



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anu Niittula & Cindy Puls

KÄYTTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Opas henkilökunnalle

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anu Niittula & Cindy Puls
Opinnäytetyön nimi	Käyttöoireisen muistisairaahan kohtaaminen hoitotyössä. Opas henkilökunnalle
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	44 + 1 liite
Ohjaaja	Johanna Latvala

Suomessa on arviolta noin 193000 muistisairasta ihmistä, joista 93000 on vähintään keskivaikean muistisairauden vaiheessa. Jopa 90 %:lla esiintyy erilaisiin muistisairauksiin liittyviä käyttöoireita. Käyttöoireisen muistisairaahan hoitaminen on toisinaan haasteellista. Käyttöoireet vaikeuttavat vuorovaikutusta ja toimintakykyä sekä kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asumispalveluyksikköön opas hoitohenkilökunnan käyttöön. Tavoitteena on lisätä tietoa ja tuoda ymmärrystä muistisairaiden käyttöoireista ja olla tukena käytännön hoitotyössä käyttöoireisen muistisairaahan kohtaamisessa. Opas sisällytetään asumispalveluyksikön perehdytyskansioon.

Opinnäytetyössä käsitellään yleisesti muistisairauksia, niihin liittyviä kognitiivisia oireita ja erilaisia käyttöoireiden ilmenemismuotoja. Lisäksi opinnäytetyössä selvitetään keinoja vaikuttaa käyttöoireisiin sekä keinoja, joilla voidaan lievittää käyttöoireita. Työssä tarkastellaan käyttöoireiden vaikuttamisen keinoja neljästä erilaisesta tavasta, joita ovat kohtaaminen, vuorovaikutus, ympäristön sekä mielekkään toiminnan vaikutus käyttöoireisiin. Opinnäytetyöhön on haettu tutkittua tietoa, katsauksia, artikkeleja ja tutkimuksia erilaisista hoitotieteen julkaisuista. Lisäksi tietoa on haettu erilaisista asiantuntevista Internet-sivustoista sekä kirjallisuudesta.

Opinnäytetyön myötä tuotettiin opas asumispalveluyksikölle. Opasta voidaan hyödyntää hoitotilanteissa, joissa muistisairaalla on käyttöoireita. Opas auttaa ja antaa keinoja hoitotyöntekijälle käyttöoireisen henkilön kohtaamiseen.

ABSTRACT

Author	Anu Niittula and Cindy Puls
Title	Encountering a Memory Disease Patient with Behavioural Problems. Guide to Nursing Staff
Year	2017
Language	Finnish
Pages	44 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Johanna Latvala

Approximately 193000 people in Finland suffer from dementia, of which approximately 93000 suffer from a form of dementia that is either moderate or severe. As much as 90% of these patients also suffer from some sort of behavioural disorder related to memory loss. The treatment of a patient suffering from a memory disorder and having dementia can prove to be difficult. Behavioural disorders complicate communication, interaction, performance in activities of daily living and can burden the nursing staff. The purpose of this bachelor's thesis to raise awareness and increase understanding of the behavioural problems of patients with a memory disorder and to support staff in encountering dementia dementia patients with behavioural problems. The guide will be included the orientation folder on the ward.

This bachelor's thesis memory loss and dementia in general as well as the different cognitive and behavioural challenges associated with dementia. This bachelor's thesis also defines and examines different methods used to successfully address and alleviate behavioural problems associated with dementia and memory loss. This bachelor's thesis examines and defines four different methods of addressing behavioural problems in dementia patients. They include encountering, interaction, environment and the effect of pleasant activities on behaviour. The material used in this bachelor's thesis was collected from different reliable sources and included different studies, articles, literature reviews and publications collected from reliable nursing science journals both on paper and from the internet.

A guide was made to an assisted-living unit. The guide can be used by nursing professionals in encountering dementia patients with behavioural problems, as it provides methods to help coping with the different behavioural symptoms of dementia.

Keywords Memory disorder, behavioural problems, encountering, interaction, environment

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
3	OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA.....	11
	3.1 Projekti.....	11
	3.2 SWOT-analyysi.....	12
	3.3 Opas	14
	3.3.1 Toimivan oppaan lähtökohdat.....	14
4	MUISTISAIRAUDET.....	15
	4.1 Alzheimerin tauti	15
	4.2 Vaskulaarinen muistisairaus	16
	4.3 Lewyn kappale-tauti.....	16
	4.4 Otsa-ohimolohkorappeuma.....	17
	4.5 Parkinsonin tauti	17
	4.6 Dementia.....	18
5	MUISTISAIRAIDEN KOGNITIIVISET- JA KÄYTÖSOIREET	19
	5.1 Kognitiiviset oireet.....	19
	5.1.1 Afasia	19
	5.1.2 Apraksia	19
	5.1.3 Agnosia	20
	5.2 Käyttöoireet	20
	5.2.1 Aggressiivisuus	21
	5.2.2 Levottomuus ja vaeltelu	21
	5.2.3 Katastrofireaktio.....	21
	5.2.4 Seksuaalinen levottomuus.....	22
	5.2.5 Huutelu.....	22
	5.3 Käyttöoireita aiheuttavia syitä ja ilmenemismuotoja	23
6	KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN	25
	6.1 Käyttöoireisen muistisairaahan hyvän kohtaamisen tekijöitä	25
	6.2 Ymmärtäminen ja turvallisuus kohtaamisessa.....	26

6.3	Elämänhistorian tuntemisen merkitys hoidossa.....	26
6.4	Hoitajien ammatillisuus ja koulutuksen tärkeys	27
7	VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESSA	29
8	MIELEKÄS TOIMINTA MUISTISAIRAAN HOIDOSSA	32
8.1	Muistisairaana fyysinen toimintakyky ja ravitseminen	33
9	YMPÄRISTÖ KÄYTÖSOIREIDEN HOIDOSSA.....	35
10	OPINÄYTETYÖN TOTEUTUS	37
10.1	Tapaaminen osastonhoitajan kanssa	37
10.2	Projektin suunnitteleminen ja toteutus.....	38
10.3	Projektin arviointi	39
10.4	Projektin eettisyys ja luotettavuus	40
10.5	Jatkotutkimusaiheet.....	41
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	SWOT-nelikenttäänalyysi	s. 12
Kuvio 2.	Hyvän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tekijöitä	s. 31

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Opas muistisairaiden käytösoireiden kohtaamisesta

1 JOHDANTO

Suomessa on arviolta 193000 muistisairasta ihmistä, joista noin puolet on keski-vaikkeassa muistisairauden vaiheessa. Vuosittain todetaan 14500 uutta sairastunutta ja etenevistä muistisairauksista yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus ja Parkinsonin tauti. (Muistiliitto 2016.)

Dementoiviin sairauksiin kuuluu myös psykologisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia. Muistisairaus ei ole vain muistin ja muiden älyllisten toimintojen heikkenemistä. Kun sairaus etenee, muutoksia alkaa näkyä myös tunne-elämässä ja käyttäytymisessä esimerkiksi mielialan vaihteluina, levottomuutena ja aggressiivisuutena. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 232.) Käyttöoireet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Muistipotilaan käyttöoireiden tiedostaminen ja huomioiminen on tärkeää käytännön hoitotyössä. Tärkeä riskiä lisäävä tekijä potilaan laitostumiselle ovat käyttöoireet ja ne lisäävät omaishoitajien stressiä (Sulka-va 2016, 121). Ne myös kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Käyttöoireisen muistisairaahan hoitamiseen tarvitaan enemmän aikaa verrattuna hoitotyöhön, jossa ei ilmene käyttöoireita.

Tämän toiminnallinen opinnäytetyö on tilattu asumispalveluyksikköön. Työelämän edustajana ja yhteistyön yhdyshenkilönä toimii osastonhoitaja. Asumispalveluyksikkö tarjoaa tehostettua asumispalvelua ikääntyville henkilöille, jotka toimintakyvyn huononemisen tai muun syyn takia eivät kykene asumaan kotonaan eri tukipalveluista huolimatta ja tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa. Asukaspaikkoja on 40. Toiminta pohjautuu asukasta kunnioittavaan, toimintakykyä tukevaan ja edistävään ammatilliseen työotteeseen turvallisessa, kodikkaassa ja viihtyisässä ympäristössä. Asumispalveluyksikön arvot ja periaatteet ovat arvokas vanhuus, yksilöllisyys ja ammatillisuus.

Opinnäytetyön aiheen suunnittelu lähti tekijöiden kiinnostuksesta vanhustyöhön ja etenkin muistisairaiden hoitotyöhön. On tehty tutkimuksia muistisairaiden käy-

töshäiriöistä ja niiden aiheuttamista ongelmista hoitajien kokemana. Opinnäytetyöntekijät kokevat aiheen tärkeäksi, koska muistisairauksia diagnosoidaan yhä enenevässä määrin, siten myös siihen liittyviä käytösoireita ilmaantuu. Tekijät näkivät tarpeelliseksi tuottaa henkilökunnalle opas käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisesta, sillä muistisairaiden käytöshäiriöiden vuorovaikutuksellinen kohtaaminen on yksi haastavammista tekijöistä hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyössä tekijät käsittelevät kohtaamisen menetelmiä eri näkökulmista ja keinoja, joilla voitaisiin vaikuttaa käytösoireiden lievittämiseen ja jopa niiden ehkäisyyn.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on tehty vanhuspalveluita tuottavalle asumis- palveluyksikölle. Opinnäytetyön aiheen suunnittelu lähti tekijöiden kiinnostukses- ta vanhustyöhön ja etenkin muistisairaiden hoitotyöhön. Vanhustyössä ja erityi- sesti muistisairaiden hoidossa kohtaa päivittäin monenlaisia haasteita.

Opinnäytetyön aihe syntyi tekijöiden kiinnostuksesta selvittää vuorovaikutukselli- sia ongelmakohtia käytösoireisen muistisairaana kohtaamisessa. Muistisairaiden käytösoireisten vuorovaikutuksellinen kohtaaminen on yksi haastavammista teki- jöistä. Tekijät kokevat aiheen tärkeäksi, koska muistisairaudet tulevat vastaan yhä enenevässä määrin käytännön hoitotyössä.

Tämän projektin tarkoituksena on laatia opas, joka käsittelee erilaisten käytösoi- reiden ilmenemismuodot, sekä antaa henkilökunnalle keinoja kohdata niitä hoito- työssään. Oppaan avulla pyritään parantamaan hoidon laatua, kehittämään ja pa- rantamaan toimintatapoja hoitotyössä sekä antamaan lisää tietoa käytösoireista muistisairaiden parissa työskenteleville hoitajille. Oppaan voisi myös mahdolli- sesti antaa käyttöön muille osastoille. Tämän projektin tarkoituksena on tuottaa opaslehti tukemaan hoitohenkilökuntaa heidän ammatillisessa vuorovaikutukses- saan hoitotyössä. Oppaan tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja kehittää toimin- tatapoja muistisairaiden kohtaamisessa.

3 OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Luvussa tarkastellaan toiminnallista opinnäytetyötä projektin muodossa, johon sisältyy SWOT-analysointimenetelmä. Nelikenttä-analyysillä arvioidaan projektin toimintaa.

3.1 Projekti

Projekti-sana tulee latinan sanasta ”projektum”, joka tarkoittaa hanketta, suunnitelmaa tai ehdotusta. Projekti on aikataulutettu, tietyillä panoksilla kestäviin tuloksiin pyrkivä tehtävien kokonaisuus. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela, 2008, 25.) Projekti on tietyn ajan kestävä, tavoitteellinen prosessi. Projekti pitää suunnitella, organisoida, toteuttaa, valvoa, seurata ja arvioida tarkasti niin, että se onnistuisi. Projektissa pyritään suunnitelmallisesti päämäärään siten, että hankkeella on alku, suunnitelma ja toteuttajat, ja se myös päättyy sovitulla tavalla ja sovittuna ajan-kohtana. (Heikkilä ym. 2008, 25.)

Jokaisella projektilla on oma elinkaarensa ja projektit rakentuvat tietyistä perusvaiheista. Projektin vaiheet pyritään konkretisoimaan selkeiksi ja kaikkien tehtävät organisaatiossa määritellään hyvin. (VirtuaaliAMK 2009.)

Vaiheita kuvataan eri tavoin, mutta mahdollista on erottaa tavallisesti seuraavat vaiheet:

- Hankkeen ideointi ja esiselvitys.
- Hankkeen suunnittelu, sen käynnistäminen ja toteutus.
- Tulosten kokoaminen, sen levittäminen laajemmalle.
- Hankkeen seuranta, valvonta ja tulosten arviointi
- Hankkeen loppuraportointi

Hanke ei aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan vaiheet käytännössä limittyvät tai ovat päällekkäisiä. Kuitenkin keskeistä on se, että hankkeella erilaisiin ongelmiin pyritään löytämään selvyys ja pystytään rakentamaan toimintamalleja. Ratkaistavia ongelmia tai selvitettäviä toimintamalleja ilmenee esimerkiksi

terveydenhuollossa, kun toimintaympäristössä- väestössä tai edellytyksissä tapahtuu muutoksia. (Heikkilä ym. 2008, 26.)

3.2 SWOT-analyysi

Nelikenttä-analyysi (SWOT) on yritystoiminnan yleisesti käytetty ja yksinkertainen analysointimenetelmä. Yritys pystyy nelikenttärudukon avulla arvioimaan omaa toimintaansa. (Suomen Riskienhallintayhdistys 2012–2017.)

SWOT-lyhenne tulee sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). Analysoitaessa työpaikalla tapahtuvaa oppimista ja sen toimintaympäristöä kokonaisuutena SWOT-analyysi on tärkeä väline. Swot- nelikenttäanalyysi jaotellaan sisäisiin sekä ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat vahvuudet ja heikkoudet. Mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus 2016.) Vahvuudet auttavat yritystä menestymään, toteuttamaan päämääränsä ja tavoitteensa. Päinvastoin vaikuttavat heikkoudet: ne estävät yrityksen menestymistä. Mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia, yrityksen toimintaympäristössä olevia tekijöitä. (Oamk.)

Kuviossa 1 kuvataan analyysi tekijöiden omasta projektista.

Vahvuudet	Heikkoudet
<p>Mielenkiinto aiheeseen</p> <p>Pitkä työkokemus</p> <p>Mahdollisuus hyvään tiiviiseen yhteistyöhön työn tilaajan kanssa</p> <p>Ei aiempaa opasta saatavilla</p>	<p>Aiheen rajaaminen</p> <p>Kokemattomuus oppaan laatimisessa</p>
Mahdollisuudet	Uhat
<p>Syventää omaa ammatillista osaamista</p> <p>Tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle ja omaisillekin</p>	<p>Tekijöiden yhteisen ajan puute</p> <p>Aikataulu</p>

Kuvio 1. SWOT-nelikenttäanalyysi omalle projektille.

3.3 Opas

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opas henkilökunnalle, joka käsittelee muistisairaiden erilaisten käytösoireiden ilmenemismuotoja, ja joka tarjoaa myös keinoja kohdata niitä ammatillisesti hoitotyössä. Hyvärinen (2005) katsauksessaan käsittelee toimivan potilasohjeen rakennetta. Näemme, että toimivan potilasohjeen seikkoja voitaisiin soveltaa myös henkilökunnan oppaan laatimisessa, joka sopii myös tarvittaessa omaisten käyttöön.

3.3.1 Toimivan oppaan lähtökohdat

Hyvärinen (2005) katsauksessaan toteaa, että hyvän potilasohjeen juonirakenne on kunnossa, tarina etenee loogisesti. Asioiden esittämisjärjestys on isoin ymmärrettävyyteen vaikuttava seikka. Järjestystä valitessa kannattaa miettiä, missä tilanteessa sitä luetaan ja mitä tekstillä haluaa saada aikaan. Tärkeysjärjestys on yleensä toimivin, aloitetaan merkityksellisimmistä seikoista ja vähäpätöisimmät kerrotaan lopuksi. (Hyvärinen 2005, 1769.) Toimivassa ohjeessa on ohjeet perusteltuja, otsikoilla annetaan tietoa ja kappaleissa on yhteenkuuluvia asioita. Otsikot selkeyttävät ja keventävät ohjetta. Tärkeimmän asian kertoo pääotsikko ja väliotsikot auttavat hahmottamaan, millaisista asioista teksti koostuu. Haluamansa asiakokonaisuus on helppo etsiä niitten avulla. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Lauseitten ja virkkeiden pitäisi olla kertalukemalla ymmärrettäviä. Mahdollisuuksien mukaan kannattaa käyttää yleiskielen sanoja ja on noudatettava yleisiä oikeinkirjoitusnormeja. Hyvässä kirjoituksessa myös oikeinkirjoitus on viimeistelty. Ohje on hyvä antaa luettavaksi jollekulle muulle ennen sen julkaisemista. Asianmukainen ulkoasu edistää vielä ohjeen ymmärtämistä. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.)

4 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita mm. kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Erkinjuntti, Rinne, Soininen, 2010, 19). Muistisairaudet ovat kansantauteja, siinä missä sydän- ja verisuonitauditkin. Muistisairaudet ovat yleisimmin iäkkäillä ihmisillä. (Muistiliitto 2016.)

4.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tautia on eniten kaikista muistisairauksista. Sitä on todettu 60–70 %:lla kaikista muistisairauksista. Se on muistisairauksista yleisempi naisilla kuin miehillä ja sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. (Muistiliitto 2016.) Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Alzheimerin diagnoosi perustuu oirekuvaan ja tautia tukeviin kliinisiin neuropsykologisiin kuvantamis- ja laboratoriolöydöksiin. (Erkinjuntti ym. 2010, 16.)

Alzheimerin taudin oireet alkavat tyypillisesti muistioireella, lähimuistin häiriöllä. Sairastuneella on vaikeuksia uuden oppimisessa ja mieleen painamisessa. Alzheimerin taudin ensioireisiin kuuluu mm. esineiden hukkaamista, vaikeutta muistaa sovittuja asioita tai uusia nimiä, vaikeutta liikkua erityisesti vieraisissa ympäristöissä tai asioiden ja tapahtumajärjestysten sekoittumista. (Muistiliitto 2016.)

Taudin edetessä sairastunut tarvitsee yhä enemmän apua arjen toiminnoissa. Toimintakyky heikentyy ja omatoimisuuden heikentyminen on kiinteästi yhteydessä tiedonkäsittelyn ja muistin heikentymiseen (Erkinjuntti ym 2010, 121). Sairastuneella saattavat sosiaaliset taidot ja persoonallisuus olla suhteellisen hyvin säilyneitä. Monimutkaiset motoriset toiminnot vaikeutuvat, kuten ruuanlaitto ja pukeutuminen. Sairaudentunto heikentyy tai häviää. Sairastunut saattaa vakuuttaa olevansa täysin kykenevä huolehtimaan kaikista asioistaan huolimatta huomattavista käytännön elämää haittaavista häiriöistä. (Tilvis, Pitkälä, Stranberg, Sulkava & Viitanen 2010, 123.)

4.2 Vaskulaarinen muistisairaus

Vaskulaarisessa muistisairaudessa on kyse aivoverisuonisairaudesta ja niistä kärsii jopa 15 % muistihäiriöistä potevia. Taustalla on pienten ja suurten aivovaltimoiden tukokset. Useimmiten on kyse syvällä sijaitsevien valtimoiden vauriosta sekä valkean aineen tuhosta. Harvinaisempaa on suurten aivoinfarktien aiheuttama dementoituminen. Aivoverisuonisairaudesta johtuva dementia on erittäin heterogeeninen oireyhtymä ja sen taustalla ovat kymmeniä eri tautimekanismeja. (Tilvis ym. 2010, 126.)

Aivoverenkierron heikkeneminen aiheuttaa aivojen alueella hapenpuutteita ja kuo-lioita. Ne voivat sijaita aivojen eri osissa ja voivat olla hyvin erikokoisia. Taudin kuva on epäyhtenäinen. Oireet ovat riippuvaisia siitä, missä kohtaa aivoissa vaurio on tapahtunut. Taudin alkuvaiheessa joillekin saattaa ilmetä kielellisiä vaikeuksia sekä tilanhahmottamishäiriöitä. Aivokuoressa sijaitsevassa vauriossa ongelmat ilmenee monenlaisina neurologisina oireina, mm. toispuolihalvauksina, puutteellisenä hahmottamisena, näkökentän puutteellisuutena sekä puhumisen ja ymmärtämisen vaikeuksina. Subkortikaalisessa muodossa oireet ovat kömpelyys, hitaus, puhehäiriöt (puuroutuminen) ja kävelyvaikeudet (leveäraiteinen kävely). (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 278.)

4.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tautia sairastaa Suomessa arvioltaan noin 16 000 henkilöä joka on noin 15 % kaikista dementiaa aiheuttavista sairauksista. Lewyn kappale tauti on näin kolmanneksi yleisin syy dementiaoireistoon. Syytä sairauden puhkeamiseen ei tunneta. (Tilvis ym. 2010, 128.)

Lewyn kappale taudin nimi on saanut alkunsa Lewyn kappaleista. Ne ovat hermosolun sisäisiä jyväsiä jotka sijaitsevat aivorungossa ja aivokuoressa. Taudin edessä tapahtuu muutoksia dopamiinia ja asetyylikoliniinia välittäjäaineena käytettävissä hermosoluissa. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 222.) Tauti yleensä puhkeaa keskimäärin 60–65 vuoden iässä ja sen kesto vaihtelee 5–30 vuoteen. Lähimuisti ja oppimiskyky voivat olla vielä toimintakykyiset taudin alkuvai-

heessa, mutta älylliset toiminnot saattavat osiltaan heikentyä. Henkilön muisti voi olla aamuisin erittäin hyvä, jolloin vireystaso on paras yöllisen levon jälkeen. Muisti yleensä heikkenee iltaa kohti, ja henkilö voi öisin kärsiä sekavuudesta. Tyypillisiä oireita ovat ilmeettömyys, jäykkyys, matalat hiihtävät ja lyhyet askeleet, taipumusta eteenpäin kallistumiseen ja erityisesti lepovapinaa. Lewyn kappale tautia sairastavalla esiintyy usein näköharhoja, jotka hän kokee todellisina ja ahdistavina. Myös äkkipikaisuus ja aggressiivisuus kuuluvat tyypillisiin oireisiin. (Vallejo Medina ym. 2007, 278.)

4.4 Otsa-ohimolohkorappeuma

Sairaudet, jotka vaurioittavat aivojen otsalohkoja ovat harvoin muistihäiriöiden syynä. Niiden tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, koska ne vaikuttavat henkilön persoonallisuuteen ja ilmenevät käyttäytymisen muutoksina. Nämä muutokset koetaan usein hoitajien keskuudessa haastavana. (Aejmelaeus ym. 2008, 223.) Tässä etenevässä muistisairaudessa aivojen surkastuminen painottuu otsa- ja ohimolohkoihin. Tyypillinen oire on impulssien kontrolloimattomuus joka johtaa henkilön seksuaaliseen häiriökäyttäytymiseen sekä aiheuttaa kyvyttömyyttä tehdä asioita pitkäjänteisesti. Usein havaitaan myös henkilöllä aloitekyvyttömyyttä. (Tilvis ym. 2010, 131.)

4.5 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tautia sairastaa yli 70-vuotiaista noin 1 % ja sen yleisyys kasvaa ikääntymisen mukana. Taustalla on häiriö liikkeitä säätelevissä aivojen tyvitumakkeissa, joka johtaa solujen tuhoutumiseen mustatumakkeessa. Aivosolujen tuhoutumisen taustalla on välittäjäaineiden puute, erityisesti dopamiini. (Aejmelaeus ym. 2008, 212.)

Tauti yleensä etenee hitaasti, ja voi olla pitkään varsin vähäoireinen tai lähes oireeton. Pääsääntöiset oireet ovat henkilön jäykkyys, hidasliikkeisyys ja vapina. Vapina useimmiten esiintyy raajan lepotilassa ja on olemukseltaan harvajaksainen. Usein Parkinsonin tautia sairastavat kävelevät jalkoja laahaten ja etukumarrassa hitain liikkein. Nämä oireet puolestaan aiheuttavat henkilölle vaaratilanteita

tasapainon säilyttämisessä, joka voi johtaa helposti kaatumisiin. Autonomisen hermoston häiriöt, kuten huimaus, ortostaattinen hypotonia, syönnin jälkeen esiintyvä verenpaineen lasku, ummetus, hikoilu, tiheävirtsaisuus ja seksuaalitoimintojen häiriöt ovat yleisiä ongelmia. (Vallejo Medina ym, 2007, 254.) Taudin edetessä oireet ilmenevät toinen toisensa jälkeen. Myötäliikkeet häviävät, liikkuminen hidastuu ja askeleet lyhenevät. Liikesarjat katoavat, puheen tuottaminen muuttuu yksitoikkoiseksi ja ääni muuttuu heikoksi. Muistiongelmia, päätöksentekongelmia, harhaisuutta ja uneliaisuutta liittyvät myös taudin kuvaan. Taudin edetessä pitkälle esiintyy myös nielemisvaikeuksia, jotka taas altistaa ravitsemusvajeelle. (Aejmelaeus ym. 2008, 212.)

4.6 Dementia

Dementialla tarkoitetaan useampien kognitiivisten toimintojen heikentymistä siinä määrin, että se heikentää henkilön itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa, työelämässä tai sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Dementia ei siis ole itsenäinen sairaus, vaan oireyhtymä, jonka taustalla on aina jokin elimellinen sairaus. (Käypä hoito 2017.) Kognitiivisen toimintakyvyn heikentymiseen liittyy erityisesti muistivaikeudet. Sen lisäksi dementoiviin sairauksiin liittyy tyypillisiä käytösoireita ja psyykkisiä oireita, jotka kertovat sairauden laajuudesta ja sen etenemisestä. Käytösoireet ja psyykkiset oireet antavat myös viitteitä siitä, kuinka dementoitunut henkilö kokee elämänsä ja ympäristönsä. Dementiaoireyhtymän taustalla voivat olla degeneratiiviset aivosairaudet, aivoverenkierron häiriöt, erilaiset aineenvaihduntahäiriöt, pään traumat, aivokasvaimet, keskushermostotulehdukset, erilaiset puutostilat sekä lääkkeet ja myrkyt. (Vallejo Medina ym. 2007, 275.)

5 MUISTISAIRAIDEN KOGNITIIVISET- JA KÄYTÖSOI- REET

Monet muistisairaiden parissa hoitotyötä tekevät hoitajat saattavat usein pohtia muistisairaahan käyttäytymisen muutoksia, mitä ne ovat ja niiden syitä. Olisi tärkeää, että muistisairaita hoitavat osaisivat tunnistaa ja hoitaa käytösoireita, suhtautua niihin ymmärtävästi ja asianmukaisesti sekä erottaa käytösoireita kognitiivisista oireista.

5.1 Kognitiiviset oireet

Muistin ongelmat ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen on ikääntyneille tyypillinen oire. Koska oireen taustalla on usein vakava elimellinen aivosairaus, tulee syy selvittää mahdollisimman pian. (Tilvis ym. 2010, 120.) Kyky oppia uutta tai palauttaa mieleen vanhoja asioita ovat usein ongelma. Usein tavataan myös muita kognitiivisia eli tajunnan sisältöön ja havaintokykyyn liittyviä häiriöitä. Tällaisia ovat afasia, apraksia ja agnosia. Dementoitumiseen liittyy usein myös vaikeuksia tuloksiin tähtäävissä toiminnoissa. (Viramo, Ahvo, Eloniemi-Sulkava, Helkala, Huusko, Käyhty, Semi, Sulkava & Valvanne 2001, 29.)

5.1.1 Afasia

Afasialla tarkoitetaan kielellistä häiriötä, joka aiheuttaa muistisairaalle vaikeuksia puheen tuottamisessa sekä puheen ymmärtämisessä. Oikeiden sanojen löytäminen tuottaa vaikeuksia, eikä muistisairas saa sanottua tarkoittamaansa oikealla tavalla. Tällöin muistisairas saattaa käyttää korvaavia sanoja tai käyttää kiertoilmaisuja, jolloin ilmenee yleensä väärinymmärrystä vuorovaikutuksessa. On syytä muistaa käyttää lyhyitä ja selkeitä lauseita, jotta vuorovaikutus sujuu ongelmitta. (Aejmelaeus ym. 2008, 226.)

5.1.2 Apraksia

Apraksia on kätevyyden häiriö, joka johtaa muistisairaahan kykenemättömyyteen suoriutua motorisista toiminnoista. Apraksia onkin jaettu kahteen eri kategoriaan, kävelyapraksiaan ja pukeutumisapraksiaan. Kävelyapraksiassa muistisairaahan jalat

ikään kuin juuttuvat lattiaan ja tahdonalainen kävely ei suju. Tällöin kovaan ääneen kehottaminen ja ohjeiden antaminen eivät auta, vaan saattavat aiheuttaa muistisairaahan kokonaan sulkeutumisen. Pukeutumisapraksiassa muistisairas ei osaa hahmottaa vaatteiden rakennetta ja pukeutumisessa hän saattaa ”jäädä jumiin” vaatteisiinsa. Tästä ongelmasta kärsivä yleensä kieltäytyykin pukeutumisesta. On tärkeää, että hoitaja ohjeistaa muistisairasta pukeutumisessa vaihe vaiheelta ja antaa aikaa siihen suoriutumiseen. Mikäli muistisairas kuitenkin kieltäytyy, häntä ei siihen saa pakottaa, koska hänen kykynsä eivät välttämättä siihen riitä. (Aejmelaeus ym.2008, 226.)

5.1.3 Agnosia

Agnosia aiheuttaa muistisairaalle hahmottamisongelmia. Tuttujenkin ihmisten tunnistaminen voi olla vaikeaa, oman puolison kasvot voivat tuntua vieraalta. Tavaroiden tunnistaminen ja löytäminen tuntuvat vaikealta, vaikka esine olisikin aivan silmien edessä. Eksyminen on yleistä koska muistisairas ei hahmota ympäristöään. Vieraisissa paikoissa eksyminen on yleistä, mutta myöhemmin muistisairas voi myös eksyä omassa kodissa. (Aejmelaeus ym. 2008, 226.)

5.2 Käyttöoireet

Käyttöoireita voidaan jakaa psykologisiin ja käyttäytymiseen vaikuttaviin oireisiin. Masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aisti- ja harhaluulot sekä virhetulkinnat kuuluvat psykologisiin oireisiin. Fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja vaelteleminen, katastrofireaktiot ja huutelu ovat käyttäytymiseen vaikuttavia oireita. (Aejmelaeus ym. 2008, 232–233.) Käyttöoireet tuovat omia haasteita ja ongelmia muistisairaiden hoidossa. Jopa 90 %:lla muistisairaista esiintyy käyttöoireita jotka voivat kestää jopa vuosia. On hyvä selvittää, johtuvatko käyttöoireet fyysisestä sairaudesta, kivusta tai muusta vaivasta. Käyttöoire voi myös johtua ympäristöstä johtuvista häiriötekijöistä tai vuorovaikutusten vaikeuksista. Käyttöoireita on hoidettava, koska ne rasittavat muistisairasta, heikentävät kykyä selviytyä itsenäisesti arjesta ja vaikeuttavat sosiaalista elämää. Käyttöoireet voivat myös aiheuttaa vaaratilanteita hoitotyössä jotka kohdistuvat muistisairaaseen, omaisiin, muihin asukkaisiin taikka hoitohenkilökuntaan. (Käypä hoito 2017.)

5.2.1 Aggressiivisuus

Aggressiivisuus on hyvin usein ongelmakohta muistisairaiden hoidossa. On kuitenkin syytä muistaa, että aina aggressiiviselle käyttäytymiselle on jokin taustatekijä eikä muistisairas käyttydy huvikseen epäsoveliaasti. Aggressio voi ilmetä joko fyysisenä tai sanallisena. Fyysinen aggressiivisuus ilmenee usein suoranaise-
na väkivaltana tai epätarkoituksenmukaisena voimankäyttönä ja sen kohteena ovat useimmiten hoitajat, omaiset tai muut hoivalaitoksen asukkaat tai potilaat. Dementoituneella aggressiivinen käyttäytyminen johtuu hänen kykenemättömyydestä kuvata tunteitaan ja tunteiden kontrolloimattomuudesta. Yleensä aggressiivinen käyttäytyminen ilmenee tietyissä tilanteissa, kuten esimerkiksi peseytymistilanteissa, pukeutumistilanteissa, syömisessä yhteydessä tai se voi myös ilmetä jatkuvana vihamielisyytenä. Tällaisella käyttäytymisellä muistisairas pyrkii suojaamaan reviiriään ja ilmaisemaan omaa tahtoaan. Hoitajan rauhallinen ja kiireetön lähestyminen edesauttaa vuorovaikutustilannetta ja tuntuu vähemmän pelottavalta. (Aejmelaesus ym. 2008, 228.)

5.2.2 Levottomuus ja vaeltelu

Levottomuus ja vaeltelu ilmenevät verbaalisena ja fyysisenä. Fyysinen levottomuus esiintyy muistisairaana jatkuvana kävelynä, harhailuna, perässä kävelemisenä tai muina toistuvina kehon liikkeinä ja erilaisilla touhuiluina. Verbaalinen levottomuus taas ilmenee sanallisena, kuten asioiden toistaminen, jatkuva kyseleminen ja hoitajan kutsuminen toistuvasti. Levottomuus voi ilmetä myös toisto-oireina ja tavaroiden keräilyinä. (Aejmelaesus ym. 2008, 238.)

5.2.3 Katastrofireaktio

Katastrofireaktion aiheuttaja on usein jokin psykologinen syy tai ympäristöstä johtuva tekijä. Reaktio ilmenee usein muistisairaana äkillisenä ja odottamattomana aggressiona. Taustatekijä saattaa olla pelko, tilanteen hallitsemattomuus, nöyryytys tai muistisairaana turhautuminen. Hahmottamiseen ja ymmärtämiseen liittyvät vaikeudet voivat olla pelon taustalla. Muistisairaana äkkipikainen luonne altistaa myös katastrofireaktioille oletettavasti enemmän kuin rauhallisemman henkilön,

mutta toki dementoivalla sairaudella on osasyynsä myös siihen. (Aejmelaeus ym. 2008, 237.)

5.2.4 Seksuaalinen levottomuus

Seksuaalinen levottomuus on yleistä erityisesti Lewyn kappale-taudissa ja frontaalisisissa demensioissa. Siihen saattavat liittyä seksuaaliväritteiset puheet ja ehdotukset. Epäasialliseen seksuaaliseen käyttäytymiseen syinä voivat olla muistisairaana läheisyyden puute, puolison ikävöinti, emotionaalisen tuen puute tai muistisairaana seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin huomiotta jättäminen. Taus-talla voivat myös olla somaattiset syyt, kuten kiputilat, erittämisen tarpeet, intiimialueen kutinat ja iho-ongelmat ja virtsatie-infektiot. Myös erilaiset pelkotilat voivat ilmetä hyperseksuaalisena käyttäytymisenä. (Vallejo Medina ym. 2007, 292.)

5.2.5 Huutelu

Huutelu on yleistä Alzheimerin taudin loppuvaiheessa. ”Apua”- huudot kertovat muistisairaana kykenemättömyydestä kertoa mihin hän apua tarvitsee. Yleensä muistisairas henkilö rauhoittuu pelkästään hoitajan läsnäolosta, vaikka hän ei varsinaisesti mitään apua tarvitsekaan. ”Päästä” huudot liittyvät usein todellisiin si-dottuna olemisen kokemuksiin muistisairaana menneisyydessä. (Vallejo Medina ym. 2007, 284.)

Reetta Saarnion, Arja Isolan & Ulla Mustosen (2011, 50) dementoituvan vanhuksen haasteellista käyttäytymistä käsittelevän tutkimuksen mukaan yleisimpiä haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuotoja todettiin olevan vanhuksen aggressiivinen käyttäytyminen, vanhuksen sisäinen levottomuus, vanhuksen muita osaston vanhuksia häiritsevä levottomuus ja vanhuksen itseään vahingoittava käyttäytyminen. Haasteelliseksi tilanteiksi koettiin yleiset lääke- ja perushoitotilanteet, jolloin vanhus vastustelee hoitajan toimintaa (Saarnio & Isola 2010, 331).

5.3 Käyttöoireita aiheuttavia syitä ja ilmenemismuotoja

Mistä erilaiset käyttöoireet johtuvat ja millaiset tekijät yleisesti laukaisevat niiden ilmaantumisen? Käyttöoireet ovat moninaisia ja käyttöoireisiin ei ole yleensä selitettävissä yleisesti vain yhtä syytä. Muistisairas ihminen käyttää itseilmaisussaan ja toiminnassaan olemassa olevia kykyjään ja pyrkii elämään itsensä näköistä elämää. Tärkeää olisi ymmärtää kognitiivisten muutosten vaikutukset käyttäytymiseen ja muistisairaahan toimintaan ja myös pyrkiä välttämään kognitiivisten oireiden leimaamista käyttöoireiksi. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2009, 233; Hallikainen 2014, 44.)

Eloniemi & Savikko ovat teoksessaan (2008, 120) kuvanneet erilaisia selityksiä käyttöoireille. Oireisiin vaikuttavat tekijät on jaettu eri alueisiin: Muistisairauteen liittyvät neurokemialliset ja patologiset muutokset, fyysiset tekijät, henkilökohtaiset tekijät johon kuuluvat persoonallisuus ja elämänhistoria, vuorovaikutukselliset tekijät ja ympäristöön liittyvät tekijät.

Käyttöoireiden syitä pohtiessa olisi hyvä lähteä selvittämään tärkeimpinä seikkoina, onko muistisairaalla joitakin fyysisiä vaivoja, jotka aiheuttavat oireita esimerkiksi kipua, ulostus- ja virtsaavaiva, huono ravitsemus tai kuumuuden tai palelemisen tunteita. Lisäksi olisi hyvä ottaa huomioon lääkitys, niiden haittavaikutukset, mahdolliset infektiot tai muut sairaudet sekä aistien toimivuus kuten kuulo ja näkö. Henkilökohtaisista tekijöistä esimerkiksi aiemmat todetut persoonallisuushäiriöt ja psyykkiset häiriöt altistavat käyttöoireille. Lisäksi olisi hyvä huomioida muistisairaahan elämänhistoriaa. Muistisairaalla saattaa olla esimerkiksi entisen ammattin myötä syntyviä oireita. Entinen hevostmies saattaa olla huolissaan ruokkimattomista eläimistään ja kuljeskella yöllä käytävillä. Käyttöoireiden todennäköisyyttä lisäävät myös vuorovaikutukselliset tekijät, kuten hoitajien asenteet ja ympäristön tuomat tekijät esimerkiksi meluisuus, liiallinen ärsykkeiden määrä, rauhattomuus sekä kireys ja negatiiviset asenteet hoitopaikassa. Ympäristön merkityksiä on hyvä pyrkiä ymmärtämään potilaan näkökulmasta. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118–119; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 238.)

Muistisairaahan hoitotyössä on hyvä muistaa, että kaikki käytösoireet eivät välttämättä tule esimerkiksi epämukavasta olost, turvattomuuden tunteesta tai vuorovaikutuksesta. Osin käytösoireet syntyvät kognitiivisten häiriöiden pohjalta, kuten virhetulkinnat. Virhetulkinnat ovat häiriö, joka helposti voidaan sekoittaa harhoihin. Agnosian oireita saaneella muistisairaalla on vaikeus tunnistaa esineitä tai tulkita asioita. Esimerkiksi muistisairas ei tunnista tuttuja läheisiään ollenkaan tai pojasta saattaa tulla isä. Televisiosta näkyvät ihmiset saatetaan nähdä omassa kodissa olevina vieraina tai peilistä näkyvää henkilöä ei tunnisteta omaksi peilikuvaksi ja sille keskustellaan. Hahmottamisen häiriöihin voidaan vaikuttaa useimmiten ympäristön muokkaamisella. (Sulkava & Elonemi-Sulkava 2008, 105; Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 50.)

Muistisairas ihminen viestii tarpeitaan, tunteitaan ja toiveitaan omilla keinoillaan. Muistisairaalla on usein erilaisia toimintatapoja, yksilöllisiä selviytymisstrategioita, jotka voivat aiheuttaa hankaluuksia. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 235–236.) Ulkopuolisen näkökulmasta oireet nähdään häiritsevänä käyttäytymisenä, aggressiivisuutena tai yhteistyöhaluttomuutena. Hoitotilanteissa aggressiivisesti käyttäytyvä muistisairas pyrkii suojaamaan reviiriään (Aejmelaus ym. 2008, 228). Käyttäytymisen muutokset siis ovat muistisairaahan keinoja ilmaista olotilaa tai tilannetta mikä sillä hetkellä on. Fyysinen pahoinvointi, somaattinen ongelma saatetaan ilmaista esimerkiksi levottomuutena tai ärtyisyytenä. Epäluuloisuus, mustasukkaisuus tai toisto-oireet saattavat juontaa turvattomuuden tunteesta ja elämönhallinnan heikkenemisestä. Loukkaantumisen tunne saattaa ilmetä huutamisena. Ihminen voi suuttumuksellaan puolustaa murentunutta itsetuntoaan ja pelon ja huolen tunteet voivat näkyä haluna lähteä kotiin. Käytösoireista kärsivää ihmistä voidaan nykyistä paremmin hoitaa ja myös todennäköisesti ehkäistä käytösoireiden syntyä, kun muistisairaahan ihmisen hoitotyö perustuu mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 235–236.)

Käytösoireita voidaan siis selvittää erilaisista lähtökohdista. Hyvä olisi pyrkiä muistisairaahan hyvään elämänlaatuun ja hyvinvointiin, käytösoireiden lievittämiseen ja toimintakyvyn tukemiseen.

6 KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

Käyttösoireisen muistisairaana asianmukainen kohtaaminen, vuorovaikutus ja kanssakäyminen ovat osa muistisairaana hyvää hoitoa. Kohtaamisen perustana voidaan pitää samaa kuin ihmisten välisen kohtaamisen yleensäkin: toisen arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamuksen saavuttaminen (Mönkäre 2014, 85). Kun muistisairas ei kykene ilmaisemaan itseään ymmärrettävästi tai hänen ilmaisemiaan tarpeita ei ymmärretä, muistisairaana kohtaaminen voi tuntua haasteelliselta. Pelkästään hyvistä vuorovaikutustaidoista ei ole aina tukea työntekijälle tilanteessa, jos muistisairas on mm. levoton tai hänellä on sekavuutta. Kohtaamiseen tarvitaan tietoa ja taitoa. Levottomuus, tunteiden ilmaisun avoimuus ja kommunikaatiovaikeudet voivat olla hankalia kohdata, jos ymmärrystä oireistoista ja niiden vaikutuksista elämään ei ole (Muistiliitto, 2016).

6.1 Käyttösoireisen muistisairaana hyvän kohtaamisen tekijöitä

Kunnioittaminen, luottamuksen saavuttaminen ja arvostaminen kuuluvat kohtaamisen peruseriaatteisiin. Mm. Välittäminen, toisen kuuleminen, empatia, kärsivällisyys ja läheisyyden ja etäisyyden säätely sisältyvät peruseriaatteisiin. (Mönkäre 2014, 86.)

Kunnioittaminen merkitsee toisen elämäkokemuksen huomioon ottamista, hyväksymistä ja kuuntelemista. Vaikka muistisairaana avuntarve sairauden edetessä kasvaa suureksi, itsekunnioituksen säilyttäminen on tärkeää. Itsekunnioitusta tukee kunnioittava kohtelu. Fyysisen ja psyykkisen oman alueen loukkaamattomuus sekä koskemattomuus sisältyvät myös kunnioittavaan kohtaamiseen. (Mönkäre 2014, 86.)

Luottamus merkitsee sitä, että luotettavana pidetty henkilö ei vahingoita tai aiheuta pettymystä. Empatia, toisen ihmisen asemaan asettuminen rakentaa luottamusta. Kiireetön kohtaaminen ja ymmärtävä suhtautuminen ovat osa luottamusta. Saattaa olla vaiheita, jolloin luottamus täytyy saavuttaa yhä uudelleen muistisairaana edetessä, jopa päivittäin tai useita kertoja päivässä. Muistisairaana muuttuva vointi

edellyttää mukautumista hoitavalta henkilöltä luottamuksen saavuttamiseen ja säilyttämiseen. (Mönkäre 2014, 87; TunteVa-opas 2012, 24.)

Arvostaminen merkitsee ihmisarvon kunnioittamista. Siihen kuuluu mielipiteiden ja toiveiden kysyminen ja niiden huomioon ottaminen. Arvosta muistisairaana kokemuksia asioista ja yritä ymmärtää. Vaikka ei niitä ymmärtäisi, hänen näkemyksiään voi silti kunnioittaa. (TunteVa-opas, 2012, 24; Mönkäre 2014, 87.)

6.2 Ymmärtäminen ja turvallisuus kohtaamisessa

Käyttösoireisen muistisairaana kohtaamiseen tarvitaan ymmärrystä millaista elämä on muistisairaana ja millaisia tunteita muistisairas käy oireineen lävitse. Jokaisella ihmisellä on tarve tulla huomioiduksi, nähdyksi ja kuulluksi (TunteVa-opas 2012, 22). Kun kuunnellaan potilaan sanattomia ja sanallisia viestejä, kysytään hänen toiveitaan ja tarpeitaan, voidaan muistisairaana tilannetta ymmärtää mahdollisimman hyvin. Riittävä teoreettinen tieto käyttäytymisen muutoksista ja mahdollisuuksista auttaa hoitajaa ja rauhallinen sekä lämmin suhtautuminen ovat ymmärtävän suhtautumisen keinoja. Hoitaja voi erilaisilla keinoilla viestittää turvallisuutta ja hyväksyntää. Keinoja ovat mm. turvallisuuden luominen, tutut laulut ja lorut tai harmiton tilanteeseen sopiva huumori. (Mönkäre 2014, 88.)

Hoitaja voi vaikuttaa muistisairaana käyttösoireisiin omalla toiminnallaan. Ymmärrys siitä, että muistisairaalla on oikeus osoittaa tunteitaan, salliva asenne sekä lähellä oleminen ja keskusteleminen voivat rauhoittaa muistisairaana käyttösoireita. Tärkeää on antaa myös aikaa, pyrkiä kiireettömään hetkeen tai pyrkiä kääntämään huomio toiseen asiaan. Silloin hoitaja viestittää turvallisuudellaan. Omalla toiminnallaan hoitaja voi luoda mukavaa tunnelmaa. Olisi hyvä jos löytyy sellainen kohtaamistapa, johon muistisairas kykenee osallistumaan ja jossa hän kokee onnistumista ja turvallisuutta. (Kan & Pohjola 2013, 201; Mönkäre 2014, 88.)

6.3 Elämänhistorian tuntemisen merkitys hoidossa

Muistisairaana elämänhistorian ja peruspersoonallisuuden tunteminen auttaa arvioimaan tapahtumia ja tilanteita dementoituneen ihmisen lähtökohdista. Muistisairaana tunteminen antaa tukea hoitajalle ja vuorovaikutus saattaa olla mielekkääm-

pää. Lisäksi elämänhistorian tiedot voivat auttaa löytämään hoitomenetelmiä, jotka ovat yksilölle sopivia. Myös omaisten kanssa keskustelut ovat tärkeitä avaimia ihmisen henkilökohtaisen ja kulttuurisen taustan ymmärtämiseen. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 121–122.) Omaiselta ja potilaalta saatu elämänkulku tieto antaa eväitä muisteluun ja siten psyykkistä hyvinvointia tukevaan käyttöön (Käypä hoito 2010). Omahoitajuus voisi olla käytösoireisen muistisairaana hoidossa tärkeä tekijä. Sairaanhoidaja-lehdessä haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristöä käsittelevän artikkelin (2008, 18) mukaan haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan hoidossa omahoitajasuhde on hoitotyön peruselementti. Omahoitajat tutustuvat asukkaan tapoihin, tottumuksiin ja elämänkertaan. Asukkaan elämänhistorian tunteminen on helpottanut luopumista tehtäväkeskeisistä rutiineista, asukkaalle merkityksellisistä asioista puhutaan asukkaan kanssa ja tämä on rauhoittanut hoitotilanteita. Se auttaa asiakasta keskittymään ja se on poistanut aggressiivisuutta sekä levottomuutta. (Sairaanhoidaja 2008.)

6.4 Hoitajien ammatillisuus ja koulutuksen tärkeys

Kun muistisairas ei enää entisellä tavalla kykene ymmärtämään toisen tarkoituksia ja ilmaisemaan itseään, kohtaamisen ja kohtelun merkitys vuorovaikutuksessa kasvaa. Yhä tärkeimpänä lähestymistapana näyttäytyy henkilöstön kouluttaminen ja tukeminen muistisairaana yksilöllisessä hoitamisessa. (Koponen & Saarela 2010, 486.) Käytösoireisen muistisairaana asianmukainen kohtaaminen edellyttää ammatillista taitoa ja kokemusta. Tutkimuksessa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta on todettu, (2010, 329) että hoitajan ammatillinen toimintatapa on osa onnistunutta kohtaamista. Hoitajan persoonan käyttö käytösoireisen muistisairaana kohtaamisessa on merkityksellistä. Hoitajan persoonallisuuden hyödyntäminen, positiivinen elämänsäsenne, luovuus ja huumorin käyttö ovat haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen onnistuneen kohtaamisen yksi tekijä. Huumorilla ja luovuudella saattaa löytyä ratkaisuja haasteellisiin tilanteisiin. (Saarnio & Isola 2010, 328–330.)

Hoitohenkilökunnan tukeminen ja perus- ja täydennyskoulutus parantavat muistipotilaisiin suhtautumista ja hoitajien työhyvinvointia sekä antaa eväitä hoitotyön laadun parantamiseen. Koulutus auttaa potilaslähtöiseen ajatteluun ja kehittää

kommunikointitaitoja. Koulutuksen tulee sisältää käytännön hoitotyössä tapahtuvaa ohjausta tai vertaistukea ja antaa ohjeita käytösoiretilanteisiin. (Käypä hoito 2010.)

7 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISESSA

Hoitajan vuorovaikutus on tärkein elementti muistisairaahan kohtaamisessa. Jos mielekästä toimintaa on hankala järjestää tai ympäristön tuomat tilanteet ovat akuutisti poikkeukselliset, silloin hoitajan vuorovaikutus on muistisairaahan hoidossa merkittävin tekijä hyvälle hoidolle. Muistisairaalle ihmiselle on tärkeämpää vuorovaikutuksen laatu kuin virikkeiden määrä (TunteVa-opas 2012, 18).

Kan & Pohjola teoksessaan (2013, 202) toteavat, että ymmärtäminen on kommunikoinnin lähtökohtana. Kun toimitaan lähinnä hoitajan ehdoilla ja ei ymmärretä muistisairaahan näkökulmaa, silloin kohtaamisvaikeudet useimmiten syntyvät. Hoitajan ammatillinen tieto muistisairaudesta aiheuttamista muutoksista auttaa ymmärtämään haasteellisia vuorovaikutuksellisia tilanteita. (Vallejo Medina ym. 2007, 285.) Hoitotyöntekijöiden on hyvä hallita emotionaalisia ja käytännöllisiä taitoja muistisairaiden hoitotyössä. Muistisairaahan yksilön käyttäytymisestä johtuvien syiden ja tarpeiden tunnistaminen edellyttää hoitajalta herkkyyttä ja myötätuntoa. (Jenkins & McKay 2013, 56.)

Muistisairaahan omanarvontunnetta heikentävät usein fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja epäonnistumisen tunne, joka saattaa aikaan henkisten kykyjen heikkeneminen. Omanarvontunnetta tukevat myönteiset palautteet sekä kommentit. Silloin muistisairas kokee onnistumisen tunteita. Omanarvontunnetta tukevat myös hoitajan mielipiteitä ja lupaa kysyvä sekä arvostava asennoituminen. Esimerkiksi hoitotilanteissa kysymys: ”Sopisiko?” viestittää, että hoitaja antaa muistisairaalle henkistä tilaa. (Kan & Pohjola 2013, 204–205; Aejmelauus ym. 2008, 228.)

Sanattomalla viestinnällä vuorovaikutuksessa on suuri merkitys. Sanattomaan viestinnän keinot mm. kasvojen ilmeet, kehon asennot, pään liikkeet ja katsekontakti ovat tärkeimpiä vuorovaikutuksen välineitä. Ne antavat tukea verbaaliseen viestintään. Kun yksilön kognitiiviset taidot vähenevät, sanattomasta viestinnästä tulee vielä merkittävämpää. Hoitajan rauhallisuus vuorovaikutuksessa kuuluu myös osana sanattomaan viestintään. Siihen kuuluu niin hoitajan rauhallinen käyttäytyminen, kuin rauhallinen puhetapa. Puheäänien voimakkuudet ja painotukset vaikuttavat vuorovaikutuksen ilmapiiriin. Selkeä ja kiireetön puhe sekä katsekon-

takti luovat myönteistä kohtaamista. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 316; Jenkins & McKay 2013, 53.)

On hyödyllistä tutustua omaan tapaamme viestiä sanattomasti. Erilaisissa tilanteissa kannattaa havainnoida itseään ja miettiä, mitkä ovat itselle tyypillisiä ilmaisutapoja. Onko puheääni voimakas vai hiljainen? Onko tapani toimia kiireinen vai rauhallinen? Yhteisen kielen voi löytää muistisairaankin kanssa silloinkin, kun sanoja ei enää ole. Kun sanoista, lauseista ja puheesta katoaa merkitys, tapahtuu kohtaaminen muilla keinoilla: hymyllä, katseella, hiljaa olemalla, läheisyydellä ja kosketuksella. (Burakoff & Haapala 2013.)

Kuvioon 2 tekijät ovat laatineet koosteen hyvän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tekijöistä.

Hyvän kohtaamisen tekijöitä	Hyvän vuorovaikutuksen tekijöitä
Kunnioittaminen	Empaattisuus
Turvallisuus	Rauhallisuus
Rauhallisuus	Ymmärtäminen
Kiireettömyys	Yksilöllisyys
Arvostaminen	Ajan antaminen
Luottamus	Ei vaadita-vältetään pakottamista
Yksilöllisyys	Positiivinen viestintä
Elämähistorian tunteminen	Katsekontakti
Itsemääräämisoikeus	Kuunteleminen
Koulutus/ammattitaito	Huumori
Oman persoonan käyttäminen	Luovuus
	Identiteetin tukeminen
	Tarpeiden huomioiminen
	Selkeä puhe, yksinkertainen ohjeistus
	Sanaton viestintä, ilmeet ja eleet

Kuvio 2. Käyttösoireisen muistisairaahan hyvän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tekijöitä.

8 MIELEKÄS TOIMINTA MUISTISAIRAAN HOIDOSSA

Muistisairaahan käytösoireet saattavat toisinaan ilmetä hyvin toiminnallisina, joka voi johtua mm. muistisairaahan persoonallisuudesta tai elämänhistoriasta. Muistisairas saattaa kuljeskella ympäriinsä tai keräillä tavaroita. Esimerkiksi levottomuuden syynä saattaa olla fyysinen tai psyykinen huonovointisuus, mutta se voi myös olla mielekäs keino laukaista stressiä. Levottomuuden syy olisi kuitenkin hyvä selvittää, missä tilanteissa ja milloin sitä esiintyy. Se vaatii tilanekartoitusta ja muistisairaahan taustan tuntemista. Jotta muistisairas voi purkaa ahdistustaan, on tärkeää sallia puuhastelu ja liikkuminen. Silloin huolehtiminen fyysisestä turvallisuudesta on tärkeää. (Kan & Pohjola 2013, 225; Sulkava ym.1999, 34.)

Käytösoireiden esiintymisen ehkäisyyn ja lievittämiseen voidaan käyttää virikkeellisen toiminnan keinoja. Usein käytännön puuhastelu eri tavoin saattaa rauhoittaa muistisairasta ja tuoda hyvänolon tunteita. Kuten Ulla Eloniemi-Sulkava tutkimuksessaan (2010) toteaa, virikkeitä painottavien hoitomuotojen tavoitteena on mielihyvän kokemusten tuottaminen esimerkiksi toiminnallisilla menetelmillä, laululla, tanssilla ja lemmikkieläimillä. Mielekäs tekeminen ja sosiaalisesti merkityksellinen elämänrytmi tuovat sisältöä elämään ja kuuluvat hyvään arkeen. Säännöllinen toimintatuokioiden toteutus pitää yllä vireyttä ja tukee normaalia uni-valverytmiä. (Kelo, Launiemi, Takalauoma & Tiittanen, 2015, 220.)

Toiminnallisia keinoja käytösoireiden ehkäisyyn tai lievittämiseen on monenlaisia. Toiminnan kehittämistä ja järjestämistä on kuitenkin hyvä lähteä aloittamaan muistisairaiden yksilöllisistä tarpeista, mm. ihmisen tausta ja toimintakyky huomioiden. Esimerkiksi apraksiaa ilmenevällä muistisairaalla toimintakykyä voitaisiin tukea maalaamalla tai piirtämällä. Toimiviksi todettuja yleisesti toiminnallisia tuokioita ovat olleet mm. musiikin kuuntelu, laulaminen, leipominen, askarteleminen ja käsitöiden tekeminen, pelaaminen, hieronta- ja rentoutushetket tai ulkopuolisen tahon toteuttamat tapahtumat. (Sairaanhoitaja 2008, 17–18.) Lisäksi muistisairaahan yksilöllisiä vanhojen asioiden muistelutuokioita, ulkoilua sekä tanssia ja laulua ovat hoitajat kertoneet käyttävänsä toiminnallisina virikkeinä haasteellisissa tilanteissa. ”Järkevän” tekemisen merkitystä on myös korostettu. Hoita-

jat antoivat esimerkkeinä vanhuksen ottamisen mukaan pihatöihin, ruuanlaittoon ja siivoamiseen. (Saarnio & Isola 2010, 329.)

Ulkoilu pitää yllä toimintakykyä ja yleistä hyvinvointia. Sisätiloissa kuin ulkonaakin, on hyvä huomioida esteettömyys ja turvallisuus liikkumiseen. Esteetön piha-alue selkeillä kulkureiteillä mahdollistaa itsenäisemmän liikkumisen ja piha-alueen viihtyvyys esimerkiksi puutarhan kasvit ja istutukset houkuttavat ulkoilemaan. (Suomen muistisiantuntijat 2013–2017.)

Ulkoilu luonnon keskellä rauhoittavat mieltä ja lievittävät stressiä. Luonnolla saattaa olla muistisairaalle terapeutin vaikutus. Luonnosta tulevat erilaiset äänet ja tuoksut herättelevät aisteja ja raikas ilma saattaa auttaa nukkumaan paremmin. Luonnosta saatavat elementit aisteille esimerkiksi kukkien tuoksut saattavat myös tuoda mieleen hyviä muistoja. (Suomen muistiasiantuntijat 2013–2017; Peltonen 2013.)

Luovuutta voi käyttää katsellen ja kuunnellen, ryhmässä tehden tai itsekseen. Onnistunut ryhmän toiminta edellyttää yleensä ryhmän ohjaajaa tai vetäjää ja yhteisten pelisääntöjen sopimista. (Mönkäre & Semi 2014, 122.)

8.1 Muistisairaahan fyysinen toimintakyky ja ravitseminen

Muistisairaahan toimintakyky on heikentynyt niin kognitiivisilta taidoilta kuin fyysisiltäkin osilta mm. iän tuomien muutosten vuoksi. Jäljellä olevia voimavaroja ja toimintakykyä tulisi tukea muistisairasta kannustamalla toimimaan itse kaikissa niissä asioissa joihin hän pystyy (Sairaanhoitaja 2008, 18).

Liikkuminen virkistää niin kehoa kuin mieltäkin. Liikkumista voi harjoittaa niin sisällä kuin ulkonaakin. Lihastasapainoharjoittelulla ja tasapainoharjoittelulla ehkäistään esimerkiksi kaatumistapaturmia ja edistetään liikkumisen turvallisuutta. Lisäksi liikkuminen ja liikunta vähentävät ahdistusta, aggressiivisuutta ja toimettomuutta. (Forder 2014, 108–109.)

Fyysinen aktiivisuus sekä hyvä ravitsemustila on muistisairaille yhtä tarpeellista ja osa hyvää hoitoa. Riittävä proteiinien ja energian saanti korostuu muistisairau-

den edetessä ja mahdollisten käyttäytymisen muutosten lisääntyessä. Runsaasti liikkuvan, aktiivisen tai levottoman muistisairaahan energiantarve voi olla suuri. Silloin on tärkeää pitää huolta riittävästä energian saannista. Pienten annosten nauttiminen sopivan usein on paras tapa. Lähes kaikkiin muistisairauksiin liittyy tahatonta painonlaskua, joten painon seuraaminen on tärkeää. Myös riittävästä nesteestä on hyvä huolehtia. Lyhyessäkin ajassa saattaa muistisairaalle kehittyä nestevajaus. (Suominen 2014, 243–244.)

9 YMPÄRISTÖ KÄYTÖSOIREIDEN HOIDOSSA

Käyttösoireen syy tai sen laukaissut tekijä voidaan usein löytää ympäristöstä. Hoitoympäristö, joka on helppokäyttöinen ja tarkoituksenmukainen tukee tilanteiden hallintaa ja asukkaan omaa selviytymistä. Hoitoympäristön virikkeiden määrä ja turvallisuus on osa hyvää hoitoa. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristöä käsittelevässä artikkelissa (2008, 17) todetaan, että ympäristöllä on tärkeä vaikutus hyvinvointiin. Hyvä fyysinen hoitoympäristö on turvallinen, kodinomainen ja viihtyisä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä ympäristön hahmottamisen helppouteen, hyvään valaistukseen ja turvalliseen liikkumiseen. Sisustusmateriaaleissa on huomioitu kaiuttomuus, on käytetty lämpimiä ja maanläheisiä värisävyjä ja tilat ovat valoisia ja avaria. Huomiota on kiinnitetty myös turvallisuuteen. Esimerkiksi turvallisen liikkumisen mahdollistaa osastolla dementia-ranneke, joka sulkee ulko-oven kun asukas kävelee sen ohi, pattereissa on suojana kehikot ja televisio on kiinnitetty pulteilla tv-pöytään. (Sairaanhoitaja 2008, 17.) Optimaalisella ympäristöllä sallitaan muistisairaahan liikkuminen ja vältetään rajoittamista. Tärkeää on huomioida myös esteettömyys, mutta tarvittaessa tilat voitaisiin lukita, joihin ei toivota asukkaiden menevän. Salliva sekä turvallinen ympäristö tukee toimintakykyä ja ehkäisee käyttösoireita. (Kan & Pohjola 2013, 222.)

Ympäristön muokkaamisella voidaan ennaltaehkäistä tai vähentää käyttösoireiden syntymistä. Saarnion & Isolan artikkelin (2010, 329) mukaan kaikki vanhusta häiritsevät tai pelottavat asiat poistettiin, kun ympäristö muokattiin järjestämällä lähiympäristö siistiksi ja rauhalliseksi. Esimerkiksi aiemmin tässä työssä mainittu television äänekkyyys tai siitä näkyvät ihmiset saattavat hahmottamisen häiriön (agnosian) vuoksi aiheuttaa muistisairaalle myös pelokkuutta. Television sijoittaminen syrjäisempään tilaan tila rauhoittuu, ja näin agnosian tuottama pelko vähenee. Käyttösoireita saattavat lisätä peileistä heijastuvat kuvat. Niiden sijoittamista neutraaliin paikkaan tai jopa poistamista suositellaan harkitsemaan. Peilejä tulisi olla vain eteis- tai aulatiloiissa ja kylpytiloissa. Tutussakin ympäristössä muistisairas saattaa eksyä. Selviytymistä tukevat ympäristön maamerkit, riittävä valaistus ja sopivat värikontrastit. Esimerkiksi yöksi jätetty WC:n valo on suunnan näyttäjä tai ympäristöstä poikkeava väri WC-istuinrenkaassa tai tuolin istuintyynyssä

helpottaa hahmottamista ja siten istuutumista. (Koponen & Saarela 2010, 490; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 105–106.)

Käytösoireet ovat yleensä vähäisempiä turvallisessa ja tutussa ympäristössä. Tutukin ympäristö toisaalta voi aiheuttaa eksyksissä oloa, tuntua vieraalta ja aiheuttaa harhaluuloja muistuttavia pelkoja. On havaittu, että muistipotilaat ovat kodin-omaisessa laitosympäristössä verbaalisesti ja motorisesti rauhallisempia, kuin perinteisissä laitoksissa. Sekavaa ”touhuilua” saattavat ehkäistä omat tutut esineet tai huonekalut tai pukeutuminen omiin vaatteisiin. (Koponen & Saarela 2010, 490.) Omassa huoneessaan touhuilu omien tavaroiden kanssa on tärkeää. Se tuo mielihyvää ja auttaa purkamaan itsensä toteuttamisen tarpeita. Onkin hyvä olla hoitopaikassa kohteita, joissa voi puuhailla muita häiritsemättä. Asuinpaikka, jossa voi elää omassa tahdissaan, toteuttaa itseään ja saa elää suojassa maailman pahuudelta, tuntuu kodilta. Turvallisuus syntyy tuttuudesta, jatkuvuudesta ja muuttumattomuudesta. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 103–104.)

10 OPINÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Tekijät laativat toiminnallisena työnä oppaan asumispalveluyksikön henkilökunnalle. Opinnäytetyöhön haettiin tietoa kirjallisuudesta ja internetistä, tutkimuksia tietokannoista, kuten Google Scholarista, Cinahlista ja eri yliopistojen verkkosivuilta. Lisäksi haettiin manuaalisesti artikkeleja ja katsauksia erilaisista hoitoalan lehdistä, kuten Hoitotieteen, Gerontologian ja Sairaanhoidaja-lehdistä.

Opinnäytetyön aihetta tekijät lähtivät pohtimaan seikoista, jotka kiinnostivat teki-
jöitä eniten, ja jonka molemmat tekijät näkivät olevan lähimpänä omaa osaamis-
taan. Tekijöillä on aiheesta aikaisempaa kokemusta ja tietopohjaa. Tekijät ovat
työskennelleet vuosien ajan muistisairaiden parissa ja havainneet, että muistisai-
raus itsessään on monitahoinen sairaus ja käytösoireet yhtenä tekijänä sairaudessa
tuovat omat haasteensa hoitotyölle ja sen toteuttamiselle.

Asumispalveluyksikössä hoidetaan eritasoisia muistisairaita. Opinnäytetyön aihe
nähtiin tarpeelliseksi avuksi käytäntöön muistisairaiden parissa työskenteleville.
Asumispalveluyksikköön työn tilaaja näki tarpeelliseksi tuottaa opinnäytetyön
pohjalta oppaan hoitohenkilökunnalle. Opas auttaisi henkilökuntaa ja siinä maini-
tut keinot parantaisivat muistisairaana elämänlaatua ja hyvinvointia. Työn tilaajan
kanssa käytiin tapaaminen huhtikuussa 2016. Tapaamisessa neuvoteltiin millaisiin
tarpeisiin työ tehdään, työn aiheesta ja sen tarkemmasta sisällöstä. Tapaamisesta
kirjoitettiin muistiinpanot ja kooste työn tekemisen rungoiksi.

10.1 Tapaaminen osastonhoitajan kanssa

Tekijät tapasivat osastonhoitajaa opinnäytetyön tiimoilta. Tarkoituksena oli selvit-
tää, mitä tilaaja haluaa opaslehtisen sisältävän ja millaisia odotuksia ja toiveita
hänellä on oppaan sisällön suhteen.

Tapaamisessa osastonhoitaja totesi, että opaslehtinen on tärkeää saada hoitohenki-
lökunnan saataville organisaatorakenteiden ja vanhustyön muutosten vuoksi. Hän
totesi aiheen olevan ajankohtainen juuri siksi, koska muistisairaudet ovat suurin

osasy siihen, miksi ikäihmiset tulevat tehostettuun palveluasumiseen. Käyttösoireet ovat iso haaste hoitotyölle ja se vaatii ammattimaista otetta ja jaksamista monin verroin. Se uuvuttaa hoitohenkilökuntaa ja saattaa jopa johtaa asukkaiden väliin ristiriitoihin.

Tapaamisessa osastonhoitaja toivoi, että oppaassa käsiteltäisiin mm. muistisairaana henkilön hyvän kohtaamisen lähtökohtia, ja keinoja vaikuttaa käyttösoireisiin. Myös mielekkään toiminnan järjestäminen ja ympäristön merkityksen huomioon ottaminen olisi hyvä huomioida hoitotyössä. Käyttösoireisen henkilön toimintakykyä ylläpitävä hoito ja omien voimavarojen tukeminen on myös ajankohtainen aihe. Hän totesi että muistisairaana henkilön hoitamiseen tarvitaan enemmän aikaa verrattuna hoitotyöhön, jossa ei ilmene käyttösoireita. Hoitajan ammattitaito ja aito läsnäolo ja välittäminen korostuvat käyttösoireisen henkilön hoidossa, ja on tärkeää että hoitaja ymmärtää käyttösoireiden taustat, jotta voi kokonaisvaltaisesti vaikuttaa henkilön hyvinvointiin.

Henkilökunnalle tästä oppaasta toivotaan olevan hyötyä jokapäiväisessä työssä. Oppaan tarkoituksena on luoda mahdollisuus oppia uutta ja saada uusia oivalluksia käyttösoireista sekä konkreettisella sekä eettisellä tasolla. Opas tullaan liittämään organisaation perehdytyskansioon ja voidaan mahdollisuuksien mukaan hyödyntää myös muille sitä tarvitsijoille.

10.2 Projektin suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön työsuunnitelma laadittiin touko-kesäkuun 2016 aikana. Työn tarkempaa sisältöä ja oppaan runkoa suunniteltiin syksyn 2016 aikana. Tekijät jakivat työn kirjoittamista, jotta sitä voisi kirjoittaa riippumatta tekijöiden aikataulullisista eroista. Yhtenä uhkana tekijät kokivatkin yhteisen ajan puutteen opinnäytetyön tekemiseen. Heikkoudeksi tekijät eniten näkivät suunnittelussa ja kirjoittamisessa aiheen rajaamisen. Sen, että työssä olisi enimmäkseen otsikkoa noudattavaa sisältöä. Lisäksi haastetta toi vuorovaikutuksen osuus aiheen laajuudesta johtuen. Opinnäytetyön ja oppaan lopullinen tuottaminen toteutettiin talven 2016–2017 aikana.

Toiminnallisena opinnäytetyönä tuotettiin opas. Tekijöiden ja työn tilaajan näkökulmasta opas oli käytännöllisin keino tuoda tietoa henkilökunnalle ja sitä on mahdollista käyttää useamman kerran. Tekijät näkivät kannattavammaksi kirjoittaa ensin opinnäytetyötä, jotta oppaan sisältöä voitaisiin suunnitella opinnäytetyön pohjalta.

Oppaan sisältöä suunniteltiin loppuvuodesta 2016. Tekijät kävivät neuvotteluja oppaan tiimoilta useamman kerran ja sitä laadittiin yhteistyössä. Oppaan sisältö pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeäksi, ja että siinä on aiheesta merkittävimmät ja keskeiset asiat. Oppaan ulkonäköä muokattiin kirjoittamisen aikana. Tekstin kokoa ja tyyliä haettiin ja kuvien asettamista pohdittiin. Opas laadittiin A5-kokoisena tiivistettynä sisältäen koosteet muistisairauksista, niiden käytösoireista ja miten erilaisin keinoin käytösoireisiin voidaan vaikuttaa. Oppaassa myös käsitellään mielekkään, virikkeellisen toiminnan keinoja ja ympäristön vaikutusta käytösoireiden hoidossa. Opas kirjoitettiin Wordilla A4- kokoisille sivuille. Kansilehdessä on mustavalkoinen kuva ja oppaan sisällöstä ja aiheesta kertova otsikko. Oppaan sisällön fonttikoko on 12, sisällön aiheet on jaettu otsikoilla ja väritys seuraa neutraalia väritystä. Kuvia haettiin internetistä ja niitä pyrittiin laittamaan hillitty määrä. Oppaan loppuun kirjoitettiin käytetyt lähteet. Tekijät välttivät esimerkiksi erilaisten värien asettamista oppaaseen, sillä sitä ei nähty merkittäväksi seikaksi. Opas tulostettiin ja taitettiin A5-kokoiseksi lehtiöksi.

10.3 Projektin arviointi

Projektin aihetta mietittiin pitkään. Tekijät kokivat, että aiheen ideoiminen vei liian kauan ja siten työn suunnitteleminen myös viivästy. Aiheen rajaamisesta saimme projektin suunnittelemisen vaiheessa hyvän kuvan. Tilaajaorganisaation yhdyshenkilönä oli osastonhoitaja. Osastonhoitaja oli apuna aiheen pohdinnassa ja rajaamisessa ja tekijät saivatkin tilaajalta lopullisen hyväksynnän aiheeseen ja projektin suunnittelemiseen. Työsuunnitelman teon vaiheessa tekijät kokivat, että projektista näyttäisi kuitenkin tulevan odotettua laajempi. Tietoa, kirjallisuutta ja tutkimuksia hakiessa ja niihin tutustuessa, näkökulma opinnäytetyön ja oppaan sisältöön laajeni ja aiheen rajaaminen siitä syystä olikin projektin tekovaiheessa haastavampaa. Tietoon tutustuessa kuitenkin myös samalla mielenkiinto projektia

kohtaan kasvoi ja aihe opetti tekijöille runsaasti. Projektin toteuttaminen eli oppaan tekeminen käytännössä toivat oman haasteensa. Se, miten tekijät toteuttavat konkreettisesti oppaan paperiversioon edellytti erityistä suunnittelemista. Projektin valmistuessa tekijät kokivat aiheen hyvin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi ja projektin tuotoksena opas oli kannattavin keino tuoda tietoa eteenpäin.

Opas tulostettiin raakaversiona työn tilaajalle koelukuun, joka arvioi oppaan sisällön ja ulkoasun. Opasta vielä muokattiin tilaajan toiveiden mukaisesti lopulliseen muotoonsa.

10.4 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on eettisyys. Niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä, eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen keskeinen. Tutkimuksen eettisyys on sitouduttu turvaamaan Suomessa Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212; Leino-Kilpi 2009, 361.)

Opinnäytetyön aihe nähtiin tarpeelliseksi muistisairaiden hoitohenkilökunnan keskuudessa tutkittua tietoa tuoden. Opas tuotettiin työn tilaajan toiveiden mukaisesti sekä se muokattiin tilaajan toimesta vielä sopivaksi. Opinnäytetyön teossa käytettyihin lähteisiin on tarkoin ja kriittisesti perehdytty ja lähteiden valinnassa on huomioitu mahdollisimman tuoreet alle 10 vuotta vanhat lähteet. Tekijät ovat pyrkineet huomioimaan lähteiden kirjoittajien asiantuntijuus aiheetta kohtaan ja opinnäytetyössä on käytetty enimmäkseen muistisairauksissa tunnettujen tutkijoiden ja tutkijaryhmien laatimia aineistoja. Tutkittua tietoa oli käytettävissä melko paljon. Pohdittavaa tekijöillä olikin valitessa mahdollisimman luotettavia tutkimuksia opinnäytetyöhön. Lähteet ovat sisällytetty opinnäytetyön tekstiin sekä työn loppuun erillisenä lähdeluettelona Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön teossa työn tilaajaa ei mainita nimeltä eikä työssä käytetä muita henkilötietoja. Tekijät tasasivat työn tuotoksesta oppaasta koituneet vähäiset kustannukset eikä oppaasta koidu käyttäjille sosiaalista, emotionaalista tai taloudellista

ta haittaa. Oppaan sisältö on tarkistettu kahteen kertaan työn tilaajalla ja näin ollen oppaan sisältöä voidaan pitää luotettavana.

10.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön aiheesta on runsaasti tietoa ja tekijät pohtivat, että aiheesta tulevaisuudessa syntyy uusia tutkimuksia. Oppaan sisältöä ajatellen se tulee mahdollisesti kehittymään. Oppaan sisältöä muutetaan ja siihen lisätään uutta samanlaisena tai toisenlaisena tuotoksena uusien tutkijoiden toimesta. Oppaan hyödyllisyydestä ja tarpeellisuudesta voidaan tehdä kyselyä sekä kartoittaa kehittämisideoita. Myös omaisten kokemuksia vuorovaikutuksesta on yksi tulevaisuuden aihe tutkimukselle.

- Onko oppaasta ollut hyötyä hoitohenkilökunnalle?
- Onko opas yleisesti käytettävä ja käytettävissä yksikössä?
- Tutkimus omaisten kokemuksia hoitajan ja muistisairaana vuorovaikutuksesta.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto K-R. & Pohjola L. 2008. Erikoistu Vanhustyöhön. 1-2 painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit OY.

Burakoff, K. & Haapala, P. 2013. Kohdaten. Opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. OIVALLA vuorovaikutuksen hanke 2009–2012. Viitattu 3.3.2017.

<http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf>

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttöoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 232–243. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käyttöoireet: hoidon haaste. Teoksessa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen, 118–126. Toim. Hartikainen, S & Lönnroos, E. Helsinki. Edita Prima.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Muistisairaudet, 16–19. Erkinjuntti, T., Rinne, J & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S., Vuokila-Oikonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidaja. Vol 81, nro 1, 16–19.

Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen hyödyt. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 108–110. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia. Gerontologia. Nro 3, 314–320.

Hallikainen, M. 2014. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 44–47. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje. Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Katsaus. Viitattu 6.6.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Jenkins, C. & McKay, A. 2013. Collaborative health promotion in middle and later stages of dementia. Learning zone. Nursing standard. Viitattu 11.2.2017. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c7a3ea6-1b6f-492f-9869-347f9cdc3533%40sessionmgr103&vid=8&hid=101>

Kan, S. & Pohjola, L. 2013. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Muistisairaudet, 485–488. Toim. Erkinjuntti, T., Rinne, J & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kotilainen, H. & Rappe, E. 2013–2017. Muistisairaahan ihmisen ympäristö kotina. Tuemme. Muistisairaiden ihmisten hyvinvoinnin edistäminen. Ympäristö. Suomen Muistiasiantuntijat. Viitattu 4.3.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=1778059738&lang=fi>

Käypä hoito. 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypä hoito-suositus. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito-työryhmä. Viitattu 9.1.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>

Käypä hoito. 2017. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri- yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 3.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY Opimateriaalit Oy.

Muistiliitto. Muistisairaudet. 2016. Viitattu 3.5.2016. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>

Muistiliitto. 2016. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. Viitattu 10.1.2017 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/>

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan kohtaamisen peruseräitä. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 86–88, 92–95. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Opetushallitus. SWOT-analyysi. Viitattu 6.6.2016. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Peltonen, S. 2013. Muistisairaahan luonnon helmassa. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Verkko-lehti. Viitattu 4.3.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=1778059738&lang=fi>

PK-RH-riskienhallinta. 2012–2017. Suomen Riskienhallintayhdistys. Nelikenttä-analyysi-SWOT. Viitattu 10.11.2016. <http://www.pk-rh.fi/index.php?page=swot>

Pk-yritysten johtamis- ja kehittämistyökalupakki. SWOT-ANALYYSI Viitattu 6.6.2016. <http://www.oamk.fi/hankkeet/pkk/pakki/nykytila2.htm>

Raminen, P. 2009. VirtuaaliAMK. Projektit. Viitattu 6.6.2016. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0407015/1109830128539/1139490687656/1155743675713/1160017661801.html>

Saarnio, R & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia*. Nro 4, 323–333.

Saarnio, R., Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituneen vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede*. Vol 23, nro 1, 46–56.

Suominen, M. 2014. Muistisairaahan ravitseminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 243–244. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. 2010. *Geriatria*. 2 uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Onko tänään eilen. *TunteVa-opas muistisairaita hoitaville*. 2012. 5-25. Toim. Pohjavirta, H. Tampere. Tampereen kaupunkilähetys RY.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö V. & Kivelä S-L. 2007. *Vanhusten Hoito*. 1-3 painos. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne P. 2001. *Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen*. 4 painos. Espoo. Novartis Finland Oy.

KÄYTÖSOIREINEN MUISTISAIRAS



OPAS PAREMPAAN

KOHTAAMISEEN

Johdanto

Muistisairaudet lisääntyvät väestön ikääntyessä. Muistisairauksiin liittyy myös käyttäytymisen muutoksia ja erilaisia käytösoireita. Käytösoireisen muistisairaahan kohtaaminen on toisinaan haasteellista. Se kuormittaa niin läheisiä kuin hoitohenkilökuntaa. Tämä opas on laadittu hoitohenkilökunnan avuksi käytösoireisen muistisairaahan kohtaamiseen. Oppaassa selvitetään yleisempiä eteneviä muistisairauksia ja niihin liittyviä käytösoireita sekä millaisia keinoja käytösoireisen muistipotilaan kohtaamiseen on olemassa. Käsittelemme oppaassa vuorovaikutuksen tapoja, ympäristön vaikutusta sekä mielekkään tekemisen ratkaisuja käytösoireisen hoidossa.

Tämän oppaan tehtävä on lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä muistisairauksien käytösoireista, tuoda parempia valmiuksia käytösoireisten kohtaamiseen ja antaa keinoja muistisairaahan laadukkaaseen hoitamiseen.

Opas on koottu tutkittua tietoa ja asianmukaista kirjallisuutta käyttäen.

Tämä opas on tarkoitettu kaikille muistisairaita hoitaville.

Tekijät: Anu Niittula ja Cindy Puls, sairaanhoitajaopiskelijat

Vaasan ammattikorkeakoulu 2017

Muistisairaudet

Alzheimerin tauti

Yleisin etenevä muistisairaus, jonka tyypillisiä oireita ovat uusien nimien muistamisen vaikeus, sovittujen asioiden unohtaminen ja esineiden hukkaaminen. Omatoimisuus heikentyy ja motoriset toiminnot vaikeutuvat sairauden edetessä.

Vaskulaarinen muistisairaus

On aivoverenkiertohäiriöstä esim. valtimotukoksesta aiheutuva muistin sairaus. Oireita ovat näkökentän ja hahmottamisen puutteellisuus sekä kävelyvaikeudet, hitaus ja kömpelyys.

Lewyn kappaletauti

Lewyn kappale tauti on nimetty lewyn kappaleista. Nimi viittaa aivokuorella hermosolujen sisäisiin patologisiin muutoksiin. Lewyn kappaleessa tyypillisiä oireita ovat jäykkyys ja ilmeettömyys, lepopapina sekä matalat ja lyhyet askeleet.

Otsa-ohimolohkorappeuma

Sairaudessa on kyse aivojen surkastuminen otsa- ja ohimolohkoissa. Oireet ilmenevät henkilön persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksina. Impulsiivisuus, aloitekyvyttömyys ja seksuaalisväritteiset puheet ja teot ovat tyypillisimpiä oireita.

Parkinsonin tauti

Kyseessä on häiriö liikkeitä säätelevien aivojen osissa, joka johtaa solujen tuhoutumiseen. Oireet muistuttavat Lewyn kappaletaudin kaltaisia oireita. Hitaus, vapina ja jäykkyys sekä tasapainovaikeudet ovat tyypillisimpiä taudin oireita. Taudin kuvaan liittyy myös vireydetason vaihtelua mm. uneliaisuutta.

Muistisairaahan käytösoireet

Muistisairaahan käytösoireet ovat monimuotoisia. Muistisairauteen liittyy kognitiivisia oireita, psykologisia oireita sekä käyttäytymisen muutoksia. Käytösoireet aiheuttavat myös muistisairaalle itselle kärsimystä. Hoidon suunnittelun ja hyvän hoitamisen vuoksi on tärkeää kyetä havainnoimaan ja tunnistamaan muistisairaahan käytösoireita.

Useimmiten saatetaan sekoittaa kognitiiviset oireet käytösoireisiin. On hyvä olla tietoinen, että kognitiiviset oireet ovat muistisairaudesta johtuvia. Kognitiivisten oireiden myötä myös käytösoireita saattaa syntyä, kun muistisairas turhautuu tai ärsyyntyy toimintakykynsä rajoittumisesta johtuen.

Kognitiiviset oireet

On hyvin yleistä, että muistisairaudesta johtuen sairastunut ei välttämättä kykene ilmaisemaan itseään ymmärrettävällä tavalla eikä toisinaan muistisairas ymmärrä hoitajan viestittämää asiaa. Kognitiiviset oireet ovat vahvasti yhteydessä vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa. Yleisimpiä kognitiivisia oireita ovat:

Afasia jossa muistisairas ei ymmärrä hoitajan sanomaa tai ei saa itse ilmaista itseään ymmärrettävästi. Jotta vuorovaikutus sujuu, käytä selkeitä ja lyhyitä lauseita ja anna aikaa muistisairaalle vastata.

Apraksia on nk. kätevyuden häiriö, jossa motoriset toiminnot ovat heikentyneet. Esimerkiksi pukeutuminen ja käveleminen vaikeutuvat. Ohjaa muistisairasta vaihe vaiheelta ja anna hänen suoriutua omaan tahtiinsa.

Agnosia on hahmottamisen vaikeus. Muistisairas ei kykene hahmottamaan mm. esineitä ja ihmisiä. Tutut kasvot voivat näyttää vieraalta tai esinettä ei tunnisteta. Esimerkiksi muistisairas ei tunnista peilistä näkyviä kasvoja omiksi, vaan keskustelee tälle tai ruokailutilanteissa samanväriset astiat sekoittuvat samanväriseen pöytäliinaan.

Psykologisia käytösoireita ovat:

Masennus, unihäiriöt, aisti- ja harhaluulot, ahdistuneisuus, keskittymiskyvyttömyys sekä virhetulkinnat.

Käyttäytymisen muutoksia ovat:

- Levottomuus ja kuljeskelu. Levottomuus ilmenee jatkuvana kävelynä, erilaisina touhuiluna tai perässä kuljeskeluna. Levottomuus voi ilmetä myös tavaroiden keräilyinä tai toisto-oireina.

- Aggressiivisuus voi ilmetä sanallisenä tai fyysisenä. Aggressiivisuus on suoranaista väkivaltaa tai epätarkoituksenmukaista voimankäyttöä, joka kohdistuu hoitajiin omaisiin tai muihin hoivakodin asukkaisiin.

- Katastrofireaktio ilmenee muistisairaahan odottamattomana ja äkillisenä aggressiona.

- Seksuaalinen levottomuus johon liittyy seksuaalissävytteiset teot ja/tai puheet.

-Huutelu, yleistä on ”apua”-huutelu.



Käyttöoireiden syitä ja niiden taustalla olevia tekijöitä:

Käyttöoireita voivat laukaista monet erilaiset tekijät. Hoitajana on hyvä lähteä kartoittamaan mistä jokin käyttöoire saattaa johtua, jotta siihen voisi hakea sopivaa hoitokeinoa ja ratkaisua. Käyttöoireiden lievittäminen tai poistaminen parantaa muistisairaana ja muiden asukkaiden sekä hoitajien hyvinvointia.

Käyttöoireita selittäviä tekijöitä:

- Muistisairaus itsessään eli neurokemialliset ja patologiset muutokset eli välittäjäaineiden puutokset, hermosolujen rappeutuminen ja kognitiiviset muutokset
- Fyysiset tekijät- esim. kipu, huono ravitsemus, sairaudet, lääkitys sekä huono näkö tai kuulo
- Henkilökohtaiset tekijät- persoonallisuus ja elämänhistoria tai aikaisempi psyykkinen oireilu
- Vuorovaikutukselliset tekijät- hoitajien asenteet, kiire ja kärsimättömyys, työyhteisön ristiriidat
- Ympäristön luomat tekijät- rauhattomuus, melu, liialliset ärsykkeet

Käyttöoireiden syitä selvittäessä on hyvä pohtia muistisairaana yksilöllinen tilanne kokonaisvaltaisesti.

Levottomuuden syynä saattaa olla fyysinen vaiva, esimerkiksi kipu tai matala verenpaine. Levottomuus voi johtua myös turvattomuudesta, pelosta, ympäristön valaistuksesta ja rauhattomuudesta tai elämän virikkeettömyydestä.

Aggressiivisuus liitetään usein muistisairaana päivittäisiin hoitotilanteisiin. Yleisimpiä tilanteita ovat peseytymis- pukeutumisen- ja ruokailutilanteet. Aggressiivisuus saattaa johtua muistisairaana kykenemättömyydestä ilmaista tunteitaan tai kontrolloimattomasta käyttäytymisestään. Taustalla saattaa olla turhautuminen, kun muistisairas ei kykene ilmaisemaan itseään tai pelko, kun hän ei tiedä mitä tapahtuu.

Katastrofireaktio voi olla ympäristöstä johtuva tekijä tai psykologinen syy. Taustalla saattaa olla tilanteen hallitsemattomuus, nöyryytys tai pelko.

Seksuaalinen levottomuus saattaa kertoa läheisyyden kaipuusta tai ikävöinnistä. Muistisairas saattaa tuoda identiteettiään esiin seksuaalisilla puheilla tai teoilla. Synä saattavat olla myös erilaiset intiimialueella sijaitsevat vaivat.

Huutelu useimmiten johtuu avun tai tuen tarpeesta. Muistisairas ei osaa välttämättä ilmaista millaista apua hän tarvitsee, silloin hoitajan läsnäolo tuo turvaa.

Muistisairaahan hyvän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen keinoja

Muistisairaahan käytösoireiden lievittämiseen tai niiden ehkäisyyn tarvitaan monenlaisia erilaisia tekijöitä, jotka tukevat muistisairaahan hyvinvointia ja parempaa hoidon laatua. Yksi tärkeimmistä tekijöistä on muistisairaahan kohtaaminen ja siten vuorovaikutus. Se, miten kohtaamme muistisairaahan ja miten hänelle kommunikoimme, vaikuttaa suuresti käytösoireiden syntyyn.

Elämänhistorian tuntemisen merkitys

Kaikilla on oma elämänhistoriansa. Pyri tutustumaan muistisairaahan elämänhistoriaan, millaista työtä hän tehnyt, aikaisempia harrastuksia, mieltymyksiä, perhe-suhteita, yleisesti elettyä elämää. Muistisairaahan elämänhistorian tunteminen auttaa tarvittaessa hoitajaa kanssakäymisessä, hoidon suunnitelman teossa ja hoitotilanteissa. Elämänhistoriaan tutustumiseen voi saada kysyttäessä apua myös omaisilta tai läheisiltä. Elämänhistorian tuntemiseen liittyy läheisesti omahoitajuus. Omahoitajuudella voidaan suunnitella muistisairaalle kokonaisvaltaisesti yksilöllistä hoitotyötä.

Hoitajan persoonallisuuden käyttäminen

Hoitajan persoonallisuus vaikuttaa olennaisesti vuorovaikutukseen. Hoitajan positiivinen elämänasenne, huumori ja luovuus voivat auttaa käytösoireiden lievittämiseen.

-**Kunnioitus ja arvostus** Muistisairaath, siinä kuin muutkin ovat aikuisia ihmisiä. Kaikilla on omat henkilökohtaiset tunteensa, tarpeensa ja tottumuksensa. Kunnioita muistisairasta aikuisena ihmisenä ja arvosta sitä, että muistisairaalla on myös mielipiteitä ja toiveita. Kunnioittamiseen kuuluu myös muistisairaahan oman tilan loukkaamattomuus ja koskemattomuus.

-**Ymmärrä.** Muistisairaahan käytösoireet eivät ole tahallisia tai suunniteltuja ja muistisairas on itsekin omien käyttäytymisten armoilla. Tieto sairaudesta ja oireista sekä elämäntausta auttavat ymmärtämään. Muistisairaahan lähestymistavan tarkistaminen ja kohtelun muuttaminen vaikuttavat käytösoireiden syntymiseen.

-**Rauhallisuus** edistävät myönteistä ilmapiiriä kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Hoitajan rauhallinen olemus, käyttäytyminen ja puhetapa rauhoittavat myös muistisairasta ja hänen mahdollista kaaoksen tunnettaan.

-**Sanaton viestintä** hoitajan kehon asennot, kasvojen ilmeet, pään liikkeet ja katsekontakti ovat sanattoman viestinnän keinoja, joilla on merkittävä vaikutus vuorovaikutukseen. Rauhallinen puhetapa ja rauhallinen tapa toimia vaikuttavat vuorovaikutuksen ilmapiiriin. Kosketus ja katsekontakti muistisairaaseen ja kiireetön kohtaaminen kertovat hoitajan aidosta läsnäolosta.

-**Empaattisuus** on hoitajan kykyä asettua muistisairaahan asemaan. Hän ymmärtää muistisairaahan tunteita ja tarpeita ja vastaa niihin.

Virikkeellinen ja mielekäs toiminta

Toiminnalliset tuokiot yksilön kanssa tai ryhmässä piristävät muistisairaahan mieltä ja tekevät arjesta monipuolisempaa. Erilaisten hetkien ja tuokioiden järjestäminen voidaan toteuttaa vähäisistäkin asioista ja tarvikkeista. Toiminnalliset ja/tai ohjelmalliset tuokiot ehkäisevät käytösoireita, ne rauhoittavat muistisairasta ja myös tukevat toimintakykyä. On hyvä muistaa, että yksilö voi osallistua halutesaan tuokioihin hänen rajoitteistaan huolimatta.

Mielekkäitä toiminnan keinoja on erilaisia:

-**Muistelutuokiot.** Vanhoja asioita, menneitä aikoja voi muistella lähes missä ja milloin; hoitotilanteissa keskustellen, ulkoillessa, ruokaillessa tai vaikka ryhmässä erilaisten teemojen ohjaamana. Muistelmissa voidaan käyttää esimerkiksi valokuvia, joko yksilön kanssa hänen omiaan tai yleisiä erilaisista paikoista.

- **Musiikilliset tuokiot.** Musiikin kuunteleminen, laulutuokiot tai tanssien järjestäminen ovat melko varmasti sopivia kaikille.

- **Piirtäminen ja askarteleminen ja erilaiset kädentaidot.** Käsillä tekeminen tukee muistisairaahan toimintakykyä. Käsillä tekeminen pitää yllä motorisia taitoja ja yksilö saa tuokiosta työnsä tuloksen.

-**Liikunnalliset tuokiot ja pelaaminen ja lemmikkieläinten vierailut.** Erilaiset jumppatuokiot, visailut tai koiralemmikkien vierailut virkistävät aisteja ja kohentavat mielialaa.

-**Ulkoilu ja luonto.** Ulkoilu ylläpitää yleistä hyvinvointia ja toimintakykyä. Ulkoileminen lievittää stressiä, rauhoittaa mieltä ja parantaa unta. Piha-alueilla on hyvä huomioida turvallinen liikkuminen ja esteettömyys. Esteetön piha-alue mahdollistaa itsenäisemmän liikkumisen ja viihtyisä piha-alue houkuttaa ulkoilemaan. Luonnon tuomat erilaiset äänet ja tuoksut herättelevät aisteja ja saattavat tuoda mieleen hyviä muistoja.

Erilaista toiminnallista tekemistä voi pohtia ja suunnitella ympäristön ja hoitopaikan tuomien resurssien pohjalta. Toisaalta kuitenkin yhteiseen tekemiseen ei aina tarvita järjestelyjä vaan kiireetöntä, läsnä olevaa kuuntelevaa hoitajaa.

Toimintakyvyn ylläpitäminen ja voimavarojen tukeminen

On tärkeää huomioida, että muistisairas voi säilyttää riippumattomuutensa ja omatoimisuutensa toimintakykynsä ja voimavarojensa rajoissa. Tue muistisairaahan itsenäistä selviytymistä arjen erilaisissa toiminnoissa.

Liikkumista voi harjoittaa niin sisällä kuin ulkonakin. Lihastasapainoharjoittelulla ja tasapainoharjoittelulla ehkäistään esimerkiksi kaatumistapaturmia ja edistetään liikkumisen turvallisuutta.

Ympäristön merkitys käytösoireiden hoidossa

Muistisairaahan hoitoympäristö vaikuttaa merkittävästi käytösoireiden syntyyn. Hoitoympäristö vaikuttaa muistisairaahan hyvinvointiin, se tukee muistisairaahan omaa selviytymistä ja tukee tilanteiden hallintaa. Ihanteellinen hoitoympäristö on turvallinen, kodinomainen ja viihtyisä. Ympäristön hahmottamisen helppouteen, hyvään valaistukseen ja turvalliseen liikkumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ympäristön selkeys ja hillitty väriytyy luovat rauhallisuutta ja levollisuutta.

On tärkeää sallia muistisairaahan vapaa liikkuminen. Kun muistisairaahan annetaan liikkua ja vaeltaa, se antaa hänelle mielekästä tekemistä ja onnistumisen iloa. Esteettömyys on tärkeää. Kuitenkin tilat, joihin ei toivota asukkaan menevän, voitaisiin lukita. Siten vältetään kieltämiseltä ja estämiseltä, mikä vähentää muistisairaahan epäonnistumisen tunteita ja tuskaisuutta.

Muokkaamalla ja järjestämällä ympäristöä voidaan poistaa kaikki muistisairasta häiritsevät tai pelottavat asiat. Erilaisten ärsykkeiden minimointi vähentävät kaoksen tunnetta. Käytösoireet ovat vähäisempiä tutussa ympäristössä. Tutut esineet ja tavarat ympäristössä antavat turvallisuuden tunnetta ja vähentävät käytösoireiden syntyä.

Lähteet

Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto K-R. & Pohjola L. 2008. Erikoistu Vanhustyöhön. 1-2 painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit OY.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 232–243. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käyttösoireet: hoidon haaste. Teoksessa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen, 118–126. Toim. Hartikainen, S & Lönnroos, E. Helsinki. Edita Prima.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Muistisairaudet, 16–19. Erkinjuntti, T., Rinne, J & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S., Vuokila-Oikkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidtaja. Vol 81, nro 1, 16–19.

Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuoro-vaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia. Gerontologia. Nro 3, 314–320.

Kan, S. & Pohjola, L. 2013. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan kohtaamisen peruseräiteitä. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 86–88, 92–95. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Peltonen, S. 2013. Muistisairaat luonnon helmassa. Tesso. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti. Verkko-lehti. Viitattu 4.3.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=1778059738&lang=fi>

Saarnio, R & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia. Nro 4, 323–333.

Saarnio, R., Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituneen vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede. Vol 23, nro 1, 46–56.

Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. 2010. Geriatria. 2 uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö V. & Kivelä S-L.
2007. Vanhusten Hoito. 1-3 painos. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.