerin tauti etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti. On arvioitu, että Alzheimerin tautiin liittyvä patogeneesi alkaa jo noin 20 - 30 vuotta ennen ensimmäisten oireiden ilmaantumista. Tyypillisesti muisti on kaikista vaikeimmin vaurioitunut, ja taudin edetessä ilmaantuu moninaisia muutoksia käyttäytymisen alueella. (Pirttilä & Erkinjuntti

2010, 129 - 134.) Alzheimerin tauti jaetaan taudin vaikeusasteen mukaan neljään vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. Oireiden arviointiin on olemassa erilaisia mittareita, esimerkiksi MMSE (Mini-Mental State Examination), joka antaa viitteitä taudin vaikeusasteesta. Tarkkoja raja-arvoja eri vaiheiden välille ei kuitenkaan voida sanoa. (Hallikainen 2014, 265.)

Alzheimerin taudissa esiintyy yleisesti masennusta, ärtyneisyyttä ja ahdistuneisuutta. Lievässä Alzheimerin taudissa tyypillisimpiä käyttäytymisen muutoksia ovat lisääntynyt ärtyneisyys, masennus, apatia ja tunne-elämän latistuminen. Joillekin potilaille ilmestyy epäluuloisuutta ja paranoidisia oireita, kuten varastamisepäluuloja. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 129 – 134.) Muistisairas henkilö joutuu toistuvasti tilanteisiin, joissa tavarat ovat hukassa. Koska muistisairas ei tiedosta omaa muistamattomuuttaan, on luonnollista ajatella, että joku on varastanut tavarat. Jotta tilanne ei toistuisi, saattaa hän piilottaa tavaran ja unohtaa myöhemmin, minne on sen piilottanut. (Telaranta 2014, 81 – 82.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa ohimolohkojen sisäosat ovat suurimmaksi osaksi tuhoutuneet, mistä aiheutuu vaikeaa toiminnanohjauksen heikkene mistä ja psyykkisen säätelyn muutoksia. Tällöin myös käyttäytyminen voi muuttua. Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa lähimuisti on jo erittäin heikko. Tästä johtuu jatkuva kysely ja asioiden toistelu. Kielelliset vaikeudet ovat niin suuria, että potilailla esiintyy sanahakua ja ymmärtämisenvaikeuksia, jos puhuttu asia on liian monimutkainen. Vaikka persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt ovat melko hyvin säilyneet, voivat käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset lisääntyä. Tämä voi johtua käyttäytymistä ja emootioita säätelevien aivoalueiden vaurioitumisesta, lääkityksestä, ympäristöstä tai lisäsairauksista. Myös tunnistamisen vaikeutuminen on yleistä; oma peilikuva onkin joku muu, tai puoliso on vaihdettu toiseen. Tämä luonnollisesti aiheuttaa pelkoa ja epävarmuutta. Masennus, pelkotilat, apatia ja levottomuus ovat yleisiä. Päivällä liikuskelu ja torkkuminen taas aiheuttavat uni-valverytmin heikkenemistä. Myös ympäristön muutokset saattavat aiheuttaa sekavuustiloja. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 129 – 134.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa muisti toimii vain satunnaisesti ja kielellisten vaikeuksien takia puheen tuotto ja ymmärtäminen eivät enää onnistu. Käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset ovat potilailla moninaisia, apatiaa todetaan lähes 90 %:lla poti-

laista. Vastustelu, katastrofireaktiot, agitaatio ja levoton vaeltelu ovat myös yleisiä. Vaeltelu ei ole yleensä tarkoituksenmukaista karkailua, vaan yksinkertaisesti tahto päästä johonkin muualle tai eteenpäin. (Telaranta 2014, 85 – 86.) Masennusta saattaa esiintyä vieläkin, mutta masennuksen oireet esiintyvät enemmän levottomuutena ja ahdistuneisuutena (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 129 – 134).

Lewyn kappale -taudissa tyypilliset oireet voidaan jakaa kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoosiin. Alkuvaiheessa ei ole merkittävää muistihäiriötä, mutta muisti heikkenee taudin edetessä. Psykoottiset oireet, kuten hallusinaatiot ja harhaluulot, ovat usein tunnusomaisia Lewyn kappale -taudille. Visuaalisia hallusinaatioita esiintyy 30–60 %:lla potilaista. Hallusinaatiot ovat usein hyvin tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Vainoharhaisuus on harhaluuloista tavallisin, ja se onkin usein sairauden ensimmäinen oire. Potilailla esiintyy usein vilkkaita ja pelottavia unia ja he äänтелеvät ja liikuttelevat voimakkaasti raajojaan nukkuessaan. Tautiin kuuluvat myös toistuvat kaatumiset, pyörtyilyt ja tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriökohtaukset. (Rinne 2010, 159 – 160.)

Aivoverenkiertohäiriöön liittyvässä muistisairaudessa esiintyy usein masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotoraalista hidastumista. Sairaus vaikuttaa usein myös tasapainoon ja kävelemiseen. Oireet etenevät usein tasaisesti, mutta saattavat kuitenkin vaihdella päivän mukaan. Joskus voi olla pidempiäkin, jopa kuukausia kestäviä tasaisia jaksoja. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 148 – 149.)

Otsa-ohimolohkorappeumat on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joille on ominaista aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Otsa-ohimolohkorappeumaa on kolmenlaista: frontotemporaalinen dementia, etenevä suju-maton afasia ja semanttinen dementia. Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset ovat tavallisia etenkin frontotemporaalisessa dementiassa. Potilailla esiintyy estottomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä, tahdittomuutta ja huolettomuutta. Myös apatia ja aloitekyvyttömyys ovat tavallisia oireita. Toiminta on ärsykesidonnaista; potilas saattaa esimerkiksi juoda lasin pöydältä tyhjäksi, vaikka se olisi jonkun toisen lasi. Käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset saattavat olla jopa isommassa roolissa kuin muistioireet. (Rinne & Remes 2010, 166 – 169.)

Parkinsonin tauti on yleensä keski-ikäisillä ja vanhuksilla esiintyvä sairaus, jonka syy on tuntematon. Oireiden syynä on hermosolujen tuhoutuminen pikkuhiljaa, mikä johtaa dopamiinin puutteeseen. Taudissa tavataan erityisesti otsalohkojen säätelemien toimintojen heikkenemistä. Muisti on yleensä säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Oireet alkavat yleensä hitaasti ja pahenevat taudin edetessä. Ne ovat aluksi toispuoleisia, mutta leviävät myöhemmin kehon molemmille puoliskoille. Tyypillisiä oireita ovat toiminnan hidastuminen ja tarkkaavaisuuden heikentyminen. Lähes puolella potilaista on masennusta. Taudinkuvaa hallitsevien motoristen ja kognitiivisten oireiden vuoksi masennuksen tunnistaminen voi kuitenkin olla vaikeaa. Masennukseen on tärkeää kiinnittää huomiota, sillä masennus voi lisätä kognitiivisia oireita. (Rinne 2010, 172 – 174.)

6.3 Yhteenveto eri muistisairauksiin liittyvistä käytöshäiriöistä

Taulukossa 8. on eritelty yhteenvetona yleisimpiin eteneviin muistisairauksiin liittyvät tyypillisimmät käytöshäiriöt. Käytöshäiriöt eroavat hieman toisistaan muistisairaudesta ja sen vaikeusasteen mukaan. Tiettyjä käytöshäiriöitä esiintyy yleisesti melkein kaikissa muistisairauksissa. Käytöshäiriöiden esiintyminen on yksilöllistä; kaikki muistisairaat eivät kärsi kaikista käytöshäiriöistä, ja toisilla niitä ei esiinny lainkaan.

Taulukko 8. Yleisimpiin eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt

MUISTISAIRAUS	TYYPILLISIMMÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT
Alzheimer, varhainen aste	Masennus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus
Alzheimer, lievä aste	Lisääntynyt ärtyneisyys, masennus, apatia, tunne-elämän latistuminen, epäluuloisuus, paranoidiset oireet
Alzheimer, keskivaikea aste	Masennus, pelkotilat, apatia, levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, erilaiset sekavuustilat
Alzheimer, vaikea aste	Oireet moninaisia: apatiaa todetaan lähes 90 %:lla, vastustelu, katastrofireaktiot, agitaatio, levoton vaeltelu, masennus (esiintyy usein levottomuutena ja ahdistuneisuutena)
Lewyn kappale -tauti	Hallusinaatiot (yleensä tarkkoja ja yksityiskohtaisia), harhaluulot, uni-valverytmin häiriöt
Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen	Masennus, persoonallisuuden muutokset, psykomotoraalinen hidastuminen

Otsa-ohimolohkorapeumat	Estottomuus, arvostelukyvttömyys, tahdittomuus ja huolettomuus, apatia, aloitekyvyttömyys, käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset
Parkinsonin tauti ja muut extrapyramidaalisairaudet	Masennus (lähes puolella potilaista)

6.4 Syitä käytöshäiriölle

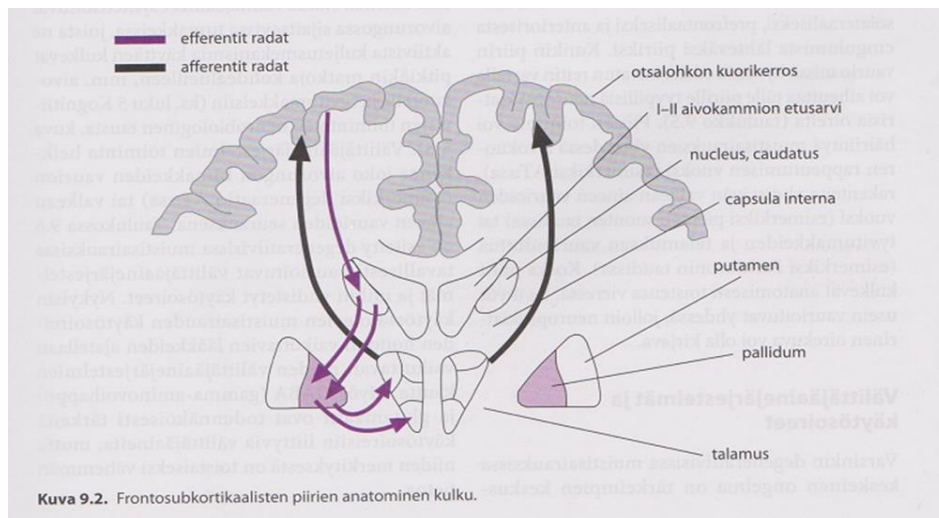
Käyttäytymisen muuttuminen muistisairauden edetessä voi johtua monista syistä. Se voi liittyä psykologisiin tekijöihin tai ympäristöön, eri aivoalueiden vaurioihin tai välittäjäainejärjestelmien muutoksiin. Myös perintötekijöillä ja persoonallisuudella näyttäisi olevan vaikutusta siihen, millaisia muutoksia muistisairaudesta aiheuttaa käyttäytymisessä. (Vataja 2010, 96 – 99.) Esimerkiksi eräät perinnölliset riskitekijät voivat altistaa Alzheimerin tautiin liittyvälle harhaluuloisuudelle (Vataja 2014, 47 – 48).

Jo nuoruudessa pitkälle kehittyneen persoonallisuuden tiedetään vaikuttavan siihen, kuinka muistisairas sairaudestaan selviytyy. Jos muistisairas on alun alkaenkin persoonaltaan estynyt ja ahdistuneisuuteen tai ylivarovaisuuteen taipuvainen, on hänellä muita suurempi riski sairastua muistisairauteen liittyvään ahdistukseen tai masennukseen. Epävakaata tai epäsosiaalista persoona taas saattaa muistisairaudesta puhjetessa kärsiä muuta suuremmalla todennäköisyydellä vaikeahoitoisesta levottomuudesta tai aggressiivisuudesta. Samalla tavalla muutkin korostuneet persoonallisuuden piirteet voivat muistisairaudesta myötä muuttua olennaisesti hoitoa vaikeuttaviksi käytöshäiriöiksi. (Vataja 2014, 48.)

Myös neuropsykologiset oireet johtavat todennäköisemmin käyttäytymisen muutoksiin. Käytöshäiriöt eivät lisäänty tasaisesti muistisairaudesta edetessä, vaan ne esiintyvät yleensä jaksoina. Omahoitajan masentuneisuus voi lisätä potilaan oireita, jolloin potilaan käyttäytymisessä ilmenevät muutokset voivat heijastua myös hoitajan käytöksestä. Myös laitoshoidossa ympärillä olevat levottomat ja kärsimättömät potilaat lisäävät usein oireita. Jos hoitajilla tai lääkäreillä on työuupumusta, voi sekin näkyä potilaan oireiden lisääntymisenä. (Vataja 2010, 96.)

Alzheimerin tauti ja otsa-ohimolohkorapeuma vaurioittavat tyypillisesti limbistä järjestelmää, mikä voi aiheuttaa joitakin muutoksia muistisairaudesta käyttäytymisessä. Sub-

kortikaaliset muistisairaudet taas vaurioittavat tyvitumakkeita, mikä voi aiheuttaa esimerkiksi psykoottisia oireita, masennusta, apatiaa, ahdistuneisuutta ja pakko-oireita. Myös otsalohkoihin liittyvän järjestelmän vauriot voivat vaikuttaa käyttäytymiseen. Aivojen otsalohkon kuorikerroksessa sijaitsevat piirit säätelevät laajasti psykologisia ja motorisia toimintoja (kuva 1). Näistä piireistä tunnetaan viisi, joista kaksi säätelee motorisia toimintoja ja kolme tunne-elämää ja neuropsykologisia toimintoja. Kaikki piirit kulkevat lähekkäin aivoissa, tehden suljetun lenkin, jonka lähtökohtana on otsalohkon aivokuori. Jokainen piiri on vaikutuksessa limbisen järjestelmän rakenteiden kanssa. Jokaisen eri reitin vaurio aiheuttaa sen alueen neurologisia oireita. (Vataja 2010, 96–97.) Monissa muistisairauksissa ongelmana on välittäjäaineiden, kuten dopamiinin, asetyylikoliinin, serotoniinin ja noradrenaliinin väheneminen. Käyttäytymisen alueilla väheneminen on kriittistä. Välittäjäainejärjestelmät heikkenevät esimerkiksi aivorungon tumakkeiden vaurion tai valkean aineen vaurioiden seurauksena. (Vataja 2010, 98.)



Kuva 1. Aivorungon piirien anatomian kulku. (Erkinjuntti T., Rinne J., Soininen H.(Toim.) 2010 Muistisairaudet. Porvoo: Duodecim. 97.)

Taulukko9. Limbisen järjestelmän keskeisiä rakenteita ja niiden vaurioihin liittyviä neuropsykiatrisia oireita.(Vataja 2010, 96)

Orbitofortaalin aivokuori	Persoonallisuuden muutos, hyperseksuaalisuus, aggressiivisuus, pakko-oireet
Ohimolohkon kuorikerros	Psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutos, mania, ahdistuneisuus

Cingulum	Apatia
Amygdala	Persoonallisuuden muutos, hyperseksuaalisuus, aggressiivisuus
Septaaliset tumakkeet	Psykoottiset oireet, hyperseksuaalisuus
Hypotalamus	Seksuaaliset kohdehäiriöt
Talamus	Mania, apatia, muistioireet
Hippokampus	Muistioireet
Tyvitumakkeet (pallidum, putamen, nucleuscaudatus)	Psykoottiset oireet, masennus, apatia, ahdistuneisuus, pakko- oireet

Osa käytöshäiriöistä voi johtua aivotoiminnan muutoksista, mutta yhtä lailla muutokset käyttäytymisessä, esimerkiksi mielialassa, voivat johtua sairauden tuomasta pelosta, masennuksesta ja ahdistuksesta. Eläytyminen sairastuneen rooliin ei ole kovin vaikeaa. Normaalit kotihommat eivät enää suju normaaliin tapaan, tulee virheitä ja väärinymmärryksiä. Oma elämänhallinta tuntuu katoavan ja omanarvontunto laskee. Tämä tilanne johtaa usein ärsyyntyneisyyteen ja tilanteisiin, joissa sairastunut vetäytyy pois sosiaalisista tilanteista. Usein esiintyy myös muiden syyttelyä omista virheistä ja muistamattomuudesta. Sairastuneelle on annettava mahdollisuus kokea samanlaiset normaalit tunnekuohut ja mielialanvaihtelut kuin tervekin ihminen kokee. Kaikki reaktiot eivät siis ole sairauteen kuuluvia, vaikka usein näin luullaan. Kyse onkin siitä, kuinka hyvin hoitava taho kestää mielenmuutoksia, vai tulkitaanko ne heti tautiin kuuluviksi. (Telaranta 2014, 75–76.)

7 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOTYÖN KEINOT KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN LIEVITTÄMISEEN

7.1 Käytöshäiriöiden hoitaminen

Erilaiset muutokset käyttäytymisessä nähdään helposti muistisairauteen kuuluvana osana. On luonnollista tuntea alakuloa tai hermostua normaalia helpommin, kun muisti ei toimi kuten ennen ja omaa asiaansa on normaalia vaikeampi tuoda esille. Lisäksi näistä muutoksista voi olla vaikea puhua ammattilaiselle, sillä kaikenlaiseen psyykkiseen oireiluun liittyvä häpeä asuu ihmisissä yhä vahvasti. Tämän vuoksi muutokset käyttäytymisessä saattavat helposti jäädä vaille asianmukaista hoitoa. Käytöshäiriöiden tunnistaminen ja niiden hoitaminen parantavat kuitenkin olennaisesti niin muistisairaana läheisten kuin muistisairaana itsensäkin elämänlaatua. (Vataja 2014, 58.)

Lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijainen valinta muistisairaana käytöshäiriöiden hoidossa. Lääkehoito tulee kysymykseen vasta sitten, kun muut keinot eivät enää riitä. Kaikki käyttäytymisen muutoksien hoidossa käytettävät lääkkeet ovat keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, joiden haittavaikutuksille ikääntyneet henkilöt ovat erityisen alttiita. Valittavan usein lääkkeet saattavat jopa pahentaa muistisairaana käyttäytymiseen liittyviä muutoksia, ja lisäksi ne voivat romahduttaa muistisairaana fyysisen kunnan niin, että joudutaan sen takia siirtymään ympärivuorokautiseen hoitoon. Tästä huolimatta oikein valittu lääkehoito sopivalla annoksella ja huolellisesti seurattuna voi parantaa merkittävästi muistisairaana henkilön hankalaksi koettua käyttäytymistä. (Vatja 2014, 58.)

Lääkkeettömien hoitovaihtoehtojen kehittäminen ja sisällyttäminen osaksi muistipotilaan hoitoa on tällä hetkellä erittäin ajankohtaista. Käytöshäiriöiden ehkäisemiseksi ja toimintakyvyn parantamiseksi suositellaan käytettäväksi erilaisia vuorovaikutusta parantavia menetelmiä, kuten muistelu- ja mielikuvaterapiaa, musiikkia ja liikuntaa. Hoitohenkilökunnalta käytöshäiriöiden hoito edellyttää monipuolista erikoisosaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitajilla on oltava riittävästi tietoa etenevistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä erityispiirteistä. Erilaisen tiedon ja menetelmien käyttö vaatii hoitotyöntekijöiltä positiivista asennetta, tietoa ja taitoa, luovuutta sekä pitkäjänteisyyttä ja ennen kaikkea uskoa menetelmien hyödyistä muistisairaiden hyvinvoinnin parantamiseksi. Lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttö edellyttää sopimusta sen käyttämisestä sekä koulutusta ja opastusta niiden hyödyntämiseen hoitotyön arjessa. (Suontaka-Jamalainen 2011, 53 – 54.)

Muistipotilaan kognitiivisen, sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn järjestelmällinen selvittäminen on erityisen tärkeää, koska toiminnan vajaukset esiintyvät dementian eri vaikeusasteiden mukaan. Toisaalta on myös tärkeää muistaa, että jokaiselta muistisairasta kohdellaan yksilöllisyys ja persoonallisuus huomioiden. Lisäksi muistisairaiden hyvä hoito edellyttää läheistä yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa ja läheistensä kanssa, sekä moniammatillista yhteistyötä. (Suontaka-Jamalainen 2011, 53 – 54.)

7.2 Etiikka muistisairaahan hoitotyössä

Jokaisen lääkärin ja hoitajan täytyy tuntea muistisairaahan kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Muistisairaudet edetessään vaikuttavat kykyyn ymmärtää ja ilmaista ajatuksia ja tunteita sekä vastaanottaa tietoa. Muistisairaahan kohtaaminen on haastava tilanne. Siitä huolimatta ei pidä ohittaa potilaan toiveita tai tarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee tuntea muistisairauteen liittyvät rajoitukset ja keskustella potilaslähtöisellä ja ymmärrettävällä tavalla. Muistisairaahan potilaan hoidossa hoitohenkilökunnan on työskenneltävä tavoitteellisesti ja vastuullisesti hyvän hoidon periaatteita soveltaen. Hoidon on oltava laaja-alaista ja muistipotilaan toimintakykyä ja elämänlaatua tukevaa. Myös omaisten tukemisen taidot korostuvat muistisairaahan hoitotyössä. Lisäksi sekä lääkärit että hoitajat tarvitsevat riittävästi tietotaitoa hoitaakseen muistisairaiden muita sairauksia asianmukaisesti. Muistisairaiden hoitoon liittyy usein eettisiä kysymyksiä, kuten itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen, oman hoitotahdon ilmaisu, muiden vaikeiden sairauksien hoitolinjojen valinta sekä terminaalivaiheen hoitoratkaisut. (Eloniemi-Sulkava, Rahkonen, Erkinjuntti, Karhu, Pitkälä, Pirttilä, Vuori & Suhonen 2010, 3144 – 3146.)

Etiikan näkökulmasta yksi merkittävimmistä hyvän hoidon kriteereistä on *ihmisarvon* ja *ihmisoikeuksien* kunnioittaminen, jotka ovat merkittäviä arvoja myös koko demokraattisessa yhteiskunnassamme. Sanotaan, että kaikilla ihmisillä on sama ihmisarvo, mutta kuitenkin ihmiset kokevat usein omaa ihmisarvoaan loukattavan. Toiset voivat myös kokea itsensä arvottomammiksi kuin toiset. Yhteisestä ihmisarvosta on kirjattu lakeihin ja julistuksiin, mutta se ei aina tarkoita tämän toteutuvan sosiaalisissa rakenteissa, siinä miten ihmiset toisensa kohtaavat tai kuinka ihmiset itse kokevat oman arvonsa eri tilanteissa. Ihmisarvo konkretisoituu oikeuksiemme kunnioittamisessa ja toteutumisessa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 118 – 119.)

Myös muistisairaahan ihmisen ihmisarvoa tulisi kunnioittaa. Valitettavasti muistisairaahan oikeutta ihmisarvoiseen kohteluun kuitenkin laiminlyödään joskus esimerkiksi siisteyden ja ulkonäön laiminlyömisinä, asioiden kertomatta jättämisenä, kysymättä jättämisenä tai yksityisyyden huomioimatta jättämisenä. Saatetaan ajatella, ettei näillä asioilla ole merkitystä, koska muistisairas ei muista, ei kykene tekemään päätöksiä, ei välitä tai ei pysty valittamaan. Tämä kertoo siitä, kuinka haavoittuva muistisairaahan ihmisen ihmisarvo on. Ihmisarvo on sitä haavoittuvampi, mitä riippuvaisempi ihminen

on toisesta ihmisestä. Jos muistisairas vastustaa ihmisarvon loukkausta huutamalla, ki-roilemalla tai heittelemällä tavaroita, voidaan käytös kokea haastavaksi, mutta se voi- daan myös ymmärtää muistisairaana kamppailuna oman ihmisarvonsa puolesta. Muisti- sairaan ihmisarvon kunnioittaminen edellyttää, että muut ihmiset pitävät ihmisarvoso- pimusta ajan tasalla. On muistettava, että ihmisarvo ei ole muistisairaassa piilevä omi- naisuus, vaan muista ihmisistä riippuvainen suhtautuminen. (Sarvimäki 2014.)

Toinen etiikan kannalta tärkeä lähtökohta hyvälle hoitamiselle on *itse määräämisoikeuden ja integriteetin eli koskemattomuuden ja loukkaamattomuuden* kunnioittami- nen. Hoitajan on pyrittävä tekemään hyvää hoidon tarpeessa olevalle ja estää potilaita vahingoittamasta itseään sekä muita potilaita niin, että kaikkien yhdenvertainen oikeus hyvään hoitoon toteutuu. Esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohdalla ensisijainen vaihtoehto on yrittää rauhoittaa potilasta kuuntelemalla, keskustelemalla ja sovitteli- malla. Joskus joidenkin potilaiden kohdalla riski itsensä tai muiden vahingoittamiseen on kuitenkin niin suuri, että kaikkien turvallisuuden vuoksi on turvauduttava tuntuviin itsemääräämisoikeuden rajoituksiin ja integriteetin loukkaamiseen, kuten vastentahtoi- seen rauhoittavaan lääkitykseen, eristämiseen tai kiinnipitämiseen. Tällaisia potilaita ovat ne, joiden päätöksentekokyky on syystä tai toisesta heikentynyt, kuten esimerkik- si muistisairailta usein on. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 131 – 133.)

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulisi olla kuitenkin tarkoin harkittua ja eettisestä näkökulmasta vahvasti perusteltua. Muistisairaavat kokevat usein, että heidän itsemää- räämisoikeutensa ohitetaan. Saako muistisairas esimerkiksi kieltäytyä tarjotuista pal- veluista? Tai onko pakko osallistua johonkin toimintaan, johon ei halua? Estääkö sai- rausdiagnoosi normaalin rahankäytön jo sairauden alkuvaiheessa? Vaarantuuko muis- tisairaana henkilön itsemääräämisoikeus palveluprosesseissa? Otetaanko muistisairas henkilö vakavasti vai katsotaanko häntä aina "sairaussilmälasiin" läpi? (Isola 2014.)

Hoitajan *eettisellä herkkyydellä* tarkoitetaan kykyä huomioida potilaan erilaisia tuntei- ta ja mielialoja, kuten kipua, ahdistusta, iloa ja sopusointua. Avoimuus, yhteys omiin tunteisiin ja se, että toisen ihmisen kohtaaminen koskettaa hoitajaa, ovat edellytyksiä eettiselle herkkyydelle. Toisen ihmisen huomioiminen perustuu aktiiviselle kuuntele- miselle sen sijaan, että omat valmiit normit ja mielipiteet siitä, miten ihmisen pitäisi elämäänsä elää, vaikuttavat hoitajan arvostelukykyyneen. *Empatia ja omatunto* ovat kiin- teä osa eettistä herkkyyttä. *Yleinen empatia* on sijaistunteiden ja tunteenomaisen sa-

maistumisen käyttämistä toisen ihmisen elämänedellytysten ymmärtämiseen, mutta vaarana on, että hoitaja vain kuvittelee tietävänsä miltä toisesta tuntuu ja luulee ymmärtävänsä tätä. *Kypsä empatia* on ymmärrystä siitä, mitä toisen haavoittuvuus ja elämän eläminen tarkoittavat. Toinen ihminen koetaan kokonaisuutena ja itsenäisenä ihmisenä, jolla on oma elämä. Kypsä empatia on pyrkimystä nähdä ihmisen elämänolosuhteet ja tavoitteet ja myös kokea ne tärkeinä. Se on asettumista toisen ihmisen asemaan ja asioiden katsomista heidän näkökulmastaan, jolloin ymmärretään ja huomioidaan myös oman toiminnan seuraukset toiselle ihmiselle. Kypsä empatia on kykyä katsoa asioita eettisestä näkökulmasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 94 – 95.)

7.3 Arvostavasuhautuminen muistisairaaseen

Hoitajan ja läheisen on hyvä miettiä sairastuneen tilaa omalta kannalta. Miltä tuntuisi, jos itse olisi tässä tilanteessa? Taudin mukana voi kulkea koko matkan ajan masennus, pelko ja ahdistus. Usein diagnoosi muistisairaudesta järkyttää ihmistä, mikä voi myös lisätä pelkotiloja. Pelko voi myös johtua siitä, ettei tiedetä, mikä vaivaa, kun jatkuvasti unohtelee asioita. Sanotaan, että tieto lisää tuskaa, mutta joitain potilaita se voi myös auttaa elämään oman sairautensa kanssa. Arvostava tukeminen on sairastuneille tärkeää, jotta he tunsivat olonsa hyväksytyksi sairautensa kanssa. (Telaranta 2014, 75.)

Aggressiivisuutta on kaikilla ihmisillä. Muistisairaana ja terveen ihmisen välillä on se ero, että terve ihminen pystyy aggressionsa hallitsemaan. Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla fyysistä, sanallista tai molempia. Muistisairaana ihmisen kyky ajatella loogisesti on huonontunut. Puheen tuoton ja ymmärtämisen vaikeuksien vuoksi muistisairaana voi olla vaikeaa tuoda asiaansa esille. Myös sanasto voi olla rajoittunutta ja puhe saattaa olla karkeaa. Tällöin muistisairas voi turhautua, kokea epäonnistuvansa ja saattaa pelätä, mistä voi seurata kiihtyneisyyttä ja aggressioita. Aggressiivisuutta voivat lisätä myös hoitajan liian komentava sävy tai liian holhoava asenne. Muistisairaasta tuntuu, ettei hän ole enää täysivaltainen aikuinen, vaan on menettänyt asemansa. Hoitettavan voi olla vaikea ymmärtää, miksi esimerkiksi intiimialueelle tulee toinen henkilö. Myös epätoivon tuoma häpeä voi purkautua vihamielisenä käyttäytymisenä tai huutamisenä. (Telaranta 2014, 84 – 85.)

7.4 Ihmislähtöinen hoito

Muistisairaiden hoidon ja kuntoutuksen lähtökohtana tulisi olla ihmislähtöisyys: ihminen kohdataan henkilönä, jolla on oma persoonallisuus, elämänselitys ja yksilöllinen tapansa sopeutua muutoksiin. Hoito ja toimenpiteet sovitetaan muistisairaalle elämään sen hetkisen tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelmissa olennaisinta on pohtia miten jokin asia tehdään sen sijaan, että pohditaan mitä tehdään. Esimerkiksi suihkuun meneminen kaksi kertaa viikossa ei ole niinkään olennaista kuin suunnitelma siitä, että suihkupäivänä suihkuun mennään yhdessä ja vaikkapa lauletaan jokin tuttu laulu suihkuun menon yhteydessä. (Haapala ym. 2013, 314 – 317.)

Vastakohtana ihmislähtöiselle hoidolle on tehtäväkeskeinen työskentelytapa, jossa keskitytään ihmisen sijaan sairauden diagnosoimiseen ja sen lääketieteelliseen hoitamiseen. Jos keskitytään pelkästään ihmisen sairauteen ja toimintakyvyssä ilmeneviin heikkouksiin, saatetaan ennemminkin vahvistaa oireiden etenemistä ja heikentää muistisairaalle hyvinvointia. Suomessa on vielä parantamisen varaa ihmislähtöisen hoitotyön toteuttamisessa vanhusten parissa. Yhtenä syynä tähän katsotaan olevan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tavat ja työskentelytapa, sekä byrokraattiset rakenteet jotka ohjaavat hoitajien työskentelyä vahvasti. Asiakkaan tarpeet sovitetaan organisaatioiden tarpeisiin eikä toisinpäin. (Haapala ym. 2013, 314 – 317.)

Tehtäväkeskeisessä työskentelyssä suurin osa hoitajan viesteistä liittyy erilaisten hoitotoimien suorittamiseen. Hoitaja kiinnittää huomion tehtävään asiaan eikä välttämättä odota muistisairaalle edes vastaavan puheeseensa. Muistisairaalle ei kysytä omaa mielipidettä, vaan hänen puolestaan päätetään mitä tapahtuu seuraavaksi. Hoitajat syyllistyvät usein myös lapsenomaiseen me-muotojen käyttämiseen, kuten ”kuinkas me tänään jaksellaan?”. Puhetavasta käytetään nimitystä hoivapuhe. Tällainen kommunikointitapa asettaa muistisairaalle potilaan tai hoidettavan rooliin, jolloin muistisairas, joka ehkä muutenkin viestii vain vähän sanallisesti, hiljenee entisestään ja vetäytyy pois vuorovaikutuksesta. Pahimmillaan tästä seuraa kierre, jossa hoitaja ottaa puolestaan entistä vähemmän kontaktia puhumattomaan muistisairaaseen olettaen tämän viihtyvän omissa oloissaan. Hoivapuhe on jonkinlaista hoitajan vallankäyttöä: hoitaja määrittää mitä, missä ja miten viestitään ja muistisairaalle tehtävänä on vastata ja toimia hoitajan määräämällä tavalla. Jos muistisairas toimiikin odotusten vastaisesti,

esimerkiksi työntää hoitajan pois, huutaa tai itkee, katsotaan hänen käyttäytyvän häiritsevästi tai sanotaan, että hänellä on käytösoireita. (Haapala ym. 2013, 315.)

7.5 Vuorovaikutus muistisairaana kanssa

Vuorovaikutus muistisairaana ihmisen kanssa vaatii hoitajalta erityistä ammattiosaamista. Monet hoitoalalla työskentelevät kokevat haastavasti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisen vaikeaksi. Erään tutkimuksen mukaan hoitajat itse arvioivat omaa käyttäytymistään muistisairaana kanssa liian kärsimättömäksi ja muistisairaana asiallisen huomioonjäävän liian vähäiseksi. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen ei kuitenkaan saisi johtaa ihmisen eristämiseen sosiaalisesta ympäristöstä. Kun sairaus etenee, ihmisen riippuvuus toisista ihmisistä kasvaa entisestään, ja juuri tässä vaiheessa muistisairas tarvitsee muiden ihmisten turvaa kaikista eniten. Jos hoitajalla ei ole taitoja vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa, lisääntyy käytöshäiriöiden määrä. Vuorovaikutustaitoja on mahdollista oppia, ja yhä useammat hoitajat ovatkin kiinnostuneita aiheesta. Vuorovaikutuksen onnistumisessa tärkeää on hoitajien itsetunnon vahvistuminen ja se, että opitaan näkemään miten omalla toiminnallaan voi vaikuttaa muistisairaana osallistumismahdollisuuksiin. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 316 – 317.)

Validaatio ja sen suomalainen vastine TunteVa-toimintamalli ovat tunnettuja menetelmiä muistisairaana ihmisen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Kansainvälisesti tunnettu validaatio-malli on alun perin amerikkalaisen Naomi Feilin 1963 - 1980 - luvuilla kehittämä menetelmä, jonka tarkoituksena on auttaa kohtaamaan muistihäiriöisen ihmisen todellisuus empaattisesti. Se perustuu siihen, että ihmisen tunteet tunnustetaan ja hyväksytään. Pyrkimyksenä on luoda arvostava ja myötäelävä vuorovaikutussuhde, jossa hoitaja kohtaa dementoituneen tunteet ja tarpeet kiistelemättä tosiasioista. Lisäksi olennaista on auttaa muistisairasta käsittelemään aikaisempia asioita ja tunnetiloja. Myös muistisairaalla voi olla menneisyydessään kipeitä ja vaiettuja asioita, jotka pitäisi käsitellä saavuttaakseen rauhan ja tasapainon. Tällaisten kokemusten käsittely vaatii arvostavan ja tunteita vastaanottavan ilmapiirin. Muistisairasta on autettava kokemustensa ilmaisemisessa niin, ettei väheksytä tai mitätöidä tämän tunteita. (Jokinen 2012, 10 – 12.) Validaatiossa muistisairaana tunne-elämä nähdään henkilökohtaisena elämänkehityksenä, jonka kohtaamista autetaan kunnioittamalla tunteita ja tukemalla kohtaamaan omia toiveita ja muistoja. Dementoituvalta ei kielletä tai tyrmä-

tä toiveita, vaan näistä pyritään keskustelemaan. Keskusteluissa voidaan vedota järki-syihin ja toive voidaan lykätä. Kokemusmaailmaa pyritään vuorovaikutustilanteissa tavoittamaan. Validoiva lähestymistapa voi vähentää dementoituvien vaeltelua. (Jauhola 2010, 41.)

Myös TunteVa-mallin perustana on, että muistisairas ihminen kohdataan siinä todellisuudessa, jossa hän elää. Hoitaja arvostaa, kuuntelee ja myötäilee vanhusta erilaisin tekniikoin. Muistisairasta katsotaan ja kosketetaan arvostavasti. Kyse on vuorovaikutuksen toimivuudesta. Kuinka ymmärtää muistisairasta kun loogisuus ja ilmaisu ovat puutteellisia? Miten voidaan ymmärtää tunnekaaosta, jossa muistisairas ajoittain elää? Ihmistä arvostavaa kohtaamista voi opetella, ja TunteVa-menetelmä on yksi keino sen oppimiseksi. On tärkeää ymmärtää, että muistisairaahan haastavallekin käyttäytymiselle on olemassa aina jokin syy. (Jokinen 2012, 11 – 12.)

Vaikka ihmisen kyky kommunikoida puheen avulla ja ymmärtää puhuttuja viestejä katoavat vähitellen muistisairauden edetessä, eivät halu olla vuorovaikutuksessa ja tarve ilmaista itseään katoa minnekään. Ilman sanoja tarpeiden ilmaiseminen on haastavaa, ja muiden voi olla vaikea ymmärtää, mitä muistisairas haluaa käytöksellään viestiä. Ilmaisun keinoilla ja käytöshäiriöillä näyttäisi nykytietämyksen valossa olevan selvä yhteys toisiinsa. Onko haastavassa käyttäytymisessä lainkaan kyse käytöshäiriöistä vai kenties vain muistisairaahan muuttuneesta tavasta ilmaista itseään? (Haapala ym. 2013, 315 – 316.)

Ammattitaitoinen hoitaja on tietoinen muistisairaahan ihmisen viestinnässä tapahtuvista muutoksista ja havaitsee hänen eri tavoilla ilmaisemansa viestit. Lisäksi hän osaa sopeuttaa oman kommunikointitapansa muistisairaahan tarpeita vastaavaksi. Sanaton viestintä korostuu, esimerkiksi kosketus, etäisyys, kehon asennot, pään liikkeet, kasvojen ilmeet, katsekontakti, puheen painotukset ja voimakkuus sekä toiminnan ja hengityksen rytmi. Sairauden edetessä nämä vuorovaikutuskeinot tulevat entistä tärkeämmiksi välineiksi kommunikoidessa muistisairaahan kanssa. Erittäin vaikeastikin muistisairas ja kielelliseen kommunikaatioon kykenemätön mieltää hoitotilanteet hyvin ja vastaa esimerkiksi silmiään sulkemalla tai avaamalla, suutaan liikuttamalla, äännelemällä tai käsiään ja jalkojaan heiluttamalla. Tällaisiin viesteihin on hyvä vastata, jolloin muistisairas kokee tulevansa kuulluksi. (Haapala ym. 2013, 315 – 316.)

7.6 Myönteinen tunneilmapiiri

Hoitajan toiminta ja käytös voivat laukaista tai lieventää dementoituneen levottomuutta ja ahdistusta. Omalla persoonallaan hoitaja voi hankalissa tilanteissa valjastaa tilanteen esimerkiksi huumorilla tai luovuudella. Huumorin ja luovuuden käyttö voi laukaista aggressiivisen käytöksen positiiviseksi käytökseksi. Dementoituneelle on muokattava sosiaalinen ympäristö, joka on avoin, salliva, joustava ja leppoisa. Näin saadaan ahdistunut ja haasteellinen tilanne pysymään hyvänä. Ohjauksessa voi viestimisen tehostamiseksi käyttää kosketusta, katsekontaktia, elekieltä ja kahdenkeskisiä tilanteita. (Jauhola 2010, 40.)

On tärkeää ymmärtää, että muistisairas reagoi herkästi ympäristön tunneilmapiiriin (Haapala, ym. 2013, 315). Sanojen hävitessä monen muistisairaahan tunnepuoli herkistyy, mikä voi näkyä esimerkiksi ympäristössä tapahtuvien tunne- ja ilmapiirimuutosten aistimisena (Sarvimäki 2014). Muistisairas aistii herkästi hoitajan kärsimättömyyden ja uupumuksen sekä kiireen, mutta toisaalta myös hoitajan hyväntuulisuuden ja läsnäolon. Myönteisellä ilmapiirillä saadaan useimmiten aikaan myönteisiä reaktioita. (Haapala ym. 2013, 315 – 316.) Lisääntynyt tunneherkkyys voi altistaa muistisairaahan myös vahingolle ja pahoinvoinnille ilmapiirin ollessa kielteinen, vihamielinen tai sekava, sillä muistisairaahan kyky käsitellä tunteita kognitiivisesti on alentunut, eikä hänellä ole suojautumiskeinoja kielteisistä ilmapiiriä vastaan. Myönteinen ja turvallinen ilmapiiri eheyttää ja vahvistaa mielen hyvinvointia. (Sarvimäki 2014.)

Toivosen (2015) tutkimuksessa hoitajat kokivat ihmisen kohtaamisen samanarvoisena tarkoittavan ihmisen kohtaamista arvokkaana ja kohtelemista sen mukaisesti. Kohtelun koettiin olevan lohduttamista, läsnäoloa sekä toivon luomista. Hoitajan arvot liitettiin kohtamiseen, esimerkiksi tehdään toiselle niin kuin itselle tahdotaan tehtävän. Kohtaaminen on läsnäoloa, johon sisältyy lähellä oleminen, kosketus, vierelle jääminen ja esimerkiksi kädestä pitäminen. Ihmisen kuunteleminen on myös todellista läsnäoloa. Toivon luominen keskellä sairautta ja vaivoja antaa merkitystä elämälle. Kohtaaminen voi myös potilaan elämänskatsomuksesta riippuen saada uskonnollisen ulottuvuuden. Uskonto on monien apuna toivon luomisessa, mutta hoitajan on myös varottava käyttämästä vääränlaisia tukikeinoja hengellisyyttä tukiessaan, sillä ihmisten vakaumukset voivat erota toisistaan paljonkin. Vakaumusta huomioitaessa on tärkeää tietää potilaan uskontoon liittyvistä asioista. Hengellisyys voi viedä muistisairaahan ja

hoitajan suhdetta lähemmäs tavallista ihmissuhdetta, jolloin heidän välilleen voi syntyä uudenlainen yhteys. (Toivonen 2015, 29 – 34.)

7.7 Muistisairaana menneisyyden merkitys

Dementoituvan historiasta on hyvä tietää jotakin. Se edesauttaa välttämään verbaalisti tapahtuvia aggressiivisia tilanteita. Hoitajan on myös helpompi valita oikeanlainen auttamismenetelmä, kun muistisairaana historiasta tiedetään jotain. (Jauhola 2010, 40.) Muistisairaana ihmisen elämänkaareen perehtyminen auttaa ymmärtämään hänen käyttäytymistään, ja ymmärtävä lähestymistapa usein helpottaa etenkin haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Berliiniläisen professorin Erwin Böhmin hoitomallin tarkoituksena on antaa muistisairaalle ihmiselle ihmisarvoinen vanhuus. Tavoitteena on vanhusten psyykkisten voimavarojen elvyttäminen ja tukeminen. Dementoituneilla ihmisillä on usein vaikeuksia ilmaista tarpeitaan suoraan, jolloin hoitohenkilökunnan apuna on omaisten antama tieto dementoituneen elämästä. Henkilökunnan tehtävänä on selvittää muistisairaana emotionaalinen taso; mikä on ollut sairastuneelle tärkeää ennen, mikä on hänelle tärkeää nyt, mitkä asiat ovat vaikuttaneet hänen elämäänsä, miksi hän on toiminut tietyllä tavalla ja miten hän on tottunut käsittelemään ongelmatilanteita. Hoitomallin käytön tuloksista ilmenee, että muistisairaiden kunto on parantunut, oma-aloitteisuus lisääntynyt ja häiriökäyttäytyminen vähentynyt ilman lääkkeitä. Lisäksi henkilökunta kokee työnsä mielekkäämpänä, ja jopa sairauspäivien määrä on laskenut. (Sivonen, T.3/2010, 21 – 23.)

Muisteluterapia on yksi merkittävä hoitomuoto haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kanssa. Muistelua voidaan käyttää ryhmissä, joissa keskustellaan menneistä tapahtumista ja kokemuksista. Muisteluterapia voi vaikuttaa myös vaelteluun. Terapian apuna voidaan käyttää esineitä tai kuvia menneiltä ajoilta. Muistelu lisää hyvää mieltä ja parantaa kognitiivisia toimintoja. (Jauhola 2010, 41 – 42.) Muistelulla on monenlaisia merkityksiä muistisairaana elämässä. Se voi auttaa kognitiivisten kykyjen säilyttämisessä ja erityisesti masennuksen lievittämisessä, itsetunnon tukemisessa, vuorovaikutustaitojen ylläpitämisessä ja identiteetin jatkuvuuden varmistamisessa. Sillä voi olla tärkeä rooli myös menetysten käsittelemisessä. Muistojen kertomisessa on myös sosiaalinen ulottuvuus, jolloin se voi tukea yhteisöllisyyteen ja antaa mahdollisuuden kokemusten jakamiseen. Hoitajille muistisairaana kanssa muistelemisen antaa arvokasta tietoa muistisairaana elämästä ja historiasta, mikä auttaa ymmärtämään paremmin

muistisairaahan kokemusmaailmaa ja toimintatapoja. (Eloniemi-Sulkava, Savikko, Kotilainen, Köykkä, Numminen, Saarenheimo, Suominen & Topo 2011, 21.)

7.8 Ympäristön merkitys

Ympäristö tarkoittaa fyysisiä ympäristön olosuhteita ja elinoloja. Mitä riippuvaisempi ihminen on ulkopuolisista avuista, sitä helpommin lähipiiri kapenee lähiympäristöön, omaan asuntoon, huoneeseen tai sänkyyn. Ulkoisen avuntarpeen suurentuminen tarkoittaa lähipiiriin käyvän yhä tärkeämmäksi. Ympäristöllä on tärkeä rooli elämänlaadun määrittäjänä. Hyvät elinolosuhteet, kodin ja lähiympäristön esteettömyys ja oikeanlainen apu vaikuttavat elämänlaatuun. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 58 – 61.)

Ympäristö vaikuttaa myös merkittävästi muistisairaahan elämänlaatuun ja käyttäytymiseen. Dementoitunut ihminen tuntee olonsa usein epävarmaksi, joten asuinympäristö olisi pyrittävä luomaan sellaiseksi, että se ei aiheuta lisää oireita. Böhmin hoitoyksikössä Berliinissä vanhusten huonekalut ja arjen esineet ovat peräisin 1930 – 50-luvuilta, jolloin asukkaat kokevat olonsa turvallisemmaksi ja tutummaksi. Entisaikojen huonekalut ja arjen esineet helpottavat kadonneiden arjen rutiinien palautumista. Muistisairaavat palaavat usein aikaan, jolloin he olivat henkisesti vahvoja ja kiinni elämässä. Böhmin hoitokodissa ajatus on viety niin pitkälle, että hoitajatkin pukeutuvat entisaikojen saksalaisten kotirouvien essumekkaan. Asukkaat tunnistavat vaatteet, jolloin ne tuovat tutun ja turvallisen tunteen. (Sivonen, T.2010, 21 – 23.)

Hoitoympäristöllä, jossa on huomioitu muistipotilaan tarpeet ja kognitiivisten oireiden vaatimukset, on mahdollista vähentää käytöshäiriöitä ja tukea itsenäistä selviytymistä. Ympäristön tulee olla kodikas, tutun oloinen ja muistisairaahan hallittavissa. Huomiota kannattaa kiinnittää selkeyteen, rauhallisuuteen, äänimaailmaan ja hahmottamiseen. Tilojen tulee tarjota mahdollisuus yksityisyyteen, mutta samalla myös mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen. Toiminnan ja osallisuuden mahdollisuuden on havaittu vähentävän käytöshäiriöitä ja tukevan muistipotilaan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Eloniemi-Sulkava 2010.)Tunteet ja käyttäytyminen ovat usein lähtöisin ympäristön ja tilanteiden tulkinnoista, jolloin elinympäristö voi pahimmillaan lisätä käytöshäiriöitä. Erityinen herkkyys voi aiheuttaa sen, että pienetkin muutokset luovat ärsykeitä. Muistisairas ihminen reagoi herkemmin ympäristön myönteisiin ja kielteisiin ärsykeisiin vielä sairauden vaikeassakin vaiheessa. Yli- ja alistimulaatiolla on molemmilla

kielteisiä vaikutuksia. Hyvä fyysinen ympäristö on turvallinen ja tuttu, esteetön, visuaalisesti ja auditiivisesti hallittava sekä tarkoituksenmukainen. (Elo 2013.)

Ympäristön visuaaliseen hallittavuuteen vaikuttavat valo ja valaistus, tilan havaitsemisen tukeminen, värit, kontrastit, muistot ja elämänhistoria. Ympäristön auditiiviseen hallittavuuteen taas vaikuttavat rauhallisuus, äänet ja mahdollinen musiikin käyttö. Ympäristön tarkoituksenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että se on turvallinen, siellä on toimintamahdollisuuksia, se vähentää vaeltelua ja siellä hyödynnetään moniaistillisuutta. Ympäristössä on hyvä kohdentaa huomiota tuttuihin asioihin, sillä ne voivat herättää muistoja ja aktivoida hyvänolon tunteita. On tärkeää miettiä, miten juuri tämä ihminen kokee tämän ympäristön ympärillään. (Elo 2013.)

Fyysisten voimavarojen, toiminnanohjauksen, muisti- ja aistitoimintojen heikentyessä voi pienikin yksityiskohta liikkumisväylällä estää liikkumisen itsenäisesti ja lisätä avuttomuuden tunnetta. Toimiva ympäristö ja esteettömyys ovat tärkeä osa ihmisen hyvinvointia. Tekniset ratkaisut ja ympäristön rakenne tukevat liikkumista ja orientoitumista. Esteetön ympäristö tarkoittaa, että ympäristössä pääsee liikkumaan rajoituksista huolimatta, esimerkiksi apuvälinettä käyttäen. (Ahola 2009, 63 – 68.) Ihmisen suhde luontoon ei koskaan katoa, se saattaa vain kaventua. Ulkoiluun liittyvät hetket ylläpitävät ja parantavat etenevää muistisairautta sairastavan hyvinvointia, ja se voi lisätä sosiaalisia kontakteja. Jo pelkkä kasvien ja puutarhan katselu ovat tärkeitä. Luonto virkistää mieltä, ja sillä on myös kipua lievittävä vaikutus. Hyvä ympäristö on yksityiskohdiltaan rikas, jolloin jokainen aisti saa positiivisia virikkeitä. Havaitsemista tehostaa moniaistisuus. Viherympäristö voi tarjota käyttäjälle ymmärtämisen-, kyvykkyyden- ja hallinnantunteita. (Ahola 2009, 63 – 66, 68.)

Ympäristön suunnittelussa korostetaan liian rajoittuneesti vain visuaalisuutta ja näkemistä. Aistitarjonnan lisääminen kaikkia aisteja koskevaksi edistää ihmisen mahdollisuuksia itsenäiseen toimintaan. Hyvä kaide informoi, milloin mennään tasaisella maalla tai milloin pudotus alkaa. Tasapainon hallintaa auttavat pysty- ja vaakalinjat. Vinolinjat heikentävät tasapainoa. Moniaistisuudessa havainto tehdään usealla aistilla samaan aikaan, jolloin aistit tehostavat toistensa toimintaa. Voimakas melu voi vaikeuttaa visuaalista havaitsemista. Aistitoiminnot heikentyvät ikääntyessä, mutta monen aistin kautta saatu informaatio edesauttaa havaitsemista ja auttaa arjessa toimimis-

ta. Aistien käyttöä täytyy kuitenkin opetella. Luonto tarjoaa moniaistisen ympäristön, joten ulkoilu mahdollistaa kaikkien aistien käytön. (Ahola 2009, 65 – 66.)

Oman toiminnan ja ympäristön antaman tuen avulla voidaan vaikuttaa hallinnan tunteeseen ja toimintakykyyn. Fyysisen ympäristön esteillä ja esteettömyydellä on merkitystä toimintakyvylle. Elinympäristön muutoksilla ja apuvälineillä voidaan saada menetettyä toimintakykyä takaisin tai lievittää toimintakyvyn rajoitteiden tuomaa haittaa. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 71 – 82.) Fyysisen hoitoympäristön olisi hyvä olla kuntouttava. Esimerkiksi ulkoilun mahdollistaminen on tärkeää. Ulkoiluympäristö riippuu hoitopaikan sijainnista. Kaupungissa voi hyödyntää esimerkiksi kirjastoja ja toria. Sisätiloissa voi tarjota mahdollisuuksia esimerkiksi kuntoiluun. Tarkoituksenmukaisilla apuvälineillä, kuten kaiteilla ja nousutuilla, on suuri merkitys kuntouttavan ja toimintakykyä tukevan hoitoympäristön kannalta. Esimerkiksi wc-tiloissa on tärkeää pystyä suoriutumaan mahdollisimman pienin avuin, sillä monet kokevat omatoimisuuden wc-käynneillä tärkeäksi. Etenkin muistisairaalle liikkumisen mahdollistaminen on suotavaa. (Karppinen 2015, 23 – 32.)

Viihtyisyyttä hoitoympäristöön tuovat esteettisyys ja kodinomaisuus. Värien käyttö, siisteys, järjestys ja kukkaset tuovat sisustukseen viihtyisyyttä. Myös vuoteessa tai pyörätuolissa olevia voi huomioida laittamalla koristeita esimerkiksi kattoon tai katon rajaan tai sijoittamalla niitä matalammalle. Omissa huoneissa omat tavarat lisäävät kodintuntoa. Vuodenaikojen huomiointi koristelemalla esimerkiksi pyhien mukaan tuomukavaa vaihtelua arkeen. (Karppinen 2015, 24.) Kodinomaisuutta voidaan lisätä myös antamalla yhteistä tekemistä ja mahdollisuus sosiaalisiin suhteisiin (Lyyra & Tiikkainen 2009, 71 – 82).

Laitosolosuhteissa rauhallisen ympäristön järjestäminen vähentää muistisairaiden levottomuutta. Melutason laskeminen esimerkiksi hiljentämällä kovaäänisen television tai radion voi rauhoittaa levottoman muistisairaana. Rauhallisella puhetavalla voidaan myös vaikuttaa levottomuuteen. Avoimien ovien sulkeminen voi rauhoittaa vaeltavaa vanhusta. Ovien lukitseminen ja esteiden asettaminen voivat auttaa. Myös peittelytekniikalla voidaan lieventää ahdistusta. Tämä tarkoittaa sitä, että naamioidaan peilit, ovet ja kuviot, jotka mahdollisesti aiheuttavat haasteellista käyttäytymistä. Tilojen suunnittelu paremmin ymmärrettäväksi ja merkitseminen kyltein, kartoin ja merkein, saattaa vähentää muistisairaiden vaeltelua ja levottomuutta. Ympäristössä opastami-

nen voi olla apukeino helposti eksyvälle vanhukselle. Opastava ohjaaminen auttaa muistisairasta löytämään laitosolosuhteissa oikeat tilat ja paikat. Ohjaamisessa voi käyttää eri kiintopisteitä, kuten käytäviä tai seinien värejä. Ohjaus lisää dementoituneen kykyä toimia itsenäisesti ja löytää paikalle. (Jauhola 2010, 49 – 50.)

Haasteellisesti käyttäytyvän hoitotyössä ympäristön luominen turvalliseksi on tärkeää. Muistisairaahan liikkumisen havainnointi on edellytys turvalliselle ympäristölle. Lukitut tilat voivat lisätä lähtemisen tunnetta ja ahdistaa. Hoitohenkilökunnan joustava toiminta mahdollistaa ovien avaamisen ja turvallisen liikkumisen. (Jauhola 2010, 49 – 50.) Hoitoympäristön turvallisuutta lisäävät vähäiset laitteet huoneissa ja riittävä valaistus osastolla. Turvallisen hoitoympäristön luomiseen voi hyödyntää teknologiaa hälyjärjestelmien ja hälymattojen avulla. Turvalliseen hoitoympäristöön kuuluu myös esteettömyys. Ongelmia esteettömyyteen voivat aiheuttaa kynnykset tai apuvälineiden runsas määrä, mikä tekee tilat ahtaaksi. (Karppinen 2015, 23.)

7.9 Musiikki

Musiikin käyttö rauhoittaa levottomasti käyttäytyvien muistisairaiden olotilaa hoitotilanteissa. Esimerkiksi ruokailutilanteissa hoitoympäristö voidaan harmonisoida taustamusiikilla. Dementoituvat hymyilevät ja viihtyvät paremmin ruokailutilanteissa musiikin soidessa taustalla. Musiikin kuuntelu voi myös auttaa muistisairaita pysymään paikoillaan kauemmin ja he näyttävätkin levollisemmilta. Musiikkia kuuntelemalla voidaan myös lisätä muistisairaiden motorista aktivoitumista, esimerkiksi käsien ja jalkojen taputtamista. Liikkeet muuttuvat tarkoituksenmukaisemmiksi ja puhe ja äänenkäyttö rauhoittuvat musiikin kuuntelun myötä. (Jauhola 2010, 44 – 45.)

Musiikin käyttö näyttäisi myös edistävän kommunikaatiota muistisairaahan kanssa (Särkämö, Laitinen, Numminen, Tervaniemi, Kurki & Rantanen 2011, 37). Musiikin kuuntelu lisää sosiaalisten kontaktien luomista ja yksilöllistä vuorovaikutusta vanhus- ja hoitohenkilökunnan välillä. Musiikki rentouttaa, jolloin vanhukset luovat enemmän katsekontakteja ympärillään oleviin ihmisiin ja keskustelevat vilkkaammin. Esimerkiksi aamutoimien aikana musiikin kuuntelu voi parantaa vanhuksen ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Taustamusiikin kuuntelu voi lisätä huumorin ja leikkimielisyyden käyttöä hoitotilanteissa. (Jauhola 2010, 44 – 45.)

Sihvosen, Leon, Särkämön ja Soinilan (2014, 1852 – 60) tekemän systemaattisen katsauksen tuloksista ilmenee, että musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen vähentää dementiapotilaiden käytöshäiriöitä. Se nostaa mielialaa, parantaa muistin toimintaa, lisää keskittymiskykyä ja vähentää sekavuutta, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, kiihtymistä, käyttäytymishäiriöitä sekä koetun kivun voimakkuutta. Eräässä katsauksessa olleessa tutkimuksessa musiikkiryhmän suoritus tarkkaavuutta ja kielellistä muistia mittaavissa tehtävissä parani. Yhdessä katsauksessa olleessa suomalaisessa tutkimuksessa laulaminen paransi dementiapotilaiden lyhytkestoista muistia ja työmuistia ja lisäsi emotionaalista hyvinvointia. Musiikin kuuntelu myös paransi koetua elämänlaatua. Musiikkiryhmien yleinen kognitiivinen suoriutumiskyky, orientatio, tarkkaavuus, toiminnanohjaus, mieliala sekä varhainen tapahtumamuisti paranivat verrokkeihin nähden.

Yhdessä Sihvosen ym. (2014, 1852 – 60) katsauksessa olleessa japanilaisessa tutkimuksessa verrattiin interaktiivisen ja passiivisen musiikin kuuntelun vaikutuksia dementiaoireisiin ja stressiin sellaisilla potilailla, joilla Alzheimerin tauti oli pitkälle edennyt. Interaktiivinen musiikkiryhmä taputti käsiään, lauloi ja tanssi musiikin tahdissa terapeutin johdolla, passiivinen ryhmä kuunteli musiikkia terapeutin tarkkaillessa taustalla, ja verokkiryhmä oleskeli huoneissaan omahoitajan seurassa. Interaktiiviseen musiikkiryhmään osallistuneiden harhaluulot, hallusinaatiot, aggressiivisuus, hallitsemattomat tunteenpurkaukset ja ahdistuneisuus vähenivät merkitsevästi ja heidän sykkeensä hidastui ja parasympaattisen hermoston aktiivisuus lisääntyi. Näitä vaikutuksia oli havaittavissa vielä kolmen viikon kuluttua intervention päättymisestä. Passiivisen kuuntelun ryhmässä vaikutukset olivat lievempiä ja lyhytaikaisempia.

Musiikki vaikuttaa aivojen syviin rakenteisiin, minkä vuoksi kokemus musiikista voi olla hyvin voimakas. Musiikin kuuntelu ja tuottaminen itse esimerkiksi laulamalla asettavat hyvin erilaisia vaatimuksia aivoille. Molemmat aktivoivat aivojen ohimo- ja otsalohkojen alueita sekä limbisiä alueita. Nämä liittyvät muun muassa kuulohavaintojen käsittelyyn, emootioihin, tarkkaavaisuuteen ja muistiin. Musiikin tuottaminen aktivoi myös motoriikkaan ja sen kontrollointiin, kuten keskittymiseen. (Särkämö ym. 2011, 7, 42.) Musiikin kuuntelu taas vapauttaa dopamiinia niissä aivojen rakenteissa, jotka säätelevät mielihyvää, muistia, tarkkaavuutta, toiminnanohjausta ja motivaatiota. Dopamiinin vapautumisella on suora vaikutus musiikkielämyksen voimakkuuteen. Musiikki voi siis tehostaa useita keskeisiä kognitiivisia toimintoja. Jo 20 minuutin

päivittäinen musiikilla tuettu harjoittelu parantaa merkittävästi motoriikkaa, ja tunnin kuuntelu johtaa kognition ja psyykkisen tilan kohentumiseen. (Sihvonen ym. 2014, 1852 – 60.)

Koska musiikki aktivoi aivoja laaja-alaisesti, edistää se hermoverkoston korjaantumista. Musiikin kuunteleminen jättää jäljen aivojen rakenteisiin. Sen vaikutus perustuu stressin ja masennuksen vähenemiseen, motoriikan tahdistukseen, aivojen rakenteelliseen muovautumiseen ja dopamiiniin liittyvän järjestelmän aktivoitumiseen. Musiikki myös parantaa kognitiivista suorituskykyä. On jopa tutkittu, että muusikoilla iän mukanaan tuomat tuhot aivokudoksessa ovat vähäisempiä tavalliseen verrattuna. (Sihvonen ym. 2014, 1852 – 60.)

Musiikkilajista riippuen musiikilla voi olla kiihdyttäviä tai rauhoittavia vaikutuksia, joita on tutkittu mittaamalla kardiovaskulaarisia ja endokriinisia vasteita. Musiikin kuunteleminen vähentää kortisolin eritystä, joka vaikuttaa suoraan stressin lievenemiseen. Eräessä tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriön jälkeen dementoituneiden potilaiden sydämen syketaajuuden vaihtelu todettiin suuremmaksi ja sydämen vajaatoiminta vähäisemmäksi musiikin kuuntelun seurauksena. Lisäksi musiikin kuuntelu vähensi veren adrenaliini-, noradrenaliini- ja interleukiini 6 -tasoa verrattuna verrokiryhmään. (Sihvonen ym. 2014, 1852–60.)

Muistisairas pystyy tunnistamaan ja laulamaan ulkoa vanhoja, tuttuja kappaleita ja palauttamaan musiikin kautta mieleen vanhoja tapahtumia, vaikka muisti ja kommunikaatiokyky muutoin olisivat alentuneet. (Särkämö ym. 2011, 40 – 42.) Tuttu musiikki aktivoi terveen ihmisen otsalohkon sisäosaa voimakkaammin kuin tuntematon kappale. Alzheimerin tautia sairastavilla tämä aivojen alue surkastuu muita aivoalueita hitaammin. Tästä syystä he kykenevät tunnistamaan tuttuja musiikkikappaleita hyvinkin myöhäisessä sairauden vaiheessa. Alzheimerin tautia sairastavat potilaat myös tunnistavat ja muistavat laulettuun tekstin paremmin kuin vastaavan puhutun tekstin. (Sihvonen ym. 2014, 1852 – 60.)

Erityisesti tuttu, muistoja herättävä musiikki voi liikuttaa muistisairasta syvällisestikin. Se voi jopa hetkellisesti auttaa palauttamaan kognitiivisen fokuksen. Laulaminen lisää etenkin lapsuuden ajan henkilöiden palauttamista mieleen, varsinkin jos laulut ovat lapsuus- tai nuoruusajalta tuttuja. (Särkämö ym. 2011, 40 – 42.) Dementiapotilaat

pystyvät palauttamaan elämäntapahtumiaan paremmin itse valitun musiikin soidessa kuin ilman musiikkia. Vaikka musiikin kuuntelu tutkitusti vähentää dementiapotilaiden käytöshäiriöitä, ei yhteyttä musiikin tuttuuteen ole kuitenkaan tutkittu. (Sihvonen ym. 2014, 1852 – 60.)

Musiikilla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia mielialaan ja sillä on keskeinen rooli myös tunteiden säätelyssä. Musiikin ja musiikkiterapian on todettu edistävän masentuneiden kykyä tunnistaa ja ilmaista tunteitaan. Masentuneiden hoidossa musiikkiterapia yhdistettynä masentuneiden perushoitoon on tutkitusti tehokkaampi hoitoyhdistelmä kuin pelkkä masentuneen standardihoito. Hoitoyhdistelmä sai aikaan parempia tuloksia intervention jälkeisessä seurannassa masennusoireiden ja ahdistusoireiden vähenemisessä ja yleisen toimintakyvyn lisääntymisessä. Hoitovaste musiikkiterapiaa saaneilla oli huomattavasti parempi kuin tavanomaista masennuksen hoitoa saaneilla. (Punkanen 2011, 32, 52.) Musiikilla on vahva yhteys masennuksesta toipumiseen emotionaalisen prosessin käynnistäjänä. Sillä on selkeä rooli niin tunteiden ilmaisun, tunnistamisen ja niiden onnistuneen prosessoinnin kannalta. (Koski-Helfenstein 2011, 74.) Myös Sihvosen ym. (2014, 1852 – 60) systemaattisen katsauksen mukaan musiikkitoiminta vähensi masentuneisuutta kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa potilasryhmissä, joita olivat Parkinsonin tauti, aivohalvaus, aivovammat ja dementia. Särkämön ym. (2011, 33, 7) tutkimuksessa musiikilla todettiin olevan mielialaa parantava, piristävä ja muistelua stimuloiva vaikutus. Yhteinen laulaminen ja musiikin kuuntelu myös vähensivät muistisairaiden masentuneisuutta. Musiikki ja laulaminen stimuloivat aivoja, rauhoittivat ja toivat hyvää oloa, ja nämä positiiviset vaikutukset kestivät pitkään musiikkiterapian päättymisen jälkeenkin.

Laulaminen kohottaa mielialaa ja tuo tärkeitä onnistumisen kokemuksia hieman enemmän kuin musiikin kuunteleminen. Laulamisella on myönteinen vaikutus kielelliseen ja omaelämäkerralliseen muistiin. Musiikin kuuntelu lisää yhteistä muistelua ja lujittaa yhteenkuuluvuuden tunnetta hieman enemmän kuin laulaminen. Musiikin kuuntelulla on myös välitön sekä pitkäaikainen positiivinen vaikutus muistisairaiden elämänlaatuun. Sekä laulaminen että musiikin kuunteleminen kohentavat muistisairaiden orientoitumista aikaan ja paikkaan. Säännöllinen musiikkitoiminta voi hidastaa orientaation heikentymistä muistisairauden edetessä. Jo yksittäinenkin musiikkivalmennushetki lisää muistisairaiden iloisuutta ja tarmokkuutta sekä vähentää väsyneisyyttä, hämmentyneisyyttä, kireyttä ja pelokkuutta, joten sekä musiikin kuuntelulla et-

tä laulamisella on myös lyhytkestoinen, mielialaa kohentava vaikutus. (Särkämö ym. 2011, 33 – 35, 37 – 41.)

7.10 Liikunta

Muistisairauden edetessä sairastuneen toimintakyky laskee ja avuntarve lisääntyy. Yksi keskeinen syy tähän on liikuntakyvyn heikkeneminen. Liikkuminen muuttuu jäykkemmäksi, käveleminen hidastuu ja toiminnan ohjauksessa voi esiintyä ongelmia. Nämä tekijät voivat heikentää päivittäisiä toimia ja lisätä myös omaishoitajien ja hoitajien työtä. Pukeminen, riisuminen, paikasta toiseen siirtyminen ja ulos lähteminen voivat vaikeutua. Lisäksi taudille on tyypillistä laihtuminen ja lihaskato, mikä haurastuttaa ja vaikeuttaa kehonhallintaa. Jo muistisairauden varhaisessa vaiheessa voidaan havaita muutoksia kävelykyvyssä ja asentokontrollissa. Muistisairaudet altistavat myös kaatumisille. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013, 18.)

Liikunnan lisääminen ja mahdollistaminen ovat olennainen osa dementoituvan ihmisen perustarpeita. Harjoitukset voivat olla soveltavia kävelyharjoituksia, kuntosaliharjoitteita tai erilaisia jumppia, dementoituneen lähtötason kunto huomioiden. Kävely ja fyysiset harjoitteet, esimerkiksi puutarha- ja ulkohommiin yhdistettynä, hillitsevät vaeltelua ja lisäävät aktiviteetin määrää. Motoriseen levottomuuteen saadaan helpotusta liikunnan mahdollistamisella ja poistamalla liikuntaa rajoittavia tekijöitä. Liikkumisen rajoittaminen vain wc-käyntien tai ruokailun ajaksi voivat vähentää dementoituneen huutelua. (Jauhola 2010, 43 – 44.)

Ulos lähteminen ja ulkoa tuleminen tuottavat hyvää mieltä. Etenevä muistisairaus vaikuttaa aloitekykyyn ja toiminnanohjaukseen, minkä vuoksi yhdessä ulos meneminen ja ulkona liikkuminen ovat stimuloivaa toimintaa. Voimavaralähtöiset toimintatavat ovat keskeisiä rohkaisussa ja mahdollistavat omien, hauraiden voimavarojen käytön. (Ahola 2009, 63 – 68.) Tanssiminen tai esityksen seuraaminen ja siihen osallistumien esimerkiksi käsiä ja jalkoja liikuttamalla lisäävät osallistumista fyysisiin aktiviteetteihin. Tanssin ja musiikin avulla voidaan luoda harmoniaa ja rauhaa. Lisäksi tanssilla voidaan lisätä yhteisymmärrystä ja merkityksellistä vuorovaikutusta. Tanssin kautta saadaan luonnollinen ja onnistunut kommunikaatio niin sanattomassa kuin sanallisessa viestinnässä. Hoitajat ymmärtävät paremmin dementoituneen tarpeita ja kyvykkyyttä,

jolloin he pystyvät suunnittelemaan hoidon paremmin muistisairaana omien voimavarojen mukaan. (Jauhola 2010, 45 – 46.)

Liikunnan vaikuttavuudesta muistisairaiden liikuntakykyyn, toimintakykyyn, kognitioon tai neuropsykiatrisiin oireisiin ei ole tehty kovin montaa tiukan tieteellistä ja laadukasta metodologista tutkimusta. On kuitenkin tehty muutamia vähintään kohtalaisen laadukkaita tutkimuksia, joiden perusteella näyttäisi lupaavasti siltä, että liikunnallinen, intensiivinen ja pitkäkestoinen kuntoutus voi parantaa muistisairaiden liikuntakykyä ja toimintakykyä. Liikunnan vaikutuksista muistisairaiden kognitioon tarvitaan vielä lisää tutkimuksia, mutta näyttäisi siltä, että sillä saattaa olla vaikutusta varsinkin toiminnanohjaukseen. Liikunnan ja neuropsykiatristen oireiden (harhaluulot, aistiharhat, levottomuus, aggressiivisuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, epäasiallinen iloisuus, apatia, estottomuus, ärtyisyys, mielialan vaihtelut sekä poikkeava motorinen käyttäytyminen) välisiä yhteyksiä on tutkittu erittäin vähän. Muutamilla tutkimuksilla on osoitettu liikunnalla olevan positiivisia vaikutuksia uneen, mutta esimerkiksi liikunnan vaikutuksista muistisairaana mielialaan on saatu varsin ristiriitaisia tuloksia. (Pitkälä ym. 2013, 65.)

Muistisairaana liikunnallisesta kuntoutuksesta tekee haastavaa sairauden mukanaan tuomat toiminnanohjauksen vaikeudet sekä neuropsykiatriset oireet, kuntoutujan henkilökohtaiset ominaisuudet sekä muut sairaudet. Laitoshoidossa asuville kohdistettuja tutkimuksia on tehty kohtalaisen paljon, ja niistä saadut tulokset osoittavat, että liikunnallinen kuntoutus vaikuttaa positiivisesti liikuntakykyä toissijaisesti osoittaviin mittareihin, joita ovat esimerkiksi kävelynopeus, lihasvoima, kestävyys ja kävelymatka. Muutamista laadukkaista tutkimuksista on myös saatu selville, että liikunnallinen kuntoutus intensiivisesti annettuna saattaa parantaa muistisairaiden liikuntakykyä ja intensiivisesti ja pitkäaikaisesti annettuna myös toimintakykyä. Liikunnan on osoitettu myös suojaavan kognition heikkenemiseltä ja muistisairauksilta. (Pitkälä ym. 2013, 18 – 19, 30, 91.)

Liikunnan vaikutuksesta muistisairaiden mielialaan on saatu melko ristiriitaisia tuloksia. Ikääntyneen väestön mielialaan sillä on todettu olevan kuitenkin suotuisia vaikutuksia. Useammassa katsauksessa on kuitenkin arvioitu, että liikunta saattaisi vaikuttaa myönteisesti mielialaan, uneen, käyttäytymiseen, masentuneisuuteen ja syömisen häiriöihin. Lisäksi se saattaa vähentää vaeltelua. Neuropsykiatristen oireiden ja liikun-

nan välistä yhteyttä on tutkittu vähäisesti ja saaduilla tuloksilla ei ole voitu todistaa niillä olevan yhteyttä. (Pitkälä ym. 2013, 43 – 50.)

Tasapaino on tärkeä osa liikkumista ja se heikentyy ikääntyessä. Hyvä tasapaino lisää rohkeutta liikkumiseen, vähentää kaatumispelkoa ja lisää itsenäistä tekemistä ja askareiden sujuvuutta. Tasapaino vaatii näön, tunnon, lihasvoiman, nivelten liikkuvuuden, reaktiokyvyn ja liikenopeuden yhteistyötä. Käytön puutteessa tasapaino heikentyy. Toimintakyvyn kannalta myös lihasvoima, liikkuvuus ja kestävyys vähentyvät liikkumisen vähenemisen yhteydessä. Hoitajan on hyvä huomioida liikkumisen hidastuminen ja haluttomuus liikkumiseen. Liikkumisen heikentyessä ja vähentyessä merkittävästi voi kehon hallinta heikentyä ja kaatumiset lisääntyä, mikä voi johtaa murtumiin. Kaatumisen pelko voi tarpeettomasti rajoittaa liikkumista, jolloin liikkuminen vähenee ja näin ollen sosiaaliset kontaktit voivat myös vähentyä. (Ahola & Leminen 2009, 82 – 83, 89.)

Ikääntyneen ihmisen terveys nähdään enemmänkin toiminnallisuutena kuin elämän päämääränä. Oleellisena osana terveyteen liitetään omat voimavarat, esimerkiksi toimintakyky ja muut yksilölliset tekijät. Terveys voimavarana sisältää fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen, henkisen ja sosiaalisen terveyden. Terveiden kokemuksellisuus tuo esille sitä miten vanhus kokee itse terveytensä. Ikääntyneen ihmisen elämään vaikuttaa suuresti kuinka hän selviää joka päivä normaaleista askareista. Jäljellä olevaa toimintakykyä voidaan tarkastella toimintakyvyn vajavaisuutena, jäljellä olevana toimintakykynä tai yksilön voimavaroina. Toimintakyvyn kuvantaminen syventää näkemystä ikääntyneen elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista yleiseen selviytymiseen. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 58 – 61.)

7.11 Ravitseminen ja ruokailun järjestäminen

Muistisairaahan ravitsemustilan kartoittaminen on tärkeä osa muistisairaahan kokonaisvaltaista tarpeiden kartoittamista. Muistisairas ei välttämättä osaa kertoa omasta ravitsemustilastaan, mutta se voi olla osasyynä muistisairaahan huonolle ololle aiheuttaen muutoksia myös käyttäytymiseen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 23.) Muistisairauksiin liittyy usein ravitsemusongelmia, jotka voivat lisätä toiminnanvajaiden riskiä. Yleisimpiä muistisairaiden ravitsemukseen liittyviä ongelmia ovat vähentynyt ravinnonsaanti ja syömiseen liittyvät käytöshäiriöt. Ravinnonsaantiin voivat vaikuttaa myös muutokset

muistisairaahan maku- ja hajuaistissa, lisääntynyt mieltymys makeaan, syömisvaikeudet, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, käytöshäiriöt ja muutokset ruokailurytmisissä. Tahaton painonlasku on tyypillistä etenkin Alzheimerin taudissa jo taudin alkuvaiheessa. Painon lasku johtaa haurastumiseen ja lihaskadon lisääntymiseen. Myös toimintakyky heikkenee ja kaatuilu ja murtumat lisääntyvät. Muistisairauden alkuvaiheessa esiintyy usein ongelmia kaupassa käynnissä ja ruokailukin unohtuu helposti. Myöhemmässä vaiheessa vaeltelu ja levottomuus voivat lisätä energiankulutusta. Lisäksi voi esiintyä ruualla sotkemista. Loppuvaiheessa nielemisvaikeudet yleensä lisääntyvät. Myös ruokailutilanteisiin voi liittyä ongelmia, kuten hahmotusvaikeuksia, hämmennystä sekä epäonnistumisiin liittyviä häpeän tunteita. Syömisvaikeudet ja nälkä voivat lisätä unettomuutta sekä neuropsykiatrisia oireita. (Pitkälä ym. 2013, 62.)

Ravitsemuksesta huolehtiessa olisi hyvä taata, että muistisairas saisi päivittäin vähintään 1 500 kcal vastaavan määrän energiaa ruoasta. Tällöin useimpien ravintoaineiden saanti olisi todennäköisesti turvattu. Varsinkin proteiinin saantiin olisi hyvä kiinnittää huomiota. Laadukkaalla ruokavaliolla ja hyvällä ravitsemuksella näyttäisi olevan suuri merkitys aivoille sekä kognitiivisen toimintakyvyn säilymiselle. Varsinkin antioksidantit, B-vitamiinit, D- ja K-vitamiini, sinkki, kuidun määrä ja n-3-rasvahapot ovat osoittautuneet muistin ja aivojen toimintakykyisyyden kannalta kiinnostaviksi ravintoaineiksi. Täysin selvää ja tieteellistä näyttöä niiden vaikutuksesta kognitiiviseen toimintakykyyn ei kuitenkaan ole. Joka tapauksessa muistipotilaiden ja heidän omaistensa ravitsemusohjauksesta on osoitettu olevan hyötyä lihasmassan ja kognition kannalta. Myös laitoksissa asuvien vanhusten ravitsemustilaa ja toimintakykyä on saatu kohennettua, kun ruokailuhetket on tehty sosiaalisiksi ja esteettisiksi ja valintojen teko on annettu mahdollisuus. (Pitkälä ym. 2013, 62 – 63.)

Muistisairauden edetessä myös ravitsemuksen merkitys muuttuu. Varhaisessa vaiheessa on hyvä kiinnittää huomiota monipuoliseen ruokavalioon ja riittävään ravintoaineiden saantiin. Näillä tekijöillä voidaan vaikuttaa sairauden etenemiseen. Riittävän energian ja proteiinin saanti korostuu sairauden edetessä ruuan monipuolisuuden rinnalla, sillä käytöshäiriöiden lisääntyessä ja vuorokausirytmien muuttuessa niiden tarve kasvaa. Mieltymys makeaan ja runsashiilihydraattiseen ruokavalioon kasvaa Alzheimerin taudin edetessä, varsinkin niillä muistisairailta, joilla esiintyy neuropsykiatrisia oireita. Jos ruokahalu on huono ja painoa pitäisi saada lisää, voi mahdollisuudesta

valita mieluisia ruokia olla hyötyä. Ruoka-annosten koon suurentaminen ei yleensä ole hyväksi, koska suuri annos jää tavallisesti syömättä. Myös useamman ruuan valikoima lautasella voi olla huono asia, sillä se saattaa aiheuttaa hämmennystä. Parasta olisi, jos ruoka sisältäisi suuren määrän energiaa ja riittävästi ravintoaineita pienessä määrässä ruokaa. Toisin kuin terveillä ihmisillä tavallisesti, etenkin Alzheimerin tautia sairastavilla runsain syöminen ja energian saanti ajoittuu enemmän aamuun ja vähenee iltaa kohden. Näin erityisesti, jos tauti on edennyt pitkälle ja siihen liittyy neuropsykiatrisia oireita. (Pitkälä ym. 2013, 64.)

Ruokailutilan rauhallisuus, oma paikka ruokailutilassa ja tuttu pöytäseura ovat tärkeitä ikäihmisille. Mahdollisuus nähdä ikkunasta ulos ruokatilassa lisää ulkona olemisen tuntua. Myös ruokailuympäristöllä on väliä: vuodenaikaan sopivat marjat, hedelmät ja koristelu, esimerkiksi kukkaset, piristävät ja pitävät kiinni ajassa ja tarjoavat keskustelun aiheita. Ruokailuympäristön koristamiseen ja sisustamiseen osallistuminen tai vierestä seuraaminen esimerkiksi juhlahetkinä tai eri vuodenaikoihin liittyen voivat tuoda vaihtelua ja iloa päivään. Osallistuminen ruokailun valmisteluun tai ruuan valmistamiseen ja keittiötöihin lisää kodintuntua ruokailuun, kohottaa itseluottamusta ja tuo toimeliaisuutta arkeen. Vaikka osallistuminen ei olisikaan mahdollista, voi myös pelkkä vierestä seuraaminen aktivoida ja lisätä kotoisuuden tunnetta. Ruuan tuoksu ja ruuan valmistamiseen liittyvät äänet lisäävät myös kodintuntua ruokailutilanteisiin ja ne ovat myös merkki ruokailun alkamisesta. Ne voivat osaltaan toimia opasteina joita kohti suunnata löytääkseen ruokailutilaan. Mahdollisuus omaisten kanssa ruokailemiseen toisi tuttuutta ja välittömyyttä myös vierailuhetkiin ja kotoisaa tunnelmaa ruokailemiseen. (Leminen 2009, 41 – 51.)

Ruokapöytien ja tuolien sijoittelussa olisi hyvä olla vaihtelua niin, että jokaiselle löytyy sopiva ruokailupaikka ja jotta ruokapöydän ääreen pääsee myös apuvälineen kanssa. Myös ruokailuvälineissä olisi huomioitava omatoimisen ruokailun mahdollistaminen. Ikäihmiselle tärkeää olisi myös se, että ruokailusta on mahdollista poistua ilman riippuvuutta hoitajasta, eli tiloissa olisi huomioitava mahdollisuus jättää liikkumisen apuväline käden ulottuville. Pitkät istumisjaksot voivat rasittaa iäkästä henkilöä, mikä saattaa tehdä ruokailutilanteesta ikävän. Tämän vuoksi myös ruokailuasentoon ja tuoleihin on syytä kiinnittää huomiota. (Leminen 2009, 41 – 51.)

7.12 Aistien hyödyntäminen hoitotilanteissa

Haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden kanssa voidaan käyttää aromaterapiaa, jossa rauhoittavia tuoksuja käytetään öljyinä, suihkeina tai tuoksuina. Rauhoittavina tuoksuina voivat toimia laventeli, piparminttu, meirami ja ruusuntuoksut. Jauhola (2010, 47) tutkimuksessa vanhuksat olivat nukkuneet kolme viikkoa laventelin tuoksussa ja olivat nukkuneet yönsä paremmin ja rauhallisemmin. Myös aggressiot ja ärtyneisyys olivat vähentyneet. Tuoksut rauhoittavat ja luovat yksilöllistä tunnelmaa hoitotilanteisiin.

Pesutilanteen järjestäminen vanhuksen omien toiveiden mukaan luo turvallisuutta ja toimii rauhoittavana elementtinä hoitotyössä. Joillekin suihkuhetki voi olla epämiellyttävä ja tällöin on kunnioitettava vanhusta. Suihkun paineella tai liian kylmällä vedellä voi olla vaikutusta käytökseen. Aggressiivisuus suihkuhetken aikana voi vähentyä, kun suihkuhetki suunnitellaan yksilöllisesti jokaisen kohdalla. Vartaloa voi lämmittää lämpimillä pyyhkeillä peittäen, estäen kylmyyttä. Kevyet hierovat liikkeet lisäävät rauhoittavaa vaikutusta. Lempituoksut ja hygieniatuotteet lisäävät merkittävästi rauhoittavaa tunnelmaa suihkun aikana. Hoitotilanteiden aggressiot voivat vähentyä lämpimien pyyhkeiden käytön avulla. (Jauhola 2010, 46.)

Koskettaminen ja hieronta ovat tutkittuja menetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kanssa. Hierontaa kannattaa kokeilla, koska se ei aiheuta sivuvaikutuksia kuten esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet. Erilaiset sivelyliikkeet voivat rauhoittaa haasteellisesti käyttäytyvää muistisairasta. Liikkeitä voi tehdä selkään, käsiin, jalkoihin, sääriin tai hartioihin. Hieromaan pyritään helposti lähestyttäviä kehon osia. Hieronta voi lisätä positiivisia kokemuksia ja lievittää kipua. Hieronnalla voidaan myös parantaa mielialaa. Koskettamalla voidaan lisätä turvallisuuden tunnetta ja leppoosaa tunnelmaa. (Jauhola 2010, 47 – 48.)

Koskettaminen on yksi vuorovaikutuksen peruselementtejä. Jo yhdellä kosketuksella voidaan herättää kehomuisti ja muistot aikaisemmista kosketuksista, jotka tuovat mielihyvää. Koskettaminen lähettää rakkauden perusvoimaa, auttaa kontaktin luomisessa, rauhoittaa paniikissa ja auttaa sopeutumaan stressiin ja ympäristöön luoden turvallisuuden tunnetta. Tarve kosketukselle säilyy lapsuudesta vanhuuteen, mutta ikääntyes-sä mahdollisuudet saada kosketusta vähenevät. Koskettamalla voidaan saada tietoa

ympäristöstä, viestittää hoivasta ja huolenpidosta, lohduttaa ja lievittää menetyksien tuomaa tuskaa. Koskettamalla tavoitellaan luottamuksellista hoitosuhdetta. Täytyy kuitenkin muistaa ottaa huomioon kulttuuritausta, persoonalliset ominaisuudet ja toiveet. Yksityisyyttä ei saa loukata, vaan on muistettava, että jokaisella on oma ”reviirinsä”. Koskettaminen vaatii sopivan paikan ja ajan. (Isola 2014.)

7.13 Mielekäs tekeminen

Muistisairaille voi järjestää mielekästä askareta ja käsillä tekemistä. Näillä toiminoilla on merkitystä, sillä pienten askareiden tekeminen luo kodintuntua ja tukee dementoituvan identiteettiä. Askareiden suorittaminen tukee jäljellä olevaa toimintakykyä ja lisää myös mielekkyyden kokemuksia onnistumisesta ja toiminnallisesta tekemisestä. (Jauhola 2010, 42–43.) Virikkeettömyys taas lisää sekavuutta ja vetäytymistä omaan maailmaan sekä itsensä stimulointia, kuten vaeltelua (Isola 2014).

Pieniä askareita voi olla monenlaisia, esimerkiksi pyykin ja pyyhkeiden taittelua tai työkalujen ja korttien lajittelua. Puutarhasta ja kasvien kasvattamisesta voidaan myös muokata pieniä askareita, kuten kasvien kastelua. Tällaisten askareiden parissa dementoitunut viihtyy pidempään ja saattaa käyttää niihin enemmän aikaa. Pienien askareiden ja työtehtävien lisääminen arkeen voivat vaikuttaa rauhoittavasti. Etenkin kotitaloustöillä on vaeltelua hillitsevä vaikutus, kun taas puutarhatöillä on selkeä vaikutus levottomuuden vähenemisessä. Erilaisilla tehtävillä voidaan lievittää myös vuorokauden aikana esiintyviä unihäiriöitä ja lisätä sosiaalisten kontaktien luomista. (Jauhola 2010, 42 – 43.)

7.14 Ryhmätoiminta

Pitkälän ym. (2013, 55, 125 – 129) tutkimuksessa todettiin, että ryhmätoiminta saattaa vähentää jonkin verran muistisairaana ärtyisyyttä ja mielialan heilahteluja. Tutkimuksessa ei kuitenkaan saatu selkeää näyttöä siitä, liittyikö ärtyisyyden väheneminen ryhmän sosiaalistavaan voimaan, ryhmässä toteutettuun liikuntaan vai siihen, että oikeita arvioineet omaiset jaksoivat oireita paremmin, kun muistisairas oli parina päivänä viikossa pois kotoa ryhmätoiminnassa.

Ryhmässä tehtävä kognitiivinen kuntoutus voi parantaa kognitiota sekä lievässä muistin heikentymässä että jo muistisairautta sairastavilla. Räättälöidyt, monitekijäinterventioina toteutetut ryhmämuotoiset hoidot saattavat vähentää neuropsykiatrisia oireita. Ryhmätoiminnalla voidaan saada aikaan uusia sosiaalisia verkostoja osallistujien välille. Se voi myös lisätä psyykkistä hyvinvointia, virkistää henkisesti ja parantaa mielialaa ja itsetuntoa. Ryhmätoiminnan onnistumisen kannalta tärkeää olisi, että ryhmässä pystytään luomaan toisia arvostava, tasa-arvoinen, elämänmyönteinen ja positiivinen ilmapiiri. (Pitkälä ym. 2013, 57.)

Muistisairaiden ryhmätoiminnassa ryhmänohjaajalta vaaditaan ammattitaitoa; erityistä herkkyyttä, joustavuutta ja kykyä analysoida ryhmän jäsenten kykyjä ja voimavaroja. Ryhmän jäsenillä voi olla vaikeuksia keskittyä, he voivat olla passiivisia tai apaattisia, ohjeiden seuraaminen voi tuottaa vaikeuksia ja neuropsykiatriset oireet voivat tuoda omat haasteensa ryhmän vetämiseen. Myös ryhmän kognition heterogeisuuden voi liittyä ongelmia, sillä yhteisten tavoitteiden ja harjoitteiden löytäminen eri sairauden vaiheessa oleville ei aina ole helppoa. Ohjaajan tulisi pystyä tarjoamaan tukea myös nonverbaalisin keinoin sekä luomaan ryhmään me-henkeä. Luottamusta lisää empaattinen ja lämmin asenne. Me-hengen saavuttaminen ryhmätoiminnassa voi jopa vähentää muistisairaiden neuropsykiatrisia oireita. Ohjaajan aktiivinen ote voi parantaa osallistujien keskittymiskykyä ja auttaa heitä löytämään omat voimavaransa. Tärkeää olisi, että jokainen ryhmän jäsen saisi tuntea itsensä tarpeelliseksi ryhmän jäseneksi huolimatta toimintakyvyn rajoitteista. Pääpaino ryhmätoiminnassa tulisi olla tekemisen nautinnossa. (Pitkälä ym. 2013, 58.)

Erityisesti ryhmätoiminnassa näyttäytyvät osallistujien toimijuuden eri ulottuvuudet, joita ovat yksilöllinen kykeneminen, osaaminen, voiminen, täytyminen, haluaminen ja tunteminen. Muistisairas osallistuu ryhmätoimintaan omien kykyjensä mukaan, jos kokee sen juuri sillä hetkellä mielekkääksi. Ryhmätoiminnassa muistisairaana elämänsä aikana kertyneet taidot voivat tulla esille, jos hän vielä on halukas niitä käyttämään ja tilanne sen sallii. Toisaalta muistisairas voi herkästi vetäytyä tilanteesta sen tuntuessa liian haastavalta. On myös mahdollista, että toiminnassa mukana oleminen ei ole mahdollista esimerkiksi sairauden aiheuttaman kognition heikkenemisen tai ikääntymisen aiheuttaman fyysisen heikkenemisen vuoksi. Kykeneminen vaikuttaa paljon muistisairaana ihmisen osallistumiseen ryhmässä. (Virkola 2009, 147, 153.)

Ryhmätilanteissa saattaa helposti vaikuttaa siltä, että muistisairas on mukana vain passiivisena osallistujana, eikä hänen tunteistaan ole helppo saada selvää. Tuntemisen ulottuvuus on kuitenkin keskeistä muistisairaahan ihmisen toiminnassa, koska tunteiden kokeminen säilyy muistisairaalla hyvin siitä huolimatta että hänen kognitiiviset kykynsä ovat heikentyneet. Kyky aistia tilanteiden ja ympäristön tunnelmia ja rohkeus ilmaista omia tunteita ovat muistisairaahan ihmisen vahvuuksia. (Virkola 2009, 153.)

Usein saatetaan tasavertaisuuden nimissä kannustaa mahdollisimman monia osallistumaan ryhmätoimintaan, mutta isoon ryhmään osallistuminen ei kuitenkaan ole kaikkien kohdalla paras vaihtoehto. Se saattaa rajoittaa sellaisen osallistujan toimintaa, joka tarvitsisi enemmän yksilöllistä huomiota kuin mitä yksi ohjaaja pystyy tarjoamaan. Isossa ryhmässä toimiminen ei voi olla kovin yksilöllistä, minkä vuoksi olisi hyvä kehittää myös pienryhmätoimintaa dementia-alueilla. (Virkola 2009, 153.)

Ryhmää ohjaavan hoitajan toiminnalla on suuri merkitys muistisairaatoimijuuden tukemisessa ryhmätoiminnan aikana. Koska muistisairaus väistämättä muuttaa ihmisen toimijuuden ulottuvuuksia, on hoitajan omalla toiminnallaan vahvistettava heikomman toimintakyvyn omaavan osallistumista. Tähän vaaditaan ihmisen toimijuuden tunnistamista ja huomion kiinnittämistä muun muassa osallistujan tarpeiden ja tunteiden sekä elämänkulun merkitykseen eri tilanteissa. Hoitaja voi rohkaista osallistujaa käyttämään niitä kykyjä ja osaamisia joita tällä on jäljellä. Hoitajan olisi hyvä kannustaa muistisairasta ryhmätoimintaan, vaikka muistisairas itse ei toimintaan hakeutuisikaan. Myös hoitajan haluamisella, kykenemisellä, osaamisella, tuntemisella, voimisella ja täytymisellä on merkitystä ryhmätoiminnan kannalta. Ympäristön ja tilanteen tarjoamat mahdollisuudet ja rajoitteet, osallistujien toimintakyky ja hoitajan oma sisäinen motivaatio vaikuttavat kaikki siihen, kuinka hoitaja voi tukea muistisairaahan osallisuutta ryhmässä. Tieto osallistujan sairauksista, niiden tuomista vaikeuksista arkeen, sekä tieto osallistujan persoonasta auttavat ryhmän ohjaajana toimivaa hoitajaa vuorovaikutuksessa muistisairaahan osallistujan kanssa. Muistisairaahan ihmisen toimijuus muuttuu tilanteen mukaan, ja sairauden edetessä se on aiempaa vahvemmin yhteydessä muiden ihmisten toimintaan ja suhtautumiseen. Hoitajan ja muistisairaahan välistä vuorovaikutusta ryhmätoiminnassa voisi kuvata tilanteena, jossa muistisairaahan sekä hoitajan toimijuus kohtaavat ja limittyvät toisiinsa tilanteen ja ympäristön rajoissa. Muistisairaahan ihmisen toiminta on sidoksissa hoitajan toimintaan ja siihen, kuinka hoitaja tunnistaa muistisairaahan toimijuuden. (Virkola 2009, 153 – 154.)

Liian usein muistisairaat nähdään avuttomina ja sairaina ihmisinä, joiden ei uskota pystyvän toimimaan ja osallistumaan. Heidän toimijuuttaan ei tunnisteta. Sairauden heikentämästä toimintakyvystä huolimatta tulisi aina tunnistaa ihmisen voimavarat, elämäkokemus ja sen ympäristön merkitys, jossa muistisairas henkilö on elänyt, ja jossa hän nyt elää. (Virkola 2009, 155.)

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tulokset on tiivistetty edellisistä teoreettisista löydöksistä. Tulokset on tiivistetty ranskalaisin viivoin helpottamaan lukemista. Lähdeviitteet on jätetty tietoisesti pois tekstistä, koska lähdeviitteet löytyvät kokonaisuudessaan teoriaosuudesta.

8.1 Hoitajan asenteen ja vuorovaikutuksen merkitys käytöshäiriöihin

Vuorovaikutus ja asenne

- Vuorovaikutustaitoja ja arvostavaa kohtaamista on mahdollista oppia.
- Vuorovaikutuksen onnistumisessa tärkeää on hoitajien itsetunnon vahvistuminen ja se, että opitaan näkemään miten omalla toiminnallaan voi vaikuttaa muistisairaahan osallistumismahdollisuuksiin.
- Jos hoitajalla ei ole taitoja vuorovaikutukseen muistisairaahan kanssa, lisääntyy käytöshäiriöiden määrä.
- Hoitajan toiminta ja käytös voivat laukaista tai lieventää dementoituneen levottomuutta ja ahdistusta.
- Arvostava tukeminen on sairastuneille tärkeää, jotta he tuntisivat olonsa hyväksytyksi sairautensa kanssa.
- Muistisairaahan tilanteeseen eläytyminen voi auttaa hoitajaa suhtautumaan muistisairaaseen: taudin mukana voi kulkea koko matkan ajan masennus, pelko ja ahdistus.
- Toisia voi helpottaa tieto sairaudesta, toisia se taas voi ahdistaa.

Ihmislähtöinen hoito on muistisairaiden hoidon ja kuntoutuksen lähtökohta

- Muistisairas kohdataan ihmisenä, jolla on oma persoonallisuus, elämähistoria ja yksilöllinen tapa sopeutua muutoksiin.
- Hoito ja toimenpiteet sovitetaan muistisairaahan sen hetkiseen tilanteeseen, ei päinvastoin.

- Hoitosuunnitelmissa olennaisinta on pohtia miten jokin asia tehdään, sen sijaan että pohditaan mitä tehdään.

Tehtäväkeskeistä työskentelytapaa on vältettävä

- Jos keskitytään pelkästään ihmisen sairauteen ja toimintakyvyssä ilmeneviin heikkouksiin, saatetaan ennemminkin vahvistaa oireiden etenemistä ja heikentää muistisairaahan hyvinvointia.
- Tehtäväkeskeisessä työskentelyssä suurin osa hoitajan viesteistä liittyy erilaisten hoitotoimien suorittamiseen, eikä hoitaja välttämättä edes odota muistisairaahan vastaavan omaan puheeseensa.
- Muistisairaahan puolesta tehdään päätöksiä kysymättä häneltä itseltään
- ”Hoivapuheen” välttäminen: ei käytetä lapsellisia me-muotoja, vaan puhutaan kuin aikuiselle.
- Hoivapuhe asettaa muistisairaahan potilaan rooliin, mikä ei innosta muistisairasta jatkamaan vuorovaikutusta.
- Jos muistisairas toimiikin odotusten vastaisesti, esimerkiksi työntää hoitajan pois, huutaa tai itkee, katsotaan hänen käyttäytyvän häiritsevästi tai sanotaan, että hänellä on käytösoireita.

Muistisairaahan ihmisarvon kunnioitus

- Joskus muiden haasteelliseksi kokema käyttäytyminen voikin olla muistisairaahan kamppailua oman ihmisarvonsa puolesta.
- On muistettava, että ihmisarvo ei ole muistisairaassa piilevä ominaisuus, vaan muista ihmisistä riippuvainen suhtautuminen.

Kommunikoinnin merkitys

- Halu olla vuorovaikutuksessa ja tarve ilmaista itseään eivät katoa kommunikointikyvyn katoamisen myötä.
- Ilmaisun keinoilla ja käytöshäiriöillä näyttäisi nykytietämyksen valossa olevan selvä yhteys toisiinsa.
- Haastava käyttäytyminen ei ole aina aggressiivisuutta vaan siihen liittyy myös mahdollinen ilmaisun taidon heikkeneminen.

- Hoitajan on pyrittävä havaitsemaan muistisairaahan eri tavoilla ilmaisemia viestejä ja vastaamaan niihin, jotta muistisairas kokee tulevansa kuulluksi. Esimerkiksi vaikeastikin dementoitunut voi vastata silmiään sulkemalla tai avaamalla, suutaan liikuttamalla, äänтелеillä tai käsiään ja jalkojaan heiluttamalla.
- Pyritään sopeuttamaan oma kommunikointitapa muistisairaahan tarpeita vastaavaksi.
- Sanaton viestintä korostuu sairauden edetessä, esimerkiksi kosketus, etäisyys, kehön asennot, pään liikkeet, kasvojen ilmeet, katsekontakti, puheen painotukset ja voimakkuus sekä toiminnan ja hengityksen rytmi.
- Kun muistisairaahan sanat häviävät, monen tunnepuoli herkistyy.
- Tunneherkkyys voi altistaa vahingolle ja pahoinvoinnille ilmapiirin ollessa kielteinen, vihamielinen tai sekava. Myönteinen ja turvallinen ilmapiiri eheyttää ja vahvistaa mielen hyvinvointia.

Haastavat tilanteet

- Huumorin ja luovuuden käyttö voi laukaista muistisairaahan aggressiivisen käyttäytymisen positiiviseksi.
- Haastavaan tilanteeseen yksin jääminen voi huonontaa tilannetta.
- Avoin, salliva, leppoisa ja joustava sosiaalinen ympäristö voi auttaa ahdistavassa ja haasteellisessa tilanteessa.

Aggressiivinen käytös

- Muistisairaahan ihmisen kyky ajatella loogisesti on huonontunut.
- Puheen tuoton ja ymmärtämisen heikkeneminen hankaloittaa kommunikointia jolloin muistisairas voi turhautua, kokea epäonnistuvansa ja saattaa pelätä, mikä aiheuttaa kiihtyneisyyttä ja aggressioita.
- Aggressiivisuutta voivat lisätä hoitajan liian komentava sävy tai liian holhoava asenne.
- Muistisairaasta voi tuntua, että hän ei ole enää täysivaltainen aikuinen vaan on menettänyt asemansa.
- Muistisairaahan voi olla vaikea ymmärtää miksi esimerkiksi intiimialueelle tulee toinen henkilö.

- Epätoivon tuoma häpeä voi myös purkautua vihamielisenä käyttäytymisenä tai huutamisena.

Elämäkatsomuksen huomioiminen

- Uskonnollisten vakaumusten hyväksyminen koettiin lähtökohdaksi ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä.
- On kuitenkin varottava tuputtamasta omaa elämäkatsomusta.
- Vakaumuksen huomioimisessa on tärkeää tietää potilaan uskontoon liittyvistä asioista.
- Potilaan ja hoitajan suhdetta hengellisyys voi viedä lähemmäs tavallista ihmissuhdetta, jolloin heidän välilleen voi syntyä uudenlainen yhteys.

Validaatio:

- Validaatio on kansainvälisesti tunnettu menetelmä/työväline muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen.
- Tarkoituksena on auttaa kohtaamaan muistisairaahan ihmisen todellisuus empaattisesti.
- Pyrkimyksenä on luoda arvostava ja myötäelävä vuorovaikutussuhde, jossa hoitaja kohtaa dementoituneen tunteet ja tarpeet kiistelemättä tosiasioista.
- Muistisairaahan tunne-elämä nähdään henkilökohtaisena elämänkehityksenä, jonka kohtaamista autetaan kunnioittamalla tunteita ja tukemalla kohtaamaan omia toiveita ja menneisyyden vaikeitakin kokemuksia.
- Muistisairaahan tunteita ei saa mitätöidä tai väheksyä.
- Muistisairaahan kokemusmaailmaa pyritään vuorovaikutustilanteissa tavoittamaan.
- Validoiva lähestymistapa voi vähentää dementoituvien vaeltelua.

TunteVa-malli:

- On suomalainen vastine validaatiolle.
- Muistisairas kohdataan siinä todellisuudessa jossa hän elää eikä turhaan yritetä palauttaa häntä nykyhetken todellisuuteen.
- Hoitaja arvostaa, kuuntelee ja myötäilee liikkeissä ja puheen tapailussa muistisairasta erilaisin tekniikoin.

- Muistisairasta katsotaan ja kosketetaan arvostavasti ja pyritään arvostavaan vuorovaikutukseen.
- Malli auttaa ymmärtämään muistisairaana käyttäytymistä ja tapaa ilmaista itseään.
- Muistisairaana haastavallekin käyttäytymiselle on olemassa aina jokin syy.
- TunteVa-mallin käyttö voi vähentää haasteellista käytöstä ja helpottaa haastavissa tilanteissa.

8.2 Ympäristön merkitys muistisairaana käyttöhäiriöiden kannalta

Hyvä hoitoympäristö

- Hyvä fyysinen ympäristö on turvallinen ja tuttu, esteetön, visuaalisesti hallittava, audittiivisesti hallittava, kuntouttava ja tarkoituksenmukainen.
- Ympäristössä täytyy olla hyvä visuaalinen hallittavuus, jota on valo ja valaistus, tilan havaitsemisen tukeminen, värit ja kontrastit, muistot ja elämänhistoria.
- Audittiivinen hallittavuus ympäristössä on myös tärkeää, kuten rauhallisuus, äänet, musiikinkäyttö.
- Ympäristön on oltava tarkoituksenmukainen, eli siellä on huomioitu turvallisuus, toimintamahdollisuudet, vaeltelu ja moniaistillisuuden hyödyntäminen.
- Moniaistillisuus olisi hyvä hyödyntää, sillä harvoin vaikutetaan vain yhden aistin tai alueen avulla.
- Hyvässä ympäristössä yksityisyys ja sosiaalisuus mahdollistuvat.
- Elinympäristön muutoksilla ja apuvälineillä voidaan tuoda menetetty toimintakyky takaisin tai lievittää toimintakyvyn rajoitteiden haittaa.

Muistisairaana kohdalla ympäristön merkityksessä korostuvat asiat:

- Ympäristö vaikuttaa merkittävästi muistisairaana elämänlaatuun ja käyttäytymiseen.
- Dementoitunut ihminen tuntee olonsa usein epävarmaksi, joten asuinympäristö olisi pyrittävä luomaan sellaiseksi, että se ei aiheuta lisää oireita.
- Muistisairas ihminen reagoi herkemmin ympäristön myönteisiin ja kielteisiin ärsykkeisiin, vielä sairauden vaikeassakin vaiheessa. Yli- ja alistimulaatiolla on molemmilla kielteiset vaikutukset.

- Entisaikojen huonekalut ja arjen esineet helpottavat kadonneiden arjen rutiinien palautumista: muistisairaat palaavat usein aikaan, jolloin he olivat henkisesti vahvoja ja kiinni elämässä.
- Melutasoa laskemalla voidaan vähentää levottomuutta.
- Turvallisuutta luo esteettömyys, virikkeellisyys ja lämminhenkisyys.
- Lukitut tilat voivat lisätä lähtemisen tunnetta ja ahdistaa, hoitohenkilökunnan joustava toiminta mahdollistaa ovien avaamisen ja turvallisen liikkumisen.
- Ympäristön tulee olla kodikas, tutun oloinen ja muistipotilaan hallittavissa. Huomiota tulee kiinnittää selkeyteen, rauhallisuuteen, äänimaailmaan ja hahmottamiseen.
- Toiminnan ja osallisuuden mahdollisuuksien on havaittu vähentävän käytösoireita, mikä tukee muistipotilaan hyvinvointia ja elämänlaatua.

Keinoja muistisairaanhyvän ympäristön järjestämiseen

- Ympäristön suunnittelulla on merkitystä; tilat voidaan suunnitella paremmin ymmärrettäviksi ja merkitä eri kyltein, kartoin ja merkein. Nämä vähentävät dementoituneen vaeltelua ja levottomuutta.
- Rauhallinen puhetapa on tärkeää, vältetään kovaäänistä puhumista ilman perusteltua syytä.
- Avoimien ovien sulkeminen voi rauhoittaa vaeltavaa vanhusta. Ovien lukitseminen ja esteiden asettaminen voi olla apukeino.
- Muistisairaana nuoruudesta ja lapsuudesta tutut esineet ja huonekalut auttavat kokemaan olon turvallisemmaksi ja tutummaksi.
- Peittelytekniikalla voidaan lieventää ahdistusta. Esimerkiksi naamioidaan peilit, ovet ja kuviot, jotka mahdollisesti aiheuttavat haasteellista käyttäytymistä.
- Opastava ohjaaminen auttaa löytämään laitosolosuhteissa oikeat tilat ja paikat ja lisää dementoituneen kykyä toimia itsenäisesti ja löytää paikalle. Ohjaamisessa voi käyttää eri kiintopisteitä, kuten käytäviä tai seinien värejä.
- Rauhallisuutta elinympäristöön, huomion kiinnittäminen tuttuun, mikä herättää muistoja ja aktivoi hyvänolon tunteita.
- Vuodenaikojavoit huomioida esim. koristelulla, koska se voi lisätä orientoitumista aikaan.

Keinoja viihtyisän, kuntouttavan ja kodinomaisen ympäristön luomiseen

- Tilat on suunniteltava niin, että siellä selviytyy mahdollisimman pienin avuin (etenkin wc-tilat): kaiteet, apuvälineet, turvallisuus, esteettömyys.
- Huonekalut ja apuvälineet pitää olla säädettävissä asukkaalle sopivaksi.
- Apuvälineet on asukkaille hyvin saatavilla ja käytettävissä.
- Hoitoympäristön turvallisuutta lisää vähäiset laitteet huoneissa ja riittävä valaistus.
- Viihtyvyyttä ja kodinomaisuutta lisäävät kasvit, kukat, taulut, televisiot huoneissa, tekstiilit, ja materiaalivalinnoissa värit, siisteys, järjestys.
- Vuodepotilaita ja pyörätuolipotilaita huomioidaan laittamalla koristeita kattoon tai katon rajaan tai sijoittamalla koriste-esineitä normaalia matalammalle.
- Omat tavarat huoneissa tuovat lisää kodinomaisuutta.

8.3 Liikunnan vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin

Liikuntaan liittyvät ongelmat muistisairailta:

- Liikkuminen muuttuu jäykemmäksi, käveleminen hidastuu ja toiminnan ohjauksessa voi esiintyä ongelmia.
- Ongelmia voi ilmetä pukemisessa, riisumisessa, paikasta toiseen siirtymisessä ja ulos lähtemisessä.
- Taudille on tyypillistä laihtuminen ja lihaskato, mikä haurastuttaa ja vaikeuttaa keuhonhallintaa.
- Muistisairaudet altistavat myös kaatumisille.
- Muistisairauden varhaisessa vaiheessa voidaan havaita muutoksia kävelykyvyssä ja asentokontrollissa.
- Liikkumisen heikentyessä ja vähentyessä merkittävästi voi se johtaa kehon hallinnan heikkenemiseen, kaatumisiin ja murtumiin.
- Riskitekijät liittyvät iäkkään henkilön ominaisuuksiin, kuten yleiseen terveydentilaan, liikkumiskykyihin ja ravitsemukseen.
- Pelko voi rajoittaa liikkumista ja liikkumisen vähentyessä fyysinen kunto heikenee ja kapeuttaa sosiaalisia kontakteja. Kaatumisen pelko voi yli korostua.
- Muistisairaana liikunnallisesta kuntoutuksesta tekee haastavaa sairauden mukanaan tuomat toiminnanohjauksen vaikeudet sekä neuropsykiatriset oireet, kuntoutujan henkilökohtaiset ominaisuudet sekä muut sairaudet.

Hyvän liikunnan/toimintakyvyn merkitys:

- Hyvä tasapaino lisää rohkeutta liikkumiseen, vähentää kaatumispelkoa ja lisää itsenäistä tekemistä ja askareiden sujuvuutta. Tasapainon hallintaa tarvitaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja turvalliseen liikkumiseen.
- Liikunnalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia ikääntyneiden mielialaan.
- Liikunnallinen kuntoutus vaikuttaa positiivisesti liikuntakykyä toissijaisesti osoitaviin mittareihin, esim. kävelynopeus, lihasvoima, kestävyys ja kävelymatka.
- Liikunnallinen kuntoutus saattaa parantaa muistisairaiden liikuntakykyä ja intensiivisesti ja pitkäaikaisesti annettuna myös toimintakykyä.
- Liikunnan on osoitettu suojaavan kognition heikkenemiseltä ja muistisairauksilta.
- Useammassa katsauksessa on arvioitu, että liikunta saattaisi vaikuttaa myönteisesti mielialaan, uneen, käyttäytymiseen, masentuneisuuteen ja syömisen häiriöihin ja se saattaa vähentää vaeltelua.
- Ulkoilu tuottaa hyvää mieltä.
- Muutamilla tutkimuksilla on osoitettu liikunnalla olevan positiivisia vaikutuksia uneen.

Keinoja liikunnan ja toimintakyvyn ylläpitämiseen:

- Tasapainoa on hyvä harjoittaa, sillä se on osa ihmisen toimintakykyä ja merkittävässä osassa liikkumisen ylläpidossa, mikä taas vaikuttaa psyykkiseen ja sosiaaliseen olotilaan.
- Tekniset ratkaisut ja ympäristön rakenne tukevat liikkumista ja orientoitumista.
- Pitkäkestoinen kuntoutus voi parantaa muistisairaiden liikuntakykyä ja toimintakykyä.
- Esteettömissä tiloissa ikäihmiset liikkuvat omatoimisesti apuvälineiden avulla.
- Toimiva ympäristö ja esteettömyys ovat tärkeä osa ihmisen hyvinvointia. Haastava ympäristö edistää olemassa olevien taitojen pysymistä ja kehittymistä.
- Harjoitukset voivat olla soveltavia kävelyharjoituksia, kuntosaliharjoitteita tai erilaisia jumppia.
- Liikkumisen rajoittaminen vain wc-käyntien tai ruokailun ajaksi voi vähentää dementoituneen huutelua.
- Tanssiminen tai esityksen seuraaminen lisäävät osallistumista fyysisiin aktiviteetteihin. Muistisairas voi esimerkiksi liikutella käsiään tai jalkojaan. Tanssin ja musiikin avulla voidaan luoda harmoniaa ja rauhaa.
- Tanssin kautta saadaan luonnollinen ja onnistunut kommunikaatio niin sanattomassa kuin sanallisessa viestinnässä.

- Yhdessä ulosmeneminen ja ulkona liikkuminen on stimuloivaa toimintaa.

8.4 Ravitsemuksen ja ruokailun vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin

Ravitsemukseen liittyvät ongelmat muistisairailla:

- Kotona asuvilla muistisairailla kaupassa käyntiin voi liittyä vaikeuksia ja ruokailu helposti unohtuu muistisairauden alussa.
- Myöhemmässä vaiheessa vaeltelu ja levottomuus lisäävät energiankulutusta.
- Muistisairailla voi esiintyä ruualla sotkemista.
- Muistisairauden loppuvaiheessa nielemisvaikeudet lisääntyvät.
- Ruokailutilanteisiin voi liittyä vaikeuksia, esim. hahmottaminen, hämmennys, epäonnistumiseen liittyvä häpeä.
- Syömisvaikeudet ja nälkä voivat lisätä unettomuutta ja neuropsykiatrisia oireita.
- Huono ravitsemustila voi lisätä huonoa oloa ja näin ollen muuttaa käyttäytymistä.

Hyvän ravitsemustilan merkitys:

- Auttaa säilyttämään kognitiivista toimintakykyä ja lihasmassaa.
- Monipuolisella ruokavaliolla ja ravintoaineiden saannin turvaamisella voidaan vaikuttaa muistisairauden etenemiseen.
- Varsinkin antioksidantit, B-vitamiinit, D- ja K-vitamiini, sinkki, kuidun määrä ja n-3-rasvahapot ovat osoittautuneet muistin ja aivojen toimintakykyisyyden kannalta kiinnostaviksi ravintoaineiksi.

Keinoja ruokailutilanteiden helpottamiseen muistisairaana kanssa:

- Ruokailuhetkien sosiaalisuuden huomiointi; annetaan mahdollisuus mieleiseen pöytäseuraan.
- Ruokailutilan ja ruuan esteettisyyden huomiointi, esim. ikkunasta avautuvat näkymät, ruokailutilan koristelu.
- Ruokarauhan kunnioittaminen.
- Nimetään oma paikka ruokailutilassa.
- Luodaan mahdollisuus mieleiseen pöytäseuraan.
- Mahdollisuus valintojen tekoon voi parantaa ravitsemustilaa ja toimintakykyä.
- Pienet ruoka-annokset tulevat todennäköisemmin syödyksi kuin liian suuret.

- Useamman ruuan valikoima lautasella voi hämmentää.
- Ihanteellisinta olisi pieni määrä paljon energiaa ja ravintoaineita sisältävää ruokaa.
- Vuodenaikaan sopivat marjat, hedelmät ja koristelut edistävät ajan hahmotusta ja piristävät sekä tuovat puheenaiheita.
- Osallistuminen ruuan tai ruokailun valmistukseen, ruokaympäristön koristamiseen ja sisustamiseen tai keittiötoihin osallistuminen lisää kodintuntoa ruokailuun, sekä tuo toimeliaisuutta päivään ja lisää itseluottamusta.
- Myös edellä mainittujen asioiden vierestä seuraaminen aktivoi ja lisää osallisuuden ja kotoisuuden tunnetta.
- Ruuan tuoksu ja ruuan valmistamiseen liittyvät äänet lisäävät kodintuntoa ja voivat osaltaan toimia opasteina joita kohti suunnata löytääkseen ruokailutilaan.
- Mahdollisuus omaisten kanssa ruokailemiseen toisi tuttuutta ja välittömyyttä myös vierailuhetkiin ja kotoisaa tunnelmaa ruokailemiseen.
- Ruokapöytien ja tuolien sijoittelussa olisi tärkeä huomioida apuvälineiden kanssa ruokapöytään pääsy.
- Olisi hyvä olla eri vaihtoehtoja pöytien koolle ja sijoittelulle.
- Hyvät tuolit edesauttavat aloillaan pysymistä ja ruokailutilanteen mukavuutta.
- Sopivat ruokailuvälineet mahdollistavat omatoimisuutta.
- Mahdollisuus jättää liikkumisen apuvälineet käden ulottuville lisää autonomiamia.

8.5 Musiikin vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin

Musiikin hyödyt muistisairaille:

- Useiden tutkimusten mukaan musiikki vähentää dementoituneiden käytösoireita, mm. harhaluuloja, hallusinaatioita, aggressiivisuutta, hallitsemattomia tunteenpurkauksia ja ahdistuneisuutta.
- Musiikkilajista riippuen musiikki voi rauhoittaa tai kiihdyttää.
- Musiikin kuunteleminen vähentää stressiä vähentämällä ”stressihormoni” kortisolin määrää elimistössä.
- Musiikki voi parantaa vuorovaikutusta ja lisätä sosiaalista kanssakäymistä muistisairaiden kanssa.
- Musiikki piristää, kohottaa mielialaa, sillä on selkeä yhteys tunteiden säätelyyn ja masentuneisuuden vähentymiseen.
- Musiikki kohentaa muistisairaiden kognitiota ja psyykkistä suoriutumiskykyä.

- Erityisesti tuttu ja muistoja herättävä musiikki voi ainakin hetkellisesti auttaa palauttamaan kognitiivisen fokuksen ja lisätä orientaatiota aikaan ja paikkaan.
- Musiikki parantaa muistin toimintaa.
- Musiikin tuottaminen aktivoi motoriikkaan ja sen kontrollointiin, kuten keskittymiseen.

Laulamisen hyödyt:

- Laulaminen kohottaa mielialaa.
- Tuo tärkeitä onnistumisen kokemuksia.
- Kohentaa kielellistä ja omaelämäkerrallista muistia.

Musiikin kuuntelemisen hyödyt:

- Lisää yhteistä muistelua.
- Lujittaa yhteenkuuluvuuden tunnetta.
- Musiikin kuuntelemisella on pitkäkestoinen vaikutus koetun elämänlaadun kohe-
nemiseen.

Musiikin käyttäminen hoitotyön arjessa:

- Rauhoittava taustamusiikki voi tehdä ruokailutilanteista harmonisempia.
- Musiikin käyttö hoitotilanteissa voi lisätä hoitajan ja muistisaira-
an väliseen vuoro-
vaikutukseen huumoria ja leikkimielisyyttä.

8.6 Ryhmätoiminnan vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin

Ryhmätoiminnan positiivisia vaikutuksia muistisairaisiin:

- Ryhmätoiminta saattaa vähentää ärtyisyyttä ja mielialan heilahteluja.
- Ryhmässä tehtävä kognitiivinen kuntoutus voi parantaa kognitiota.
- Räätelöidyt, monitekijäinterventioina toteutetut ryhmämuotoiset hoidot saattavat vähentää neuropsykiatrisia oireita.
- Sosiaaliset verkostot lisääntyvät ryhmätoiminnassa.
- Ryhmätoiminta voi lisätä psyykkistä hyvinvointia.
- Ryhmätoiminta virkistää henkisesti.

- Ryhmätoiminnassa mieliala kohenee.
- Ryhmätoiminnassa voi itsetunto kasvaa.

Muistisairaiden ohjaamiseen liittyvät haasteet:

- vaikeus keskittyä
- passiivisuus, apaattisuus
- ohjeiden seuraaminen voi tuottaa vaikeuksia
- neuropsykiatriset oireet
- ryhmän heterogeenisuus: yhteisten tavoitteiden ja harjoitteiden löytäminen eri sairauden vaiheessa oleville ryhmän jäsenille
- Muistisairaana yksilöllinen huomioiminen ei ole mahdollista isossa ryhmässä.

Keinoja muistisairaiden ryhmätoiminnan onnistumiseen

- Tieto muistisairaana osallistujan sairauksista, niiden tuomista vaikeuksista arkeen ja tieto osallistujan persoonasta auttavat ryhmän ohjaajaa vuorovaikutuksessa muistisairaana osallistujan kanssa.
- Ohjaajalta vaaditaan herkkyyttä, joustavuutta ja kykyä analysoida ryhmän jäsenten kykyjä ja voimavaroja.
- Ohjaajan on huomioitava muistisairaana elämäkokemus ja sen ympäristön merkitys, jossa muistisairas henkilö on elänyt, ja jossa hän nyt elää.
- Ohjaajan olisi tärkeää tunnistaa muistisairaana voimavarat ja auttaa osallistujia myös löytämään ne: hoitaja voi rohkaista osallistujaa käyttämään niitä kykyjä ja osaamisia joita tällä on jäljellä.
- Muistisairaana elämäkokemus olisi hyvä tunnistaa ja hyödyntää ryhmätoiminnassa.
- Tuen tarjoaminen myös sanattoman viestinnän keinoin on tärkeää.
- Me-hengen saavuttaminen ryhmässä voi jopa vähentää neuropsykiatrisia oireita.
- Empaattinen ja lämmin asenne lisää luottamusta ryhmässä.
- Jokaisen ryhmän jäsenen tarpeellisuuden tunteen vahvistaminen on tärkeää.
- Pääpaino pitää olla tekemisen nautinnossa.
- Pienryhmätoiminnan kehittäminen, muistettava ettei kaikille sovi isossa ryhmässä toimiminen.

- Vaikka muistisairas saattaa vaikuttaa passiiviselta ryhmässä eikä tämän tunteista ole helppoa saada selvää, on hyvä muistaa että muistisairaahan kyky aistia tilanteiden ja ympäristön tunnelmia ja kyky ilmaista omia tunteitaan ovat monien muistisairaiden vahvuuksia.

8.7 Aistien hyödyntämisen vaikutukset muistisairaiden käytöshäiriöihin

Keinoja vaikuttaa aistein:

- Aromaterapiassa tuoksut rauhoittavat ja luovat yksilöllistä tunnelmaa hoitotilanteisiin.
- Pesutilanteen järjestäminen muistisairaahan omien toiveiden mukaan luo turvallisuutta ja toimii rauhoittavana elementtinä hoitotyössä.
- Suihkun paineella tai liian kylmällä vedellä voi olla vaikutusta käytökseen.
- Lämpimät pyyhkeet tekevät pesutilanteesta mukavamman ja hoitotilanteiden aggressiot voivat vähentyä.
- Kevyet hierovat liikkeet lisäävät rauhoittavaa vaikutusta.
- Lempituoksut ja hygieniatuotteet lisäävät merkittävästi rauhoittavaa tunnelmaa.
- Koskettaminen ja hieronta ovat tutkittuja menetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan kanssa.
- Erilaiset sivelyliikkeet voivat rauhoittaa haasteellisesti käyttäytyvää muistisairasta.
- Hieromaan pyritään helposti lähestyttäviä kehon osia. Hieronta voi lisätä positiivisia kokemuksia ja lievittää kipua. Hieronnalla voidaan myös parantaa mielialaa.
- Koskettamalla voidaan lisätä turvallisuuden tunnetta ja leppoisaa tunnelmaa.
- Lapsuudesta vanhuuteen pysyy tarve saada kosketusta.
- Koskettamalla voi saada aikaan: tiedon saaminen ympäristöstä, viestittää hoivasta ja huolenpidosta ja lievittää menetyksiä.
- Koskettaminen herättää kehomuistin ja muistot aikaisemmista kosketuksista, mikä tuo mielihyvän tunnetta. Auttaa tekemään elämästä elämisen arvoista, iloisuus tarttuu ja epäystävällisyys masentaa, koskettamalla voi lohduttaa ja lievittää. Koskettamisen tavoite on luoda luottamuksellinen hoitosuhde.
- Ei pidä loukata yksityisyyttä, jokaisella on oma ”reviiri”.
- Ulkoiluun liittyvät hetket ylläpitävät ja nostavat etenevää muistisairautta henkilön hyvinvointia.

- Ikäihmiselle vain kasvien ja puutarhan katselu on tärkeitä. Ulkoilut puistoissa lisää sosiaalisia kontakteja. Luonto virkistää mieltä mutta sen on myös koettu olevan kipua lievittävä vaikutus.
- Hyvä ympäristö on yksityiskohdiltaan rikas, näin jokainen aisti saa positiivisia vi-rikkeitä.
- Havaitsemista tehostaa moniaistisuus. Viherympäristö voi tarjota käyttäjälle ym-märtämisen, kyvykkyyden ja hallinnantunteita.
- Tasapainon hallintaa auttavat pysty- ja vaakalinjat. Vinolinjat heikentävät tasapai-noa.
- Aistitarjonnan lisääminen kaikkia aisteja koskevaksi edistää ihmisen mahdolli-suuksia itsenäiseen toimintaan.
- Moniaistisuudessa havainto tehdään usealla aistilla samaan aikaan. Näin aistit te-hostavat toistensa toimintaa. Voimakas melu voi vaikeuttaa visuaalista havaitse-mista.
- Aisti toiminnot heikentyvät ikääntyessä, mutta monen aistin kautta saatu informaatio edesauttaa havaitsemista ja auttaa toimimista arkipäivän toiminnoissa.
- Aistien käyttöä täytyy kuitenkin opetella. Luonto tarjoaa moniaistisen ympäristön, joten ulkoilu mahdollistaa kaikkien aistien käytön

9 OPPAAN LAADINTA

Oppaan kirjoittaminen pitäisi aloittaa miettimällä ensin lukijan tarpeita. Vaikka aiheesta tietäisikin paljon, on tärkeää keskittyä siihen, mitä lukija oppii ja osaa, kun on lukenut oppaan, sekä mitä tietoa ja millaisia ohjeita lukija tarvitsee voidakseen toimia ja pärjätä paremmin työssään. Lukija etsii oppaasta hyötyä, apua, oppia ja taitoja. Oppaan laatimisessa täsmällisyys ja tarkkuus ovat merkityksellisiä, sillä oppaan tieto on lukijalle tärkeää. Omaan asiantuntemukseen täytyy luottaa ja kirjoittaa rehellisesti ol-lakseen vakuuttava. Lukijasta täytyy luoda mielikuva, jossa ei saisi tukeutua yleistyksiin. Lukijakuntaan olisi hyvä tutustua, kysellä, keskustella ja kiinnostua. Oma idea on hyvä pitää kirkkaana, koska mielipiteillä ei hyvää tekstiä synny. (Rentola 2006, 92 – 94.)

Teksti kirjoitetaan aina jonkun näkökulmasta. Mitä rauhallisempi näkökulma on, sitä helpommin lukijan saa perehtymään itselleen vastenmieliseen aiheeseen. Tekstiin tulee kuitenkin huomaamatta omaa asennetta. Omien arvojen kyseenalaistaminen on

vaikeaa, minkä vuoksi ne usein näkyvät tekstissä ja niitä tulee ilmaiseeksi tahtomattaankin. Lukija lukee opasta tämän näkökulman kautta, ja se voi vaikuttaa lukijaan niin, että hän saattaa hylätä ylimielisellä asenteella kirjoitetun tekstin. (Rentola 2006, 95–96.)

Tekstin kieli kirjoitetaan kohderyhmän mukaan. Aina on pyrittävä kirjoittamaan kieltä, jota lukija ymmärtää. Murteet, ammattislangi ja muut ovat hyväksyttäviä vain, jos ne ovat ymmärrettäviä ja tuovat asian esille. Turvallisinta on tukeutua sujuvaan yleis-suomeen. Tärkeintä tekstissä on kuitenkin asia ja oppi, missä muodossa neuvot ovat ja miten kohdistaa ne lukijalle. (Rentola 2006, 96 – 97.) Hankalia ammattisanoja sekä monimutkaisia ja pitkiä lauseenrakenteita kannattaa välttää, mutta liian lyhyitä lauseita ei sen pelossa kuitenkaan tarvitse tehdä (Eloranta & Virkki 2011, 74).

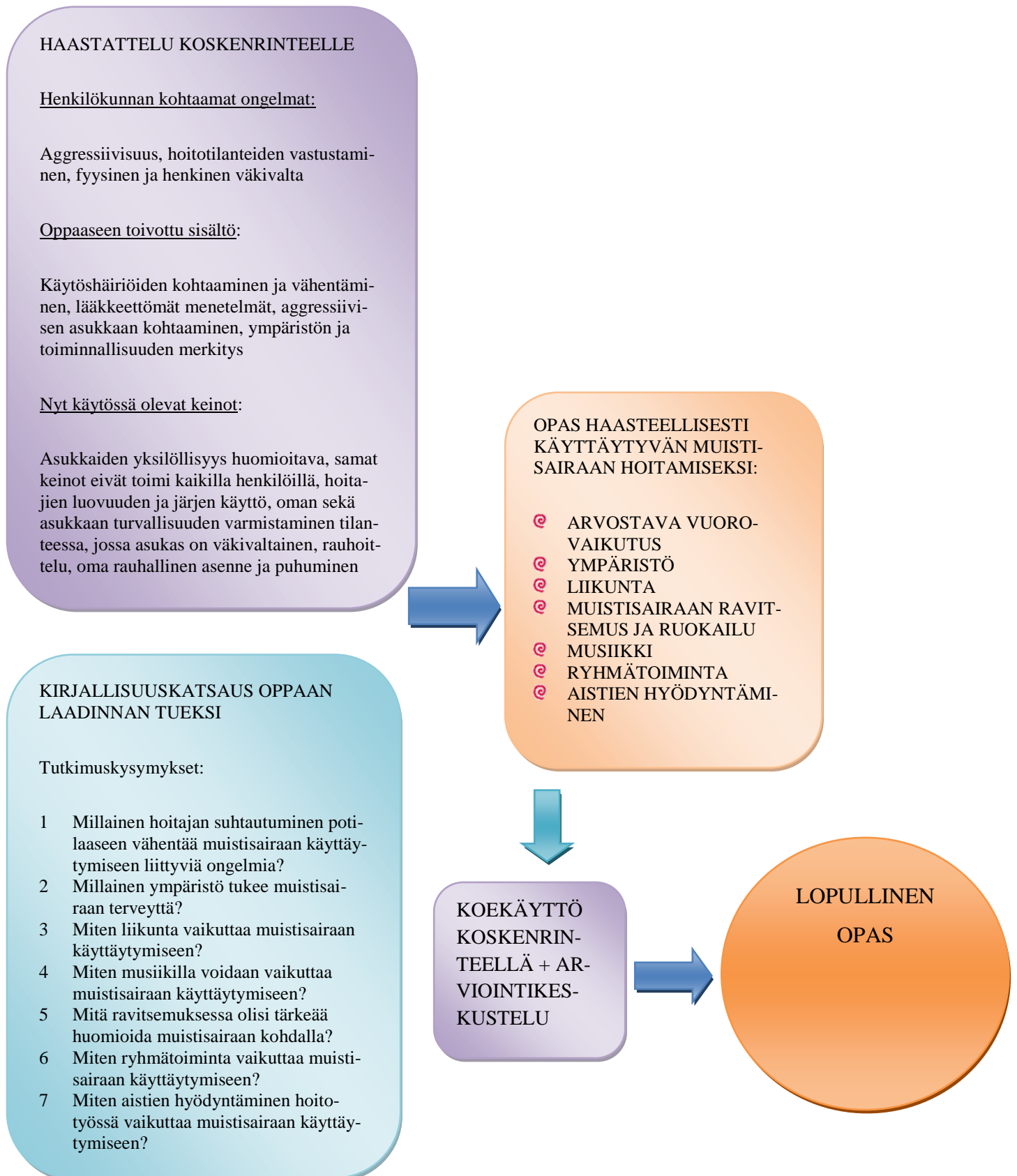
Oppaalle on luotava hyvä rakenne, jolloin oppaan käyttötarkoituksen miettiminen voi auttaa. On pohdittava, ollaanko ratkaisemassa ongelmaa vai opettamassa uutta taitoa. Helppoin muoto on ongelma ja ratkaisu -rakenne. Siinä kuvataan ensin ongelma, jonka jälkeen kerrotaan, miten ongelman ratkaisussa voidaan auttaa. Sisällön suunnittelussa on mietittävä, mitä sisältöä lukija tarvitsee, jotta oppaasta olisi hyötyä. Sisällön suunnittelu aloitetaan siitä, että kerätään kaikki mahdollinen oleellinen tieto, minkä jälkeen tiivistetään ja mietitään, mikä todella on oleellisinta tietoa oppaan ja oppimisen kannalta. Tekstin läpikäyminen useampaan kertaan on tarpeen sen jälkeen kun se on saatu valmiiksi. On myös tärkeää, että joku lukee oppaan kokeeksi ja lukijalta kysytään mielipidettä siitä, miten tämä ymmärsi oppaan sisällön, mikä hämmensi, mikä ihmettytti ja mitä hän ei ymmärtänyt ollenkaan sekä mikä oppaassa kiinnosti. (Rentola 2006, 98 - 100.) Ohjeistuksen on oltava perusteltua, sillä pelkällä neuvomisella ei saada asioita tapahtumaan ja toimintatapoja muuttumaan. Varsinkin enemmän toimintaa vaativat ohjeet täytyy perustella, mutta myös pienemmät asiat. Teksti ei saa olla liian pitkä luettavaksi, ettei lukijan mielenkiinto katoa kesken lukemisen. Kohtalaisen lyhyt tulee varmimmin luetuksi, vaikka pituus vaihtuu toki myös asian vaihtuessa. (Eloranta & Virkki 2011, 74–77.)

Hyvä kirjallinen ohje on kirjoitettu puhuttelumuodossa. Kannattaa käyttää suoraa puhuttelua passiivin sijaan väärinymmärrysten välttämiseksi. Ohjeiden täytyy olla helpolukuisia, jotta asia tulee selväksi. Tekstiä voi lihavoida ja suurentaa tärkeiltä osioilta. Kappalejako ja otsikot helpottavat lukemista. Joissakin ohjeissa voi kuvitus helpot-

taa ohjeistusta. Värillinen esite tulee mustavalkoista paremmin esille. Tekstin viimeistelyyn on kiinnitettävä huomiota, sillä kirjoitusvirheet mahdollistavat väärinkäsityksiä. Riippuen kenelle ohjeistus tulee, voi fonttikoollakin tehdä vaikutusta, esimerkiksi ikäihmiselle annettu ohje voidaan tulostaa isommalla fontilla. Fontin tyyliäkin eri ryhmille kannattaa miettiä, jotta teksti olisi mahdollisimman helppolukuista. (Eloranta & Virkki 2011, 74–77.)

Oppaan sisältöä varten teimme alkuperäistutkimuksista kirjallisuuskatsauksen, jonka sisällön analyysillä poimimme oppaaseen nousseet tiedot. Lisäksi haastattelimme Koskenrinteen henkilökuntaa. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, millainen oppaan sisältö vastaisi parhaiten Koskenrinteen tarpeisiin. Saimme haastattelusta paljon vinkkejä ja apua siihen, mitä oppaaseen halutaan sisällöksi. Haastattelun ja tutkimuskysymysten pohjalta kokosimme oppaan. Oppaan lopulliseen sisältöön laitoimme tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset. Tiivistimme tuloksista ranskalaisin viivoin keinoja, joita voitaisiin esitellä oppaassa. Oppaasta yritimme tehdä mahdollisimman selkeän ja isojen otsikoiden avulla jakaa tekstiä osiin. Saimme tutkimuskysymyksittäin jaoteltua aihealueet. Käytimme kuvioita, joihin on laitettu tärkeitä lauseita ja ajatuksia, tuodaksemme selkeyttä ja korostaaksemme tiettyjä asioita. Lisäksi toivoimme niiden pitävän mielenkiintoa yllä enemmän kuin pelkkien ranskalaisten viivojen.

Tiivistelmä oppaan laadinnan prosessista:



Kuva 3. Havainnollistava kuva koko opinnäytetyön prosessista

9.1 Oppaan koekäyttö ja arviointi

Sovitusti lähetimme oppaan Koskenrinteelle koekäyttöön noin neljäksi viikoksi. Lähetimme oppaan mukana saatekirjeen ja arviointikaavakkeita, jotta arviointi tulisi työntekijöiltä käytössä. Sovimme tapaamisen elokuun loppuun, jolloin käytäisiin läpi oppaan hyödyn ja sen arvioinnin. Lävitse käytäisiin myös mahdolliset korjaukset.

Kävimme arviointikaavakkeet manuaalisesti lävitse ja tiivistimme vastaukset seuraavaan kappaleeseen. Lähetimme oppaiden mukana arviointikaavakkeita. Tarkoituksena oli saada palautetta siitä mitä keinoja hyödynnettiin, mitä hyötyä niistä oli, miten keinot olivat toteutettavissa ja mitä uutta tietoa opas lukijalleen tarjosi. Vastauksia saimme yhteensä 11 kappaletta kolmelta eri hoivaosastolta. Vastaajat olivat lähihoitajia, sairaanhoitajia ja mukana vastaamassa hoitajien kanssa oli muutama opiskelijakin.

9.2 Koekäytön arviointi ja purku

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, mitä oppaassa olevia keinoja on hyödynnetty, tai mitä voisi kuvitella työssään hyödyntävän. Vastauksista ilmenee, että työssään hoitajat hyödyntävät musiikin soittamista. Musiikki tuo esille vanhoja hyviä muistoja ja sitä käytettiin myös rentoutukseen ja rauhoittamaan tilanteita. Muutamat olivat hyödyntäneet laulamista ja tanssia. Tietenkin eri sairauksien takia on vaikeampaa saada ihmisiä esimerkiksi yhteislauluun. Ympäristön rauhoittamista toteutettiin tilanteiden mukaan, koska ei voitu estää kaikkia äänekkäitä tapahtumia, jos esimerkiksi asiakas äänтелеe. Melutasoakin alennettiin, jotta saataisiin rauhoitettua yleistä ympäristöä. Ryhmätoimintoihin ja liikuntahetkiin viemistä lisättiin. Vuorovaikutusta ihmisarvoa kunnioittaen ja huumorin käyttöä tuotiin esille. Vuorovaikutusta helpottavaksi tekijäksi koettiin, kun tuntee asukkaan jo ennestään. Myös koskettamista ja sanatonta - ja sanallista viestintää hyödynnettiin. Vastauksissa kerrottiin että sisustukseen osastolla on otettu oppaan asioita huomioon.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin mitä hyötyä keinojen käytöstä oli. Monissa vastauksissa tuotiin esille musiikki ja sen hyödyt. Taustalla soiva musiikki rauhoittaa, ja musiikki myös piristää. Musiikki muuttaa mielialaa paremmaksi, jolloin voidaan aamutoimet hoitaa paremmin. Tiedyt musiikkikappaleet tuovat mieleen sanoja vaikka olisi pidemmälle edennyt muistisairaus. Myös koskettamisesta oli hyötyä ja huumorinkäy-

töstä vaikeissakin tilanteissa. Ympäristöön rauhoittaminen ja sanaton viestintä koettiin hyödylliseksi. Myös peseytymistilanteissa hyödyksi koettiin aistien hyödyntäminen. Lämpö ja hyväntuoksuiset pesuaineet helpottivat pesutilanteita. Nämä edellä mainitut asiat tuovat hyvää mieltä ja rentouttavat. Musiikki oli tuonut apuja myös hoitovastaisuuteen, kun taustalla soikin mielimusiikki. Myös yhdessäolo ja läheisyys koettiin asukkaita rauhoittavaksi. Musiikin avulla oli saatu asukkaita lähtemään liikkeelle ja helpommin pesuille.

Kolmannessa kysymyksessä käsiteltiin miten näitä keinoja pystyttiin toteuttamaan osastolla. Eniten vastauksissa tuli ilmi sanattoman viestinnän käyttö. Siihen liitetään ilmeet ja eleet. Suureksi osaksi myös kosketus ja läheisyys koettiin helpoiksi toteuttaa, ne rauhoittavat pienillä teoilla. Vastauksissa löytyy myös maininta hoitotyön ohessa lauleskelusta ja juttelemisesta ja niistä on koettu olevan hyötyä. Musiikki nousee tässäkin kysymyksessä melko suureksi osaksi. Musiikin käytön toteuttaminen oli osastoilla onnistunut ja musiikkia oli soitettu myös ruokailun yhteydessä hiljaisesti taustalla. Tietenkin asiakkaan tilanteen ja päiväkohtaisen voinnin mukaan toteuttamisen onnistuminen vaihteli. Tietyt vaiheet muistisairaudessa vaikeuttavat liikunnallisia keinoja, mutta tilanteen mukaan niitäkin toteutettiin osastolla. Tietenkin huomioitiin asiakkaan tilanne ja mieliala.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin mitä keinoja hoitajat olivat ennen näitä käyttäneet ja oliko oppaassa uutta tietoa. Moni vastaajista koki, ettei uutta tietoa oppaassa ole. Keinot ovat heille tuttuja ja he ovat suurinta osaa niistä käyttäneet. Validaatio menetelmänä oli kuitenkin joillekin vastaajille uusi asia. Muutamalle vastaajalle opas toi mieleen asioita joita tiesi, mutta ei ollut niinkään käyttänyt. Opas koettiin osaltaan hyvänä muistutuksena. Vastauksissa todettiin myös, etteivät teoria ja käytäntö aina vastaa toisiaan. Vastauksista ilmeni, että musiikkia ja liikuntaa oli käytetty eniten hoitotyössä ennen opastakin. Aistien hyödyntäminen oli uusin asia, mutta ei sekään aivan tuntematon asia.

Viidenneksi pyysimme oppaasta risuja ja ruusuja. Opas oli vastaajien mielestä hyvä ja tiivis. Käytännön esimerkkejä kaivattiin muutaman vastaajan mielestä lisää. Muutaman vastaajan mielestä opas on parempi vasta-alkajalle tai opiskelijalle. Opas koettiin selkeäksi ja riittävästi tiedottavaksi. Vastauksissa tuli myös esille, että opas on hyvä myös jo pitempään alalla työskennelleille hoitajille muistutuksena ja vinkkeinä toi-

mintaan, etenkin arvostava vuorovaikutus koettiin tärkeänä. Selkeä taulukko erilaisista oireista eri sairauksien kohdilla koettiin hyväksi ja tiiviiksi tietopaketyksi. Muutamat vastasivat, että nämä keinot ovat jo käytössä osastoilla, ja sen vuoksi opas sopisi paremmin opiskelijoille ja vasta-valmistuneille hoitajille. Vastauksista tuli myös ilmi, että paperilla keinot näyttävät paremmilta kuin käytännössä. Kuitenkin koettiin, että kokeilemalla voisi löytyä aggressiivisestikin käyttäytyvälle muistisairaalle oma toimiva juttu. Oppaan keinot koettiin myös ylipäänsä muistisairaiden kanssa työskenteleville hyödyllisiksi, vaikkei olisikaan käytöshäiriöitä.

10 POHDINTA

10.1 Oppaan hyödynnettävyys työelämässä

Oppaan sisältöä voidaan hyödyntää tulevassa ammatissamme paljonkin. Muistisairaiden kanssa työskentely on haastavaa ja vaatii osaamista ja ymmärrystä. Opinnäytetyön ohessa on opittu itsekkin paljon, miten tätä tietoa voi hyödyntää, kun seuraavan kerran kohtaa muistisairaan ihmisen.

Tästä oppaasta voisi olla hyötyä myös kun kertoo asioista omaisille. Opasta voisi myös jakaa omaisille, kun muistisairaus on uusi asia tai ei ennestään tuttu. Kun on enemmän tietoa miten käytöshäiriöitä voidaan lieventää, niin he voivat auttaa löytämään lisää lempiasioita ja musiikkia, joita voitaisiin hoidossa hyötykäyttää. Opas auttaa uusia työntekijöitä alalla, jotka eivät ole niin paljon olleet tekemisissä vanhusten taikka muistisairaiden kanssa. Oppaasta voisi olla hyötyä jo opiskeluvaiheessa. Väestö ikääntyy ja muistisairauksia löydetään kokoajan enemmän. Opasta voisi jakaa myös esimerkiksi muistipoliklinikalla ja hoivakodeissa.

10.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyön tekijöitä on ollut kaksi. Jotta olemassa olevien tutkimusten valinnan ja käsittelyn voidaan katsoa olevan pitävää, tarvitaan kirjallisuuskatsauksen tekoon vähintään kaksi tutkijaa (Johansson 2007, 6). Myös alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa vähintään kaksi arvioijaa lisää luotettavuutta (Kontio & Johansson 2007, 101). Lisäksi olemme kuvanneet tarkasti tiedonhakuprosessiamme: mitä tietokantoja olemme käyt-

täneet ja mitä hakusanoja olemme käyttäneet kussakin tietokannassa sekä kuinka paljon tuloksia on kullakin hakusanalla löytynyt. Tiedonhakutaulukot lisäävät hakuprosessin selkeyttä. Olemme myös hakeneet tietoa manuaalisesti selaamalla aiheeseen liittyviä artikkeleita luotettavista lehdistä. Pelkän tietokantahaun lisäksi on hyvä käyttää myös manuaalista tiedonhakua, jotta tietoa saadaan mahdollisimman kattavasti (Johansson 2007, 6). Olemme laatineet sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit työhön mukaan otettavalle aineistolle, ja hyväksytyt aineisto on valittu niiden mukaisesti. Tarkat valintakriteerit ehkäisevät systemaattisia virheitä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Kaikki oppaan lähteenä oleva aineisto on liitteenä olevasta tutkimustaulukosta. Käytetyt lähteet on myös merkitty huolellisesti heti työn alusta alkaen. Tarkka kirjaaminen katsauksen kaikista vaiheista on tärkeää katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamisen vuoksi (Johansson 2007, 6).

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat pelkkä suomenkielisten hakusanojen käyttäminen sekä enimmäkseen suomenkielisen lähdemateriaalin käyttäminen. Ihanteellisessa tilanteessa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitaan kaikilla kielillä julkaistut relevantit tutkimukset, jotka tarvittaessa käännetään (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Aika ja resurssit eivät yksinkertaisesti riittäneet muun kielisten tutkimusten hakemiseen ja kääntämiseen. Toisaalta opinnäytetyömme ei ole systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaan kehittämistehtävä, jonka aineiston keruuseen on käytetty kirjallisuuskatsausta. Toinen luotettavuutta heikentävä tekijä on se, että olemme molemmat aloittelijoita kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Emme perehtyneet alkuun riittävän tarkasti menetelmäkirjallisuuteen ja suunnitelleet esimerkiksi tiedonhakuprosessia riittävän yksityiskohtaisesti, minkä vuoksi jouduimme tekemään ehkä enemmän työtä koko opinnäytetyöprosessin ajan tiedonhaun kanssa. Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällistä, tarkasti määriteltyä ja rajattua, ja se on uudelleen toistettavissa. Ensimmäiset tiedonhakukokeilut voivat hämmentää ja oikeiden tiedonhakuvälineiden valinta voi tuntua vaikealta. Kaikkea mahdollista omasta aiheesta kirjoitettua ei pidä etsiä, vaan tärkeää on keskittyä olennaiseen ja luotettavaan tietoon. Hyvällä suunnittelulla olisi voinut välttää monet turhat yritykset ja nollatulokset, jotka hidastivat tiedonhakua. (Tähtinen 2007, 10.)

10.3 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistehtävän arviointia on tärkeää tehdä koko kehittämishankkeen ajan. Toteutuksen aikana on tärkeää arvioida hankkeen etenemistä ja lopussa tavoitteiden saavuttamista ja tuloksia. (Heikkilä ym. 2008, 127.) Kehittämistehtävämme tavoitteita olivat antaa välineitä hoitotyöhön muistisairaana käytöshäiriöiden kohtaamiseen, sekä selvittää muistisairauden vaikutukset fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Mielestämme olemme saavuttaneet nämä tavoitteet hyvin. Opas antaa näyttöön perustuvia, helposti toteutettavia ja käytännönläheisiä neuvoja käytöshäiriöiden kohtaamiseen ja lievittämiseen. Saimme oppaasta hyvää palautetta myös yhteistyötaholta. Kehittämistehtävässä olemme huomioineet laajasti niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin näkökulman.

Kehittämistehtävän raportointi on tärkeää, jotta työn tulokset tulisivat hyödynnettäviksi (Heikkilä ym. 2008, 46). Tämän kehittämistehtävän tuotos, eli opas, lähetettiin saatekirjeen kera arvioitavaksi kaikkiin Koskenrinteen hoivayksiköihin ja lopullinen versio oppaasta lähetetään Koskenrinteelle sekä sähköisenä että paperisena versiona. Kehittämistehtävässä hyödynnetyn aineiston laadun arviointi on tärkeää eettisyyden kannalta (Heikkilä ym. 2008, 45). Tässä työssä on käytetty lähteenä kirjallisuuskatsauksella haettua näyttöön perustuvaa aineistoa ja lähteitä on ollut käytössä runsaasti.

Aihe kehittämistehtäväämme tuli Koskenrinteeltä, joten kehittämistehtävä on työelämälähtöinen. Pyrimme tekemään oppaasta mahdollisimman hyvin työelämän tarpeita vastaavan, minkä vuoksi kävimme haastattelemassa henkilökuntaa ja hyödynsimme työelämästä tulleita toiveita oppaan laadinnassa. Oppaan laittaminen koekäyttöön ja palautteen pyytäminen olivat myös keinoja, joilla pyrimme lisäämään työelämälähtöisyyttä.

10.4 Lopuksi

Muistisairaiden kanssa työskentely on haastavaa ja vaatii laaja-alaista osaamista ja ymmärrystä muistisairaudesta ja eri vaiheista sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Varsinkin käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset ovat yksi suurimmista haasteista muistisairaana hoidossa ja myös yksi merkittävimmistä syistä pitkäaikaishoitoon siirtymiselle. Käytöshäiriöt vaikuttavat omaisten jaksamiseen ja rasittavat myös hoito-

henkilökuntaa, puhumattakaan siitä, kuinka ne vaikuttavat muistisairaana itsensä elämänlaatuun. Opinnäytetyön tekemisen ohessa olemme oppineet itse paljon, ja pysymme varmasti hyödyntämään saamiamme tietoja, kun kohtaamme työssämme muistisairaita ihmisiä.

Yksi paljon pohdiskelua aiheuttanut asia opinnäytetyöprosessimme aikana on ollut oikean termin valinta käytöshäiriölle. Käytöshäiriön tilalla kokeilimme alkuun muun muassa käytösoiretta, haastavaa käyttäytymistä ja käyttäytymisen muutoksia. Päädyimme lopulta käyttämään termiä käytöshäiriö, sillä sana ”oire” oli liian lääketieteellinen ja muut vaihtoehdot tuntuivat kömpelöiltä. Mitä enemmän tutustuimme aiheeseen, sitä häiritsevämmältä termivalinta kuulosti. Opimme prosessin aikana, että lähes aina muistisairaana vaikeaksi koettuun käyttäytymiseen on olemassa jokin syy, kuten itsensä ilmaisemisen vaikeus ja siitä seuraava turhautuminen. Siksi hoitajan ymmärtävä asenne ja muistisairaana arvostava kohtaaminen nousivatkin yhdeksi merkittävimmistä keinoista käytöshäiriöiden ehkäisemiseksi.

Koskenrinteellä toivottiin oppaaseen konkreettisia keinoja siihen, millä tavoin käytöshäiriöitä voitaisiin kohdata ja lievittää. Alkuun tällaisten keinojen löytäminen tuntui haastavalta, ainakin niin että keinot olisivat vahvaan tutkimusnäyttöön perustuvia. Loppua kohden taas tuntui, että erilaisia keinoja alkoi olla liiankin paljon ja niiden jäsentäminen ja kasaaminen selkeäksi ja johdonmukaiseksi paketiksi oli mahdotonta. Loppujen lopuksi saimme kuitenkin kasattua selkeän ja tiiviin oppaan, missä on sekä konkreettisia keinoja että sopivasti teoretietoa tukemaan näitä keinoja.

LÄHTEET

Ahola, S. 2009. Esteetön ympäristö ja ulkoilu. Teoksessa Toim. Mäkinen E., Kruus-Niemelä M., Roivas M. Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhuskeskuksessa. yliopistopaino Helsinki

Ahola S. & Leminen T. 2009. Liikkumalla tasapainoa. Teoksessa Mäkinen E., Kruus-Niemelä M., Roivas M. (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhuskeskuksessa. Yliopistopaino, Helsinki.

Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Kotilainen, H., Köykkä, T., Numminen, A., Saarenheimo, M., Suominen, M. & Topo, P. Suoraan muistisairasta ihmisestä auttavat hoitomuodot. Teoksessa Eloniemi-Sulkava U. & Savikko, N. (toim.) MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa, 20 - 22, Newprint Oy, Raisio.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Latvia.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. ym.(toim.) 2010 Muistisairaudet. Porvoo: Duodecim.

Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim, s.87.

Erkinjuntti, T. Pirttilä, T. 2010. Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim, s. 129–134, 148–149.

Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia-lehti 3/2013.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. ym. (toim.) 2014 Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki, Duodecim.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki, WSOY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Gaudeamus.

Jauhola, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Jokinen, M. 2012. TunteVa-menetelmän käyttö dementoituvien vanhusten disorientaation eri vaiheissa. Hämeen ammattikorkeakoulun e-julkaisuja.

Karppinen, T. 2013. Hoitoympäristön yhteys ikääntyneen toimintakykyyn laitoshoidossa. Kandidaatintutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koski-Helfenstein, R. 2011. Kliinisen improvisaation käynnistämä emotionaalinen prosessointi musiikkiterapiassa masennuksen hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos.

Leminen, T. 2009. Ympäristö on puoliruokaa. Teoksessa Mäkinen E., Kruus-Niemelä M., Roivas M. (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhusten keskuksessa. Helsinki, Yliopistopaino, s. 41 – 51.

Lyyra, T.-M. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki, WSOY pro OY.

Lääperi, P. 2012. Muistisairas kaipaa tunteiden kuulemista ja jakamista. Vanhustyö – lehti, s. 24 – 25.

Pietilä, M. Heimonen, S. Eloniemi-Sulkava, U. Savikko, N. Köykkä, T. Sillänpää-Nisula, H. Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Gerontologia -lehti. 3/2010, s. 260 – 266.

Pitkänen, M. 2010. Muisti ja mieli – hanke toi ikäihmisille uusia palveluja Sastamassa. Vanhustyö – lehti, s. 18–21.

Punkanen, M. 2011. Improvisational music therapy and perception of emotions in music by people with depression. Väitöstutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (toim.) Tieto kirjaksi. Saarijärvi

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim, s. 166–169.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim, s. 159–160, 172–174.

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede-lehti 2011. s. 46 – 56.

Sivonen, T. 2010. Professori Böhmin dementiahoitomallissa tuetaan psyykkistä jakamista. Vanhustyö – lehti, s. 21–23.

Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Vammalan Kirjapaino Oy.

Talvenheimo-Pesu, A. 2009. Ikäihminen ja ympäristö vuorovaikutuksessa. Teoksessa Mäkinen, E., Kruus-Niemelä, M. & Roivas, M. Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhusten keskuksessa. Helsinki, Yliopistopaino, s. 52 – 60.

Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa – Alzheimer arjessa. Juva, Bookwell.

Toivonen, K. 2015. Potilaana ihminen - hermeneuttis-fenomenologinen tutkimus hengellisyydestä ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja.

Vataja, R. 2014. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten syyt, muistisairaahan käyttäytymisen muutosten hoidon periaatteet. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari, T. & Forder M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito, Porvoo, Bookwell Oy, s. 46 – 47.

Valkonen, L. 2011. Aivojen terveyteen ja muistisairauksien ehkäisyyn voidaan vaikuttaa. Vanhustyö – lehti, s. 16–17.

Vataja, R. 2010. Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim.

Virkola, E. 2009. Dementiakodin asukkaiden toimijuusryhmätoimintatilanteissa. Gerontologia-lehti 3/2009, 146 – 156.

Internet-lähteet:

Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypähoito-suositus 2010 Muistisairaudet, sähköinen tausta-aineisto. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01635&suositusid=hoi50044> [viitattu 5.6.2015].

Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Lääkärilehti. Artikkelin 39/2010. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034629> [viitattu 12.5.2015].

Isola, A. 2014. Hyvä vuorovaikutus muistisairautta sairastavan kanssa. Oulun yliopiston professori emeritan PowerPoint-esitys. Saatavissa: <http://www.muistiaina.fi/files/13038.pdf> [viitattu 23.7.2015].

Juva, K.2014. Alkava muistisairaus - milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2014;130(10):969 – 74. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11656[Viitattu: 20.3.2015].

Sarvimäki, A. Muistisairaus ja ihmisarvon haavoittuvuus. Memo-lehti 4/2013. Saatavissa:

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=162&issue=2013-04> [Viitattu 1.8.2015].

Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11845&p_haku=musiik*%20terap*[Viitattu 23.7.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1800855[Viitattu 10.02.2015].

Sulkava, R. 2010. Muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt. Duodecim oppikirjat.Saatavissa:http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger00808&p_haku=muistisair*%20k%C3%A4yt%C3%B6s

http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger00808&p_haku=muistisair*%20k%C3%A4yt%C3%B6s[Viitattu 21.5.2015].

Tutkimustaulukko.

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
Saarnio, R., Mus-tonen, U. & Isola, A. Hoitotiede-lehti 2011, 46 - 56.	Dementoituvan vanhuksen haasteel-linen käyttäytymi-nen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata henkilökunnan käsityksiä dementoituvien vanhusten haasteellisesta käyttäytymisestä ja henkilökunnan toimintatavoista heidän kohdatessa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mitkä ovat dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuodot laitoshoidossa? 2) Kuinka usein haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuotoja ilmenee laitoshoidossa? 3) Millaisia toimintatapoja hoitohenkilökunta käyttää kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvän, dementoituvan vanhuksen? 	<p>Aggressiivinen käyttäytyminen on yleisempää terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kunnallisissa vanhainkodeissa kuin yksityisissä vanhainkodeissa. Työyksiköissä, joissa oli 21 – 30 asiakaspaikkaa, esiintyi eniten aggressiivista käyttäytymistä. Vähiten aggressiivista käyttäytymistä esiintyi yli 30 sekä alle 10 asiakaspaikan yksiköissä.</p> <p>Eniten esiintyi muita vanhuksia häiritsevää levottomuutta kuin muita häiritsevän käyttäytymisen muotoja. Hoitohenkilökunnasta 63 % koki, että levottomuutta ilmeni vähintään viikoittain. Dementoituneen vanhuksen itseään vahingoittavaa käytöstä ilmeni hoitohenkilökunnan mukaan harvoin.</p> <p>Hoitohenkilökunnalla oli 3 eri toimintatapaa: ymmärtävä, epäammattillinen, rajoitteiden käyttö. 78 % toimi usein ymmärtävällä toimintatavalla. Epäammattillinen toimintatapa oli harvinaisen; yli puolet ei koskaan käyttänyt sitä ja 41 % käytti harvoin.</p>
Pietilä, M. Heimonen, S. Eloniemi-Sulkava, U. Savikko, N. Köykkä, T. Sillänpää-Nisula, H. Frosti, S. Saarenheimo, M. Gerontologia –lehti. 3/2010. 260 – 266.	Keskusteluja: Koh-taamisia vai ohituk-sia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa.	Tarkastellaan toiseuden rakentumista muistisairaiden pitkä-aikaishoidon päivittäisessä vuorovaikutuksessa sekä toiseuttamisen vaikutusta hoidon laatuun. Millainen hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tukee asukkaan yksilöllisyyttä, identiteettiä ja toimivuutta.	Hoitajien ja asukkaiden vuorovaikutus sisältää pääosin fyysistä perushoitoa, järjestelmän toimivuudesta huolehtimista ja hallintaa sekä liian vähän yksilön huomioivaa ja ihmisarvoa kunnioittavaa yhdessäoloa. Hoitajat esimerkiksi ohittivat asukkaiden pyyntöjä ja tarpeita sekä asettivat muita toimia etusijalle. Havainnoissa hyvää hoitoa luonnehti rohkaiseva ja myönteinen tunnelma, hoitajien läsnä oleva toimintatapa, asukkaiden tilanteisiin reagoiminen sekä asukkaiden merkityksellisyyden tunteen vahvistamisen tarjoamalla heille toiminta mahdollisuuksia. Paljon voidaan tehdä hoitotyön tavoitteellisella johtamisella, toiminnan säännöllisellä arvioimisella sekä hoitajien osaamisen, motivaation ja sitoutumisen vahvistamisella.

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Suontaka-Jamalainen, K.</p> <p>Pro gradu - tutkielma, Tampereen yliopisto, Toukokuu 2011.</p>	<p>Muistisairaahan käytöshäiriöt ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettujen muistisairautta sairastavien potilaiden käytöshäiriöiden ilmenemistä, jäljellä olevaa toimintakykyä ja niiden muutosta hoitointervention aikana. Tutkimustuloksia hyödynnetään muistisairaiden hoidon kehittämisessä.</p>	<p>Tyypillisimmät käytöshäiriöt olivat apatia, masentuneisuus, levottomuus ja aggressiivisuus sekä harhaluulot. Ko. oireista kärsi ¾ tutkimuspotilaista. Aggressiivisuus ja levottomuus olivat yleisempiä vaikeasti dementoituneella kuin keskivaikeaa tai lievää muistisairautta sairastavilla. Muilla käytöshäiriöillä ei ollut merkittävää yhteyttä muistisairauksien eri vaikeusasteiden kesken.</p> <p>Käytöshäiriöt vähenivät hoitointervention aikana merkittävästi. Kotihoitoon siirtyneillä tutkittavilla toimintakyky oli parempi kuin laitoshoidon siirtyneillä. Huono liikkumiskyky ja wc-toiminnoista huonosti selviytyminen tulivat selkeästi esille ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevilla. Laitoshoidossa käytöshäiriöt aiheuttivat hoitajille enemmän stressiä kuin kotihoidossa.</p>
<p>Jauhola, P.</p> <p>Pro gradu - tutkielma. Oulun yliopisto. Kesäkuu 2010.</p>	<p>Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen auttamismenetelmiä laitoshoidossa. Tavoitteena on tiivistää ja selkiyttää tämän hetkistä tieteellistä tietoa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen auttamismenetelmistä.</p>	<p>Tutkimuksessa tulee ilmi kuinka voidaan hyödyntää musiikkia, liikuntaa ja aistien käyttöä haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyössä. Tuloksissa korostuu dementoituvan elämänhistorian ja yksilöllisyyden tunnistaminen. Henkilökohtaisiin ja yksilöllisesti tunnistettuihin tarpeisiin perustuvat auttamismenetelmät luovat lähtökohdan. Haasteellisesti käyttäytyvää tulisi tukea yksilöllisten jäljellä olevien voimavarojen, taitojen ja omien kykyjen mukaan. Tutkimuksessa tulee myös ilmi, että on tärkeää tehdä hoitosuunnitelma dementoituvan tarpeiden mukaan. Dementoitunut on kohdattava yksilönä, sanattomien viestien merkitys, ystävällinen ja turvallinen kohtaaminen on dementoituvalla tärkeitä.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen H., Strandberg, T. & Tilvis, R.</p> <p>Sosiaali- ja terveys- turvan tutkimuksia, satunnaistettu ver- tailututkimus. 2013</p>	<p>Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää liikunnallisen harjoittelun vaikuttavuutta kotona asuvien, Alzheimerin tautia sairastavien toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin, heidän omaishoitajiensa elämänlaatuun ja molempien palveluiden käyttöön ja niiden kustannuksiin vuosi- na 2008 – 2011.</p>	<p>Kotona annetulla räätälöidyllä kuntoutuksella voidaan hidastaa muistisairaiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä merkittävästi. Myös kognitiossa näkyi myönteinen muutos toiminnanohjauksen osalta kellotestillä mitattuna kotikuntoutusryhmässä. Ryhmäkuntoutuksessa palveluiden kokonaiskustannusten säästöt olivat merkittävät, mutta muutokset toimintakyvyssä eivät olleet tilastollisesti merkittäviä. Omaisten elämänlaadussa tai muissa mittareissa ei ollut merkittäviä eroja interventoryhmien ja vertailuryhmien välillä. Kaatumiset vähenivät molemmissa interventoryhmissä. Kuolemanvaara näytti pienentyneen kotikuntoutusryhmässä. Tutkimuksessa luotiin kuntoutusmalli, joka parantaa Alzheimerin tautia sairastavien toimintakykyä lisäämättä sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannuksia.</p>
<p>Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M. Kurki, M. & Rantanen, P.</p> <p>Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10, Miina Sillanpään Säätiö, Helsinki, 2011.</p>	<p>Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaidenmielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää muistisairaiden, heidän omaistensa, hoitajiensa ja vapaaehtoistyöntekijöiden käyttöön musiikkipohjaisia kuntoutusmenetelmiä. Tavoitteena oli helpottaa sairastuneen ja hänen lähellään olevien henkilöiden välistä vuorovaikutusta ja ylläpitää sairastuneen henkilön elämän arvokkuutta ja toimintakykyä. Tarkoituksena oli myös helpottaa hoitotyöntekijöiden työtä vaikeissa hoitotilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää, voidaanko muistisairaiden ja heidän omaistensa tai hoitajiensa yhteisellä, säännöllisellä musiikkitoiminnalla edistää muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua sekä heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvointia ja jaksamista.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että muistisairaidenmieliala ja orientoituminen ympäristöön paranivat seurannassa. EKMU-ryhmässä myös muistisairaiden elämänlaatu koheni enemmän kuin muissa ryhmissä. LAVA-ryhmässä muistisairaiden kielellinen ja omaelämäkerrallinen muisti paranivat ja omaisten kokema psyykinen kuormittuneisuus väheni enemmän kuin muissa ryhmissä. Omaiset kokivat musiikkitoiminnanparantavan muistisairaan mielialaa, piristävän, stimuloivan muistelua ja edistävän kommunikointia. Kokonaisuudessaan tulokset osoittavat, että säännöllisillä musiikkiaktiviteeteillä on pitkäkestoista hyötyä muistisairaiden psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille sekä omaisten jaksamiselle. Musiikkivalmennus, jossa käytetään tuttua musiikkia ja joka painottaa muistisairaan ja omaisen tai hoitajan välistä vuorovaikutusta, vaikuttaa olevan hyödyllinen ja muistisairaiden kuntoutukseen hyvin soveltuva menetelmä.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, S.</p> <p>Suomen muistiasiantuntijat ry, 2013</p>	<p>Ravitseminen muistisairaana kodissa</p> <p>Loppuraportti 2009 – 2012 toteutetusta tutkimus- ja kehittämishankkeesta</p>	<p>Tavoitteena oli kehittää kotona asuvien muistisairaiden ja ikääntyneiden ravitsemushoitoa. Lisäksi tutkittiin muistisairaiden ja heidän puolisoheittäjensä ravitsemustilaa, ravinnonsaantia ja räättälöidyn ravitsemushoidon vaikuttavuutta heidän ravinnonsaantiinsa, ravitsemustilansa ja psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin randomoidulla, kontrolloidulla asettelulla.</p>	<p>Muistisairaiden ravinnonsaanti parani interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään, muutoksen ero etenkin proteiinin ja kalsiumin kohdalla oli merkitsevä.</p> <p>Interventoryhmässä myös muistisairaiden elämänlaatu oli parempi verrattuna kontrolliryhmään intervention päätyttyä. Vaikuttavuus näkyi selvimmin muistitoiminnoissa ja ajattelussa, jotka olivat interventoryhmässä pysyneet ennallaan ja kontrolliryhmässä heikentyneet. Myös hengenahdistus ja tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen oli parempaa kontrolliryhmään verrattuna. Interventoryhmässä koettiin vähemmän masentuneisuutta intervention jälkeen kuin kontrolliryhmässä.</p>
<p>Eloniemi-Sulkava U. & Savikko N. (toim.)</p> <p>Tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3</p> <p>Vanhustyön keskusliitto, 2011</p>	<p>Mielenmuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käytöshäiriöiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä, löytää uusia toimintatapoja heidän hyvinvointinsa laaja-alaiseen tukemiseen ja kehittää käytöshäiriöistä kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa erilaisissa muistisairaiden ihmisten hoitopaikoissa ja kotihoidossa.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää muistisairaiden pitkäaikaishoidon asukkaiden käytöshäiriöitä ja elämänlaatua selvittäviä tekijöitä, pitkäaikaishoidon henkilökunnan tukemisen vaikutuksia muistisairaiden asukkaiden käytöshäiriöihin, elämänlaatuun ja hyvinvointiin sekä psyykenlääkkeiden käyttöön. Lisäksi haluttiin selvittää, mikä vaikutus interventiolla oli käytöshäiriöistä henkilökunnalle aiheutuvaan stressiin.</p>	<p>Interventoryhmän asukkaiden elämänlaatu ja hyvinvointi vuorovaikutustilanteissa olivat parantuneet merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna.</p> <p>Interventoryhmässä kaikkien psyykenlääkkeiden käyttäjien määrä väheni tilastollisesti merkitsevästi. Myös masennuslääkkeiden käyttäjien määrä väheni merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna.</p> <p>Käytöshäiriöistä kärsineiden asukkaiden käytöshäiriöiden määrä laski myös merkitsevästi, samoin hoitajien oireista kokemus stressiä. Asukkaiden masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi heidän elämänlaatunsa parani.</p> <p>Käytöshäiriöistä kärsivien asukkaiden heikkeneminen tutkimuksen aikana sekä interventoryhmässä että vertailuryhmässä, interventoryhmässä kuitenkin merkitsevästi vähemmän.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila S.</p> <p>Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2014</p>	<p>Systemaattinen katsaus: Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa</p>	<p>Systemaattiseen katsaukseen on koottu kaikki musiikin vaikuttavuutta Parkinsonin taudin, aivoinfarktin, aivovamman ja dementoivien sairauksien hoidossa tai kuntoutuksessa selvittäneet kontrolloidut tutkimukset.</p>	<p>Musiikki aktivoi aivoja laaja-alaisesti edistäen hermoverkoston korjautumista. Musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen tehostaa Parkinson- ja aivohalvauspotilaiden motoriikan säätelyä, nopeuttaa aivohalvauksen jälkeisen puhehäiriön ja kognitiivisten vaurioiden paranemista ja vähentää dementiapotilaiden käytöshäiriötä. Musiikki lisää keskittymiskykyä, nostaa mielialaa, vähentää sekavuutta ja ahdistuneisuutta sekä parantaa muistin toimintaa.</p> <p>Musiikin kuuntelu näkyy aivojen rakennemuutoksina. Musiikin vaikutus perustuu fysiologisen stressin ja masennuksen vähenemiseen, motoriikan tahdistukseen, aivojen rakenteelliseen muoautumiseen ja dopamiinivälitteisen mesolimbisen järjestelmän aktivoitumiseen.</p> <p>Musiikin kuntouttava vaikutus ei riipu aiemmasta musiikin harrastuksesta. Aivoinfarktipotilailla vaikutukset voidaan todeta vielä kuuden kuukauden kuluttua.</p>
<p>Virkola, E.</p> <p>Gerontologia-lehden artikkeli 3/2009, 146 - 156</p>	<p>Dementiakodin asukkaiden toimijousryhmätoimintatilanteissa</p>	<p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Näyttäytyvätkö toimijuuden ulottuvuudet asukkaiden osallistumisessa hoitokodin päivittäin ohjatuissa ryhmätalanteissa? 2. Mikä on ryhmätoimintaa ohjaavan hoitajan toiminnan merkitys muistisairaana ihmisen toimijuudelle? 	<p>Yksilöllinen kykeneminen, osaaminen, voiminen, täytyminen, haluaminen ja tunteminen näyttäytyivät osallistujien toiminnassa ryhmätoimintoihin aikana. Muistisairas ihminen osallistuu toimintaan kykyjensä mukaisesti jos kokee sen sillä hetkellä mielekkääksi itselleen. Elämänsä aikana kertyneet taidot voivat tulla esiin vahvasti, jos osallistuja on edelleen halukas käyttämään niitä ja jos tilanne sen sallii. Hän saattaa myös helposti vetäytyä toiminnasta kokiessaan sen itselleen liian vaikeaksi. Sisäistämällä toimijuuden ulottuvuuksien mallin työntekijät saivat uuden välineen asukkaiden toiminnan arviointiin. Asukkaita voidaan havainnoida ryhmätoiminnan aikana ja arvioida, mitä kukin osallistuja haluaa, osaa ja kykenee, voi ja mitä hänen täytyy erilaisissa tilanteissa tehdä. Keskeistä on pohtia myös miten ryhmän ohjaaja voi tukea muistisairaasta ihmistä osallistumaan, ja mitä mahdollisuuksia siihen on dementiakodin käytäntöjen puitteissa.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Jokinen, M.</p> <p>Hämeen ammattikorkeakoulun julkaisuja, Hämeenlinna toukokuu 2012</p>	<p>TunteVa-menettelmän käyttö dementoituvien vanhusten disorientaation eri vaiheissa</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada Hämeenlinnassa sijaitsevan vanhainkodin hoitajat tietoiseksi TunteVa-menettelmästä, sen hyödyistä ja käyttömahdollisuuksista dementoituvien vanhusten kohtaamisessa. Lisäksi tavoitteena oli saada tutkittua tietoa yksikön esimiehelle ja perusteluja Hämeenlinnan kaupungin päättäjille TunteVa-hoitajakoulutuksen mahdollisuuksista edesauttaa dementoituvien vanhusten kohtaamista disorientaation eri vaiheissa.</p> <p>Tutkimuksen teoreettinen viitekehys kerättiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Katsauksen tutkimuskysymyksenä oli: miten TunteVa-menettelmän käyttö auttaa hoitajan ja dementoituneen vanhuksen kohtaamista disorientaation eri vaiheissa?</p> <p>Tutkimuksen toiminnallisen osuuden tarkoituksena oli TunteVa-menettelmän esittely, sen sovellusmahdollisuudet ja TunteVa-hoitajakoulutukseen innostaminen.</p>	<p>Käsitteitä validaatio menettelmä, TunteVa-menettelmä ja TunteVa-toimintamallia käytettiin epäjohdonmukaisesti, eikä eri käsitteiden käytöstä löytynyt perusteita.</p> <p>Koivurinteen hoitajat kokivat ymmärtävänsä toiminnallisen osuuden (koulutuksen) ansiosta paremmin mm. dementoituvan symbolista käyttäytymistä, realiteettiterapian käyttöä sekä TunteVa-menettelmän käytön mahdollisuuksia ja eroavaisuuksia.</p> <p>Menettelmä auttaa erityisesti työntekijää vanhusta arvostavan vuorovaikutuksen toteuttamisessa. Samalla se auttaa disorientoitunutta vanhusta ilmaisemaan tunteitansa ja elämänsä keskeneräisiä asioita.</p>
<p>Sarvimäki, A.</p> <p>MEMO-lehden artikkeli 4/2013</p>	<p>Muistisairaus ja ihmisarvon haavoittuvuus</p>	<p>Artikkelissa käsitellään muistisairaan ihmisen haavoittuvuutta ja ihmisarvoa sekä eettistä herkkyyttä.</p>	<p>Mitä haavoittuvammassa ja riippuvaisemmassa tilassa ihminen on, sitä haavoittuvampi on hänen ihmisarvonsa. Muistisairaan ihmisen ihmisarvon kunnioittaminen edellyttää, että me muut jatkuvasti pidämme ihmisarvosopimusta ajan tasalla. Se edellyttää meidän muistattavan, että ihmisarvo ei ole muistisairaus ihmisesä piilevä ominaisuus vaan meistä riippuvainen suhtautuminen. Muistisairaan ihmisen kohtaaminen vaatii erityistä eettistä herkkyyttä. Ihmisarvon loukkaukset eivät välttämättä tapahdu sen takia, että ihmiset ovat pahoja. Ne tapahtuvat sen takia, että ihmiset eivät ajattele, eivät tunne eivätkä välitä. Eettinen herkkyyden on ajattelematomuuden ja välinpitämättömyyden vastavoima.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Kristiina Toivonen PRO GRADU - TUTKIELMA Hoitotiede Turun yliopisto Hoitotie- teen laitos Huhti- kuu 2015</p>	<p>Potilaana ihminen – Hermeneuttis- fenomenologinen tutkimus hengelli- syydestä ikäänty- neiden muistisairai- den hoitotyössä</p>	<p>Tutkimuskysymykset: 1. Mitä hengellisyyteen ikään- tyneiden muistisairaiden hoi- totyössä sisältyy hoitohenkilö- kunnan kokemana? 2. Mitkä tekijät edistävät hengellisyyden huomioimista muistisairaiden ikääntyneiden hoitotyössä henkilökunnan kokemana? 3. Mitkä tekijät estävät hen- gellisyyden huomioimista muistisairaiden ikääntyneiden hoitotyössä hoitohenkilökun- nan kokemana?</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena saatiin selville, millaisena ikääntyneiden muistisairaiden parissa työskentelevät hoitajat kokevat hengellisyyden hoitotyössä sekä minkä- laisten asioiden he kokevat edistävän ja estävän hengellisyyden toteutumista hoitotyössä. Hengellisyys ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä hoitotyönte- kijöiden kokemana on ikääntyneen muistisairaana hengellisten tarpeiden tunnistamista sekä näihin tarpeisiin vas- taamista, joka toteutuu potilaslähtöisyy- den, kokonaisvaltaisuuden ja yksilöllii- syyden viitekehyksessä. Hoitotyön ke- hittäminen yhä potilaslähtöisemmäksi ja yksilöllisemmäksi on siis edellytys myös hengellisyyden huomioimiselle hoito- työssä potilasta kunnioittavalla tavalla. Hoitotyön kokonaisvaltaisuus edellyttää fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden rinnalla myös hengellisten tarpeiden huomioimista. Hoitajat tunnis- tivat ikääntyneiden muistisairaiden hen- gellisiä tarpeita sekä sanallisen että sa- nattoman ilmaisun kautta. Lisäksi hen- gellisiä tarpeita tunnistettiin potilaan hengellisen taustan selvittämisen kautta. Hengellisten tarpeiden tunnistamista pidettiin haastavana. Hoitajien olisikin hyvä saada käytännön hoitotyöhön so- veltuvia työkaluja hengellisten tarpeiden tunnistamiseen.</p>
<p>Sarvimäki, A. MEMO-lehden artikkeli 4/2013</p>	<p>Muistisairaus ja ihmisarvon haavoit- tuvuus</p>	<p>Artikkelissa käsitellään muis- tisairaana ihmisen haavoittu- vuutta ja ihmisarvoa sekä eettistä herkkyyttä.</p>	<p>Mitä haavoittuvammassa ja riippuvai- semmassa tilassa ihminen on, sitä haa- voittuvampi on hänen ihmisarvonsa. Muistisairaana ihmisen ihmisarvon kun- nioittaminen edellyttää, että me muut jatkovasti pidämme ihmisarvosopimusta ajan tasalla. Se edellyttää meidän muis- tavan, että ihmisarvo ei ole muistisai- raassa ihmisessä piilevä ominaisuus vaan meistä riippuvainen suhtautuminen. Muistisairaana ihmisen kohtaaminen vaatii erityistä eettistä herkkyyttä. Ih- misarvon loukkaukset eivät välttämättä tapahdu sen takia, että ihmiset ovat pa- hoja. Ne tapahtuvat sen takia, että ihmi- set eivät ajattele, eivät tunne eivätkä välitä. Eettinen herkkyyden on ajattelemat- tomuuden ja välinpitämättömyyden vastavoima.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Tiina Karppinen PRO GRADU - TUTKIELMA Hoitotiede Turun yliopisto Hoitotie- teen laitos Maalis- kuu 2015</p>	<p>Ikääntyneen toimin- takykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus kysymykset: 1. Millainen osastonhoitajien näkökulmasta on ikääntynei- den toimintakykyä tukeva fyysinen, sosiaalinen ja sym- bolinen hoitoympäristö?</p> <p>2. Mitkä tekijät ovat osaston- hoitajien näkökulmasta merki- tyksellisimpiä ikääntyneiden toimintakykyä tukevassa hoi- toympäristössä?</p>	<p>Fyysinen hoitoympäristö pyrittiin pitä- mään esteettömänä liikkumisen helpot- tamiseksi. Apuvälineiden runsas määrä teki ajoittain tilat ahtaiksi ja apuvälineitä pyrittiin laittamaan syrjään esimerkiksi asukashuoneiden kylpyhuoneisiin. Ul- koilu koettiin tärkeäksi ja sitä pyrittiin järjestämään mahdollisuuksien mukaan. Hoitopaikan sijainti vaikutti siihen, mil- lainen ulkoiluympäristö asukkaille oli tarjota. Esteettisyyteen oli kiinnitetty huomiota miettimällä sisustusta, osaston värytystä ja materiaalivalintoja. Vaiku- tuksensa hoitoympäristön esteettisyyteen oli myös kukilla, kasveilla, tuoksulla sekä siisteydellä ja järjestyksellä. Vuo- depotilaat tai pyörätuoleilla liikkuvat asukkaat huomioitiin esimerkiksi laitta- malla koristeita myös katon rajaan tai sijoittamalla tauluja normaalia mata- lammalle. Kodinomaisuuteen ajateltiin kuuluvaksi myös vuodenaikojen huomi- ointi osaston sisustuksessa koristamalla osastoa esimerkiksi pyhien mukaisesti.. Sosiaalisia aktiviteetteja oli tarjolla pal- jon sekä yksiköissä että hoitopaikoissa yhteisenä toimintana ja tapahtumina. Suurempia juhlia järjestettiin esimerkiksi äitienpäivänä ja jouluna. Jossain taloissa oli mahdollista liikkua yksiköiden välil- lä. Osastonhoitajat kokivat tärkeäksi, että asukkaille tarjottiin mielekästä te- kemistä. Sosiaalisia suhteita oli asuk- kaidenvälillä ja niitä tuettiin mahdolli- suuksien mukaan. Erilaisissa virike- tuokioissa pyrittiin luomaan ryhmähen- keä asukkaiden välille. Itsemääräämisoi- keutta kunnioittavaan hoitoympäristöön liittyi lisäksi asukkaan elämänhallinnan kokemuksen säilyttäminen. Tärkeänä pidettiin itsenäistä toimimista wc- tiloissa. Tähän liittyen wc-tilat oli suun- niteltu niin, että ikääntynyt pystyi suo- riutumaan mahdollisimman pienin avuin.. Liikkumisen mahdollisuus fyysi- sessä hoitoympäristössä oli merkityksel- listä erityisesti kävelevän muistisaira- an kohdalla. Samoin hoitoympäristön tur- vallisuus ja kuntoutumisen mahdollisuus osastolla tulivat esiin osastonhoitajien vastauksista. Myönteinen ilmapiiri koet- tiin merkitykselliseksi tekijäksi toimin- takyvyn kannalta.</p>

Tutkimus ja tekijä	Aihe	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Tulokset
<p>Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K.</p> <p>Gerontologia-lehden artikkeli 3/2013, s. 314 - 320</p>	<p>Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista</p>	<p>Artikkelissa kerrotaan ihmislähtöisestä hoidosta ja tehtäväkeskeisestä hoidosta. Lisäksi siinä kerrotaan OIVA-vuorovaikutusmallin kokeilussa kahdessa helsinkiläisessä vanhustenkeskuksen ryhmäkodissa. Työskentelyn päätyttyä kummankin ryhmäkodin henkilöstöä haastateltiin.</p>	<p>Jos hoitaja tekee työtään tehtäväkeskeisesti, hänen keskittymisensä ja ajatuksensa ovat suuntautuneet työtehtävien hoitamiseen eivätkä ihmisen kohtaamiseen. Hoitajan mielessä olevat tehtävälliset ja tekemättömät työt lisäävät stressiä ja synnyttävät kiireistä tunnelmaa vuorovaikutustilanteisiin. Tämän seurauksena sekä muistisairas että hoitaja voivat huonosti.</p> <p>Kun hoitaja keskittyy huomaamaan muistisairaahan ihmisen ja herkistyy olemaan läsnä vain tässä hetkessä, hoitajan ja muistisairaahan ihmisen välille voi syntyä vahva tunneyhteys ja aito vuorovaikutussuhde. Tällainen vahva tunneyhteys muodostuu pitkälti sanattoman, toiselle herkistyneen viestinnän kautta. Olennaista hetkessä on kiireettömyys, se, että rauhoittaa mielensä muista asioista ja kääntää huomionsa tekemättömien tehtävien sijaan toiseen ihmiseen.</p>

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä muistisairaiden käytöshäiriöiden lääkkeettömistä hoitotyön keinoista. Olemme laatineet aiheesta oppaan, jonka toivoisimme mahdollisimman monen hoitajan lukevan ja arvioivan siinä esiteltävien keinojen käytettävyyttä hoitotyön arjessa, sekä tietysti joidenkin keinojen kokeilemista mahdollisuuksien mukaan.

Teiltä saamamme palaute oppaasta ja sen keinoista olisi meille todella tärkeää niin oman oppimisemme kuin opinnäytetyömmekin kannalta! Toivomme että mahdollisimman moni tutustuisi siihen **elokuun aikana** ja vastaisi ohessa oleviin **palauttekaavakkeisiin**. Elokuun lopussa meidän on tarkoitus pitää palaveria, jossa mahdollisia korjausehdotuksia ym. käydään läpi. Lopullinen opas, jossa myös korjausehdotukset on huomioitu, valmistuu syyskuun 2015 aikana.

Kiitos jo etukäteen palautteestanne!

Ystävällisin terveisin

Janni Penttilä & Riikka Vesala

Oppaan arviointi

Teillä on ollut ns. koekäytössä opas, jossa on esitelty joitakin keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas ja joilla käytöshäiriöitä mahdollisesti voisi lievittää. Nyt haluaisimme tietää millaisia ajatuksia teille on syntynyt oppaasta. Lisäksi olemme kiinnostuneita kuulemaan kehitysehdotuksianne oppaaseen ja sen sisältöön liittyen.

Osasto: _____ Ammattinimike: _____

1. Oliko oppaassa sellaisia keinoja joita hyödynsit tai voisit kuvitella hyödyntäväsi työssäsi? Mitä?

2. Jos olit kokeillut jotakin keinoa oppaasta, koitko siitä olevan hyötyä? Minkälaista hyötyä?

3. Miten oppaan keinot olivat toteutettavissa omalla osastollanne?

4. Oliko oppaassa mitään uutta tietoa? Olitko aiemmin käyttänyt jotain oppaan keinoja työssäsi?

5. Ruusuja ja risuja, muutosehdotuksia tai lisättävää oppaaseen? Muita kommentteja?

Kiitos paljon vastauksistanne!!!

Opas haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaaan hoitotyöhön

- keinoja hoitotyön arkeen



Tekijät: Janni Penttilä ja Riikka Vesala

Yleisimmät muistisairaudet ja niihin liittyvät käytöshäiriöt

MUISTISAIRAUS	TYYPILLISIMMÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT
Alzheimer, varhainen aste	Masennus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus
Alzheimer, lievä aste	Lisääntynyt ärtyneisyys, masennus, apatia, tunne-elämän latistuminen, epäluuloisuus, paranoidiset oireet
Alzheimer, keskivaikea aste	Masennus, pelkotilat, apatia, levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, erilaiset sekavuustilat
Alzheimer, vaikea aste	Oireet moninaisia: apatiaa todetaan lähes 90 %:lla, vastustelu, katastrofireaktiot, agitaatio, levoton vaeltelu, masennus (esiintyy usein levottomuutena ja ahdistuneisuutena)
Lewyn kappale -tauti	Hallusinaatiot (yleensä tarkkoja ja yksityiskohtaisia), harhaluulot, uni-valverytmin häiriöt
Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen	Masennus, persoonallisuuden muutokset, psykomotoraalinen hidastuminen
Otsa-ohimolohkorappeumat	Estottomuus, arvostelukyvyyttömyys, tahdittomuus ja huolettomuus, apatia, aloitekyvyttömyys, käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset
Parkinsonin tauti ja muut extrapyramidaalisairaudet	Masennus (lähes puolella potilaista)

Sisällys

1. Arvostava vuorovaikutus	4-6
2. Ympäristö	7
3. Liikunta	8
4. Musiikki	9
5. Muistisairaahan ravitseminen ja ruokailu	10
6. Ryhmätoiminta	11
7. Aistien hyödyntäminen	12
Lähteitä	13

Pohdittavaksi:

Onko muistisairaahan haastavassa käyttäytymisessä lainkaan kyse käytöshäiriöstä vai sittenkin esimerkiksi

- Muistisairaahan muuttuneesta tavasta ilmaista itseään ja tarpeitaan?
- Kamppailusta oman ihmisarvon puolesta?
- Ahdistuksesta, pelosta, häpeästä tai epätoivosta?
- Loogisen ajattelukyvyyn heikkenemisestä?
- Turhautumisesta kun ei saa viestejään perille?
- Vaikeudesta ymmärtää miksi joku toinen tulee omalle intiimialueelle?
- Tunne täysivaltaisen aikuisen aseman menettämisestä?

1. Muistisairasta arvostava kohtelu

Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa on haastavaa ja vaatii hoitajalta erityisen hyviä vuorovaikutustaitoja. Jos hoitajalla ei ole taitoja vuorovaikutukseen muistisairaahan kanssa, lisääntyy käytöshäiriöiden määrä. Hoitaja voi omalla toiminnallaan ja käyttäytymisellään laukaista tai lieventää muistisairaahan levottomuutta ja ahdistusta.

Myös muistisairaahan, kuten muidenkin ihmisten ihmisarvon kunnioitus on lähtökohta kaikelle hoitamiselle. Ihmisarvo on sitä haavoittuvampi mitä riippuvaisempi ihminen on toisesta ihmisestä. Ihmisarvo ei ole muistisairaassa piilevä ominaisuus, vaan muista ihmisistä riippuvainen suhtautuminen.

Ihmislähtöisessä hoidossa hoito ja toimenpiteet sovitetaan muistisairaahan sen hetkisten tarpeiden ja tilanteiden mukaan. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tavat ja työskentelytapa sekä tiukat byrokraattiset rakenteet, jotka ohjaavat hoitajien toimintaa, johtavat kuitenkin osaltaan vielä siihen, että asiakkaan tarpeet sovitetaan usein organisaation tarpeisiin.

Hoitosuunnitelmissa olennaisempaa on pohtia mitenkökin asia tehdään sen sijaan että pohditaan mitä tehdään

Esimerkki:

”Liisa käy suihkussa 2 x viikossa suihkuhuoneeseen mennään yhdessä hoitajan kanssa tutun laulun saattelemana ja käytetään Liisan lempituoksun, laventelin tuoksuista pesuainetta”

Tunteiden ja tunneilmapiirin huomiointi

Kun muistisairaana sanat häviävät, monen tunnepuoli herkistyy. Tunneherkkyys voi altistaa pahoinvoinnille ilmapiirin ollessa kielteinen, vihamielinen tai sekava. Myönteinen ja turvallinen ilmapiiri taas eheyttää ja vahvistaa mielen hyvinvointia.

Validaatio: kansainvälisesti tunnettu menetelmä muistisairaana ihmisen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen, jonka tarkoituksena on auttaa kohtaamaan muistisairaana ihmisen todellisuus empaattisesti. Pyrkimyksenä on luoda arvostava ja myötäelävä vuorovaikutussuhde, jossa hoitaja kohtaa dementoituneen tunteet ja tarpeet kiistelemättä tosiasioista. Muistisairaana tunne-elämä nähdään henkilökohtaisena elämänkehityksenä, jonka kohtaamista autetaan kunnioittamalla tunteita ja tukemalla kohtaamaan omia toiveita ja menneisyyden vaikeita kokemuksia.

TunteVa-malli: suomalainen vastine validaatiolle. Muistisairas kohdataan siinä todellisuudessa jossa hän elää, eikä turhaan yritetä palauttaa häntä nykyhetken todellisuuteen. Hoitaja arvostaa, kuuntelee ja myötäilee liikkeissä ja puheen tapailussa muistisairasta erilaisin tekniikoin. Muistisairasta katsotaan ja kosketetaan arvostavasti ja pyritään arvostavaan vuorovaikutukseen.

Sekä validaatio ja TunteVa-malli voivat:

- Auttaa ymmärtämään muistisairaana käyttäytymistä ja tapaa ilmaista itseään
- vähentää haasteellista käytöstä, esim. vaeltelua, ja helpottaa haastavissa tilanteissa

Keinoja kommunikoinnin onnistumiseksi muistisairaana kanssa

- Huomioi muistisairaana persoonallisuus, elämänhistoria ja yksilöllinen tapa sopeutua muutoksiin
- Puhu kuin aikuiselle ja vältä ”hoivapuhetta”
- Keskity hoitamaasi ihmiseen ja tämän voimavaroihin: pelkäänsä sairauteen ja toimintakyvyn heikkouksiin keskityttäessä saatetaan vain vahvistaa oireiden etenemistä ja heikentää hyvinvointia
- Keskity oikeasti puhumaan muistisairaana kanssa ja odota tämän vastaavan puheeseesi: joskus hoitajan puheesta valtaosa voi huomaamatta liittyä suoritettaviin hoitotoimiin eikä hoitaja välttämättä edes odota muistisairaana vastaavan puheeseensa
- Älä tee päätöksiä muistisairaana puolesta
- Kokeile huumoria ja luovuutta aggressiivisissa tilanteissa, joskus se voi laukaista aggressiivisen käyttäytymisen positiiviseksi
- Vältä liian komentavaa tai holhoavaa sävyä, sillä ne voivat lisätä aggressiivista käyttäytymistä

Hoivapuheella (engl. elderspeak, carespeak) tarkoitetaan hoitajan käyttämää lapsenomaista puhe-tyyliä, kuten me-muotojen käyttöä vanhusten kanssa (”*kuinkas me tänään jaksellaan?*”) Hoivapuhe asettaa muistisairaana hoitettavan rooliin, mikä ei houkuta osallistumaan vuorovaikutukseen. Pahimmillaan hoitajat ottavat puolestaan entistä vähemmän kontaktia hiljaiseen ja itsekseen viihtyvään hoitettavaan.

Halu olla vuorovaikutuksessa ja tarve ilmaista itseään eivät katoa puheen tuoton ja ymmärtämisen heikentyessä. Ilmaisun keinoilla ja käytöshäiriöillä näyttäisi nykytietämyksen valossa olevan selvä yhteys toisiinsa. Kommunikoinnin vaikeutuessa muistisairas voi turhautua, kokea epäonnistuvansa ja saattaa pelätä, mikä voi aiheuttaa kiihtyneisyyttä ja aggressioita.

- Sanaton viestintä korostuu sairauden edetessä: yritä havainnoida ja tunnistaa muistisairaana eri keinoja ilmaista itseään ja tarpeitaan. Vaikeastikin dementoitunut voi vastata silmiään sulkemalla tai avaamalla, suutaan liikuttamalla, äännelemällä tai raajojaan heiluttamalla
- Vastaa viesteihin, jotta muistisairas kokee tulevansa kuulluksi
- Pyri sopeuttamaan oma kommunikointitapasi muistisairaana tarpeita vastaavaksi

2. Ympäristö

Ympäristö vaikuttaa merkittävästi muistisairaana elämänlaatuun ja käyttäytymiseen. Muistisairas tuntee olonsa usein epävarmaksi, minkä vuoksi fyysisellä ympäristöllä on väliä. Hyvä fyysinen ympäristö on turvallinen, tuttu, esteetön, visuaalisesti ja auditiivisesti hallittava sekä tarkoituksenmukainen, eikä se aiheuta lisää oireita. Ympäristön antaman tuen avulla voidaan vaikuttaa muistisairaana hallinnan tunteeseen ja toimintakykyyn.

Ympäristöön voi vaikuttaa seuraavilla keinoilla:

- Melutason ja rauhallisuuden huomiointi: pauhaako televisio tai radio taustalla turhaan? Puhunko itse turhan kovaäänisesti? Levoton ympäristö luonnollisesti lisää levotonta käyttäytymistä
- Avoin, salliva, leppoisa ja joustava sosiaalinen ympäristö voi auttaa ahdistavassa ja haasteellisessa tilanteessa
- Ympäristön kodikkuus ja tuttuus: onko huoneessa omia tuttuja tavaroita? Esimerkiksi huonekalut ja arjen esineet 1930 - 50 -luvulta, omasta nuoruudesta, voivat tehdä olon turvallisemmaksi ja tutummaksi
- Ympäristön pitäisi olla muistipotilaan hallittavissa: kiinnitä huomiota selkeyteen, rauhallisuuteen, äänimaailmaan ja hahmottamiseen
- Avoimien ovien sulkeminen, lukitseminen tai esteiden asettaminen voi rauhoittaa vaeltavaa muistisairasta.
- Mahdollisuus sekä yksityisyyteen että sosiaaliseen kanssakäymiseen
- Peittelytekniikalla voidaan lieventää ahdistusta: naamioidaan esimerkiksi peilit, ovet ja kuviot, jotka voivat aiheuttaa haastavaa käytöstä
- Opastava ohjaaminen lisää muistisairaana kykyä toimia ja löytää paikalle itsenäisesti: eri kiintopisteiden käyttö, kuten käytävien tai seinien väri, ohjaus, opasteet, kyltit, kartat ja merkit
- Koristelu vuodenaikojen ja juhlapyhien mukaan lisää viihtyisyyttä ja ajan hahmottamista
- Ympäristön huolellisella suunnittelulla on merkitystä!

3. Liikunta

Pitkäkestoinen kuntoutus voi parantaa muistisairaiden liikunta- ja toimintakykyä. Liikunta saattaa myös vaikuttaa myönteisesti mielialaan, uneen, käyttäytymiseen, masentuneisuuteen ja syömisen häiriöihin. Lisäksi se saattaa vähentää vaeltelua. Muistisairauksessa liikkuminen muuttuu usein jäykemmäksi, käveleminen hidastuu ja toiminnan ohjauksessa voi esiintyä ongelmia

- Tasapaino heikentyy ikääntyessä. Tasapainon kehittäminen lisää rohkeutta liikkumiseen, vähentää kaatumispelkoa ja lisää itsenäistä tekemistä ja askareiden sujuvuutta
- Teknisillä ratkaisuilla ja ympäristön rakenteella voidaan tukea liikkumista ja orientoitumista
- Liikunnan lisääminen ja mahdollistaminen: harjoitukset voivat olla soveltavia kävelyharjoituksia, kuntosaliharjoitteita tai erilaisia jumppia
- Liikkumisen rajoittaminen vain wc-käyntien tai ruokailun ajaksi voivat vähentää demen-toituneen huutelua
- Tanssiminen tai esityksen seuraaminen lisäävät osallistumista fyysisiin aktiviteetteihin. Muistisairas voi esimerkiksi liikutella käsiään tai jalkojaan
- Tanssin kautta saadaan luonnollinen ja onnistunut kommunikaatio niin sanattomassa kuin sanallisessa viestinnässä.
- Yhdessä ulosmeneminen ja ulkona liikkuminen ovat stimuloivaa toimintaa

4. Musiikki

Musiikin käytöllä voi olla positiivisia vaikutuksia muistisairaiden käyttäytymiseen, kognitioon, toimintakykyyn, tunne-elämään ja vuorovaikutukseen. Se voi musiikkilajista riippuen rauhoittaa tai kiihdyttää, aktivoida liikkumaan tai toisaalta pysymään paikoillaan, lievittää stressiä, piristää, kohottaa mielialaa ja lieventää masennusta. Erityisesti tuttu ja muistoja herättävä musiikki voi jopa hetkellisesti lisätä orientoitumista aikaan ja paikkaan. Musiikki voi myös parantaa muistin toimintaa.

Muistisairas pystyy tunnistamaan ja laulamaan ulkoa vanhoja, tuttuja kappaleita ja palauttamaan musiikin kautta mieleen vanhoja tapahtumia, vaikka muisti ja kommunikaatiokyky muutoin olisivat alentuneet.

Kokeile musiikin käyttöä hoitotyön arjessa:

- Ruokailutilanteissa rauhoittava taustamusiikki voi tehdä ruokailusta harmonisemman
- Hoitotilanteissa taustamusiikki tai hoitajan laulaminen voi aktivoida toimimaan tai rauhoittaa levotonta
- Säännöllinen musiikkitoiminta, esim. lauluryhmä tai musiikin kuuntelu -ryhmä piristää, nostaa mielialaa ja lievittää masennusta
- Musiikin kuuntelun lisääminen tavanomaiseen kuntoutukseen voi vähentää haastavaksi koettua käyttäytymistä
- Anna ohjeita laulamalla: esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavat potilaat tunnistavat ja muistavat laulettua tekstiä paremmin kuin vastaavan puhutun tekstin

5. Muistisairaahan ravitseminen ja ruokailu

Ravitsemusongelmat ovat yleisiä muistisairailla. Tahaton painonlasku on tyypillistä etenkin Alzheimerin taudissa jo taudin alkuvaiheessa. Painon lasku ja huono ravitseminen johtaa haurastumiseen, lihaskatoon, kaatuilun ja murtumien lisääntymiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Huono ravitsemustila, syömisvaikeudet ja nälkä voivat lisätä unettomuutta, neuropsykiatrisia oireita ja huonoa oloa mikä vaikuttaa käyttäytymiseenkin.

Hyvä ravitsemustila ja monipuolinen ruokavalio auttavat säilyttämään kognitiivista toimintakykyä sekä lihasmassaa ja sillä voidaan vaikuttaa jopa muistisairauden etenemiseen. Etenkin antioksidantit, B-vitamiinit, D- ja K-vitamiini, sinkki, kuidun määrä ja n-3-rasvahapot ovat osoittautuneet muistin ja aivojen kannalta kiinnostaviksi ravintoaineiksi.

Ruokailun sujuvuuteen ja mukavuuteen voivat vaikuttaa:

- Ruokailun sosiaalisuus, mahdollisuus mieleiseen pöytäseuraan
- Ruokarauha, ruokailutilan ja ruuan esteettisyys, esim. vuodenaikaan sopivat marjat tai koristelut edistävät myös ajan hahmotusta
- Oma paikka ruokailutilassa
- Mahdollisuus valintojen tekoon, esim. ruuan ottaminen itse
- Ruoka-annokset: pienet annokset tulevat todennäköisemmin syödyksi, useamman ruuan valikoima lautasella voi hämmentää
- Osallistuminen esim. ruuan tekoon, kattamiseen, koristamiseen tai keittiötöihin lisää kodintuntua, toimeliaisuutta ja itsetuntoa, Myös vierestä seuraaminen aktivoi ja lisää osallisuuden- ja kodintuntua
- Ruuantuoksu ja ruuan valmistamisen äänet lisäävät kodintuntua
- Mahdollisuus omaisten kanssa ruokailemiseen toisi tuttuutta ja välittömyyttä myös vierailuhetkiin

6. Ryhmätoiminta

Ryhmätoiminta saattaa vähentää muistisairaana neuropsykiatrisia oireita, joita ovat harhaluulot, aistiharhat, levottomuus, aggressiivisuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, epäsiällinen iloisuus, apatia, estottomuus, ärtyisyys, mielialan vaihtelut sekä poikkeava motorinen käyttäytyminen

Ryhmätoiminnalla voidaan myös parantaa kognitiota, lisätä sosiaalisia verkostoja, lisätä psyykkistä hyvinvointia, virkistää, kohentaa mielialaa ja parantaa itsetuntoa.

Muistisairaiden ryhmän ohjaamisessa huomioitavaa:

- Empaattinen ja lämmin asenne lisää luottamusta ryhmässä: monilla muistisairailta kyky aistia ympäristön tunnelmia on herkistynyt
- Sanattoman viestinnän merkitys korostuu muistisairaita ohjatessa
- Huomioi muistisairaana elämäkokemus ja pyri hyödyntämään sitä
- Huomioi sen ympäristön merkitys, jossa muistisairas on elänyt
- Tunnista ja auta muistisairasta tunnistamaan omia voimavarojaan
- Rohkaise käyttämään niitä kykyjä ja osaamisia joita vielä on jäljellä
- Ryhmän jäsenten on tärkeää tuntea olevansa merkityksellisiä ryhmälle: me-hengen saavuttaminen voi jopa vähentää muistisairaiden neuropsykiatrisia oireita
- Pienryhmätoiminnan kehittäminen: suuressa ryhmässä osallistujien yksilöllisyyden huomiointi on mahdotonta ja ryhmälle on vaikea keksiä tavoitetta joka tukisi kaikkia ryhmän jäseniä tasapuolisesti
- Pääpaino ryhmässä tulisi olla tekemisen nautinnossa!

7. Aistien hyödyntäminen

Aromaterapiassa rauhoittavia tuoksujä käytetään esimerkiksi öljyinä, suihkeina tai tuoksuina. Rauhoittavia tuoksujä ovat esimerkiksi laventeli, piparminttu, meirami ja ruusuntuoksut. Peseytymisen järjestäminen vanhuksen omien toiveiden mukaan tuo turvallisuutta ja toimii rauhoittavana elementtinä. Joillekin suihkuhetki voi myös olla epämiellyttävä ja sitä on kunnioitettava.

Kokeile näitä keinoja hyödyntää aisteja hoitotyössä:

- Lämpö: esimerkiksi suihkun jälkeen muistisairasta voi lämmittää lämpimillä pyyhkeillä peittäen. Hoitotilanteissa ilmenevä aggressiivinen käyttäytyminen voi vähentyä lämpimien pyyhkeiden käytöllä
- Tuoksut: lempituoksut ja hygieniatuotteet lisäävät merkittävästi rauhoittavaa tunnelmaa esimerkiksi suihkun aikana
- Tuntoaisti: Pelkästään yksi koskettaminen herättää kehomuistin ja muistot aikaisemmista kosketuksista, mikä voi tuoda mielihyvää
- Kevyet hierovat liikkeet ja erilaiset sivelevät liikkeet voivat rauhoittaa muistisairasta
- Hieronnalla voidaan myös parantaa mielialaa
- Koskettamalla voidaan lisätä turvallisuuden tunnetta ja leppoisaa tunnelmaa

Koskettaminen ja hieronta ovat tutkittuja menetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kanssa. Hierontaa kannattaa kokeilla, koska se ei aiheuta mitään sivuvaikutuksia kuten esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet!

Lähteet:

- Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Kotilainen, H., Köykkä, T., Numminen, A., Saarenheimo, M., Suominen, M. & Topo, P. Suoraan muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot. Teoksessa Eloniemi-Sulkava U. & Savikko, N. (toim.) MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa, Raisio Newprint Oy, , s. 20 - 22,
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. ym.(toim.) 2010 Muistisairaudet. Porvoo, Duodecim.
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia-lehti 3/2013
- Jauhola, P. 2010. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.
- Jokinen, M. 2012. TunteVa-menetelmän käyttö dementoituvien vanhusten disorientaation eri vaiheissa. Hämeen ammattikorkeakoulun e-julkaisuja.
- Koski-Helfenstien, R. 2011. Kliinisen improvisaation käynnistämä emotionaalinen prosessointi musiikkiterapiassa masennuksen hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos.
- Punkanen, M. 2011. Improvisational music therapy and perception of emotions in music by people with depression. Väitöstutkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Sarvimäki, A. Muistisairaus ja ihmisarvon haavoittuvuus. Memo-lehti 4/2013. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=162&issue=2013-04> [Viitattu 1.8.2015.]
- Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11845&p_haku=musiik*%20terap* [Viitattu 23.7.2015]
- Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muis-taakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toiminta-kyvyn tukemisessa. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa – Alzheimer arjessa. Bookwell, Juva.
- Virkola, E. 2009. Dementiakodin asukkaiden toimijuus ryhmätoimintatilanteissa. Gerontologia -lehti 3/2009, s. 146 - 156.

Tämän oppaan on tehnyt kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Opas on osa kehittämistutkimusta ja näyttöön perustuvaa tutkimusta. Oppaan sisältö on näyttöön perustuvaa tietoa. Opas on osa opinnäyte-työtä, joka on tehty Kymenlaakson Ammattikorkeakoulussa.



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

Lomake 026
id 26750

1 / 2

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1201141	Viralliset etunimet Janni Kristiina
Sukunimi Penttilä	
Lähiosoite Torikatu 4 as 18	Postinumero ja -toimipaikka 45100 Kouvola
Sähköposti janni.penttila@student.kyamk.fi	Puhelin 050 3032415
Toimipiste ja koulutusohjelma Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja, HO12S	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Palvelukotiyhdistys Koskenrinne ry	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Pirjo Laine
Lähiosoite Närhantie 2 a	Postinumero ja -toimipaikka 48230 Kotka
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi	Puhelin 044 723 3050

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Sähköposti eeva-liisa.frilander@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Pirjo Laine
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

Lomake 026
id 26750

2 / 2

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET MUISTISAIRAUSSISSA - opas haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyöhön	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Oppaan laatiminen haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyöhön	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kehittävä tutkimus Kirjallisuuskatsaus Teemahaastattelu	
Opinnäytetyön aloitus 10/2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/tii/ttkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aiheeseen. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS <i>Kotka</i> 21.1.2015 <i>P. Lu</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS <i>Kotka</i> 4.2.2015 <i>Jami Penttilä</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS <i>Kotka</i> 4.2.2015 <i>S. Tuomi</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

Lomake 026
id 26750

1 / 2

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1201139	Viralliset etunimet Riikka Marianne
Sukunimi Vesala	
Lähiosoite Lammentie 1D	Postinumero ja -toimipaikka 45610 Korja
Sähköposti riikka.vesala@student.kyamk.fi	Puhelin 040 8617741
Toimipiste ja koulutusohjelma Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus sairaanhoitaja, ho12s	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Palvelukotiyhdistys Koskenrinne ry	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Pirjo Laine
Lähiosoite Närhintie 2 a	Postinumero ja -toimipaikka 48230 Kotka
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi	Puhelin 044 723 3050

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Sähköposti eeva-liisa.frilander@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Pirjo Laine
Sähköposti pirjo.laine@koskenrinne.fi



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

Lomake 026
id 26750

2 / 2

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Käyttämisen muutokset muistisairauksissa-opas haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyöhön	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) oppaan laatiminen haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyöhön	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kehittävä tutkimus Kirjallisuuskatsaus Teemahaastattelu	
Opinnäytetyön aloitus 10/2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tk/ke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	Kotka	21.1.2015	Piia Lou
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	Kotka	4.12.2015	Riku Nuol
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	Kotka	4.14.2015	Esa Anttonen

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.