



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KUN MUISTI PÄTKII JA MIELI MYLLERTÄÄ

- OPAS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESTA
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖNTEKIJÖILLE

TEKIJÄ/T:

Sari Pääkkönen
Minna Ritvanen
Minna Ursin

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Sari Pääkkönen, Minna Ritvanen ja Minna Ursin	
Työn nimi Kun muisti pätkii ja mieli myllertää —opas muistisairaahan kohtaamiseen mielenterveys- ja päihdetyöntekijöille	
Päiväys	21.4.2016
Sivumäärä/Liitteet	46/1
Ohjaaja(t) Irma Mikkonen yliopettaja Savonia Ammattikorkeakoulu	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ykköskoti, Kuopio	
Tiivistelmä	
<p>Muistisairauksiin sairastuu vuosittain noin 13 000 ihmistä. Väestön ikääntyessä muistisairauksien lukumäärä ja niiden osuus väestössä kasvaa. Muistisairauden myötä toimintakyky, käyttäytyminen ja itsensä ilmaiseminen usein muuttuvat. Muutosten myötä muistisairaahan epämukavuuden kokemukset voivat heijastua ulospäin, jolloin nämä nähdään usein käytöshäiriönä. Haasteena muistisairaahan kohtaamisessa voivat olla myös päihde- ja mielen-terveysongelmat sekä näiden erottaminen toisistaan.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas muistisairauksista ja muistisairaahan kohtaamisesta mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden käyttöön. Oppaan tavoitteena on kehittää toimeksiantajan, Kuopion Ykköskodin henkilökuntaa kehittämään ammattitaitoaan ja tätä kautta parantamaan hoidon laatua. Työn tavoitteena oli myös parantaa omia ammatillisia valmiuksia mielenterveys- ja päihdeongelmaisen muistisairaahan kohtaamiseen.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa keskityttiin Ykköskodin asiakkailla yleisemmin esiintyviin muistisairauksiin, kuten alkoholidementiaan, Wernickenin oireyhtymään ja Alzheimerin tautiin. Lisäksi opinnäytetyössä on kuvattu mielen-terveyttä, alkoholi-riippuvuutta ja ikääntymistä. Pääpaino teoriaosuudessa oli muistisairaahan kohtaaminen, jota kuvattiin fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta.</p> <p>Opas sisältää ytimekkäästi kuvattuna muistisairaahan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja tukemiseen liittyviä käytännön ohjeita ja se on koottu käytännön työtä palvelevaksi apuvälineeksi.</p> <p>Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko oppaasta ollut hyötyä ohjaus- ja hoitotyössä ja onko opas kehittänyt arjen menetelmiä sekä ovatko muistisairaahan kohtaamiseen käytetyt menetelmät parantaneet muistisairaiden elämänlaatua.</p>	
Avainsanat	
Muistisairaat, muistisairaahan kohtaaminen, käytöshäiriö, Alzheimerin tauti, mielenterveystyö, päihdetyö	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Sari Pääkkönen, Minna Ritvanen and Minna Ursin			
Title of Thesis When memory cuts and mind stirs –Guide for professionals working with and meeting persons with dementia and mental health- and alcohol problems			
Date	21.4.2016	Pages/Appendices	46/1
Supervisor(s) Irma Mikkonen Project Manager, Principal Lecturer at Savonia University of Applied Sciences			
Client Organisation /Partners Ykköskoti, Kuopio			
<p>Abstract</p> <p>Around 13 000 people a year are diagnosed with dementia (common word used in English for all patients with memory diseases/illnesses). As the population ages, the number of people affected by dementia increases. The ability to function and express him/herself as well as his/her behaviour often changes with memory-related illnesses. Along with these changes, the unpleasant experiences with dementia may show as behavioural problems/issues to outsiders. Alcohol abuse and mental health problems may also bring additional challenges for professionals when they meet a person with dementia. It may also be difficult to differentiate the two from one another.</p> <p>The aim of this thesis was to produce a guide about mental health for professionals working with and meeting persons with dementia or one with alcohol problems. The aim was to develop the professional skills of the staff of the mandatory, Kuopio Ykköskoti, and, as a result, to improve the care they give. Another aim was to develop and increase our own professional transferrable skills in order to meet and encounter dementia patients with mental health as well as substance/alcohol abuse problems.</p> <p>In the theory part of this thesis, we concentrated on the most common memory related illnesses present among the customers of Ykköskoti, e.g. alcohol-dementia, Wernick's syndrome and Alzheimer's disease. We have also described mental health, alcohol dependency/abuse and aging. Our main focus was in a holistic meeting of a person with dementia, which has been described from a physical, psychological and social point of view.</p> <p>The guide includes practical instructions for a holistic meeting of a person with dementia and it has been created to serve as an aid for every day work for professionals.</p> <p>As a future study, the topic could be studied further to find out whether this guide has been useful in training and care work; if the guide has developed any every day practices and if the practices carried out when meeting a person with dementia has improved the quality of life of the patients.</p>			
<p>Keywords memory disease/disorder, dementia, behavioural problem, alzheimer's disease, mental health care</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	7
3	AMMATILLINEN OSAAMINEN.....	9
4	MUISTI JA IKÄÄNTYMINEN	11
4.1	Muistihäiriöt ja diagnosointi	11
4.2	Muistisairaudet	12
4.2.1	Alzheimerin tauti	13
4.2.2	Käyttöoireet.....	14
5	IKÄÄNTYMINEN JA ALKOHOLI	15
5.1	Alkoholinkäytön terveysriskit.....	15
5.2	Alkoholidementia ja Wernicken oireyhtymä.....	16
6	MIELENTERVEYS	18
6.1	Mielenterveysongelmat	18
6.2	Muisti- ja mielenterveyssairauden erottamisen haasteet	19
7	MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN	21
7.1	Fyysinen kohtaaminen	21
7.2	Psyykinen kohtaaminen.....	23
7.3	Sosiaalinen kohtaaminen	24
8	OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ.....	26
9	POHDINTA.....	29
9.1	Lähteiden luotettavuus	31
9.2	Eettiset kysymykset	32
9.3	Ammatillinen kasvu ja kehittyminen.....	33
9.4	Jatkotutkimusaiheet	34
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	35
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Muistisairauden, kuten muidenkin sairauksien, lähtökohtana on diagnostiikka. Varhainen diagnosointi edistää hoitotuloksia, lisää sairastuneen mahdollisuuksia elämänhallinnan suhteen ja säästää yhteiskunnan resursseja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Ihmisen psykososiaalinen toimintakyky, käyttäytyminen ja itsensä ilmaiseminen usein muuttuvat muistisairauden myötä. Lisäksi muistisairaudet aiheuttavat erilaisia neuropsykiatrisia ja psykoottisia oireita. (Hultqvist 2013.) Vaativuutta lisäävät muistisairaahan kohtaamisessa päihde- ja mielenterveysongelmat sekä näiden erottaminen toisistaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Juva 2007).

Erilaiset lait ja suositukset velvoittavat muistisairaahan hyvään hoitoon ja edistävät muistisairaahan asemaa. Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeudesta (812/2000) määrittelee, että sairastuneella on myös oikeus hyvään kohteluun ja itsemääräämisoikeuteen. Uusi ”vanhuspalvelulaki” eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn turvaamisesta sekä iäkkäiden sosiaalipalveluiden tarpeista (980/2012) tähtää hyvinvointiin, terveyteen, toimintakykyyn ja itsenäiseen suoriutumiseen yksilöllisesti voimavaroja tukemalla. Väestön terveyttä ja toimintakyvyn edistämistä painottaa Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja erityisesti vanhenevaa väestöä hyvän ikääntymisen laatusuositus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Tässä opinnäytetyössä keskitymme työn tilaajan Kuopion Ykköskodin asiakkaille yleisemmin esiintyviin muistisairauksiin, kuten alkoholimentiaan, Wernickenin oireyhtymään ja Alzheimerin tautiin. Käsittelemme työssä myös mielenterveyttä, alkoholiriippuvuutta ja ikääntymistä sekä sitä, kuinka nämä sairaudet tulisi ottaa huomioon muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Ykköskoti on päihde- ja mielenterveyspalveluja tarjoava asumisyksikkö. Yksikön haasteena on ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten keskuudessa lisääntyneet muistisairaudet.

Ikääntyvän muistisairaahan kohtaaminen edellyttää laaja-alaista hoitotyön osaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja, sillä monet yksittäiset kohtaamiset ja vuorovaikutustilanteet vaikuttavat elämänlaatuun. Tarvitaan myös oikeanlainen ympäristö ja arjen toimintamahdollisuuksia, joissa yksilölliset tarpeet otetaan huomioon. Hoitajan tulee tuntee myös toimintaa ohjaava lainsäädäntö. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 247–248; Heimonen ja Voutilainen 2006, 7–8.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa muistisairauksista ja niitä sairastavien ihmisten kohtaamisesta kertova opas, jonka tavoitteena on auttaa Kuopion Ykköskodin henkilökuntaa kehittämään ammattitaitoaan ja potilaiden hoidon laatua. Työn tavoitteena on myös ke-

hittää omia ammatillisia valmiuksia kohdata muistisairas ihminen, jolla on taustalla mielen-
terveys- tai päihdeongelma.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Mainio Vire on yksi Suomen suurimmista hoiva- ja sosiaalipalveluita tarjoavista yrityksistä. Mainio Vire tarjoaa palveluitaan niin kunnille kuin yhteisöille sekä yksityisillekin asiakkaille. Korkealaatuisia palveluita tarjotaan yli 80 eri paikkakunnalla ympäri Suomea. Konsernin palveluvalikoima pitää sisällään asumispalveluita mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, vammaisille ja vanhuksille. Palveluvalikoimasta löytyy kotiin vietäviä ateria-, kauppakassikotihoito- ja turvapuuhelinpalveluita sekä lastensuojelun asiakkaille perhepalveluita. Yrityksessä on töissä yli 1300 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista. Yrityksen Ykköskodit ympäri Suomea tarjoavat mahdollisuuden mielenterveys- ja päihdeasiakkailleen kodinomaiseen asumiseen. Ykköskoteja on ympäri Suomea 12 eri paikkakunnalla ja niissä on yhteensä yli 600 asukaspaikkaa. (Mainio Vire 2015.)

Kuopion Ykköskoti on Neulamäen kaupunginosassa sijaitseva 56-paikkainen ryhmäkoti-muotoinen yksikkö. Kuopion Ykköskoti tarjoaa aikuisille mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita sekä tukea ja ohjausta arjen askareissa kohti itsenäisempää elämää. Kuopion yksikössä on saatavilla vaativaa, tehostettua asumispalvelua, tehostettua palveluasumista, psykogeriatrisesti tehostettua palveluasumista, palveluasumista, tukiasumista, asumisen kokeilujaksoja ja lyhytaikaista palveluasumista. Ykköskodilla keskitytään päivittäisten elämäntaitojen ylläpitämiseen ja kehittämiseen, asukkaiden aktiivisuuden ja osallisuuden lisäämiseen, sosiaalisen kanssakäymisen kehittämiseen, siirtymiseen itsenäiseen elämiseen omaehtoisesti ja omatoimisesti sekä virikkeelliseen ja kuntouttavaan päivätoimintaan. Palvelukodissa on päivätoimintaa, jossa leivotaan, kokataan, pelataan, ulkoillaan, askarrellaan ja keskustellaan yhdessä. Suurimman osan päivätoiminnasta ohjaa talon toimintaterapeutti. Ilta-aikoina on myös ryhmätoimintaa, josta vastaa vuorossa oleva henkilökunta tai asukkaat itse. Palvelukoti tekee myös retkiä eri kohteisiin. Ykköskodin henkilöstöä on yhteensä 20 henkeä. Henkilöstöön kuuluu palvelutalon johtaja, vastaava sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja ohjaajia, jotka ovat koulutukseltaan lähihoitajia. (Mainio Vire 2015; Ykköskoti henkilökunta 2016.)

Rakennus on kunnostettu asuintalosta palvelukodiksi vuonna 2010. Huoneet ovat invamitoitettuja ja -varusteltuja ja niissä on omat kylpyhuoneet. Asiakkaat ovat iältään 21-95-vuotiaita ja talon neljä kerrosta onkin profiloitu asiakaskunnan mukaisesti siten, että esimerkiksi 3. kerros on psykogeriatrisen palveluasumisen kerros, johon on saatavilla yöhoito. (Ykköskoti henkilökunta 2016.)

Mainio Vireen toiminta perustuu logoterapeuttiseen lähestymistapaan. Asiakkaita kohdetaan korostaen jokaisen yksilön ainutlaatuisuutta. Heitä autetaan kohti mielekästä ja oman näköistään elämää. (Mainio Vire 2015.)

Logoterapian mukaan perimmäinen tarve ihmisellä on kokea elämä merkityksellisenä ja mielekkäänä. Tarkoituksen löydettyään ihmisen on mahdollista löytää itsessään oleva potentiaali kestää mitä tahansa vastaantulevaa elämässä. Ihmisellä on vapaus valita, kuinka suhtautua elämässään tapahtuviin asioihin, vaikka hänellä ei olisikaan vapautta itse valita niitä tai muuttaa niiden olosuhteita. Ihminen on kuitenkin vapaa tekemään elämässään valintoja, mutta hän on myös vastuussa tekemistään valinnoista. Logoterapia välittää lohdullisuutta ja elämänmyönteisyyttä siitä, mitä on olla ihminen. Ihminen on kokonaisuus, johon kuuluu fyysinen, psyykkissosiaalinen ja henkinen puoli. Logoterapian määritelmässä kuvataan, että vaikka sairastuisimme fyysisesti tai psyykkisesti, henkisesti emme koskaan. (Suomen Logoterapiainstituutti 2016.)

Olipa ihmisen hyvinvointia uhkaamassa mikä tahansa sairaus, joka heikentää toimintakykyä, harvemmin niistä puhutaan mainitsematta voimavara – sanaa (Heimonen 2013). Tämä korostuu logoterapeuttisessa lähestymistavassa, jonka avulla ihminen kohdataan yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti (Suomen logoterapiainstituutti 2016).

3 AMMATILLINEN OSAAMINEN

Toimintayksikön toiminnan perustuessa logoterapeuttisen hoitomalliin, asiakkaan henkisen hyvinvoinnin merkitys on perusta hoitosuhteelle. Tarkoituksena on auttaa avun tarpeessa olevaa ihmistä löytämään elämänsä tarkoitus. (Laine ja Heimonen 2011.)

Toimintatavoilla pyritään ymmärtämään ongelmallisissa tilanteissa muistisairaahan ihmisen negatiivisten tunteiden syntyhistoria. Tämä tapahtuu vähentämällä epä mukavuuden kokemuksia, jotka liittyvät vuorovaikutukseen, fyysiseen vointiin tai ympäristöön. Keskeistä on hoitohenkilökunnan kyky käyttää yksilöllisiä hoitoratkaisuja. Tutkimuksissa on todettu, että koulutuksella, jonka tarkoitus on ymmärtää muistisairaahan oirehdintaa sekä kohdata ihminen yksilöllisin hoitomenetelmin, vähentäneen huomattavasti hoitajien kokemaa stressiä kuten myös muistisairaahan ihmisen kokemaa ahdistuneisuutta. (Cohen-Mansfield, Moyle, Vasse, Vermooij-Dassen ja Zuidema 2010.)

Kun muisti heikkenee, kohtaamisesta tulee ammatilliselle hoitohenkilökunnallekin haasteellisempaa. Muistisairaahan kohtaaminen ei saa olla oireiden vähättelyä tai oirekuvan tunnistamattomuutta. Ammatillinen hoitohenkilöstö ymmärtää, että hyvin usein muistisairaus aiheuttaa valitettavan paljon toimintakyvyn heikentymistä mikäli hoitomuoto ei ole oikeanlainen. Tietämättömyydestä voi aiheutua turhaa provosoitumista, jos ei tunnista sairaudenkuvaa. Lääkkeellinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa tukevaa, mutta ei ainut hoitomuoto ihmisen hyvinvoinnille. Tällä tarkoitetaan, että inhimillinen kohtaaminen ja ihmisarvon säilyttäminen muistisairaahan potilaan hoidossa ovat olennaisia tekijöitä. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

Muistisairaahan hoidossa tulisi koko ajan kulkea niin sanotusti ”selkärankana” sairastuneen oma voimavaralähtöisyys. Muistisairaahan ihmisen ympäristön turvallisuutta tulee miettiä tarpeenmukaisesti, mikä on toimintakykyä tukevaa ja mitkä ovat mahdollisesti muistisairaahan ihmisen inhimilliset rajoitukset. Kohtaamisessa tulee ottaa huomioon mielenterveyshäiriöstä ja päihteistä johtuvat oireet. Kokoajan tulee muistaa tukea ja kannustaa muistisairasta ihmistä mahdollisimman normaaliin ja inhimilliseen elämään. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukeminen erinäisin keinoin on suuri osa hoidon arkipäivää. Muistisairaiden, kuten myös useimpien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kanssa huomioidaan kuinka tärkeää on itsetunnon ja omanarvon tunnetta ylläpitävät toiminnot. (Laine ja Heimonen 2011.)

Ammattitaitoinen hoitaja tietää ja hallitsee perustiedot päihteistä, päihteidenkäytöstä sekä niiden käyttöön liittyvistä haitoista ja riskeistä. Hoitajan oman asenteen tiedostaminen liittyen päihteisiin ja niiden käyttämiseen on ensisijaista. Tämän avulla on helpompi suhtautua myös päihdeongelmaisiin ja päihteitä käyttäviin ihmisiin. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 246–248.) Mikäli hoitaja pystyy tunnistamaan omia tunnetilojaan ja reaktioitaan hoitotyössään, kykenee hän ammatilliseen ja hoidolliseen asennoitumiseen hoidettavaa kohtaan.

Tästä merkinä on myönteinen ja kunnioittava suhtautuminen ihmiseen sekä hyväksyvä ja myötäelävä käyttäytyminen hoitotyössä. (Havio, Inkinen ja Partanen 2008, 24–25.) Hoitajan tulee miettiä yhdessä hoidettavan kanssa realistisia muutoksia ja tavoitteita alkoholinkäyttöä koskien, jotta tämä tukisi hyvää elämänlaatua. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 246–247.)

4 MUISTI JA IKÄÄNTYMINEN

Muisti on olennainen osa ihmisen elämää. Sitä tarvitaan niin arjen kuin opiskelun ja työtehtävien suorittamiseen. (Härmä, Hänninen ja Suhonen 2011, 52.) Tämän vuoksi muistin heikentyminen koskettaa ihmisen jokapäiväistä elämää. Muisti on monimutkainen järjestelmä. Sen toimintaan vaikuttavat ihmisen psyykkiset ja elimelliset sairaudet, mielialatekijät, stressi, uupumus, uni, kivut, jännitys, ikä, lääkkeet ja päihteet. (Paajanen ja Remes 2015, 29–32.) Elintavoilla on siis vaikutusta muistin ja aivojen suorituskykyyn (Härmä, Hänninen ja Suhonen 2011, 82).

Aivot kehittyvät noin 20 ikävuoteen saakka voimakkaasti. Ikä ei kuitenkaan yksin ratkaise aivojen toimintakykyä, vaikka se heikentääkin muistin toimintaa. Noin 40 ikävuoden vaiheilla tiedonkäsittely hidastuu ja työmuistin teho voi jo hieman heiketä. Kuitenkin yleistiedon hallinta sekä kokemukseen ja kognitiiviseen kyvykkyyteen perustuva tieto kompensoi tätä muutosta. Työikäinen saattaa kohdata myös muistin toimintahäiriöitä, jotka johtuvat yleensä muista syistä kuin etenevästä muistisairaudesta. Normaaliin ikääntymiseen ei kuulu ”höperöityminen” eikä muistin heikkeneminen haittaa päivittäisiä toimintoja. Yli 65-vuotiailla selvemmät kognitiiviset toiminnan muutokset alkavat ilmentyä. Muistin heikentyminen liitetäänkin väestön keskuudessa yleensä ikääntymiseen ja vanhuuteen. (Härmä, Hänninen ja Suhonen 2011, 76–81; Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 23; Levo 2008, 9–10.)

Käsitteellä vanhentua tarkoitetaan vanheta tai vanhemmaksi tulemistä (Suomisanakirja 2015). Vanhentumista pystytään tarkastelemaan erilaisten ikääntymisteorioiden kautta (Jyrkämä 2007, 15). Sitä voidaan myös käsitellä yhteiskunnallisesti tilastojen valossa. Aikaisemmin vanhuuden katsottiin alkavaksi vanhuseläkeikässä eli 65-vuotiaana (Levo 2008, 9 – 10). Nykyisin vanhuus nähdään alkavaksi 75 ja 80 vuoden välissä (Jyrkämä 2007, 15). Syynä tähän on ikärakenteen muuttuminen. Viimeisten vuosikymmenten aikana elinajan odote on tasaisesti noussut. (Findikaattori 2015.) Tämän päivän ikääntyvillä onkin edellisiä sukupolvia parempia mahdollisuuksia nauttia eläkkeestään terveyden, toimintakyvyn, varallisuuden ja henkisen pääoman vuoksi. (Levo 2008, 9 –10.)

4.1 Muistihäiriöt ja diagnosointi

Dementia ei ole sairaus vaan muistihäiriö. Se tarkoittaa useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan kognitiiviseen suorituskykyyn verrattuna. Sitä voi aiheuttaa pysyvä jälkitila, joka voi johtua esimerkiksi aivovammasta, alkoholidementiasta tai elvytyksestä. Dementiaa voi aiheuttaa myös hoidolla parannettava sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta ja B12- vitamiinin puutos. Dementiaa aiheuttaa myös etenevä muistisairaus. Näistä yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisai-

raus, Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin tauti ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Käypä Hoito 2015a.)

Muistihäiriöiden diagnosointi on tärkeää. Muistihäiriöisellä ihmisellä ja hänen omaisillaan on oikeus saada tietää ymmärrettävällä tavalla, mistä muistihäiriöt johtuvat, kuinka pitkällä sairaus on ja kuinka sairautta hoidetaan (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 154). Mitä aikaisemmin dementoitunut saa tietoa sairaudestaan, sitä paremmin muutoksiin voidaan valmistautua. Oman elämän suunnittelu ja päätöksenteko sekä hoidon aloittaminen mahdollistuvat paremmin. (Heimonen ja Voutilainen 2006, 57–66.)

Dementiaepäilyssä käytetään MMSE- eli Mini Mental Status Examination-testiä. Testissä tulevat esille mahdolliset mieleenpainamis- ja orientaatiovaikeudet. Tarkempuna älyllisten toimintojen seulomistestinä voidaan käyttää CERAD-tehtäväsarjaa. Se koostuu yhdeksästä eri tehtäväsarjasta, joiden tarkoituksena on mitata eri kognitiivisten toimintojen osa-alueita. Näin saadaan tietynlainen yleiskäsitys siitä, onko potilaan kognitiivinen suorituskyky heikentynyt ja tarvitaanko neurologisia jatkotutkimuksia. Läheistä tarvitaan antamaan esitietoja ja informaatiota mahdollisista muista arjen suoriutumista heikentävistä tekijöistä. (Hänninen ja Pulliainen 2006, 348–352, 375.)

4.2 Muistisairaudet

Muistisairauksiin sairastuu vuosittain noin 13 000 henkilöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Muistisairauteen sairastuminen on aina kriisi. Vakava sairastuminen tarkoittaa muutosta tai tilannetta, jossa ihmisen aikaisemmat kokemukset ja käytetyt keinot eivät riitä ratkaisemaan nykyistä ongelmaa. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

Muistisairaus on muistitoimintojen laaja-alaista heikentymistä, joka näkyy esimerkiksi kognitiivisten kykyjen, toimintakyvyn ja ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin muutoksina (Sulkava 2010, 120–121). Kun toimintakyky alenee, ihminen kokee samalla menetystä, pettymystä ja epäonnistumista. Tämä voi aiheuttaa hyödyttömyyden ja arvottomuuden tunteita. Lisäksi tulevaisuuden näkymät voivat saada aikaan epätoivoa, surua ja pelkoa. (Heimonen ja Voutilainen 2006, 57–66.) Muistisairauksiin liittyy haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia, joita kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireita esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa. Muistisairaista 90 prosentilla todetaan haitallisia käytösoireita. (Vataja ja Koponen 2015, 90–91.)

Tunnereaktioiden ja minäkuvan muutosten lisäksi vastuut ja roolit sekä sosiaaliset suhteet muuttuvat. (Heimonen ja Voutilainen 2006, 57–66). Muistisairaus koskettaa sekä sairastunutta että hänen läheisiään ja se merkitsee aina muutosta. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari ja Forder 2014, 5; Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö ja Kivelä 2006, 127, 343.)

Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa. Hoidolla tähdätään sairastuneen ja hänen läheisensä mielekkääseen elämään ja hyvinvointiin sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja oireiden etenemisen hidastamiseen. (Hallikainen, Nukari, Mönkäre 2014, 18.) Lääkehoidolla pyritään ylläpitämään kognitiivisia toimintoja ja omatoimisuutta sekä vakiinnuttamaan muistisairauden tila. Lääkkeillä voidaan lievittää myös joitakin käytösoireita. Pitkälle edenneessä vaiheessa lääkkeillä ei ole hyötyä käytösoireiden eikä toimintakyvyn suhteen. (Käypä Hoito 2015a.)

4.2.1 Alzheimerin tauti

Muistisairauksista ainakin 70 % on Alzheimerin taudista (AT) johtuvaa. AT:n tyypillisin ensimmäinen oire on muistin heikentyminen. Varianttimuotoisessa AT:ssa ensioireena voi olla heikentynyt visuospatiaalinen toiminta, kielellinen toiminta tai toiminnanohjaus, jotka ilmevät ennen selvempiä muistioireita. (Käypä Hoito 2015a.)

Alzheimerin taudin oireiden puhkeamista voi edeltää jopa kaksikymmentä vuotta kestävä oireeton vaihe. Tällöin on mahdollista hidastaa tai pysäyttää tautiprosessi, koska taudin puhkeamiseen vaikuttaa useat metabolista stressiä lisäävät tekijät. Taudin edetessä aivojen tilavuus ja kokonaispaino vähenee, kun taas aivokammioiden tilavuus suurenee. Limbiset järjestelmät, kuten hippokampus, surkastuu. Fyysisesti elimistö surkastuu ja ruumiinpaino alenee. (Tienari, Myllykangas, Polvikoski ja Tanila 2015, 100–102.) Sairauden oireet eivät juurikaan alkuvaiheessa vielä näy, mutta osalla voidaan todeta orastavia tiedonkäsittelyyn liittyviä oireita kuten tapahtumamuistin lievää heikentymistä. (Remes, Hallikainen ja Erkinjuntti 2015, 122).

Taudin vaiheet on hyvä tiedostaa, koska tämä auttaa tilaa pahentavien oheissairauksien ja itse taudin etenemisen tunnistamisessa. Tauti jaetaan neuropatologisesti kuuteen vaiheeseen. Kliiniset oireet jaetaan viiteen eri vaiheeseen; oireeton, varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeudet ilmaantuvat varhaisimpina muistioireina. (Käypä hoito 2015a.)

Lievän Alzheimerin taudin vaiheessa todetaan laajempialainen muistin ja tiedonkäsittelyn heikkeneminen, joka vaikeuttaa omatoimisuutta. Vaikeuksia esiintyy sanojen löytämisessä ja nimeämisessä sekä aloitekyvyn heikkenemisessä. (Remes ym. 2015, 122–123.)

Keskivaikeassa vaiheessa tapahtumamuisti on heikko; sairastunut kysyy samoja asioita ja tavarat ovat kateissa. Sanat ovat hukassa ja monimutkaisen puheen ymmärtäminen on vaikeaa. Aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee. Aikaan orientoituminen vaikeutuu ja eksymistäipumis lisääntyy. Koska omatoimisuus on vähentynyt, sairastunut tarvitsee

apua päivittäisissä toiminnoissa. Turvallisuuden vuoksi muistisairas tarvitsee tässä vaiheessa valvontaa lähes jatkuvasti. Lisäksi käytösoireet yleistyvät. (Remes ym. 2015, 124–128.)

Vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen on vähäistä. Muisti toimii satunnaisesti ja käytösoireita esiintyy paljon. Sairastunut tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan kuten pukeutumisessa, hygienian hoidossa ja syömisessä. Kävely muuttuu lyhytaskeliseksi ja leveäksi eikä liikkeellelähtö onnistu kunnolla. Spastisuutta saattaa myös ilmentyä. Primaariheijasteet ovat yleisiä. Epileptiset kohtaukset saattavat ilmaantua. Loppuvaiheessa raajat jäykistyvät, kävelykyky, pidätyskyky ja syömis-kyky loppuvat. (Remes ym. 2015, 124–131.) Sairaus kestää noin 10 vuotta ensimmäistä oireista kuolemaan (Terveyskirjasto 2015a).

4.2.2 Käytösoireet

Käytöshäiriöiden hoidon tulee olla ensisijaisesti lääkkeetöntä. Lääkkeettömällä hoidolla korostetaan eri toimintamalleja muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja päivittäisten toimintojen tukemiseksi. Rajoittamista tulisi välttää. Hoitomuotoina ovat käyttäytymistä muokkaava hoito, psykososiaalinen ja psykomotorinen hoito, omaishoidon tuki ja ympäristön huomioiminen. Henkilökunnan täydentävä koulutus parantaa muistisairaahan kohtaamista ja työhyvinvointia. (Käypä Hoito 2010; Koponen ja Vataja 2015, 475.) Käytösoireet kuormittavat sairastunutta, heikentävät hänen vuorovaikutus- ja toimintakykyä sekä voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Käytösoireiden syyt pitäisi arvioida ja hoito valita sen perusteella. (Vataja ja Koponen 2015, 90–95.) Arvioinnissa selvitetään, liittyykö käytösoire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan. Myös ympäristö ja vuorovaikutuksen vaikeudet aiheuttavat käytösoireita. (Koponen ja Vataja 2015, 474.)

Käytösoireisista vähintään kolmasosa kärsii jonkinasteisesta masennuksesta. Masennus ja muistisairaus liittyvät vahvasti toisiinsa monella tavalla. Masennuksen takia hoitoon hakeutuvia iäkkäitä tulisi seurata, koska masennus voi olla muistisairaahan ensimmäinen oire. Muita käytösoireita ovat apatia, levottomuusoireet, ahdistus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. (Vataja ja Koponen 2015, 91–95; Vataja 2015, 50.)

Käytösoireet ovat omaisia ja hoitajia eniten kuormittavia tekijöitä sekä merkittävin syy laitoshoidon joutumiselle. Käytösoireet altistavat muistisairasta uusille sairauksille, kuten loukkaantumisille, sekä oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksille. (Vataja ja Koponen 2015, 90–91.)

5 IKÄÄNTYMINEN JA ALKOHOLI

Viime vuosikymmenien aikana ikääntyneiden suomalaisten elintavat ovat kehittyneet parempaan suuntaan. Tupakointi on vähentynyt ja ruokailutottumukset ovat parantuneet. Kuitenkin alkoholin käyttö on lisääntynyt ja uutena ilmiönä on tullut ikääntyvien alkoholin suurkulutus. (Sulander 2007, 25–26.) Tämä selittyy osin vanhuuskuvan ja vanhuutta määrittävien käyttäytymisnormien sekä alkoholikulttuurin muutoksen myötä. Lisäksi ikääntyvän väestön määrän kasvu ja eliniän pidentyminen lisäävät erityisryhmien kuten ikääntyvien päihdeongelmaisten määrää. (Levo 2008, 9–20.)

Ikääntyneen alkoholiongelman havaitseminen voi olla hankalaa, koska pohjalla olevat sairaudet ja vaivat saattavat peittää sen alleen. Myös lääkitys ja huono toimintakyky saattavat vaikuttaa alkoholiongelman havaitsemisen. Kaatuminen, putoilu ja törmäily alkoholin vaikutuksen alaisena kasvattavat iäkkään tapaturmariskiä ja useasti näistä johtuvat vammat saattavatkin olla yksi syy ongelman paljastumiseen. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 246–248.)

5.1 Alkoholinkäytön terveysriskit

Alkoholin runsas käyttö on varteenotettava terveysriski. Riskirajat on määritelty henkilön sukupuoleen, ikään ja terveydentilaan katsoen. Rajat jatkuvasti ylittävällä henkilöllä on keskimääräistä isompi vaara saada fyysisiä tai psyykkisiä oireita ja niiden aiheuttamien sairauksien pahentumisia, jotka johtuvat alkoholin suurkulutuksesta. (Seppä 2003, 57.) Käypä Hoitoon on päivitetty marraskuussa 2015 uudet riskirajat koskien alkoholin suurkulutusta: miehille 23 - 24 alkoholiannosta viikossa aiemman 24 annoksen sijaan ja naisille 12-16 alkoholiannosta aiemman 16 annoksen sijaan. Runsaaksi kertajuomiseksi miehillä katsotaan 6-7 alkoholiannosta kerralla aiemman 7 annoksen sijaan ja naisilla 5-6 alkoholiannosta kerralla. Lisäksi on määritelty kohtalaisen riskin alkoholin kulutus ja se on miehillä 14 alkoholiannosta viikossa ja naisilla 7 alkoholiannosta viikossa. (Käypä Hoito 2015b.)

Alkoholin käytön riskirajat on kuitenkin tehty terveille työikäisille. Ikääntyvälle nämä suositukset ovat liian korkeita lääkkeiden käytön ja kroonisten sairauksien vuoksi. (Sulander 2007, 28.) Suomessa iäkkäille määritellyt vastaavat riskirajat perustuvat yhdysvaltalaiseen suositukseen. Yli 65-vuotiaan henkilön ei tulisi juoda kahta annosta enempää kerrallaan, eikä viikossa yli seitsemää alkoholiannosta. (Hartikainen ja Lönnroos 2008, 269–270.) Yhdysvaltalainen National Institute of Alcohol-instituutin internet-sivusto kertoo nykyisen määrän olevan yli 65-vuotiaille enintään 3 alkoholiannosta kerralla ja enintään 7 alkoholiannosta viikossa (National institute on alcohol abuse and alcoholism 2016.)

Alkoholi on vesipitoista ainetta ja jakautuessaan kehon sisältämään veteen jakautumistilavuus pienenee. Ikääntyessä elimistön rasvan osuus nousee ja vesipitoisuus laskee. Tällöin

iäkkään alkoholipitoisuus veressä nousee suuremmaksi samalla alkoholin määrällä työikäiseen nähden. Alkoholi itsessään aiheuttaa tapaturmia ja kaatumisia, mutta iäkkään kohdalla riskiä suurentavat muutkin tekijät: tasapainoasti ja ketteryys heikentyvät sekä verenpaine usein laskee nopeasti pystyasennossa. (Aira 2007, 37–38.) Iäkkään nopeaan humaltumiseen on myös toinen syy. Toleranssi eli keskushermoston sietokyky alkoholia kohtaan heikkenee. Ikääntyneillä kuolemaan johtavia alkoholimyrkytyksiä esiintyy matalimmilla veren alkoholipitoisuuksilla kuin nuoremmilla. Myös vieroitusoireiston eli krapulan laatu ja pituus ovat suuremmat. (Rintala 2010, 121.)

Aivojen surkastumista tapahtuu enemmän runsaasti alkoholia käyttävillä ihmisillä suhteessa terveeseen ikäverrokkiin. Useat eri aivoalueet, kuten hippokampus, (muistiaivokuori), pikkuaivot ja otsalohkoalue kärsivät hermosolukatoa pitkäaikaisen alkoholin käytön vuoksi. Kroonisen käytön myötä muistiaivokuoren hermosolujen kato voi aiheuttaa dementiaa. Muistisairaus onkin yleisempää alkoholia käyttävillä ikääntyneillä, kuin raittiilla ikääntyneillä. Arvioiden mukaan neljäsosalla psykiatrisessa laitoshoidossa olevilla iäkkäillä muistisairailta on alkoholiriippuvuus yksi hoidon pääasiallinen syy. (Rintala 2010, 121–122.)

Iäkkään alkoholiongelmaisen hoidossa pitäisi huomio kiinnittää jäljellä olevaan toimintakykyyn, mahdollisuuksiin ja osaamiseen. Kun toiminta lähtee omista vahvuuksista ja voimavaroista, toimii se samalla voimaannuttavana tekijänä. (Levo 2007, 47.)

5.2 Alkoholidementia ja Wernicken oireyhtymä

Alkoholidementiaan liittyy erinäinen oireisto, johon kuuluu erityisesti lähimuistin heikentyminen, muutokset persoonallisuudessa, työkyvyn ja sosiaalisen selviytymisen heikentyminen, henkisten toimintojen aleneminen sekä mielialanvaihtelut ja ailahtelut. Myös liikkumisessa on ongelmia ja näistä tyypillisimpiä ovat katkokävely, tasapainovaikeudet sekä vapina. (Härmä 2010; Levo 2008, 57.) Alkoholidementiasta voi aiheutua myös ääreishermostollisia vaurioita, jotka ilmenevät jalkateristä pikkuhiljaa pahenevina tuntohäiriöinä, tunnottomuutena tai kipuherkkyytenä. (Havio, Inkinen ja Partanen 2008, 78.)

Suurikulutusinen jatkuva alkoholinkäyttö heikentää yksilön kognitiivisia kykyjä, mutta harvoin kuitenkaan niin paljon, että kyseessä olisi varsinainen dementia. Jos alkoholin suurkuluttajalle kehkeytyy dementia eli muistihäiriö, on hänellä siihen myös muita altistavia tekijöitä. Näitä voivat olla heikosta ja puutteellisesta ruokavaliosta johtuva B-vitamiinien puutostila tai päihtyneenä saatu aivovamma. Tärkein hoitomuoto alkoholidementikolla on alkoholin käytön vähentäminen ja ruokailuista huolehtiminen. (Sulkava 2010, 132–133.)

Kun ravinnonsaanti heikkenee tai koostuu pitkälti etanolista, syntyy monenlaisia ongelmia. Etanolin runsas nauttiminen heikentää B1- vitamiinin eli tiamiinin imeytymistä suolistosta.

Tiamiinivarastot riittävät normaalisti noin kuukaudeksi, vaikka jo tuossakin ajassa voi kehittyä tiamiinin puutostila. Tiamiinia tarvitaan elintärkeiden hiilihydraattien käsittelemiseen. Kun hiilihydraattia ei saada tarpeeksi ravinnosta, sen puutos ruokavaliosta aiheuttaa tiamiinin irtoamisen verenkiertoon. Tiamiinia erittyy pois virtsan kautta, koska elimistö tulkitsee sen turhaksi. Kun hiilihydraattia taas saadaan suurina annoksina, tiamiinin vakava puutos laukaisee riskin Wernicken oireyhtymän syntymiselle. Tästä syystä alkoholiriippuvaisille annetaan tiamiinia lihakseen pistettynä heti hoitoon tultuaan. Hoitoa jatketaan muutaman päivän jälkeen suun kautta otettavalla B1-vitamiinilla. Wernicken oireyhtymän oirekuvaan kuuluvat kävely- ja tasapainovaikeudet, sekavuus ja silmien liikehäiriöt. Taudin edetessä ihmiselle kehittyy yleensä vaikea mieleen painamisen häiriö ja myös osa tautiin sairastuneista dementoituu. Tiamiinihoito korjaa usein Wernicken oireyhtymää, mutta huonosti hoidettuna se kehittyy Korsakovin oireyhtymäksi, joka on pysyvä tai pitkäkestoinen tila. (Pieninkeroinen, Rapeli ja Remes 2015, 317–318; Hartikainen ja Lönnroos 2008, 99–100.)

6 MIELENTERVEYS

Mielen hyvinvointi, mielenterveys, on kykyä tunnistaa, hyväksyä ja ilmaista negatiivisia ja positiivisia ajatuksia ja tunteita sekä kokonaisvaltaista kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Mielenterveys on ihmisen psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja kykyä persoonallisuuden kasvuun. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Tämä tarkoittaa, että ihmisen eheytyneet eli ehjä mieli kykenee sietämään stressiä ja muuttamaan stressiä aiheuttavia olosuhteita. Kokonaisuudessaan ihminen on eheyteen pyrkivä kokonaisuus. Tähän kuuluu biologinen, psyykkis-henkinen sekä sosiaalinen puoli. Tiivistettynä voidaan sanoa, että mielenterveys määräytyy kunkin yksilön kokemuksena psyykkisestä hyvinvoinnistaan sekä kyvystä sopeutua yhteisöön ja toimia vuorovaikutustilanteissa. (THL 2014; Lehtonen ja Lönnqvist 2007, 26; Toivio ja Nordling 2011, 17.) Mielenterveyden eheys ei kuitenkaan ole pysyvä olotila. Siihen vaikuttavat jo kehittynyt persoonallisuus kaikkine ongelmanhallintakeinoineen, sairaudet, ajankohtainen elämäntilanne sekä todistettu myös elimistön vanhenemismuutokset. (Koskisu 2004.) Vanhuudessa koetut psyykkiset haasteet ovat usein moniulotteisempia nuorempiin verrattuna (Pajunen 2004, 193–195).

6.1 Mielenterveysongelmat

Ongelmat mielenterveydessä voivat esiintyä monin eri tavoin. Yhteistä oireistoa ei ole olemassa. Mielenterveyden ongelmat näyttävät usein arjessa jokapäiväisinä ongelmina, jotka painavat mieltä ja vaikuttavat henkiseen hyvinvointiin. Raja mielenterveyden ja –sairauden välillä on toisinaan häilyvä. Mielenterveysongelmia ja –sairauksia on erilaisia, ne kuitenkin pyritään määrittelemään mahdollisimman selkeästi. Ryhmittelyssä käytetään apuna sairauden oireita ja myös oireiden vaikeustaso vaikuttaa luokitteluun. Mielenterveysongelmat nähdään usein pelottavina, myös ajatusta oman mielenterveyden menettämisestä kohtaan on vaikea käsitellä. Tieto mielenterveysongelmista vähentää ennakkoluuloja ja ihmisten suhtautuminen on muuttunut parempaan tietämyksen lisääntyessä. Mielenterveysongelmaisen elämä voi olla laadukasta ja mielekästä, oikeanlaisen hoidon turvin, vaikka sairaus voi asettaa omat rajoituksensa arkeen. Mielenterveys sairauksista on myös mahdollisuus parantua. (Terveyskirjasto 2015b.)

Masennus on yleisin mielenterveysongelma. Samanaikaista päihderiippuvuutta, useimmiten alkoholin väärinkäyttöä, esiintyy noin 10–30 %:lla depressiopotilaista. Tutkimuksen mukaan rinnakkain kulkevissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa alkoholiriippuvuus on ollut ennen depressiota. Toisaalta taas masentunut voi pyrkiä hoitamaan pahaa oloaan alkoholilla. Masennustilojen havaitseminen on tärkeää paitsi sairastuneen ja hänen läheistensä auttamiseksi, myös toimintakyvttömyyden ja itsemurhien ehkäisemiseksi. Masennushäiriö-

tä sairastavan hoidossa tulisi yhdistää masennuksen eri hoitokeinoja. Myös erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä mielenterveyshäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöt heikentävät niitä sairastavien ihmisten elämänlaatua ja toimintakykyä, sillä ahdistuneisuus on voimakasta ja pitkäkestoista. (Terveyskirjasto 2015c; Vataja 2015, 50.)

Skitsofrenia on yleisin psykoosisairauksista. Sille on ominaista mielen- ja ajattelutoimintojen kokonaisuuden häiriintyminen. Skitsofrenian oirekuvaan kuuluu yleisesti kuuloharhat, tunne-elämän ja ilmaisun vajavaisuus, joka voi ilmetä hajanaisena ja vaikeasti ymmärrettävänä puheena. Tunne-elämän heikentyminen tulee esille siten, että skitsofreniaa sairastavan on hankala ilmaista erilaisia tunteita esimerkiksi rakkautta tai pelkoa. Usein myös tarkkaavaisuus ja muistitoiminnot heikentyvät. (Terveyskirjasto 2015d.)

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka tavallisimmin ilmenee harhaluuloina tai aistiharhoina. Psykoosioireet voivat ilmaantua myös ihmisen hyvin poikkeavana käytöksenä, johon usein liittyy puheen tuottamisen hajanaisuus. Psykoosioireet voivat johtua myös päihteiden käytöstä tai ruumiillisesta sairaudesta, kuten dementiasta. Dementiaan liittyvät psykoosioireet ovat kestoaltaan huomattavasti pidempiä kuin ruumiilliseen sairauteen liittyvät psykoosioireet. (Aalto 2007.)

6.2 Muisti- ja mielenterveyssairauden erottamisen haasteet

Suuri haaste hoitotyössä on kohdata ihminen, joka vaikuttaa masentuneelta ja kertoo muistin ongelmista. Onko kyseessä depressio, alkava muistisairaus vai molemmat? Näiden sairauksien hoito ja ennuste ovat erilaiset, joten olisi tärkeää erottaa nämä toisistaan. Masentuneet kärsivät usein keskittymiskyvyn puutteesta ja työmuistin heikentymisestä. On myös ajateltu, että masennus vie henkisiä voimavaroja eikä kapasiteetti riitä uuden omaksumiseen. Nämä näkyvät testeissä heikentyneenä muistina. Erotusdiagnoositiikassa juuri merkittävintä olisikin löytää tai pois sulkea dementoiva sairaus depressiopotilaalta. (Juva 2007.)

Oirekuvat voivat olla hyvin samankaltaisia alkavan muistisairauden ja masennuksen alkuvaiheessa; alakuloisuus, mielihyvän kokemisen tunteen häviäminen, toimintakyvyn heikentyminen, univaikeudet ja ruokailutottumusten muuttuminen. Masennuksen diagnosoinnissa ja ennen hoidon aloittamista on erityisen tärkeää tunnistaa oirekuvat ja erottaa masennuksen eri vaiheet. Lievän ja keskivaikean masennuksen hoidon voi aloittaa ilman lääkitystä, mutta vaikeassa masennuksessa lääkehoito on aina keskeinen asia. Erilaiset terapiatyöskentelyt ovat tuottaneet hyviä hoitotuloksia masentuneiden ihmisten tervehtymisessä. Kun yhdistetään mielenterveyshäiriö ja muistisairaus, hoidon edistyminen on huomattavasti haasteellisempaa. Hoitosuhde perustuu pitkälti siihen miten sairastunut ihminen pystyy puheellaan ilmaisemaan ongelmaansa. Kun mieli myllertää ja siihen yhdistyy muistisairaus, voi yhdistelmä heikentää voimakkaasti ja nopeasti ihmisen elämänlaatua. Muistisairautta ei

pystytään poistamaan, mutta sairaudenkuvaa ja sen etenemistä kylläkin hidastamaan. Tämä edellyttää varhaista diagnosointia. (Eloniemi-Sulkava 2008.)

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tutkiminen on moniammatillinen ja aikaa vievä vati-va prosessi. Mielenterveydellä on aina fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus, ja jonkun osatekijän korostaminen voi johtaa erilaisiin tulkintoihin. Myös ikääntyneiden psykologisten tutkimusmenetelmien niukkuus vaikeuttaa osaltaan arviointien tekemistä. Psykkisesti häiriintyneen ihmisen epäjohdonmukainen käyttäytyminen voidaan arvioinneissa tulkita oireeksi dementiaasta. Psykologisilla tutkimusmenetelmillä tavoitteena onkin usein ensisijaisesti arvioida liittyvätkö oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen psykiatriseen vai demen-toivaan sairauteen. (Pajunen 2004, 290-292.)

7 MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

Muistisairaahan kohtaaminen on hyvinvoinnin edistämistä fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Kohtaamisen perustana on kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. (Mönkäre 2014, 86.) Tämä edellyttää hoitajien koulutusta, luovuutta ja kykyä käyttää yksilöllisiä ratkaisuja hoitotilanteissa (Vanhustyön keskusliitto 2011). Dementoituvan sairauden myötä ihminen menettää toimintakykyään ja on sairauden loppuvaiheessa täysin riippuvainen muista ihmisistä. Kognitiiviset taidot ovat kuitenkin vain yksi osa ihmisyyttä ja yksilöllisyyttä. Siihen kuuluu myös tunteet, toiminta, ihmissuhteet, yhteisöön kuuluminen ja identiteetti. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen ja Eloniemi-Sulkava 2007, 17-22.)

Muistisairaahan ihmisen epämukavuuden kokemukset ja negatiivisten tunteiden ilmaiseminen liittyy vuorovaikutukseen, ympäristöön ja fyysiseen hyvinvointiin. Nämä nähdään usein käytöshäiriöinä. (Mönkäre 2014, 94.) Muistisairaahan ihmisen ongelmallisena koettuun käyttäytymiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan useilla eri keinoilla joko suoraan tai välillisesti (Cohen-Mansfield ym. 2010). Suoraviivaisinta vaikuttamista edustaa lääkehoito, jota yleensä suositellaan käytettäväksi lähinnä muuta hoitoa tukevana määräaikaisena hoitomuotona. Lääketieteellinen lähestyminen muistisairaahan kohtaamisessa on syrjäytynyt ihmiskeskeisen kohtaamisen tieltä. Painopisteenä hoidossa on ihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun korostaminen. (Eloniemi-Sulkava 2011; Epp 2003.) Muistisairaahan ihmisen hyvinvointia on tässä hetkessä saatu kokemus itsestään siinä ympäristössä ja vuorovaikutustilanteessa missä hän on. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä- Leinonen ja Andersson 2008, 126-129.)

7.1 Fyysinen kohtaaminen

Muistisairaahan ihmisen elämänlaadun ylläpitämisen tärkein tekijä on oikeanlainen lähestymistapa hoitoon, joka lähtee muistisairaahan ihmisen tarpeiden tunnistamisesta ja kunnioittamisesta. Mielekästä elämää tukevia asioita ovat esimerkiksi tutuksi tullut ympäristö ja säännölliset rutiinit, jotka tukevat myös muistisairaahan toimintakykyä. Sairauden edetessä fyysinen toimintakyky, kuten liikkuminen sekä päivittäisistä toiminnoista selviytyminen heikentyy. (Home Instead Finland Oy 2015; Mönkäre 2014, 134.) Muistioireet ja käytöshäiriöt voivat olla myös merkki esimerkiksi kivusta, hädestä, matalasta verenpaineesta, aliravitsemuksesta tai ympäristön tuomasta sekavuudesta (Mayo Clinic 2016). Ne voivat johtua myös aistitoimintojen heikentymisestä tai levon ja toiminnan epätasapainosta (Mönkäre, Hurnasti ja Topo 2014, 140–145).

Toimintaympäristön huomioimisella voidaan edullisesti vaikuttaa sairastuneen hyvinvointiin (Mönkäre ym. 2014, 140–141). Ympäristön luominen muistisairaalle sopivaksi vaatii huolellista keskittymistä asiaan. On osattava ottaa huomioon sairauden erityispiirteet ja tarpeet.

Tärkeitä asioita ja elementtejä muistisairaalle hyvässä ympäristössä ovat esimerkiksi viihtyisyys, tilan ja asumisyksikön pieni koko sekä oma huone, turvallisuuteen vaikuttavat asiat sekä ympäristön selkeät tunnusmerkit. (Juva, Voutilainen, Huusko ja Eloniemi-Sulkava 2010, 524–526.) Miellyttävä ja viihtyisä ympäristö tukee rentoutumista ja tarjoaa parhaimmillaan virikkeellisyttä eri aktiviteettien, esimerkiksi ulkoilun parissa. Hyvä ympäristö tarjoaa myös tarvittaessa tilan yksinololle ja äänimaailman rauhallisuuteen. (Elo 2008, 93–101; Cohen-Mansfield ym. 2010.) Hyvä toimintaympäristö tukee sairastuneen omaa selviytymistä ja tilanteiden hallintaa sekä vähentää osaamattomuudesta ja epäonnistumisista aiheutuvaa turhautumista. Sekä ali- että ylivirikkeinen ympäristö voi vaikuttaa käytösoireiden syntyyn. Kodinomaisuus lievittää motorista ja kielellistä rauhattomuutta. (Koponen ja Vataja 2015, 485–486.)

Muistin heikkeneminen aiheuttaa vaikeuksia toimia ohjeiden mukaan tai suunnistaa uudessa ympäristössä, koska älylliset toiminnot ovat heikentyneet. Nämä oireet vaativat hoitohenkilökunnalta usein toistuvaa asioiden ja toimintojen toistamista ja uudelleen ohjeistamista. Edellä mainitut heikentymät tulevat esille, kun ihminen toistaa samaan aiheeseen liittyviä kysymyksiä usein, välttelee vaikeaksi kokemiaan tilanteita sekä orientoituminen aikaan ja paikkaan vaikeutuu. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2001, 122–141.) Toiminnanohjauksen puutteet näkyvät levottomuutena toiminnassa, kuten esimerkiksi vaelteluna, jolloin tutustakin ympäristöstä saattaa tulla muistisairaalle yht’äkkiä vieras. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 103–106.)

Muistisairauden varhaisessa vaiheessa on tärkeää kiinnittää huomiota asuinympäristön mahdollisiin muutostöihin. Muutostöiden tekeminen tulee aloittaa ajoissa turvallisuuden kannalta, sillä asuinympäristö on tärkeä lähtökohta turvalliseen elämään. Muistisairaana asumista helpottavia erilaisia apuvälineitä on kehitelty paljon lisäämään turvallisuutta. On myös tärkeää, että muistisairas ihminen saa aikaa hyväksyä sekä motivoitua niiden olemassa oloon ja opetella niiden oikeanlaista käyttöä. (Kotilainen, Topo ja Hurnasti 2009, 106–112.)

Päivittäiset toimintojen, kuten pukeutumisen, peseytymisen, nukkumisen, syömisen ja liikumisen omatoiminen tai tuettu onnistuminen vaikuttavat ihmisen kokemukseen elämänlaadusta. Hygienen huolehtimisessa varsinkin intiimialueella tarvitaan asianmukaista, hienotunteista ja huomaavaista ohjausta. Vaatteiden riisuminen, peseytyminen ja ihon hoito saattavat aiheuttaa sairastuneelle mielikuvia ja erilaisia tulkintoja. (Mönkäre ym. 2014, 140–141.) Sairauden edetessä suoriutuminen vaatii yhä enemmän aikaa ja kärsivällisyyttä kaikilta osapuolilta. On kuitenkin tärkeää, että sairastunut pystyy itse tekemään tai osallistumaan tilanteisiin mahdollisimman paljon. Toimivat rutiinit helpottavat toimintaa, rauhoittavat ja luovat turvallisuutta. Hoitaja voi omalla luovuudellaan ja joustavuudellaan tukea voimavaroja ja jäljellä olevia taitoja. (Mönkäre 2014, 134–135.)

Ruokailuhetket ovat usein mielihyvän lähteitä ja tarjoavat sosiaalista kanssakäymistä. Ruokailuympäristön viihtyvyydellä, ruokailuvälineillä ja ruokailuun annetulla riittävällä ajalla on merkitystä. Muistisairasta tulisi tukea omatoimisuuteen ja huolehtia ympäristön häiriötekijöiden minimoinnista. Muistisairas ei usein jaksa syödä kerralla suuria aterioita, joten ruokailukertoja tulisi olla monta päivässä. (Suominen 2014, 142.) Hoitajan tulisi myös huolehtia riittävästä energian ja proteiinin saannista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010).

Muistisairaahan aistitoiminnoissa saattaa tapahtua muutoksia. Tunto-, maku- ja hajuaistit sekä näkö ja kuulo saattavat heikentyä. Kun aistimusten hahmottaminen ja tulkinta muuttuvat, ne usein vaikeuttavat päivittäistä toimintaa. (Mönkäre ym. 2014, 140–141.) Selittämättömiin uusien käytösoireiden, univaikeuksien ja toimintakyvyn heikkenemisen takana voi olla kipu. Kivun tunnistaminen käy haastavammaksi sairauden edetessä. (Eloniemi-Sulkava, Juva ja Mäkelä 2015, 509–510.)

Päiväaikainen riittävä aktiivisuus väsyttää luonnollisella tavalla ja voi ehkäistä unettomuutta ja uni-valvehäiriöitä. Muistisairaahan vuorokausirytmiiä tukee aamu- ja keskipäivällä tapahtuva toiminta. Iltapäivästä iltaan toimitaan rauhallisemmin. Nukahtamista edesauttavat tutut iltarutiinit. Yönunen parantamiseksi on tärkeää kiinnittää huomio nukkumisympäristöön. Huoneen rauhallisuus, hämäryys, sängyn, patjan ja vuodevaatteiden sekä yövaatetuksen huomiointi edistävät hyvää unta. (Kivelä 2014, 144–145.)

Toimintakyvyn ja fyysisen kunnon alentuessa on tärkeää kiinnittää huomiota säännölliseen liikuntaan ja luovaan toimintaan. Liikkumattomuus pahentaa muistioireita ja johtaa lihasheikkouteen ja yleiskunnon laskuun. Se voi myös lisätä ahdistusta ja aggressiivisuutta sekä rauhoittavien lääkkeiden käyttöä. Liikunta ja luova toiminta vahvistavat taitoja, itseilmaisua, tunnekokemuksia ja tuovat mielihyvää. Ne myös vahvistavat sosiaalisia suhteita ja vuorovaikutusta. Myönteinen asennoituminen ja muistisairauden aiheuttamien muutosten huomioiminen vuorovaikutuksessa tukee onnistumisen kokemista. Sanallinen ohjaus, kosketus, mallintaminen tai yhdessä tekeminen sekä palautteen antaminen ovat tärkeitä. (Forder 2014, 109–112; Mönkäre ja Semi 2014, 123–124; Suhonen ym. 2008, 18.)

7.2 Psyykkinen kohtaaminen

Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen on hoitohenkilökunnan yksi merkittävimmistä haasteista. Hoidon ja palveluiden periaate tulisi olla asiakas- ja asukaslähtöisyys. Muistisairas ihminen on ennen kaikkea ihminen. (Hohenthal-Antin 2012; Ikäinstituutti 2015.)

Myös Abraham Maslow korostaa holistisen ihmiskäsityksen näkemystä. Holistinen ihmiskäsitys on ensisijaisen tärkeää muistisairaahan ihmisen hoidossa. Hoidossa tulisi huomioida perustarpeiden turvaamisen lisänä myös ihmisen tarvetta tuntea hellyyttä, rakkautta ja inhimillisesti laadukasta elämää.

Kunnioittava muistisairaahan kohtaaminen perustuu tunteiden kuunteluun, validaatioon, joka on arvostava ja toista ihmistä kuunteleva asenne. Kohtaamisessa tulee tukea sairastuneen itsekunnioitusta kohtelemalla häntä asiallisesti ja kunnioittavasti sekä arvostaen muistisairaahan ihmisen elämää ja kokemusta omasta ihmisyydestään. (Mönkäre 2014, 86.) Tästä syntyy aidosti välittävä ja kunnioittava vuorovaikutus. Aidon läsnä olevan ilmapiirin luominen on tärkeää. Se pitää sisällään oman elämäntarinan jakamista toisen kanssa ilman opittuja vuorosanoja ja oman ihmisyyden käyttämistä. Ristiriitaa esiintyy usein juuri hoidon suorittamisen ja ihmisen tarpeiden välillä. Lääkäiden ihmisten kohtaamisessa hoidon painopisteet keskittyvät usein fyysisiin tarpeisiin ja somatikan hoidolliseen arvioon ja psyykkisen voimien huomioiminen jää usein taka-alalle. (Vanhustyön keskusliitto 2011.) Kohtaamisessa ei kuitenkaan voi olla koskaan täysin valmis. Jokainen kohtaamistilanne on uusi ja siihen on suhtauduttava avoimesti. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 7.)

Muiden ihmisten negatiiviset asenteet ja autonomiaa rikkova asennoituminen voivat heikentää itsetuntoa. Itsetuntoa heikentää myös se, kun muistisairas ei kykene enää verbaalisesti ilmaisemaan itseään. Usein käyttäytymisen muutos voi olla myös puhtaasti ilmaisu jostain perustarpeesta. Se, minkä muut näkevät käytösoireena voi olla muistisairaahan ihmisen yritys saada omat tarpeensa ja toiveensa kuuluviin tai hänen reaktionsa siihen, että muut eivät ymmärrä tai huomioi hänen tarpeitaan. Käytösoireiden tulkinnassa tulee huomioida muistisairaahan ihmisen persoonallisuuden piirteet, elämän historia ja henkilökohtaiset mieltymykset. (Käypä Hoito 2010.)

7.3 Sosiaalinen kohtaaminen

Muistisairaahan hoidossa keskeistä on hänen ja hoitajan välinen vuorovaikutus (Sormunen ym. 2008, 128). Täten olisi hyvä myös kiinnittää huomiota hoitajan kommunikointitapaan. Suora katsekontakti, puheen hidastaminen ja yksinkertaistaminen helpottavat viestin perille menoa. Avointen kysymysten sijaan selkeisiin suoriin kysymyksiin on helpompi vastata. Vastauksiin on annettava tarpeeksi aikaa. Muistisairaalle oman tilan antaminen on myös huomioitava, koska esimerkiksi liian lähellä seisominen tai istuminen saattaa muistisairaasta tuntua uhkaavalta. (Alzheimer's society 2015.) Kommunikoinnissa voi käyttää huumoria, mutta sen tulisi olla myönteistä ja kunnioittavaa (Nukari 2014, 105). Hoitoyhteisön ei pidä pyrkiä kontrolliin, jolla aiheutetaan muistisairaalle riippuvuutta, mikä alentaisi hänen toimintakykyään (Mönkäre 2014, 87-88).

Lähimuistin heikentyessä varhaiset muistot palautuvat usein ihmisen mieleen. Menneisyys ja nykyisyys sekoittuvat ja muistisairas ihminen voi kuunnella sisäisiä ääniään olematta kuitenkaan harhainen. Tässä kohtaa on tärkeää tavoittaa muistisairaahan ilmaisema tunnetila, koska usein kun muistisairas saa tunteensa ilmaistua tämä vähentää ahdistusta ja aggressiivista käytöstä. Yleensä joku ihminen tai ääni voi laukaista muiston menneisyydestä. Muistelussa on tärkeä osa kysymysten asettamisella, että ne kohdentuvat tunnemuistiin, ei lähimuistiin. (Feil 1998, 13-14.)

Kun toimintakyky heikentyy ja dementoituva asteittain luopuu rooleistaan ja vastuistaan, myös minäkuva ja sosiaaliset suhteet muuttuvat. Muistisairas tarvitsee sosiaalisia vuorovaikutussuhteita jatkuvuuden tunteen ylläpitämiseksi ja tunteakseen itsensä arvostetuksi. Läheisten rooli muistisairaahan elämässä on tärkeää. Muistisairaahan ympärillä pitäisi olla ihmisiä, jotka tietävät sairastuneen elämäntarinaa, merkityksellisiä asioita, toiveita ja mielenkiinnon kohteita. (Heimonen ja Voutilainen 2006, 60–63.) Elämänhistorian välittämisen lisäksi läheisten ääntä tarvitaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi he voivat halutessaan olla sairastuneen arjen apuna ja tukena. (Terveyskirjasto 2015e.)

Sairauden myötä tulee vaikeuksia löytää sanoja. Ympärillä oleville ihmisille taas haasteena on tulkita sanoja sekä samalla kannustaa sairastunutta vuorovaikutukseen. Läheisille nämä sairauden tuomat muutokset ovat koskettavia. He kohtaavat omia tunnereaktioitaan, kun tuttu ihminen muuttuu erilaiseksi. Sairastunut saattaa olla käytökseltään sekava. Hän on usein myös pitkäaikaissairas ja jopa kuoleva. Vakavan sairauden tuleminen perheeseen voi olla traumaattinen kokemus. (Topo ym. 2007, 111–121; Vallejo Medina ym. 2006, 127, 343; Aavaluoma 2010, 208.)

Läheisten hyvinvointia ja sen edistämistä on myös tuettava. Sairastuneen ja perheen elämäntilanne tulee ottaa huomioon tukitoimintoja tarjottaessa. Omaishoitajalle annettavat tukimuodot poikkeavat pitkäaikaissairaan piirissä asuvan muistisairaahan läheisen tukemisesta. Yhteistä näille on kuitenkin tiedollisen tuen antaminen sairaudesta ja yhteiskunnan tarjoamista eduista sekä kolmannen sektorin palveluista. Tähän kokonaisuuteen kuuluu motiivointi hoitoon osallisuudesta, myönteisen vuorovaikutuksen luominen ja vaikeuksien vähentäminen. (Huhtamäki-Kuoppala ja Koivisto 2010, 529–535.)

Kuitenkin ikääntyneen hoidossa kohdataan toisinaan tilanteita, jolloin lähiomaisia ei ole tai välit läheisiin ovat katkenneet. Muistisairas voi itse epävarman kommunikointinsa takia vetäytyä ihmissuhteistaan ja välttää sosiaalisia tilanteita. (Heimonen ja Voutilainen 2006, 57–66.) Hoitajan siis pitää nähdä, kuulla ja havaita muutakin kuin ääneen lausuttuja sanoja. Mitä tarkoittavat liikkeet, eleet, äänensävy ja hiljaisuus. Kyky nähdä käyttäytymisen takana oleva todellinen viesti vaatii havainnointia ja eläytymiskykyä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167–168.)

8 OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ

Opinnäytetyö on Valtioneuvoston asetuksen ammattikorkeakouluista (1129/2014) mukaisesti osa ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyön tavoitteena on osoittaa ja kehittää opiskelijan valmiuksia soveltaa opintojen aikana hankittuja tietoja ja taitoja sekä mahdollisuus osoittaa osaamisensa. Opinnäytetyö tehdään pääsääntöisesti yhteistyössä työelämän kanssa. Työ perustuu yhteistyökumppanin tarpeisiin ja opiskelijan etsimiin vastauksiin. Opinnäytetyö on pitkäkestoinen prosessi, joten se vaatii opiskelijalta pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista. Kehittämistyö voi olla tuote, palvelu, prosessi, työmenetelmä, oppi- tai ohjemaateriaali, digitaalinen aineisto tai ohjattu toiminta. Kehittämistyön suunnittelu, toteutus ja arviointi tuotoksesta ja sen jatkokehittämisestä tulee esittää soveltuvassa raportointimuodossa. (Ammattikorkeakouluopinnot 2016; Savonia-ammattikorkeakoulu 2015.)

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä ja sen tarkoituksena oli tuottaa työelämää palveleva opas muistisairaahan kohtaamisesta Kuopion Ykköskodille. Kehittämistyö etenee vaiheittain prosessinomaisesti. Prosessikuvaukseen liittyy yleensä seuraavia vaiheita: kehittämistarpeen tunnistaminen, kehittämisen suunnittelu, kehittämistyön käynnistäminen ja toteutus, tulosten kokoaminen, tulosten arviointi ja loppuarviointi (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 24–26, 58). Kehittämistyön prosessin vaiheet kuvataan seuraavasti: kehittämistyön tarve ja aiheen valinta, työn suunnittelu, toteutus, arviointi ja loppuraportointi. (KUVIO 1: mukailen Heikkilä ym. 2008, 57–58.)

Opinnäytetyön tekemisen aloitimme tarpeen kartoittamisella lokakuussa 2015 Kuopion Ykköskodin kanssa, sillä ryhmämme yksi jäsenistä on työskennellyt kyseisessä yksikössä. Tämän jälkeen yksikön vastaava ohjaaja esitti meille kolme eri aihetta, jotka olivat työryhmän keskuudessa nousseet heidän työnsä haasteiksi. Päädyimme yhteistyössä tilaajan kanssa aiheeseen koskien muistisairaahan ihmisen kohtaamista. Valintaa vahvasti aiheen haasteellisuus, ajankohtaisuus ja oma mielenkiintomme aihetta kohtaan. Olemme kaikki työskennelleet muistisairauksia ja mielenterveyshäiriöitä sairastavien ihmisten parissa. Työn tilaajan toiveena oli, että teemme aiheesta informatiivisen oppaan, joka sisältää tietoa muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta ja näin palvelee työryhmän tarpeita.

Prosessin seuraava vaihe eli työnsuunnittelu alkoi aihekuvauksen tekemisellä, jonka ohjaava opettaja hyväksyi joulukuussa 2015. Tämän jälkeen aloitimme työsuunnitelman tekemisen etsimällä tietoa teoriaosuuteen eri lähteistä. Tutkimme alan kirjallisuutta, tutkimuksia ja etsimme tietoa internetistä kokonaiskuvan hahmottumiseksi. Tutkimussuunnitelman haasteeksi tuli kerätystä tiedosta koostettu laaja tekstiosuus, jota tiivistimme työmme kannalta epäolennaista teoriatietoa pois jättämällä. Ohjaava opettaja hyväksyi tutkimussuunnitelman tammikuussa 2016.

Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen työ eteni toteutusvaiheeseen. Toteuttamisvaihe on prosessin varsinainen työvaihe. Työsuunnitelman pohjalta tehtyjä ratkaisuja arvioidaan käytännössä lopullisen tuotoksen eli oppaan luomisella. (Heikkilän ym. 2008, 99.) Toteuttamisvaiheessa teoriaosuus painottui muistisairaahan ihmisen kohtaamisen korostamiseen eli oppaan pääasialliseen tarkoitukseen. Teimme tätä osuutta alkutalven ajan, koko ajan tiiviissä yhteistyössä ohjaavan opettajan kanssa. Tämän rinnalla rakensimme opasta. Lähetimme teoriaosuuden ja oppaan raakavedoksen työn tilaajalle luettavaksi ja kommentoitavaksi. Heiltä ja ohjaavalta opettajalta saadun palautteen mukaan teimme tarvittavia korjauksia ja lisäyksiä työhön.

Opas suunniteltiin tehtäväksi A4-muotoon, mutta luonnosteltuamme sitä päädyimme taitettuun muotoon, jonka sivun kooksi tuli A5. Tämä perustui siihen ajatukseen, että opas olisi helposti kokonsa puolesta mukana pidettävä. Näin ollen oppaan sisältämä informatiivinen tieto on käden ulottuvilla ja helposti saatavilla. Tämä tukee päivittäisiä hoitotyön menetelmiä muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa. Oppaan raakaversion toteutimme Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Oppaan alkusanoista selviää oppaan tekijät, tarkoitus ja kenelle opas on suunnattu.

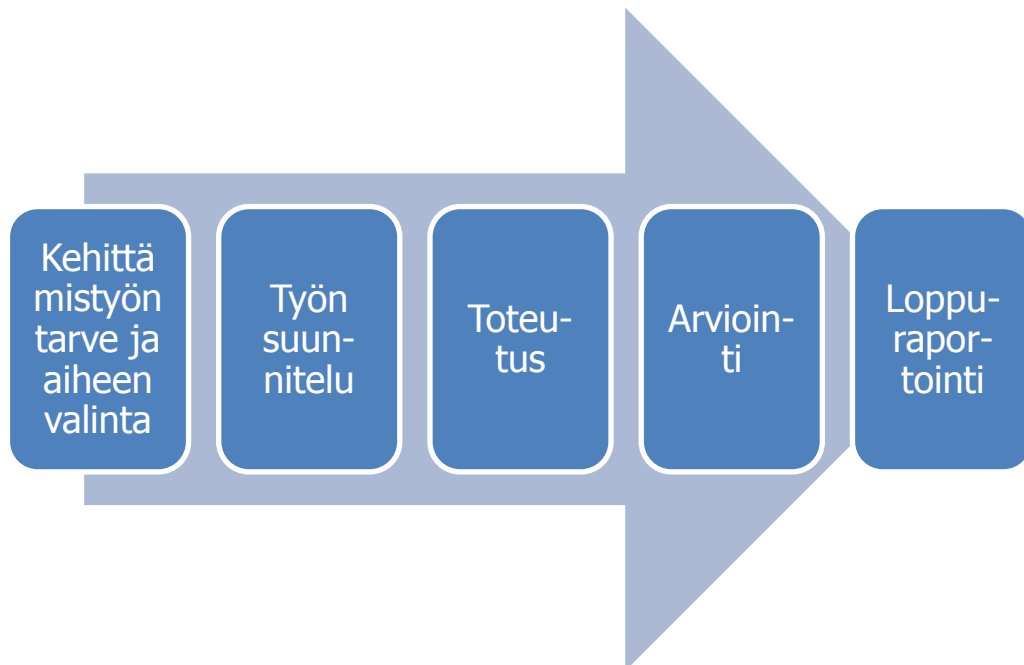
Kirjallinen opas on hyvä ja selkeä. Siitä tulee selvitä, kenelle opas on tarkoitettu ja mikä oppaan tarkoitus on. Asia tulee esittää selkeästi ja pääkohdittain, jotta opas on helppoluokuisen. Oppaan sisällön tulee sisältää ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. On huomioitava, että kirjasintyyppi ja sen koko on selkeä. Tekstin asettelu ja jaottelu tulee ottaa huomioon oppaan tekemisessä. Sisällön sanomaa ja ymmärrettävyyttä voidaan lisätä ja tehostaa kaavioilla, kuvilla ja taulukoilla tai korostaa tärkeitä asioita alleviivauksin. Oppaan tekemisessä tulee huomioida rakenteellisia seikkoja; yhdessä tekstikappaleessa esitetään yksi asia ja virkkeen ensimmäiseen päälauseeseen tulee sijoittaa kappaleen pääasia. Sanojen tulee olla yksiselitteisiä ja kielen ymmärrettävää ja selkeää. Oppaassa tulee suosia lyhyitä sanoja ja virkkeitä. Mikäli käytetään lääketieteen termistöä, ne ja niiden sisältö tulee määrittellä tarkemmin ja ymmärrettävästi. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Seuraava prosessin vaihe oli arviointi. Arvioimme opasta (LIITE 1) aktiivisesti kokoajan. Kuljetimme opasta teoriaosuuden rinnalla ja vertasimme teoriatietoa oppaan tulevaan sisältöön. Pehdyimme useisiin erilaisiin teoksiin, joiden avulla syvensimme näkemystämme, kuinka oppaassa tulee keskeiset asiat jäsenellä ja sijoittaa. Teimme oppaan teoriatiedon ja oman näkemyksemme pohjalta. Oppaan ulkoasun ideoimme itse, sitä tehostettiin kuvilla, väreillä, fonteilla ja lihavoinneilla. Tämä tarkensi oppaan sanomaa ja ymmärrettävyyttä. Fontin ja fonttikoon valitsimme sen mukaan, että teksti olisi selkeää. Olemme esitelleet opasta hoito- ja viestinnänalalla työskenteleville läheisille ja pyytäneet heitä arvioimaan ja antamaan meille sen sisällöstä ja ulkoasusta palautetta. Heiltä saamiemme korjaus- ja lisäysehdotusten mukaan olemme muokanneet oppaan ulkoasua ja sisältöä.

Hoitotyön arki on kiireistä, jonka vuoksi on hyvin haasteellista lähteä etsimään tai selämään opasta joka on pitkä tai kirjoitettu pienifonttisella tekstillä. On tärkeää, että oppaassa on ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa, jotta se on luotettava. Tarkoituksena on esittää keskeisimmät hoitotyössä huomioitavat asiat muistisairaahan kohtaamisessa. Oppaaseen tiivistimme olennaisimmat ja tiedon kannalta merkitykselliset asiat. Nämä kuvasimme lyhyesti ”iskulause-tyylisesti” kirjoitettuina. Näin tuotoksesta ei tullut liian pitkä, monimutkainen ja raskaslukuinen. Opasta tehdessämme pohdimme sen kokonaisuutta ja näyttöön perustuvaa tietoa liittyen muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen.

Valmis opas painatettiin painopalveluihin erikoistuneessa Grano Oy:ssä. Oppaan nivominen ja visuaalisen ulkoasun työstäminen oli meille haaste, sillä meillä ei ole alan erikoisosaamista. Halusimme oppaasta ulkoasultaan asiallisen ja luotettavan näköisen tuotoksen, sillä työn tilaajana on hoitoalan yritys, jonka käyttöön opas tulee.

Loppuraportointi on prosessimme viimeinen vaihe. Tähän kuuluu kypsyysnäytteen kirjoittaminen, opinnäytetyöseminaari, opinnäytetyön arviointi ja tuotoksen luovuttaminen tilaajalle.



KUVIO 1: Prosessikuvaus tässä opinnäytetyössä.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas Kuopion Ykköskodin henkilökunnalle. Työmme tavoitteena on löytää Ykköskodin henkilökunnalle apukeinoja muistisairautta sairastavan ihmisen kohtaamiseen. Lisäksi tavoitteenamme on lisätä Ykköskodin henkilökunnan tietoa heidän asiakkailtaan yleisimmin esiintyvistä muistisairauksista ja niiden aiheuttajista sekä siitä kuinka nämä vaikuttavat ihmisen käytökseen. Lukemalla oppaan ja siinä olevia keinoja toteuttamalla, työryhmän on mahdollista luoda yhteiset käytänteet muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen ja hoitoon. Pidämme tärkeänä, että hoitohenkilökunnalla on yhteneväiset hoitolinjaukset ja selkeät yhteiset tavoitteet. Hoitohenkilöstön yhteneväisten hoitolinjausten on todettu vähentävän muistisairaahan käytösoireilua (Koponen ja Vataja 2015, 475).

Löysimme yhteneväisyyksiä yhteistyökumppanimme käytössä olevan logoterapeuttisen mallin ja hyvän muistisairaahan kohtaamisen välillä. Asiaa tutkittuamme selvisi, että Suomessa logoterapiaa on sovellettu kehittämissuhteissa käytännön työssä muistisairaiden parissa. Kokemukset näistä ovat olleet positiivisia. Hoitajat ovat arvioineet vaihtoehtojen ja mahdollisuuksien hoitotyössä lisääntyneen. Tämä on vahvistanut ymmärrystä muistisairaahan ihmisen tilanteesta ja oman työn merkityksellisyydestä. (Laine ja Heimonen 2011.)

Muistisairauksiin, mielenterveyteen sekä alkoholiin liittyvän teorian etsiminen oli meille kohtuullisen helppoa. Lähdemateriaalia löytyi runsaasti eri teoksista sekä verkkojulkaisuista ja tutkimuksista. Opinnäytetyön alkuvaiheessa rajasimme teoriaosuuden käsittelemään muutamaan Ykköskodilla esiintyvään yleisimpään muistisairauteen; Alzheimerin tautiin, alkoholimentiaan ja Wernickenin oireyhtymään. Haasteeksi nousi näiden tietojen yhdistäminen toisiinsa. Tutkimustietoa muistisairaista mielenterveys- ja päihdeongelmaisista ei juurikaan ole saatavilla. Löytämämme lähteet koskivat lähinnä masennuksen ja muistisairauden erotusdiagnostiikkaa. Tämän vuoksi luovuin ajatuksesta erotusdiagnostiikan käsittelemisestä.

Teoriaosuudessa haasteellisimpana kohtana näyttäytyi kohtaamisosioon liittyvän tiedonhaun ja sen teorian soveltamisen. Löysimme paljon tietoa toimintakyvyn tukemisesta. Halusimme kuitenkin korostaa kokonaisvaltaista kohtaamista huomioiden muistisairaahan ihmisen näkökulma. Tutkimusaineistoa tästä ei ole saatavilla. Pohdimme, kuinka ja mihin rajata kohtaaminen ja mikä tieto on henkilökunnalle tärkeää muistisairaahan kohtaamisen ja hoidon kannalta. Rajasimme fyysisessä kohtaamisessa tiedon toimintakyvyn tukemiseen ja hyvän ympäristön merkitykseen sekä aistitoimintoihin, koska näillä on olennainen merkitys arjessa Ykköskodilla. Fyysiseen kohtaamiseen kuuluu myös apuvälineet sekä niiden käyttäminen. Emme kuitenkaan nähneet sitä tärkeäksi asiaksi nostaa esille työssämme, koska ihmisen

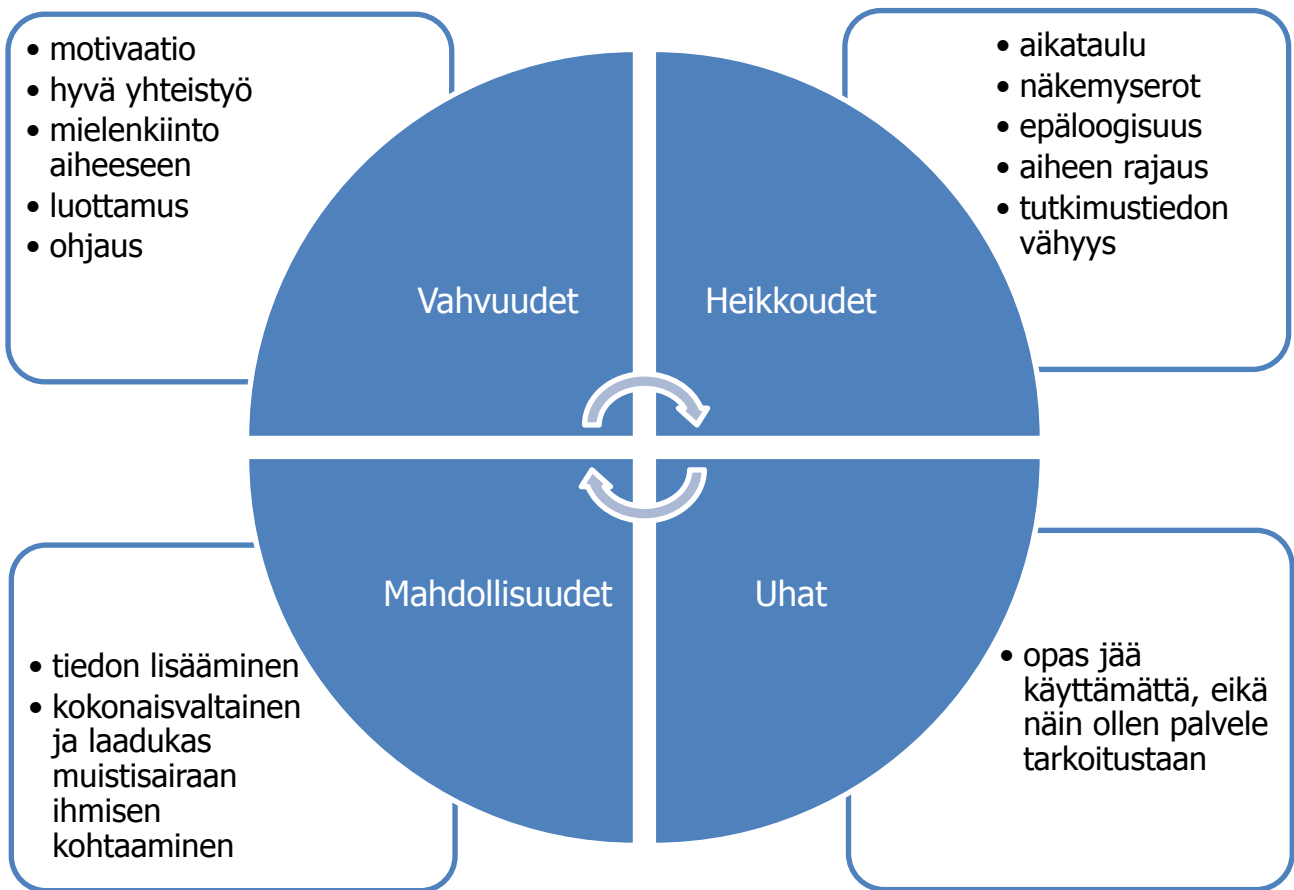
muistisairaus ei ole yhtä kuin apuväline tai sen tarve. Psykkisen ja sosiaalisen kohtaamisen erottaminen vaati paljon aikaa ja työtä. Nämä osa-alueet kulkevat limittäin ja on vaikea mieltää kumpaan osioon asiat kuuluvat, sillä muistisairaahan ihmisen kohtaamisen tulee olla kokonaisvaltaista. Aluksi päädyimme tekemään näiden otsikoiden lisäksi myös oman otsikon psykososiaaliselle kohtaamiselle, mutta hyvin pian huomasimme, että siinä toistuu eri tavoin samat asiat, kuin psykkisen ja sosiaalisen kohtaamisen osioissa.

Työn suurin kynnyskysymys oli sen johdonmukaisen eteneminen. Työ eteni pitkään epäloogisesti, koska meillä oli paljon materiaalia eri asioista; muisti, muistisairaudet, mielenterveys, alkoholi, ikääntyminen, logoterapia ja muistisairaahan kohtaaminen. Työssä oli myös paljon saman tiedon toistoa, mikä lisäsi epäloogisuutta. Saimme tähän ohjaavalta opettajalta uusia näkökulmia ja korjausehdotuksia.

Haasteena oli myös yhteisen ajan löytäminen. Prosessin eteneminen ja työn loppuun saattaminen oli aikataulullisesti kohtuullisen tiukka. Kolme eri elämäntilanteessa olevaa opiskelijaa yrittivät sovittaa aikataulujaan yhteen. Toisaalta tämän prosessin aikana huomasimme tämän olevan myös yksi vahvuksistamme. Pystyimme järjestämään yhteistä aikaa työharjoittelusta ja opintojen erivaiheista huolimatta. Venyimme jälkikäteen ajateltuna mahdottomiltakin tuntuviin suorituksiin aikataulujen painaessa päälle. Tämä kertoo mielestämme motivaatiosta saada työ valmiiksi. Työn eri vaiheissa meitä kohtasi myös kolmen erilaisen opiskelijan näkemuserot ja työskentelytyyli. Näistä pystyimme avoimesti ja rakentavasti keskustelemaan johtuen luottamuksellisesta ilmapiiristä. Pääsimme aina yhteisymmärrykseen tasapuolisesti kaikkien mielipiteitä kunnioittaen. Ohjaavan opettajan kannustava ja tukeva ohjaus auttoi meitä jaksamaan ja pysymään aikataulussa, vaikka välillä stressi, turhautuminen ja väsymys hidastivat prosessin etenemistä.

Uhkana kehittämistyön hyödynnettävyydelle voi muodostua oppaan liian suppea kuvaus muistisairauksista. Vaikka pääpaino oppaassa on muistisairaahan kohtaaminen, pohdimme, voiko esimerkiksi kokematon hoitotyöntekijä käyttää arjessa esille nostamiamme tärkeitä näkökulmia kyseenalaistamatta niitä. Jälkeenpäin ajatellen, olisimme voineet kuvata oppaassa enemmän yleistä tietoa muistisairauksista, jotta syvempi ymmärrys muistisairaahan kohtaamisesta mahdollistuisi. Tämän vuoksi toimitamme yhteistyökumppanillemme opinnäytetyön kokonaisuudessaan.

Yhteistyökumppanimme voi hyödyntää opinnäytetyötä oppaan ohella myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Se antaa hyvät perustiedot yksikön asiakkaiden keskeisimmistä huomioonotettavista asioista.



KUVIO 2: Opinnäytetyön SWOT-analyysi (mukaillen Heikkilä ym. 2008, 63).

9.1 Lähteiden luotettavuus

Parhaalla saatavissa olevalla näyttöön perustuvalla tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Työmme kirjoittajat ovat oman alansa asiantuntijoita, joiden kirjoittamaa tietoa käytimme laaja-alaisesti pohjana teoriaosuudessa; teoksia, hoitosuosituksia, tutkimuksia ja yhdistysten tarjoamaa materiaalia. Tutkimme pro gradu -tutkielmia ja väitöskirjoja sekä niiden lähteitä uusien lähteiden saamiseksi. Kävimme läpi myös muutamia ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä lähteiden hankkimiseksi. Hyödynsimme myös kansainvälisiä julkaisuja. Teimme tarkat lähdeviittaukset sekä merkinnät työhön. Sen avulla pystyimme välttämään plagioinnin. Se tarkoittaa toisen ihmisen tekemän tekstin suoraa käyttämistä omanaan. Laki kieltää plagioinnin (Vilka 2007, 177).

Olemme panostaneet näyttöön perustuvan tiedon ohella myös lähteiden tuoreuteen. Jossain tapauksissa lähdetietoa ei ollut saatavilla tuoreista julkaisuista, jolloin käytimme vanhempaa tuotantoa. Toisissa lähteissä tieto ei ollut muuttunut, vaikka uusia painoksia oli tullut. Näissä valitsimme painoksista uusimman.

Oppaan luotettavuuden varmistimme edellisiin perusteluihin viitaten. Oppaassa ilmenevien asioiden pitää perustua totuudenmukaiseen tietoon. Tällä pyritään välttämään epärehellisyttä, jonka huomioiminen lisää myös eettisyyttä. (Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti 2009, 49.)

Teoriatietoa, julkaisuja ja artikkeleita etsimme seuraavista tietokannoista: Cinahl, Google Scholar, Medic, PubMed ja Theseus. Hakusanoina käytimme alkoholi, alkoholidementia, dementia, fyysinen kohtaaminen, hoitosuhde, kehittämistyö, logoterapia, memory, memory disorders, mental disorders, mentally ill persons, mielenterveysongelmat, mielenterveyshäiriöt, muistisairaat, muistisairaudet psykiatriset potilaat, nurse-patient relations, nursing homes, opas, psychiatric patients, psykologiset hoitomenetelmät, psykoosi, psykososiaalinen, skitsofrenia, toimintakyky, vuorovaikutus ja wernicken.

9.2 Eettiset kysymykset

Teimme työtä luottamuksellisesti yhteistyössä Kuopion Ykköskodin kanssa noudattaen salassapitovelvollisuutta. Tarkoituksemme on vastata tällä työllä heiltä lähteneeseen tarpeeseen eli muistisairaahan kohtaamiseen. Olemme olleet opinnäytetyön tekemisen tiimoilta tiiviisti yhteydessä ohjaavaan opettajaan, pyytäen häneltä palautetta, neuvoja ja mahdollisia korjausehdotuksia.

Opinnäytetyötä tehdessä kiinnitimme huomiota eettisyyteen ja luotettavuuteen. Noudatimme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) kuvaamia hyviä tieteellisiä käytäntöjä: lähdeviitteet, eettisten arvojen noudattaminen, luotettavuus, rehellisyys ja todenmukainen raportointi. Lähteitä referoidessa emme muuttaneet asiasisältöjä. Luotettavuutta lisäsi myös se, että käytössämme oli paljon lähteitä, joissa toistui sama teoriatieto. Tämä mahdollisti synteetin teon, jossa teoriatietoa yhdistetään eri lähdeaineistosta. Tämä on yksi eettisesti luotettavan työn ominaisuuksia.

Meille eettisyys työssä oli myös sitä, että noudatimme yhdessä sovittuja asioita, kuten aikatauluja, ohjeita ja toimintatapoja. Eettisyyttä kehittämistyössä lisää se, että olemme halunneet ottaa tilaajan toiveet huomioon. Työssä pidimme muistisairaahan ihmisen ja hänen kohtaamisensa keskiössä kokonaisvaltaisen ja laadukkaan elämänhallinnan turvaamiseksi. Työtä tehdessä pohdimme, toteutuvatko kaikki lähteissä kirjoitetut asiat käytännön hoitotyössä. Halusimme kuitenkin välttää omia kokemukseen perustuvia näkökulmia eettisiin arvoihin pohjautuen.

9.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen

Pohdimme opinnäytetyötä oman oppimisprosessimme lisäksi sairaanhoitajan työn näkökulmasta sekä yhteistyökumppanimme ja yhteiskunnan kannalta. Sairaanhoitajan koulutusohjelmaan on määritelty osaamisvaatimukset, joista erityisesti tietyt osa-alueet vahvistuivat ja kasvoivat opinnäytetyötä tehdessä; kliinisen osaamisalueen-, ohjaus- ja opetusosaamisen ja terveyden edistämisen osaamisalueilla. (Savonia ammattikorkeakoulu 2016.)

Peilaten edellä mainittuja osaamisvaatimuksia, olemme syventäneet erityisesti holistisen ihmiskäsityksen näkemystä ja sen merkityksellisyyttä sairaanhoitajan työssä. Pääsimme tarkastelemaan tietoa monesta eri näkökulmasta. Holistisella ihmiskäsityksen ymmärtämisellä pystytään arvioimaan ihmisen tarpeita paremmin. Muistisairas ihminen kaipaa hoitajalta läsnäoloa, kuuntelua, arvostamista, kunnioittamista ja fyysisten epämukavuuksien lieventämistä eri keinoin.

Koska oppaan tarkoitus on tuoda henkilökunnalle tietoa, vahvistimme henkilöstön ohjaimista näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Mietimme tarkkaan siihen tulevan tekstin ja ulko-osan osalta, mikä palvelee arjessa parhaiten. Ohjausosaamisessa vuorovaikutuksen merkitys ja sen kehittäminen ovat sairaanhoitajan yksi keskeisimmistä taidoista. Vuorovaikutustaidoilla pystytään rakentamaan luottamuksellinen suhde, jonka avulla vaikeiden asioiden käsitteleminen mahdollistuu. Näin pystytään etsimään yhteisiä ratkaisuja, jotka perustuvat voimavaralähtöiseen toimintaan. Lisäksi vuorovaikutusosaamisella pystytään kommunikoidaan läheisten kanssa rakentavasti ja näin edistämään ihmisen kokonaisvaltaista ja laadultaan hyvää hoitoa.

Lisäksi on tärkeää ymmärtää terveyden edistämisen merkitys yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Muistisairaus ei ole pelkästään yksilöä ja hänen läheisiään koskeva sairaus. Se koskettaa koko yhteiskuntaa. Väestön ikääntyessä muistisairauksien lukumäärä ja niiden osuus väestössä kasvaa. Yli 85-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa rajuin, joten myös yli 65-vuotiaiden ryhmässä muistisairauksien yleistyminen kasvaa. On arvioitu, että vuonna 2060 Suomessa on 240 000 muistisairasta keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Vuonna 2013 luku oli noin 93 000. (Viramo ja Sulkava 2015, 35.) Näin ollen myös muistisairauksilla on suuri taloudellinen merkitys. Viimeisten arvioiden mukaan länsimaissa kustannusten arvioidaan yltävän jopa 1,24 prosenttiin bruttokansantuotteesta. (Finne-Soveri ym. 2015.) Työtä tehdessä olemme laajentaneet näkemystä muistisairaiden asemaan nyky-yhteiskunnassa ja tutustuneet tulevaisuuden näkymiin. Muistisairaita tavataan missä tahansa sairaanhoitajan tehtävissä. Koulutuksessa annettavat perustiedot eivät mielestämme riitä siihen mitä muistisairaahan kohtaamisessa tulisi ottaa huomioon.

Käytösoireet kuormittavat muistisairasta ihmistä, hänen läheisiään ja häntä hoitavaa henkilökuntaa. Lisäksi ne lisäävät palveluiden ja hoidon tarvetta sekä kustannuksia. (Koponen ja Vataja 2015, 474–475.) Näistä syistä käytösoireiden lievittämiseen ja vähentämiseen ja etenkin ymmärtämiseen tähtäävä kehittämistyö on oleellista. Kehittämistyö tähtää muistisairaiden asukkaiden hyvinvoinnin laaja-alaiseen ymmärtämiseen ja oireiden tulkitsemiseen. Työn tarkoituksena on tukea hoitohenkilökuntaa aikaisempaa selkeämmin ymmärtämään muistisairaahan ihmisen kohtaamisen tärkeys, hoidon tarpeet ja lähtökohdat sekä toteuttaa hoitotyötä näistä lähtökohdista käsin. Kehittämistyön lääketieteellinen tieto pohjaa näyttöön perustuvaan tietoon muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnista.

Esimerkiksi muistisairaahan käytösoireiden hoitomuotoja on tutkittu runsaasti. Tutkimustulokset ovat usein olleet positiivisia, mutta näiden hoitomuotojen yleistettävää vaikuttavuutta ei voida tehdyistä tutkimuksista päätellä tutkimuksien tutkimusasetelmien heikkouksien ja tutkittavien pienen määrän vuoksi. (Forbes ym. 2008.) Ayalonin vuonna 2006 ilmestyneen katsausartikkelin mukaan lupaavimmat tulokset saavutetaan yksilöllisesti räätälöidyillä ja monitekijäisillä interventioilla, joissa käytetään hoitotyön ja lääketieteen keinoja sekä psykososiaalisia menetelmiä. (Hartikainen 2007.)

Olemme oppineet prosessin aikana tärkeitä taitoja tulevaa työelämää varten. Asiantuntijuus muistisairaahan kohtaamisesta on näistä näkyvin. Lisäksi olemme oppineet etsimään näyttöön perustuvaa tietoa eri tietokantojen avulla ja soveltamaan tätä tietoa eri tarkoituksiin unohtamatta luotettavuuden ja eettisyyden periaatteita. Ryhmätyöskentelijöinä olemme oppineet yhteistyötaitoja, kompromissien tekemistä ja aikataulujen sovittamista. Olemme myös oivaltaneet toisiltamme toisenlaisia tapoja tarkastella asioita ja saaneet toisiltamme tukea silloin kun epätoivon ja väsymyksen tunteet ovat nousseet pintaan. Olemme hyödynneet ryhmän jokaisen jäsenen vahvuuksia. Näiden avulla olemme tehneet mahdollittoman tuntuisen aikataulun ohjatessa oppinäytetyöstä mahdollista.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka opasta on hyödynnetty yhteistyökumppanin toimesta ja mitä vaikuttavuutta sillä on arjessa. Kuinka opas on palvellut Kuopion ykköskodin henkilökuntaa muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa? Onko opas kehittänyt hoitotyön menetelmiä sekä kuinka tämä on näkynyt arjen työssä? Kuinka menetelmät ovat näyttäneet konkreettisesti muistisairaahan ihmisen käyttäytymisessä? Ovatko oppaassa esiintyneet menetelmät esimerkiksi vähentäneet muistisairaahan ihmisen käytösoireilua sekä luoneet turvallisuuden tunnetta?

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALTO Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste [verkkojulkaisu.] Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Julkaisuja 2007; 123:1293-1298. [Viitattu 2016-01-20.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>.
- AAVALUOMA, Sanna 2010. Muistisairaus psyykkisenä prosessina. Julkaisussa: HÄRMÄ, Heidi ja GRANÖ, Sirpa (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- AMMATTIKORKEKOULUOPINNOT 2016. Opinnäytetyö [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-05.] Saatavissa: http://www.ammattikorkeakouluopinnot.fi/Opinnaeytetyoe__d8082.html
- AIRA, Marja 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Julkaisussa: ALANKO, Anna ja HAARNI, Ilka (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. 2. painos. Helsinki: Sininauhaliitto, 37–38.
- ALZHEIMER'S SOCIETY 2015. Understanding and supporting alzheimer with dementia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-2-17.] Saatavissa: https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1808
- COHEN-MANSFIELD, Jiska, MOYLE, Wendy, VASSE, Emmelyne, VERMOOIJ-DASSEN, Myrra ja ZUIDEMA, Sytse 2010. Int Psychogeriatr. 2010 Nov;22(7):1121-8. doi: 10.1017/S1041610210001365. Epub 2010 Sep 3. Review. PMID: 20813074 nettioisoite!
- ELO, Satu. 2008. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Julkaisussa: VOUTILAINEN, Päivi ja TIIKKANEN, Pirjo (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 93–101.
- ELONIEMI-SULKAVA, Ulla 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen kokonaisuus – Kuinka vastata muistisairaahan ihmisen tarpeisiin hoidossa? [verkkolehti]. Memo 4/2011. Suomen muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 2016-02-11.] Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=136&issue=2011-04>.
- ELONIEMI-SULKAVA, Ulla. 2008. Käytösoireisen muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-01-15.] Saatavissa: <http://docplayer.fi/8554662-Kaytosoireisen-muistisairaahan-ihmisen-hyvinvoinnin-ja-mielenterveyden-tukeminen.html>.
- ELONIEMI-SULKAVA, Ulla, JUVA, Kati ja MÄKELÄ, Matti 2015. Kotona asuvan muistisairaahan hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Julkaisussa: ERKINJUNT-

TI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 509–510.

EPP, Timothy D 2003. Person-centred dementia care: a vision to be refined. [verkkajulkaisu]. The canadian alzheimer disease review 4/2003. [Viitattu 2016-02-20.] Saatavissa: http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_dementia_care.pdf.

ERKINJUNTTI, Timo ja HUOVINEN, Maarit 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

FEIL, Naomi. 1998. Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

FINDIKAATTORI 2015. Valtioneuvoston kanslia ja tilastokeskus. [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-16.] Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/46>

FINNE-SOVERI, Harriet, KUUSTERÄ, Kirsti, TAMMINEN, Anna, HEIMONEN, Sirkkaliisa, LEHTONEN, Olli ja NORO, Anja. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 17/2015. [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-24.] Saatavissa: http://www.muistiliitto.fi/files/9314/5249/3572/Muistibarometri_2015_ja_RAI-tietoa_kansallisen_muistiohjelman_tueksi.pdf.

FORDER, Marjo 2014. Muistisairaana fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen hyödyt. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109–112.

FORBES, Dorothy, FORBES, Sean, MORGAN, Debra G., MAKLE-REID, Maureen, WOOD, Jennifer, CULUM, Ivan 2008. Physical activity programs for persons with dementia [verkkajulkaisu]. Cochrane Database Syst Rev 2008; (3): CD006489. [Viitattu 2016-01-18.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646158>

HALLIKAINEN, Merja, NUKARI, Toini ja MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaana hyvän hoidon lähtökohdat. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18.

HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo 2014. (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 5.

HARTIKAINEN, Sirpa 2007. Minä hoidan. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. Duodecim 2007:123 [verkkajulkaisu.] [Viitattu 2016-01-19.] Saatavissa: <http://docplayer.fi/2435826-lkaantyneiden-psykykenlaakkeet.html>.

HARTIKAINEN, Sirpa ja LÖNNROOS, Eija 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita.

HAVIO, Marja-Liisa, INKINEN, Maria ja PARTANEN, Airi 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu.p. Helsinki: Tammi.

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

HEIMONEN, Sirkkaliisa 2013. Ikäihmisten mielen hyvinvointi ajankohtaisena teemana. Julkaisussa: FRIED, Suvi, HEIMONEN, Sirkkaliisa ja JOKINEN, Pirkko (toim.) Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi - katsaus kirjallisuuteen [verkkajulkaisu]. Ikäinstituutti. [Viitattu 2016-01-21.] Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/463>

HEIMONEN, Sirkkaliisa ja VOUTILAINEN, Päivi 2006. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Julkaisussa: HEIMONEN, Sirkkaliisa ja VOUTILAINEN, Päivi (toim.) Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 7–8, 57–68.

HOHENTHAL-ANTIN, Leonie 2012. Muistot näkyviksi. Muistelutyön menetelmiä ja merkitystä. Juva: Bookwell Oy.

HOME INSTEAD FINLAND OY 2015. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-03-21]. Saatavissa: http://www.homeinstead.fi/sites/default/files/content-attachments/HISC_Alzheimer_opas_FINAL_A5_150828.pdf

HUHTAMÄKI-KUOPPALA, Minna ja KOIVISTO Keijo 2010. Potilaan ja omaisen tukeminen. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 529–535.

HULTQVIST, Anu 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä [verkkajulkaisu]. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro-gradu tutkielma. [Viitattu 2016-01-02.] Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311011841.pdf>

HÄNNINEN, Tuomo ja PULLIAINEN, Veijo. 2006. Neuropsykologinen seulonta. Julkaisussa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 348–375.

HÄRMÄ, Heidi 2010. Muistiliitto ry. Alkoholi ja muisti [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-08.] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-terveys/alkoholi-ja-muisti>

HÄRMÄ, Heidi, HÄNNINEN, Ritva ja SUHONEN, Jaana 2011. Iän vaikutukset muistiin. Julkaisussa: HÄRMÄ, Heidi ja GRANÖ, Sirpa (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy, 52, 76–82.

IKÄINSTITUUTTI 2015. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-02-14.] Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/730>

JUVA, Kati 2007. Dementia ja depressio [verkkojulkaisu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaisut 2007;123:1231-7. [Viitattu 2016-01-21.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>

JUVA, Kati, VOUTILAINEN, Kati, HUUSKO, Tiina ja ELONIEMI-SULKAVA, Ulla. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 524–526.

JYRKÄMÄ, Jyrki 2007. Ikääntymisen ja alkoholinkäytön muuttuvat näkymät. Julkaisussa: ALANKO, Anna ja HAARNI Ilka (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.

KIVELÄ, Sirkka-Liisa 2014. Muistisairaahan hyvä uni ja vuorokausirytmä. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 144–145.

KOPONEN, Hannu ja VATAJA, Risto 2015. Käyttösoireiden hoito. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474–485.

KOSKISUU, Jari. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Publishing.

KOTILAINEN, Helinä, TOPO, Päivi ja HURNASTI, Tuula 2009. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Julkaisussa: SORMUNEN, Saira ja TOPO, Päivi (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille Helsinki: Stakes, 106–112.

KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

KÄYPÄ HOITO 2010. Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito [verkkajulkaisu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2015-01-12.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635

KÄYPÄ HOITO 2015a. Muistisairaudet [verkkajulkaisu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2015-12-23.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=EFF8FC5E3C705F96941AF8CC2BFA3786?id=hoi50044>.

KÄYPÄ HOITO 2015b. Alkoholiongelmaisen hoito. [verkkajulkaisu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2016-01-23.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

LAINEN, Minna ja HEIMONEN, Sirkkaliisa 2011. Logoterapeuttisen ajattelun mahdollisuudet muistisairaiden ihmisten hoidossa [verkkolehti]. Memo 2011/1. Suomen muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 2016-02-11.] Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=96&issue=2011-01>

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA L 28.12.2012/980. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUDESTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI SOSIAALIHUOLLON ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 812/2000. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-21.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812>.

LEHTONEN, Johannes ja LÖNNQVIST, Jouko. 2007. Mielenterveys. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HEIKKINEN, M., HENRIKSON, Markus., MARTTUNEN, Mauri, PARTONEN, Timo. (toim.) 2007. Psykiatria. 5. painos. Jyväskylä: Duodecim, 26.

LEVO, Tarja 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen – taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.

LÄHDESMÄKI, Leena ja VORNANEN, Liisa. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Helsinki: Edita.

MAINIO VIRE 2015 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 11.1.2016.] Saatavilla:
<http://www.mainiovire.fi/asumispalvelut/mielenterveys--ja-paihdekuntoutus>

MAINIO VIRE 2015 [verkkajulkaisu]. [Viitattu: 11.1.2016.] Saatavilla: <http://mainiovire.fi>
 MÄKISALO-ROPPONEN, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

MAYO CLINIC 2016 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-03-29]. Saatavilla:
https://store.mayoclinic.com/products/books/details.cfm?mpid=149&utm_source=MC-DotOrg-PS&utm_medium=Link&utm_content=ALZ&utm_campaign=Alzheimers-Book

MIELENTERVEYSLAKI 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2015-12-16.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaana hyvän elämän osa-alueita. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94.

MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaana kohtaamisen peruseräpäätteitä. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–88.

MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten kohtaaminen. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134–135.

MÖNKÄRE, Riitta, HURNASTI, Tuula ja TOPO Päivi 2014. Muistisairaana hyvä arki. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 140–145.

MÖNKÄRE, Riitta ja SEMI, Taina 2014. Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaana toimintakyvylle. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 123–124.

NATIONAL INSITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Older adults. [Verkkosivu.] [Viitattu 2016-01-06.] Saatavissa: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>.

NUKARI, Toini 2014. Muistisairaahan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 105.

OJASALO, Katri, MOILANEN, Teemu ja RITALAHTI, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

PAAJANEN, Teemu ja REMES, Anne 2015. Muistioireet. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29–32.

PAJUNEN, Hannu 2004. Vanhuspsykiatrisen potilaan psykologinen tutkimus. Julkaisussa: RAITANEN, Tarjaliisa, HÄNNINEN, Tuomo, PAJUNEN, Hannu ja SUUTAMA, Timo (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 193–195, 290–292.

PERUSTUSLAKI L 11.6.1999/731. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-28.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

PIENINKEROINEN, Ilkka, RAPELI, Pekka ja REMES, Anne 2015. Alkoholi ja tiedonkäsitteily. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 317–318.

PIRTTILÄ Tuula, ERKINJUNTTI, Timo 2001. Alzheimerin tauti – kliininen kuva ja diagnoosi. Julkaisussa: ERKINJUNTTI Timo, RINNE, Juha, ALHAINEN, Kari, SOININEN, Hilikka (toim.) Dementia. Helsinki: Duodecim, 122–141.

REMES, Anne, HALLIKAINEN, Merja ja ERKINJUNTTI, Timo 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmäärittäminen. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 122–131.

RINTALA, Jyrki 2010. Iäkkäiden alkoholin käyttö. Julkaisussa: SEPPÄ, Kaija, ALHO, Hannu, KIIANMAA, Kalervo (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121–122.

SAIRAANHOITAJALIITTO 2016. Näyttöön perustuva hoitotyö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-02-01.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/arkisto/painopistealueet/nayttoon-perustuva-hoitotyö>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2015. Opinnäytetyön aiheen ja toteutustavan valinta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-01-10.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/Aiheenvalinta.aspx>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016. Sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-02-02.] Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/sairaanhoitajankompetenssit_te11s.pdf

SEPPÄ, Kaija 2003 Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Julkaisussa: SALASPURO, Mikko, KIIANMAA, Kalervo ja SEPPÄ, Kaija. 2003. Päihdelääketiede. 2.uudistettu painos. Helsinki: Gummerus, 57.

SORMUNEN, Saira, ELONIEMI-SULKAVA, Ulla, FINNE-SOVERI, Harriet, MÄKI-PETÄJÄ-LEINONEN, Anna, ANDERSSON, Sirpa 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Julkaisussa: SORMUNEN, Saira ja TOPO, Päivi (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 126–129.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2012. Kansallinen muistiohjelma. Tavoitteena muistystävällinen Suomi [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10 [Viitattu 2015-12-21.] Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2013:11 [Viitattu 2016-03-27.] Saatavissa:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1.

SUHONEN, Jaana, ALHAINEN, Kari, ELONIEMI-SULKAVA, Ulla, JUHELA, Pirjo, JUVA, Kati, LÖPPÖNEN, Minna, MAKKONEN, Markku, MÄKELÄ, Matti, PIRTTILÄ, Tuula, PITKÄLÄ, Kaisu, REMES, Anne, SULKAVA, Raimo, VIRAMO, Petteri ja ERKINJUNTTI, Timo. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti 10/2008 vsk 63.

SULANDER, Tommi 2007. Ikääntyneiden alkoholin käyttö tilastojen valossa. Julkaisussa: ALANKO, Anna ja HAARNI, Ilka (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. 2. painos. Helsinki: Sini-nauhaliitto, 25–28.

SULKAVA, Raimo 2010. Muistisairaudet. Julkaisussa: TILVIS, Reijo, PITKÄLÄ, Kaisu, STRANDBERG, Timo, SULKAVA, Raimo ja VIITANEN, Matti (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120–133.

SULKAVA, Raimo ja ELONIEMI-SULKAVA, Ulla. 2008. Muistisairaudet. Julkaisussa: HARTIKAINEN, Sirpa ja LÖNNROOS, Eija (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 103–106.

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA 2016. Kriisit kuuluvat elämään [verkkopublication]. [Viitattu 2016-03-29.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit-kuuluvat-el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4n>

SUOMEN LOGOTERAPIAINSTITUUTTI 2016. [verkkosivu]. [Viitattu 2016.01-20.] Saatavissa: <http://logoterapia.fi/cmsms/index.php?page=mitae-logoterapia-on>.

SUOMINEN, Merja 2014. Muistisairaana ruokailu. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142.

SUOMISANAKIRJA 2015. [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-25.] Saatavissa: <http://www.suomisanakirja.fi/vanhentua>

TERVEYDENHUOLTOLAKI L 30.12.2010. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-22.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

TERVEYSKIRJASTO 2015a. Alzheimerin tauti. [verkkosivu]. Duodecim. [Viitattu 2015-12-23.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

TERVEYSKIRJASTO 2015b. Mielenterveydenhäiriöt [verkkopublication]. [Viitattu 2016-04-15.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

TERVEYSKIRJASTO 2015c. Mielenterveysongelmat. [verkkosivu]. Duodecim. [Viitattu 2015-12-17.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.kaapeli.fi/~mies/%5C%5C>

www.tohtori.fi/%5C%5Cwww.emedicine.medscape.com/article/tk.koti?p_artikkeli=suo00028.

TERVEYSKIRJASTO 2015d. Skitsofrenia, [verkkosivu]. Duodecim. [Viitattu 2015-12-17.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

TERVEYSKIRJASTO 2015e. Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille [verkkosivu]. Duodecim. [Viitattu 2016-02-23.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899.

THL 2014. Mielenterveyden edistäminen. [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-17.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>.

THL 2016. Toimintakyvyn ulottuvuudet [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-27.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

TIENARI, Pentti, MYLLYKANGAS, Liisa, POLVIKOSKI, Tuomo ja TANILA, Heikki 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100–102.

TOIVIO, Timo ja NORDLING, Esa 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

TOPO, Päivi, SORMUNEN, Saira, SAARIKALLE, Kristiina, RÄIKKÖNEN, Outi ja ELONIE-MI-SULKAVA, Ulla 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 162. Helsinki: STAKES.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö [verkkopublication]. [Viitattu 2016-03-30.] Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

VALLEJO MEDINA, Aila, VEHVILÄINEN, Sirpa, HAUKKA, Ulla-Maija, PYYKKÖ, Virpi ja KIVELÄ, Sirkka-Liisa. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

VALTIONEUVOKSEN ASETUS AMMATTIKORKEAKOULUISTA 1129/2014. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-13.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-02-27.] Saatavissa:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>.

VANHUSTYÖN KESKUSLIITTO 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen [verkkajulkaisu]. Mielenmuutos -tutkimus ja kehittämishanke 2007-2010. Tutkimusraportti 3. [Viitattu 2016-02-27.] Saatavissa:

http://www.vtkl.fi/document/1/1519/0ce085af9ad8a392bbe3b82acc3322c0/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf.

VATAJA, Risto 2015. Masennus muistisairaalla. Julkaisussa: Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50, 475.

VATAJA, Risto ja KOPONEN, Hannu 2015. Muistisairauteen liittyvät käyttösoireet. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90–95.

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2007. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

VIRAMO, Petteri ja SULKAVA, Raimo 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35.

YKKÖSKOTI HENKILÖKUNTA 2016. Ohjaajat. Kuopio 26.1.2016. Haastattelu.