

Henna Isosaari ja Anna Mäenpää

Käyttöoireiden hallinta muistisairauksien hoidossa

Muistisairauksiin liittyvien käyttöoireiden hoito ja hallinta hoitajien kokemana

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali ja terveys

Geronomi AMK

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja Terveysala

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Tekijät: Henna Isosaari & Anna Mäenpää

Työn nimi: Käyttösoireiden hallinta muistisairauksien hoidossa: muistisairauksiin liittyvien käyttösoireiden hoito ja hallinta hoitajien kokemana

Ohjaajat: Marita Lahti & Kari Jokiranta

Vuosi 2018 Sivumäärä: 50 Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia muistisairauksiin liittyvien käyttösoireiden hoidosta ja hallinnasta. Tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat hoitajat kokevat haastaviksi työskennellessään käyttösoireisten muistisairaiden kanssa, ja mitä apu- ja työvälineitä he kokevat tarvitsevansa päivittäisessä työssään.

Tutkimus tehtiin käyttäen sekä laadullista, että määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimus tehtiin yhteistyössä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kanssa, Jalasjärvellä Iloniemen palvelukodissa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joita jaettiin yhteensä 47 kappaletta. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisälönanalyysiä.

Tulosten mukaan käyttösoireita ilmenee palvelukodissa hyvin paljon. Oireiden jatkuva ilmeneminen lisää hoitotyön kuormittavuutta ja kiirettä. Kiire lisää taas muistisairaiden rauhattomuutta ja käyttösoireet lisääntyvät. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat toivovat lisää aikaa muistisairaiden kanssa. Tulosten mukaan apu- ja työvälineiksi haluttiin lisää koulutuksia ja muistelutyökaluja. Opinnäytetyö tuo esille hoitajien ajatuksia käytöshäiriöisten muistisairaiden hoidosta. Opinnäytetyömme avulla tulee esille hiljainen tieto, joka on vain hoitajien keskuudessa, mutta sitä ei voi kirjoista oppia.

Avainsanat: muistisairaus, käyttösoire, hoitaja

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Author/s: Henna Isosaari & Anna Mäenpää

Title of thesis: Managing the behavioural symptoms in memory disorders: The experiences of nurses working with behavioural symptoms in people with memory disorders

Supervisors: Marita Lahti & Kari Jokiranta

Year: 2018

Number of pages: 50

Number of appendices: 2

The purpose of our study was to find out what kind of experiences the nurses have while working with behavioural symptoms in people with memory disorders. The aim of this study was to investigate what are the most challenging things facing the behavioral symptoms and what kind of aids and tools would them benefit in their daily job.

This research was done by using both qualitative and quantitative research methods. This thesis was in cooperation with Iloniemi nursing home in Jalasjärvi. The research material was collected through questionnaires. The research material was analyzed using the method of content analysis.

According to the results there are a lot of behavioural symptoms in this nursing home. The symptoms occur continuously and that increases the rush and stress in nursing and care. Moreover, the rush increases the restless behaviour and other behavioural symptoms in people with memory disorder. The research highlighted that nurses need some more time with the patients. The thesis raised awareness about the current practices that were familiar only to nurses beforehand.

Keywords: memory disorders, behavioral symptoms, nurse

SISÄLLYS

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLLYS	4
Kuvioluettelo	6
JOHDANTO	7
1. MUISTISAIRAUDET	9
1.1 Muistisairauden määritelmä.....	9
1.2 Muistisairaahan toimintakyky.....	10
2. MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET	12
2.1. Käyttösoireiden arviointi	13
2.2 Yleisimmät käyttösoireet.....	13
3. KÄYTÖSOIREIDEN HOITO JA HOITOTYÖN MENETELMÄT	15
3.1 Lääkkeetön hoito	16
3.1.1 Vuorovaikutus hoitotyössä	16
3.1.2 Ympäristötekijöiden huomioiminen	18
3.2 Lääkkeellinen hoito.....	19
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TARKOITUS	22
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	22
4.2 Tutkimusmenetelmät	22
4.3 Kyselyn toteutus ja aineiston keruu	24
4.4 Aineiston analyysi.....	24
4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25
5. TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Käyttösoireiden ilmeneminen	28
5.2. Haastavat asiat käyttösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelyssä	32
5.3 Apu- ja työvälineet muistisairaahan kanssa työskentelyssä	35
6. JOHTOPÄÄTÖKSET	37
7. ARVIOINTI JA POHDINTA	39
LÄHTEET	41

LIITTEET45

Kuvioluettelo

Kuvio 1 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Sarajärvi, A., Tuomi, J. 2009. 109).....	26
Kuvio 2 Vastaajien ammattinimikkeet	28
Kuvio 3 Vastaajien työkokemus	28
Kuvio 4 Viisi yleisimmin jatkuvasti esiintyvää oiretta	29

JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee käytösoireiden hoitoa ja hallintaa muistisairauksien hoidossa. Muistisairaiden käytösoireita tarkastellaan hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyömme ilmentää, mitkä asiat hoitajat kokevat haastaviksi päivittäin muistisairaiden kanssa työskennellessään ja miten he muistisairaiden käytösoireita hoitavat. Tutkimme käytännön työtapoja ja työvälineitä käytösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelyssä.

Dementia on oireyhtymä, jossa kognitiiviset kyvyt, etenkin muisti heikentyvät. Dementoiivien sairauksiin kuuluu myös muutoksia käyttäytymisessä, sekä psykologisia oireita. Suomessa arvioidaan olevan jo 190 000 muistisairasta henkilöä ja muistisairauteen sairastuvia todetaan vuosittain noin 14 500. Muistisairaudet lisääntyvät, kun väestö ikääntyy. (THL 2018.)

Noin 90 prosentilla muistisairauteen sairastuvista on ilmennyt myös käytösoireita. Käytösoireet aiheuttavat muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. (Käypä hoito 2018.) Pelkästään muistisairaiden asukkaiden hoito on rankkaa, mutta kun muistisairauteen liitetään vielä käytösoireet ovat hoitajien työpäivät rankkoja. Opinnäytetyöllämme halusimme selvittää, mitä työ- tai apuvälineitä hoitajat kokevat tarvitsevänsä käytöshäiriöisten muistisairaiden kanssa työskentelyyn.

Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kanssa Jalasjärvellä, Iloniemen palvelukodissa. Tutkimuksemme on laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän yhdistelmä. Tutkimuksen laatu ja tavoitteet sopivat paremmin laadullisen menetelmän tavoitteisiin, mutta tutkimuksen kyselyn toteuttamiseen olemme valinneet määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Toteutimme tutkimuksen kyselylomakkeella Iloniemenkodin henkilökunnalle. Kyselylomakkeen valitsimme, koska sillä tavoin saadaan hiljaisempienkin ääni ja mielipiteet kuuluviin. Kyselylomakkeita jaettiin Iloniemenkodin jokaiseen neljään asumispalveluyksikköön, yhteensä 47 kappaletta. Analyysimenetelmämme oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Tutkimuskysymyksiämme olivat ”mitkä asiat ovat haastavia käytösoireisen muistisairaahan asiakkaan hoidossa” ja ”kuinka muistisairaahan käytösoireita hoi-

detaan”. Opinnäytetyömme tutkimustuloksia voidaan hyödyntää JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alueella, muistisairaiden parissa työskentelevien keskuudessa. Opinnäytetyömme keskittyy tarkastelemaan käytöshäiriöitä, ei niinkään itse muistisairauksia. Teoriaosuudessa käsitellään muistisairauksia yleisellä tasolla, muistisairauksiin liittyviä käytösoireita sekä käytösoireiden hoitoa ja hoitotyön menetelmiä.

1. MUISTISAIRAUDET

Suomen väestö ikääntyy, ja iäkkäiden osuus koko väestöstä kasvaa jatkuvasti. Vuonna 2016 Suomen väestöstä yli 65-vuotiaita oli 20,9%, kuin vuonna 2010 sama prosenttiluku oli 17,5% (Tilastokeskus 3.4.2017). Muistisairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Väestön ikärakenteen muutos johtaa siihen tilanteeseen, jossa muistisairauksien lukumäärä kasvaa voimakkaasti. (Paajanen ja Remes 2015, 28.) Muistisairaudet Suomessa voidaan luokitella kansantaudiksi. Joka kolmas yli 65-vuotiaista ilmoittaa muistioireista. Suomessa on jopa 120 000 henkilöä, joilla on kognitiivinen toiminta heikentynyt tai kärsivät lievästä tai vaikeasta muistisairaudesta. Suomessa ilmaantuu vuosittain noin 13 000 uutta muistisairausta. Työikäisinä muistisairauksiin sairastuneiden osuus on hiljalleen kasvava, mutta merkittävä. Osa muistisairauksista varsinkin kaikista vanhimpien osalta jää diagnosoimatta. (Käypä hoito 27.1.2017.)

1.1 Muistisairauden määritelmä

Muistioire viittaa episodisen muistin eli tapahtumamuistin ja semanttisen muistin eli asiamuistin toiminnassa esiintyviin vaikeuksiin. Nämä voivat johtua otsa- tai ohimolohkon toiminnan muutoksista, jotka aiheuttavat mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen tai mieleen palauttamisen hankaluutta. Muistioiretta arvioitaessa huomioidaan myös tarkkaavuus, työmuisti ja toiminnanohjaus (Erkinjuntti 2011.) Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraisia hahmottamisia ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen. (Käypä hoito 27.1.2017.)

Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Dementia voi olla ohimenevä, tai sitten

etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Dementiaoireyhtymän käsite ja laajalti käytetyt diagnostiset määritelmät pohjaavat Alzheimerin taudin kliinisiin ominaispiirteisiin (Erkinjuntti 2011.)

1.2 Muistisairaahan toimintakyky

Elämän monimuotoisuuden ja rikkauden säilyttäminen fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisten suhteidenkin osalta on muistisairaalle, kuten kaikille ihmisille tärkeää. Muistisairauden voidaan ajatella olevan tapa elää, ei elämän pois sulkeva asia. Kun henkilö sairastuu muistisairauteen hän käy läpi taudin puhkeamisen aiheuttavan kriisin. Alkuvaiheessa on tärkeä tukea sairastunutta ja hänen läheistään. Sairastumisen läpikäyminen, jaksamisen vahvistaminen ja lopulta sairauden hyväksyminen tukee sairastuneen ja hänen läheisensä toimintakykyä ja arjessa jaksamista. Myönteinen kanssakäyminen muistisairaahan kanssa vaatii läheisiltä tietoa, ymmärrystä ja jaksamista. Kuinka lähipiiri on hyväksynyt sairastumisen, vaikuttaa myös siihen kuinka muistisairas itse selviytyy arjesta ja pystyy siitä myös nauttimaan. (Hallikainen ym. 2013, 97.)

Kognitiiviset toiminnot eli tiedonkäsittelytoiminnot ovat näönvaraiseen hahmottamiseen, kielellisiin kykyihin, tahdonalaisiin liikkeisiin, oppimiseen, muistamiseen, tarkkaavuuden säätelyyn sekä monimutkaisempaan päättelyyn liittyviä ajattelutoimintoja. Ikääntyneiden ja muistisairaiden kognitiivisten toimintojen ylläpitämisen lähtökohtana on aivojen muovautumiskyvyn säilyttäminen ja hermoyhteyksien aktivoiminen. Muistisairaahan kognitiota voidaan tukea erilaisin keinoin. Muistisairauksissa hermoston rappeutuminen ja surkastuminen karsivat toimivia ratasyhteyksiä nopeammin kuin aivojen sopeutuminen sallii, jonka seurauksena aivojen tiedonkäsittelytoiminnot heikentyvät. Etenevissä muistisairauksissa kognitiiviset toiminnot johtavat lopulta dementiatasoihin oireisiin, jonka vuoksi ennakoivat ja ennalta ehkäisevät toimet ovat tärkeitä muistisairaahan alkuvaiheessa. (Hallikainen ym. 2013, 99 – 100.)

Muistisairauden toteaminen laukaisee monille psyykkisen kriisin. Kukin kokee kriisin omalla tavallaan, toisille diagnosointi aiheuttaa voimakkaan järkytyksen, toiset jopa helpottuvat, kun saadaan oireille jokin nimi. Alkuvaiheeseen saattaa liittyä ahdistusta ja unettomuutta. Sairastumisen alkuvaiheeseen liittyvät luonnolliset tunteet ja reaktiot eivät ole sairautta, ellei oireista tule kroonisia. Luonnollisten ohimenevien tunteiden läpikäyminen ja tunnistaminen ovat osa sairauden hyväksymistä. Itse muistisairaahan sekä hänen läheistensä voi olla vaikea tunnistaa mikä on luonnollisia voimakkaita tunteita, ja mikä mahdollisesti sairauden aiheuttama oire. Sairauden hyväksyminen ja oman tilanteen tunnistaminen helpottavat psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämistä. Psyykinen toimintakyky puolestaan vaikuttaa siihen, millaiseksi muistisairas kokee oman elämänsä ja kuinka haluaa elää elämäänsä. Esimerkiksi toivottomuus voi estää sosiaalisen kanssakäymisen, vaikka kykyä ja taitoja olisikin (Hallikainen ym. 2013, 102 – 103.)

Sairastunut kärsii itse varhaisvaiheessa eniten toimintakykynsä muutoksista ja vaikutuksista lähiympäristöönsä. Muistin tai käyttäytymisen muutokset pyritään usein peittelemään ja salailemaan muiden asioiden alle. Henkilön erikoinen ja muuttunut käytös saattaa herättää ympäristössä huomiota, ja tämä saattaa tavallaan aloittaa muistisairaahan eristymisen ja sulkeutumisen. Diagnoosin saaminen ja siitä erityisesti kertominen auttaa oireenmukaiseen hoitoon ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Sairauden edetessä sairastuneen oma ahdistus sosiaalisissa tilanteissa saattaa helpottaa. Ahdistuksen tilalle saattaa kuitenkin tulla kyvyttömyys seurata monimutkaisia vuorovaikutustilanteita. Muistisairaahan sosiaalisen verkoston ja läheisten tuki ja toiminta vaikuttavat suuresti muistisairaahan sosiaalisen osallisuuden ja aktiivisuuden. (Hallikainen ym. 2013, 104 – 105.)

2. MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET

Muistisairautta sairastavilla henkilöillä ilmenee erilaisia psykiatrisia ja käytösoireita, jotka aiheuttavat hoidollisia haasteita ja ongelmia. Erilaisia käytösoireita esiintyy jopa 90% muistisairauteen sairastuneilla. Oireet ja niiden kesto vaihtelevat, oireet voivat olla ohimeneviä tai jatkua henkilöllä jopa läpi koko sairauden. Käytösoireiden erottaminen inhimillisistä reaktioista varsinkin diagnoosin alussa on haastavaa. Hoitolinjat tulisi valita käytösoireen arvioinnin ja sen syyn selvityksen pohjalta. Käytösoireita arvioidessa tulisi ensin kartoittaa voisiko oireiluun liittyä fyysiseen kipuun, sairauteen tai muuhun vaivaan. Käytösoireita tutkiessa tulisi myös arvioida ympäristö ja sen mahdolliset puutteet tai vuorovaikutuksen haasteet. Käytösoireet ovat hoidettavia silloin kun ne rasittavat henkilöä itseään, heikentävät toimintakykyä ja kykyä huolehtia itsestä tai vaikeuttavat sosiaalista vuorovaikutusta. Käytösoireet vaativat hoitoa silloin kun ne aiheuttavat riski- ja vaaratilanteita sairastuneelle itselleen tai muille. Käytännön työssä on usein aiheellista soveltaa erilaisia hoitomuotoja ennen lääkehoitoa ja lääkehoidon rinnalla. (Käypä hoito 21.9.2017.)

Kirjallisuudessa muistisairaiden käytösoireista puhutaan lähinnä näkökulmana muistisairaaseen itseensä, eikä niinkään sen haitallisuutena omaisiin tai hoitavaan henkilökuntaan. Muistisairaahan käytösoireita tulisi tarkastella siitä näkökulmasta, että ovatko hänen tarpeisiinsa vastattu asianmukaisilla tavoilla. Suomalaisessa kirjallisuudessa paljon käytetty käsite potilaslähtöisyys vastaa vahvasti suoraan siitä kuinka käytösoireisen muistisairaahan tulisi kohdata. Muistisairas ihminen tulisi nähdä ensisijaisesti kokevana ja tuntevana ihmisenä, joka pyrkii toiminnallaan ja käyttäytymisellään selviytymään ja sopeutumaan, mutta myös saamaan hallintaa omasta elämästään. Käytösoire tulisi ymmärtää muistisairaahan ihmisen tarpeiden, toiveiden ja pyrkimysten ilmentymänä, joita sairastunut ei kognitiivisten muutosten vuoksi kykene ilmaisemaan toisin. (Eloniemi-Sulkava 2011, 18.)

2.1. Käyttöoireiden arviointi

Muistisairaiden käyttöoireita voidaan arvioida käyttäen erilaisia mittareita ja menetelmiä. Käyttöoireiden esiintyvyyttä ja vaikeusastetta voidaan arvioida esimerkiksi neuropsykiatrisella haastattelulla (NPI). Käyttöoireiden pitkäaikaishoitoon on kehitetty NPI:stä versio NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory Nursing Home) Haastattelussa arvioidaan 12 erilaista oireita: harhaluulot, aistiharhat, levottomuus ja aggressiivisuus, masentuneisuus ja alakuloisuus, ahdistuneisuus, kohonnut mieliala, apatia, estottomuus, ärtyneisyys ja mielialan vaihtelut ja poikkeava motorinen käyttäytyminen. Oireita ja niiden kuormittavuutta arvioi ulkopuolinen hoitohenkilökunnan edustaja. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

2.2 Yleisimmät käyttöoireet

Masennus ja muistisairaus liittyvät toisiinsa monella tavalla. Aikaisemmin elämässä sairastettu masennus on muistisairauden riskitekijä. Masennus on muistisairailla yleinen ja tavallinen, ja esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavista potilaista 20-50% kärsii vakavasta masennuksesta. (Erkinjuntti ym. 2015, 91-92.)

Apatia on hyvin yleinen ja haasteellisen käyttäytymisen muoto muistisairailla henkilöillä. Muistisairautta sairastavilla kolmanneksella esiintyy apatiaa ja noin 80% on jossain sairauden vaiheessa kokenut apatiaa. Apatialla tarkoitetaan henkilön passiivitumista, mielenkiinnon laskua ja aloitekyvyttömyyttä. (Suotanka-Jamalainen 2011, 25.)

Levottomuus- eli agitaatio-oireet ovat psykoosioireiden ohella tavallisimpia muistisairauden myöhäisvaiheen oireita, joita esiintyy noin 50-60 %:lla muistisairaista. Oireet kuormittavat ensisijaisesti lähiympäristöä. Oireet saattavat olla pitkäkestoisia ja vaikeasti hoidettavia. Myös ahdistuneisuus on tavallinen muistisairauteen liittyvä käyttöoire, jonka synnyssä serotoniinivälitteisen toiminnan häiriöllä ajatellaan olevan merkittävä osuus. Sitä tavataan noin 40–50 %:lla potilaista jossain muistisairauden vaiheessa. (Käypä-hoito 21.9.2017.)

Psykoosioireita kuten aistiharhoja ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25–50 %:lla muistisairaista, ja ne ilmenevät yleensä sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Psykoosioireiden äkillinen ilmaantuminen voi olla myös merkki lääkkeen haittavaikutuksesta tai sekavuustilan kehittymisestä. Lievissä tapauksissa, esimerkiksi vainoharhaisina ajatuksina ilmenevät psykoosioireet vaativat aluksi 1-3 kuukauden seurannan, ennen kuin aloitetaan mahdollinen lääkitys. Vaikeammissa tilanteissa, jolloin oireista on ympäristölle jatkuvampaa kuormitusta tai potilas pyrkii aktiivisesti toimimaan harhojen perusteella, on lääkehoidon aloittaminen perusteltua. (Käypä-hoito 21.9.2018.)

Uni-valverytmin häiriöitä ovat muun muassa viivästynyt unijakso, aikaistunut unijakso, kaamosunettomuus, epäsäännöllinen unirytm. Oireisiin kuuluu useimmiten joko unettomuutta, väsymystä tai liikaunisuutta. (Partonen 7.3.2016.) Muistisairautta sairastavalla unen häiriöt ilmenevät esimerkiksi yön aikana heräilyinä, kuljeskeluna ja muuna epäsopivana tekemisenä ja nukahtamisvaikeuksina (Suotanka-Jamalainen 2011, 30.)

3. KÄYTÖSOIREIDEN HOITO JA HOITOTYÖN MENETELMÄT

Muistisairaahan henkilön persoonallisuus muuttuu usein sairauden edetessä vaihkeaa. Muistisairaus vaikuttaa muistisairaahan itsensä lisäksi hänen perheenjäseniin ja muihin lähipiiriin ihmisiin. Kun muistisairaus diagnosoidaan, avuntarve on hyvin pitkälti henkistä tukemista. Monesti läheiset voivat olla useita vuosia epätietoisia, mistä on kyse, mutta he tiedostavat sen, että kaikki ei ole kohdallaan. Sairauden edetessä apua tarvitaan yhä käytännöllisimpiin asioihin. Avuntarve on myös hyvin yksilöllinen ja riippuu monesta seikasta. Diagnoosi vaiheessa tulee ottaa myös huomioon se, kuinka pitkälle sairaus on edennyt (Käypä hoito 21.9.2016.)

Muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun vaikuttavat hänen fyysinen ja psyykinen hyvinvointinsa sekä hänen fyysinen ja psykososiaalinen ympäristönsä. Elämänlaatua tukevalla hoitotyöllä näyttäisikin olevan käytösoireita vähentävä vaikutus. Hoitotyössä tarpeelliseksi nähdään taito täyttää asukkaiden yksilölliset tarpeet kokonaisvaltaisesti. (Eloniemi-Sulkava 2011, 108.)

Hultqvist (2013, 41) teki tutkimuksen hoitajien toimintamalleista iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Keskeisin edistävä tekijä oli hoitotyön menetelmien hyödyntäminen sisältäen hoitajan toimimisen kuntouttavalla työotteella, hoitajan inhimillisen ja kannustavan toiminnan hoitotilanteissa. Lisäksi hoitajan tavoitteellinen toiminta sekä hoitotyön hyvien käytäntöjen ja luovien ratkaisujen käyttäminen ikääntyvien muistisairaiden hoitotyössä edisti hoitajan toimintaa. Hoitajan ammatillinen vuorovaikutus tässä yhteydessä sisältää potilaan lämminhenkisen ja tilanteenmukaisen kohtaamisen sekä hoitajan oman persoonallisuuden vaikutukset.

3.1 Lääkkeetön hoito

Käytöshäiriöiden lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti. Perustetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Hoidolla ja hoitoympäristöllä tuetaan ja ylläpidetään jäljellä oleva toimintakykyä. (Käypä-hoito 21.9.2016.) Lääkkeettömän hoidon tulisi olla ensimmäinen ratkaisu, mutta lääkkeettömästä käytösoireiden hoidosta on vain vähän tietoa saatavilla. Ensimmäinen ja ainut väylä käytösoireita ilmetessä katsotaan usein olevan lääkitseminen. Käytösoireet ovat merkki jostain, mitä muistisairas ei kuitenkaan ole kykenevä kertomaan. (Luoto 24.1.2013.)

3.1.1 Vuorovaikutus hoitotyössä

Etenevissä muistisairauksissa puheen tuottaminen sekä puheen ymmärtäminen kaatoavat vähitellen, mutta tarve vuorovaikutukseen toisen ihmisen kanssa sekä tarve itsensä ilmaisemiseen ja kontaktiin säilyvät elämän loppuun asti. Puhumattomuus ei poista muistisairaana tarvetta kommunikoida. Sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu muistisairautta sairastavien henkilöiden hoidossa. Hoitajan tulee osata lukea muistisairaana henkilön ilmaisevat non-verbaalit eli sanattomat viestit ja osata vastata näihin myös sanatonta viestintää käyttäen. Ilmeet, eleet, kosketus, katsekontakti, äänensävy, liikehdintä, kehonkieli sekä etäisyys muistisairaaseen ovat tärkeässä roolissa muistisairaana kanssa vastavuoroisessa kommunikoinnissa. (Burakoff ym. 2013.)

Muistisairaana henkilön reaktiot ovat heijastumia ihmisen omista kokemuksista, mutta myös toisaalta hoitajista välittyviä kokemuksia. Vuorovaikutustilanteissa syntyvät havainnot edellyttävät tarkkaavaisuutta, tilanteen osatekijöiden jäsentämistä ja niiden välisten yhteyksien ymmärtämistä. Yhtenäinen kuva tilanteista ja kaikille yksilöllisestä maailmasta syntyy ymmärryksen kautta. Toimiva kommunikointi onkin

yksi haasteellisimmista asioista hoitotyössä ja merkittävä haaste juuri muistisairaiden kanssa työskenteleville. (Eloniemi-Sulkava ym. 2002, 19.) Hoitoyksiköissä vuorovaikutustilanteet voivat käydä muistisairaalle henkilöille haasteellisiksi ja rasakiksi. Kommunikaatiokyvyiltään rajoittunut ihminen joutuu toimimaan hoitoyksikön kaltaisessa vilkkaassa ja mahdollisesti itselle vieraalta tuntuvassa ympäristössä. Rauhallinen ympäristö, kuten muistisairaahan oma huone tarjoaa parhaat puitteet vuorovaikutukselle. (Lindholm 2011.) Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa on tärkeintä tasavertaisuus. Huomio tulisi kohdistaa muistisairaaseen, ja hänet tulisi huomioida kosketuksella, katsekontaktilla ja häntä tulisi puhutella omalla nimellään. (Papunet 7.3.2017.)

Huumori pelaa tärkeää osaa hoitajien kommunikoinnissa asiakkaiden sekä toistensa kanssa. Häyhän tekemässä tutkimuksessa (2013, 24- 30) selvitettiin huumorin käyttöä muistisairaiden hoidossa. Hoitajien mielestä huumori ilmeni fyysisenä reaktiona kuten nauruna ja hymynä tai kehon kielen muuttumisena. Tutkimuksen mukaan hoitajat käyttivät huumoria yhdenvertaisesti muistisairaiden ihmisten kanssa. Yhdenvertaisuus merkitsi tasavertaisuutta, vastavuoroisuutta ja aitoutta muistisairaiden ihmisten kanssa. Hoitajat kohdistivat huumoria itseensä ja omiin kommelluksiinsa, mikä helpotti muistisairaita näkemään, että kommelluksia sattuu muillekin. Tutkimuksen mukaan muistisairaajat käyttivät huumoria henkisen jaksamisen tukena. Huumoria käytettiin selviytymiseen, tilanteiden keventämiseen, piristämiseen ja voimavarana. Huumorilla muistisairaajat kuittasivat nolot tilanteet ja peittelivät omia virheitä. Huumorin avulla sairastuneet käsittelivät sairauden tuomat haasteet.

TunteVa®-sta Virtaa Arkeen on valtakunnallinen, kolmivuotinen koulutus- ja neuvontaprojekti, joka toteutetaan yhteistyössä Muistiliiton ja valtakunnallisen Muistiluotsi-verkoston kanssa. Tarkoituksena on lisätä muistiymmärrystä ja myönteisiä asenteita muistisairaita kohtaan. (Tampereen Kaupunkilähetys ry. nd). Toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä, joka tukee muistisairasta ihmistä empatian, keskustelun ja yhteisöllisyyden keinoin. Suomalaisen TunteVa®-toimintamallin taustalla ovat yhdysvaltalaisen Naomi Feilin validaatioajattelu ja Sopimusvuoren terapeuttisen yhteisöhoidon malli. Menetelmän lähtökohtana on ajatus, että ihminen on muistisairaanakin arvokas. Muistisairaahan ihmisen näkemyksillä ja kokemuksilla on merkitys. Sairastunutta ihmistä ei väkisin palauteta elettävään todellisuuteen, vaan kuljetetaan

rinnalla siinä maailmassa, jossa ihminen sillä hetkellä on. Muistisairasta ihmistä autetaan ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan. (Tampereen kaupunkilähetys ry TunteVa®.nd.) Etenevä muistisairaus muuttaa sairastunutta ja vaikuttaa merkittävästi hänen ja hänen läheistensä elämään. Asteittain tarvitaan yhä enemmän huolenpitoa ja hoivaa. Huolenpito ja hoiva ja tapahtuu vuorovaikutuksessa. TunteVa-toimintamalli auttaa ymmärtämään muistisairaana maailmaa ja ohjaa vuorovaikutusta sellaiseen suuntaan, mikä tukee muistisairasta ihmistä. TunteVa-menetelmä korostaa muistisairaana ihmisen ihmisarvon ja arvokkuuden säilyttämistä. (Kämäräinen 2011.)

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli. Kinestetiikka koostuu kuudesta eri käsitteestä, joita ovat: vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. Kinestetiikka ei ole terapiaa, vaan ymmärrystä ihmisen toimintoihin ja niihin liittyviin tekijöihin. Kinestetiikka ylläpitää ja tukee ihmisen toimintakykyä, käyttäen hyödyksi jo olemassa olevia voimavaroja. Kinestetiikka on kehitetty hoito- ja terapiatyöhön. Suomeen se on tullut vuonna 1997.(Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2018.)

3.1.2 Ympäristötekijöiden huomioiminen

Ihmisen ympäristöllä on suora vaikutus koettuun hyvinvointiin, ja tämän vaikutusta voidaan arvioida monien tekijöiden kautta. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavia ympäristöjä on esimerkiksi luonnonympäristö, itse luoma ympäristö, sosiokulttuurinen ympäristö ja kasvatuksellinen ympäristö. Nämä kaikki vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. Viihtyisä hoitoympäristö tukee hyvinvointia, lisää aktiivisuutta, esteettömyyttä ja turvallisuutta. Toimiva hoitoympäristö on rauhallinen ja sallii muistisairaalle myös mahdollisuuden yksinoloon. (Elo 2006.)

Suuri osa muistisairaista säilyttää liikuntakykynsä pitkään. Toimintakyvyn rajoitukset ja menettäminen sairauden jossain vaiheessa on kuitenkin väistämätöntä. Jotta muistisairas pääsee liikkumaan itsenäisesti, on ympäristö muokattava mahdollisimman esteettömäksi. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 12.) Muistisairauksiin liittyy

yleensä hahmottamiskyvyn heikentyminen, mikä vaikeuttaa liikkumista ja aiheuttaa eksyilytaipumusta. Jo pelkästään ikääntyminen aiheuttaa näön heikentymistä, joten valaistuksen huomioiminen on tärkeää. Tilan hahmottamisessa auttaa hyvän valaistuksen lisäksi kontrastien käyttö. On tärkeää, että esimerkiksi lattiapinta on tummempi kuin seinät. (Pesola 2013, 44-45.)

Hyvä ympäristö muistisairaalle vaatii huolellista paneutumista muistisairaalle erityispiirteisiin, tarpeisiin sekä kokemusmaailmaan. Ympäristön kiireellisyys ja meluisuus edesauttavat käytösoireiden syntyä. Hyvän ympäristön tunnusmerkkejä ovat muun muassa mielekkyys, toiminnallisuus ja viihtyvyys. Omatoiminen liikkuminen tulisi mahdollistaa tukea arjen eri keinoin. Kuten sisä- ja ulkotilat tulisi suunnitella niin, ettei synny kokemusta suljetusta tilasta. Tilaa rajaavat ja sulkevat elementit tulisi olla mahdollisimman huomaamattomat. (Muistiliitto 23.2.2017.)

3.2 Lääkkeellinen hoito

Käytösoireiselle muistisairaalle lääkkeetön hoito on ensisijainen käytösoireiden hoitomuoto, joka tarkoittaa muistisairaalle asianmukaista kohtelua sekä ohjaamista elämän ja arjen sujumisessa. Lääkehoitoa tulee käyttää käytösoireisiin vasta, kun muu hoito ei riitä. (Vataja 2014, 58.) Lääkehoidon tulisi olla muistisairaalle saamaa hoivaa ja huolenpitoa, ei ainoa hoitotyön menetelmä. Sairauksien ja oireiden hoidon tulisi mahdollistaa iäkkäälle hyvä elämänlaatu. (Hartikainen 2007.)

Lääkkeiden käytöstä muistisairailla ja niiden vaikutuksista käytösoireiden hoitoon on olemassa rajallinen määrä tehtyjä tutkimuksia. Psykyklääkkeitä käytetään kuitenkin muistisairailla runsaasti. Psykyklääkkeitä ovat psykoosi-, masennus- ja unilääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet. Muistisairaista laitoshoidopotilaista jopa 80% on yksi tai useampi psykyklääke. (Beshar 2006, 15.) Käytösoireita hoidettaessa psykyklääkkeiden vaikutukseen kohdistetaan osin epärealistisia odotuksia. Käytösoireita hoidettaessa on muistettava, että jokainen muistisairas on ollut ennen sairast-

tumistaan oma yksilöllinen persoonansa, käytösoire voi mahdollisesti olla luonteenpiirre. Muistisairaana omaisilta olisi hyvä tiedustella aiempaa käyttäytymistä, jolloin vältetään käytösoireen yli diagnostiikkaa. (Hartikainen 2007.)

Muistisairauslääkkeet ovat ensisijaisia lääkkeitä myös käytösoireiden hoidossa. Lääkehoidon aloittamista suunniteltaessa tulee ottaa huomioon muut sivuvaikutuksilla altistavat tekijät ja muu muistisairaana lääkehoito. Käytösoireissa tapahtuu muutoksia sairaiden eri vaiheissa ja etenemisessä, tulee lääkeshoidon tarpeellisuutta arvioida säännöllisesti. (Koponen ja Vataja 15.9.2017.)

Lääkehoidossa huomion arvoista on se, että lääkkeen tuoman hyödyn tulisi aina olla suurempi kuin sen tuoma haitta. Psykyklälääkkeitä saatetaan tarvita usein tilapäisesti masennusoireiden ja vaikeimpien levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa, mutta moniin vaikeimpiin oireisiin niistä ei ole apua. (Käypä-hoito 27.1.2017.) Psykyklälääkkeissä kehoon muodostuu lääkkeelle sietokyky ja vaikutus muuttuu, joten lääkettä on aloitettava pienellä annostuksella hoitovasteen muuttuessa (Hartikainen 2007).

Muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa lääkehoito on vallitsevin ja yleisimmin käytetty hoitomuoto, vaikka muistisairauteen ei ole olemassa sairautta pysäyttävää, parantavaa tai merkittävästi hidastavaakaan lääkettä. Muistisairaana ihmisen käytösoireiden hallintaan käytetään eniten psykyklälääkkeitä. Psykyklälääkkeitä ovat esimerkiksi unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Voimakkaaseen levottomuuteen ja aggressiivisuuden hallintaan käytetään psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeitä tulisi käyttää kuuriluontoisesti, niitä ei ole tarkoitettu pitkäaikaiseen käyttöön. Yleisimmin käytettyjä psykoosilääkkeitä muistisairaille on ketiapiini ja risperidon. Yleisin ongelma muistisairaiden käytösoireiden hallinnassa on ylilääkitseminen. Käytösoireita voi ilmetä monia ja lääkkeet lisääntyvät pikkuhiljaa. Nämä lääkkeet jäävät roikkumaan muistisairaana lääkelistalle eikä muisteta tarkistaa tai arvioida onko niille edes tarvetta. (Hartikainen ja Taipale 2013.)

Käytösoireiden hoidon tavoitteena on lyhentää oireiden kestoa ja harventaa niiden esiintymistä, keventää hoitajan stressiä, vähentää seurausvaikutuksia ja parantaa potilaan elämänlaatua. Usein on parempi tyytyä oireen lievittymiseen kuin pyrkiä sen täydelliseen poistamiseen. Käytösoireen taustalla tai sen laukaisevana tekijänä on usein sairaus tai sairauden oire: tulehdus (virtsatiet, hampaat), sairauden huono

hoitotasapaino (astma, sydämen vajaatoiminta), kipu, eritystoiminnan ongelma (ummetus, virtsaumpi) tai matala verenpaine. (Hartikainen 2007.)

Polyfarmasia eli monilääkitys on muistisairailta yleistä. Iäkkäillä henkilöille on käytössä keskimääräisesti yhdeksän lääkettä samanaikaisesti (Beshar 2006, 19). Polyfarmasiana on pidetty sitä, että iäkkäälle potilaalle on määrätty useampaa kuin neljää eri lääkevalmistetta, tämä perustuu WHO:n asettamaan rajaan (Hosia-Randell ym. 2006). Psykoosilääkkeiden tai useamman psyykenlääkkeen käyttö lisää kuolleisuutta muistisairailta ihmisillä (Koponen ja Vataja 13.9.2016). Myös yhtenä suurena haittavaikutuksena on kaatumisriskin kasvaminen psyykenlääkkeen aloituksen myötä. Psykkisiin toimintoihin vaikuttavat lääkkeet kuten voimakkaat kipulääkkeet, mieliala-, uni-, ja rauhoittavat lääkkeet lisäävät vanhusten kaatumisalttiutta. (Duodecim 24.6.2010.)

Vanhuksen lääkehoidossa on monenlaisia haasteita, joista klinikon tulee olla tietoinen. Vaarana ovat sekä yli- että alihoito, ja monilääkityksessä ovat keskeisiä mahdolliset interaktiot ja muutamat tyypilliset haittavaikutukset. Vanhusten hoidossa tulisi aina välttää tiettyjä sopimattomia lääkkeitä, ja erityisesti psyykenlääkkeiden tarve tulisi säännöllisin väliajoin punnita. Vanhuskin on autonominen oman hoitonsa päättäjänä, ja vain tällaisena häntä tuettaessa lääkehoito voi onnistua optimaalisesti. (Hosia-Randel ym. 2006.)

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TARKOITUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tarkoituksena on tutkia ja kerätä tietoa muistisairaiden kanssa työskentelystä ja haasteista hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa uutta tietoa käytösoireisen muistisairaana kanssa työskentelevien haasteista päivittäisessä elämässä. Opinnäytetyössämme haluaisimme saada selville käytännön työtapoja ja työvälineitä käytösoireisen muistisairaana kanssa työskentelystä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alueella muistisairaiden kanssa työskentelevien henkilöiden päivittäisessä työssä. Toivomme, että tutkimus ohjaa hoitajat positiiviseen keskusteluun kyseisestä asiasta. Toivomme, että he jakavat omia käytännön vinkkejä toisilleen ja näin saavat myös vastavuoroisesti toista näkökulmaa omaan työhön. Tämä luo työyhteisölle mahdollisuus kehittyä ja mahdollisesti luoda muistisairaalle asiakkaalle monipuolisemman ja kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevan ympäristön.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä asiat ovat haastavia käytösoireisen muistisairaana asiakkaan hoidossa?
2. Kuinka muistisairaana käytösoireita hoidetaan?

4.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivisen eli laadullisen sekä kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen menetelmien yhdistelmää, jossa aineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat kehittyvät vähitellen tutkimusprosessin aikana. Tutkimusmenetelmänä laadullinen menetelmä sopi tämän opinnäytetyön toteuttamiseen, sillä tarkoituksena oli tutkia ilmiötä, johon ei ole yksiselitteisiä vastauksia, vaan jokaisella hoitajalla on oma kokemuksensa tutkittavasta asiasta. (Sarajärvi ja Tuomi 2009.)

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta voidaan pitää terminä, joka jäsentää ihmistieteellisen tutkimuksen kenttää. Laadullisen tutkimuksen peruskysymykseksi on muodostunut laadullisen tutkimuksen suhde teoriaan ja teoreettiseen. Termien teoria ja teoreettinen määrittäminen on ongelmallinen, koska termejä käytetään monin tavoin ja viittaamaan eri ilmiöihin. Teoria käsitettä käytetään arkikielessä huolettomasti, mutta tutkimuksessa käsitteellä tarkoitetaan tutkimuksen viitekehystä, eli tutkimuksen teoreettista osuutta. Tutkimuksen teoria ja viitekehys tarkoittavat tutkimuksen yhteydessä samaa asiaa, sillä niin teoria kuin viitekehys muodostuvat käsitteistä ja niiden välisistä merkityssuhteista. Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on ilmeinen, ja siksi sitä tarvitaan välttämättä. (Sarajärvi ja Tuomi 2009.)

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäkokoisuus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeeroiden avulla. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erilaisista luokitteiluista, syy- ja seuraussuhteista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. Laadullisen ja määrällisen menetelmäsuuntauksen välistä eroa usein korostetaan, vaikka molempia suuntauksia voidaan käyttää myös samassa tutkimuksessa ja molemmilla suuntauksilla voidaan selittää samoja tutkimuskohteita. Kyselylomakkeessa on määrälliseen tutkimukseen tuttuja numeerisia kysymyksiä, mutta myös vastauksia täydentäviä avoimia laadullisia kysymyksiä. (Jyväskylän yliopisto 23.4.2015.)

Tutkimus toteutettiin yhdessä JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kanssa. Kysely toteutettiin Jalasjärvellä sijaitsevassa Iloniemen tehostetussa palvelukodissa. Iloniemen palvelukoti tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa ikääntyville ja muuten hoivaa tarvitseville henkilöille. Asukaspaiikkoja Iloniemen palvelukodissa on 60.

Olemme kummatkin työskennelleet opiskeluiden ohessa palvelukodeissa, joten idea tähän opinnäytetyöhön lähti työelämästä. Yhteistyökumppanimme vastaanotti idean avoimin mielin, ja näin pääsimme toteuttamaan tutkimustamme. Opinnäytetyön tekemisestä sovittiin aluksi suullisesti JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kanssa loppukeväästä 2017, ja itse tutkimus päästiin aloittamaan syksyllä 2017. Tutkimuksen pohjana ensin loimme laajan teoriakatsauksen, joka koki prosessin aikana pieniä muutoksia.

4.3 Kyselyn toteutus ja aineiston keruu

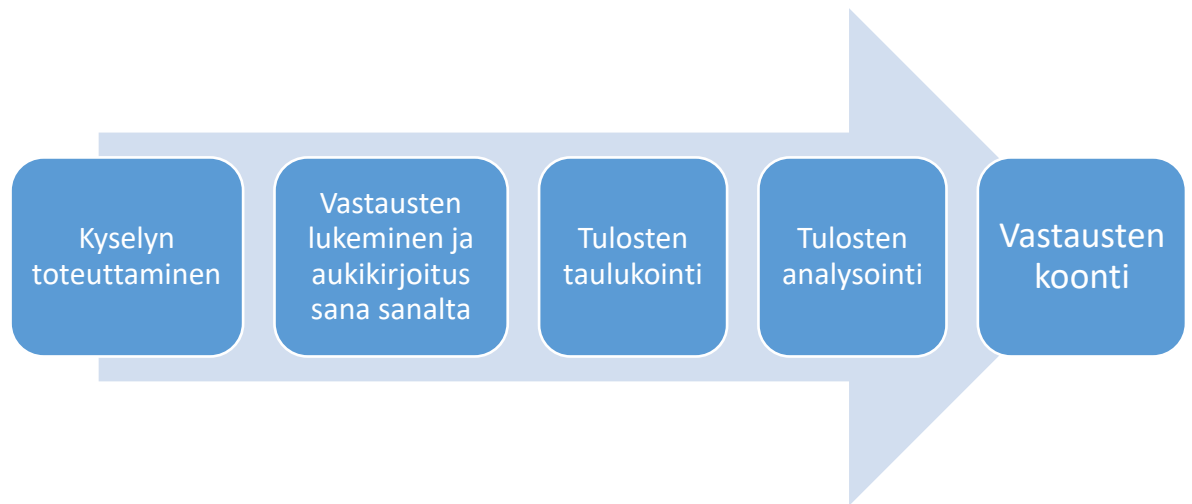
Kyselylomake on tutkimuksen menetelmä, jossa työvälineenä on ennalta laadittu sarja kysymyksiä. Lomakkeen kysymykset tulee laatia tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti ja niiden on oltava tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellisiä. Kyselylomakkeen tulokset ovat kvantitatiivisia. Kyselylomakkeeseen on myös helppompi vastata, kuin esimerkiksi suulliseen haastatteluun, ja siten kyselylomakkeen vastausprosentti voi olla korkeampi. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 74-75.)

Tässä opinnäytetyössä toteutimme kyselymme kyselylomakkeella (liite 1) Iloniemenkodin henkilökunnalle. Kyselylomakkeita jaoimme yhteensä 47 kappaletta. Kyselyssämme oli viisi kysymystä, joista kaksi oli avointa kysymystä. Kaikki kysymyksistä ovat tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellisiä. Valitsimme kyselylomakkeen siksi, että arvelimme vastausprosentin jäävän alhaiseksi.

Taustatietoina kysyimme henkilökunnan ammattinimikkeitä ja kauanko he ovat työskennelleet muistisairaiden ihmisten parissa. Yhteen kysymykseen olemme taulukoineet 18 erilaista käytösoiretta. Vastaajan tehtävänä on rastittaa oireen ilmenemisaikankohda ja kertoa, miten kyseistä oiretta yksikössä hoidetaan. Kaksi viimeistä kysymystä ovat avoimia, joihin vastaaja voi vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan. Niissä halutaan tietää, mitkä asiat ovat haastavia käytösoireisen muistisairaana asiakkaan kanssa työskentelyssä ja minkälaisia apu- ja työvälineitä henkilökunta toivoisi muistisairaana kanssa työskentelyyn. Kyselyitä jaettiin Iloniemenkodin neljään eri yksikköön. Vastauksia saimme 20 kappaletta 47:stä.

4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyömme aineiston analyysiin käytimme laadullisen tutkimuksen sisällyönanalyysiä. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä käytetään induktiivista päättelyä, jonka tarkoituksena on edetä yksittäisten havaintojen perusteella yleiseen käsitykseen muistisairaana potilaan käytösoireista. (Sarajärvi ja Tuomi 2009, 95.)



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Sarajärvi, A., Tuomi, J. 2009. 109).

Opinnäytetyömme aineiston analyysi aloitettiin lukemalla ja puhtaaksi kirjoittamalla jokainen vastauslomake yksityiskohtaisesti läpi. Vastauslomakkeiden laadullisten avoimien kysymysten vastaukset luokiteltiin kysymysten perusteella. Tutkimuksen määrällisten vastauksien analysointiin käytettiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaa. Tulosten analysoinnin jälkeen kokosimme vastaukset, kirjoitimme puhtaaksi, teimme pohdinnan ja johtopäätökset.

Tutkimukseemme vastasi 20 työntekijää, ja vastausprosentti oli 43 %. Kyselylomakkeessa kysyimme vastaajien ammattinimikettä ja työkokemusta taustatiedoiksi. Vastauksien kuitenkin jäädessä vähäisiksi emme halunneet tutkimustuloksia analysoidessa eritellä vastaajien taustoja, koska tällöin vastaajien tunnistettavuus olisi kärsinyt. Analyysivaiheessa päätimme keskittyä oireiden ilmenemiseen yksikössä sekä muihin avoimiin kysymyksiin.

Tutkimuksemme määrällisessä osuudessa kysyimme vastaajilta 18 erilaista käyttöoiretta sekä niiden ilmenemistä yksiköissä. Käyttöoireiden ilmenemistä tutkimme eri vuorokauden aikojen mukaan tai oireen ilmenemistä jatkuvasti. Vastauksista tuli ilmi, että suurin osa käyttöoireista ilmenee yksiköissä jatkuvasti. Päätimme analyysivaiheessa keskittyä näihin tuloksiin, koska niiden osuus oli merkittävän suuri.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

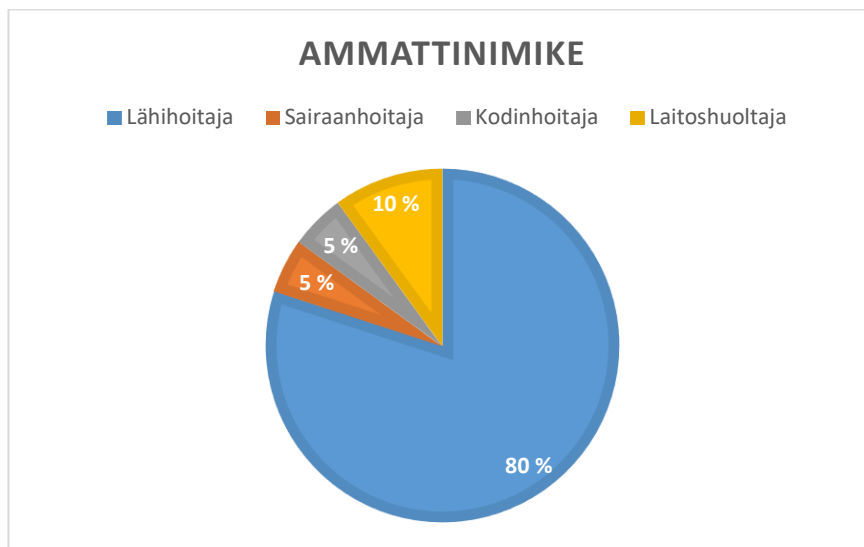
Tutkimusta arvioitaessa käytetään käsitteitä reliabiliteetti ja valideetti. Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti opinnäytetyö tutkii haluttua ilmiötä

(Sarajärvi ja Tuomi 2009). Tutkimuksemme on reliaabeli, koska tutkimuksemme voisi itsessään toistaa eri ympäristöissä. Validiteetti ilmaisee sen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittausmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata (Sarajärvi ja Tuomi 2009). Opinnäytetyömme on validi, koska valittu tutkimusmenetelmä tuki tutkittavaa aihetta. Kyselylomakkeen käytössä saimme määrällisiä sekä laadullisia vastauksia. Kyselylomake mahdollisti kaikkien halukkaiden vastaajien osallisuuden, ja näin myös työyhteisön hiljaisimmat osapuolet pääsivät vaikuttamaan.

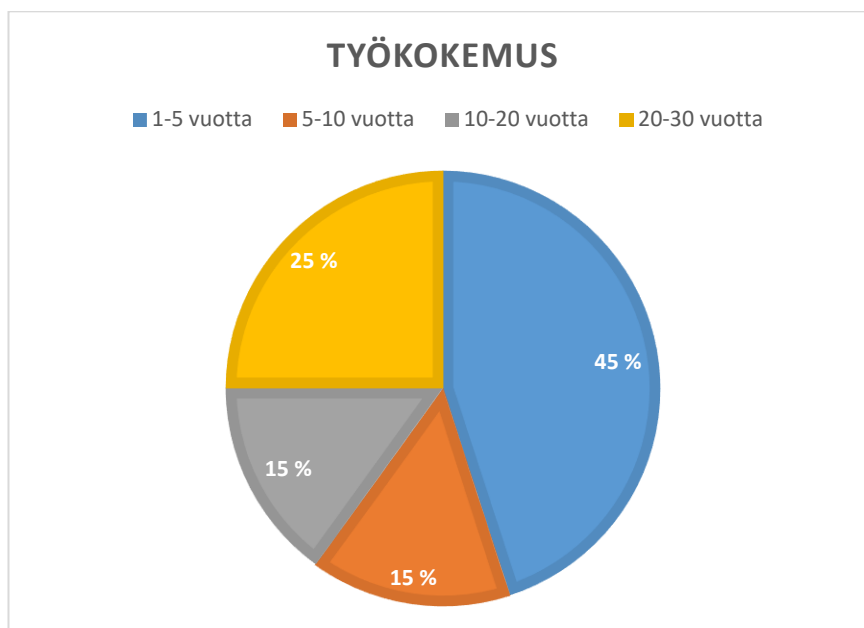
Opinnäytetyössämme tutkimuksen kohteena olivat työyhteisön hoitajat. Mikäli kysely olisi suoritettu muistisairaille asukkaille, olisi heidät luokiteltu haavoittuvaan tutkimusryhmään (Zechner ja Nikander 2006). Tällöin olisimme tarvinneet tutkimusluvan lisäksi luvat asukkaiden omaisilta. Tutkimusmateriaali säilytettiin salassa, jotta vastaajien hoitajien intimiteetti ei vaarantuisi. Kyselylomakkeisiin vastattiin anonyymisti, ja vastauksia ei voinut identifioida yksittäiseen henkilöön.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeita veimme Iloniemen palvelukotiin 47 kappaletta, ja vastauksia saimme 20 kappaletta eli vastausprosentti oli 43 %. Vastaajamme olivat ammatiltaan lähihoitajia, sairaanhoitajia, kodinhoitajia ja laitoshuoltajia. Kaikki vastaajat olivat kohdanneet työssään muistisairauden aiheuttamia käytöshäiriöitä. Kysyimme työkokemuksesta ja suurin osa (45%) oli työskennellyt yhdestä viiteen vuotta kuvion 3 mukaisesti, muistisairaiden parissa. Vastaajat edustavat laajasti eri ammattinimikkeitä kuvion 2 esittämällä jakaumalla.



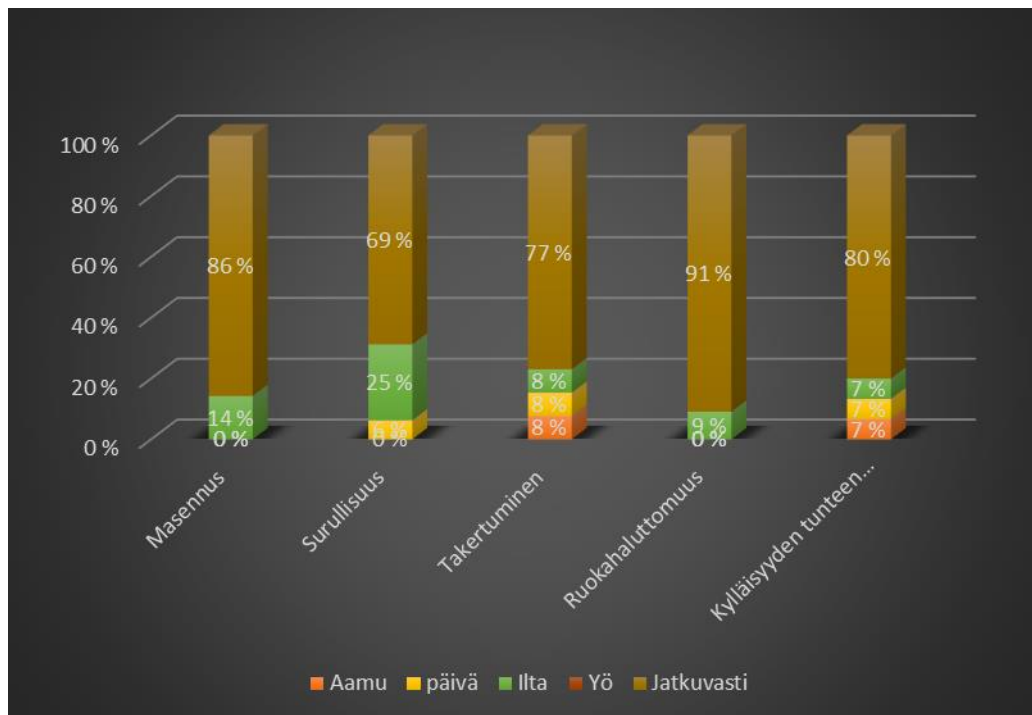
Kuvio 2. Vastaajien ammattinimikkeet



Kuvio 3. Vastaajien työkokemus

5.1 Käyttöoireiden ilmeneminen

Tutkimuksessamme tutkimme 18 erilaista käyttöoiretta ja niiden ilmenemistä joko jatkuvasti tai vuorokauden ajan mukaan. Oireiden ilmeneminen jatkuvasti oli selkeästi useimmiten vastattu vaihtoehto, joten päätimme tutkimustuloksia purkaessa keskittyä tähän osioon. Viisi eniten jatkuvasti ilmenevää oiretta olivat: ruokahaluttomuus (91%), masennus (86%), kylläisyyden tunteen katoaminen (80%), takertuminen (77%) ja surullisuus, itkuisuus (69%). Näiden oireiden jakautuminen esiintymisajankohdan mukaisesti on esitetty kuviossa 4. Kuten kuviosta havaitaan, esimerkiksi kylläisyyden tunteen katoamisessa esiintyvyys on pääsääntöisesti jatkuvaa ja muiden esiintymisajankohtien suhteellinen jakauma on yhtä suuri (7 %). Voidaan siis olettaa esiintyvyys jatkuvaksi.



Kuvio 4. Viisi yleisimmin jatkuvasti esiintyvää oiretta

Ruokahaluttomuutta (91%) hoidettiin lähinnä ravitsemukseen ja yksilöllisyyteen liittyvin keinoin. Monipuolisen ruokavalion merkitystä korostettiin, ja tarvittaessa ravitsemukseen lisättiin ravintolisiä. Hoitajat vastasivat keinoikseen myös pienet annoskoot ja mieleisen ruuan tarjoaminen.

Ruokailuun varataan enemmän aikaa. Jutellaan ja syödään ajan kanssa

Ruokahalu erilainen

Pyritään lisäämään ruokahalua. Yhdessä ruokailu. Aina tarjotaan vaikka kieltäytyisi

Huolehditaan riittävästä ravinnosta. Kysellään mielikuvat, ravintolisiä, nutridrinkit, tuputetaan vähän väliä.

Hoitajien vastaukset ja tavat hoitaa ruokahaluttomuutta eivät poikenneet toisistaan vaan olivat hyvin samankaltaiset. 91 % hoitajista vastasivat, että ruokahaluttomuutta ilmenee yksikössä jatkuvasti. Vastauksista kävi ilmi, että käytösoiretta hoidetaan päivittäin ja käytetyt hoitotavat ovat samankaltaiset.

Oli yllättävää, että ruokahaluttomuus oli yleisimmin ilmenevä oire. Ruokahaluttomuutta ei usein nähdä käytösoireena, vaan sen ajatellaan olevan luonnollinen osa ikääntymistä. Varsinkin muistisairaiden parissa ruokahaluttomuutta esiintyy paljon, ja sitä ei välttämättä aina osata hoitaa yksittäisenä oireena. Ruokahaluttomuus on erityisen hankala oire, koska ei voi pakottaa syömään. Vastauksista kävi ilmi, että myös ruokailutilanteet ovat haastavia ja ajoittain levottomia. Tämä saattaa omalla osallaan vaikuttaa muistisairaana ruokahaluttomuuteen, jos ruokailutilanne on muutenkin epämieluisa.

Masennuksen (86%) hoitoon nähtiin ensisijaisena vaihtoehtona keskustelu. Myös mielekkään tekemisen ja aktiviteettien järjestäminen koettiin hyvänä menetelmänä. Lääkitystä kuvailtiin viimeisenä, mutta kuitenkin tärkeänä ja tarvittavana vaihtoehtona.

Ollaan läsnä, tähän ei aina kiireen vuoksi ole mahdollisuutta

Esiintyy toisinaan, eniten syksyllä. Keskustelut + läsnäolo. (menee lääkitys)

Keskustelu, tarvittaessa lääke, mielekäs tekeminen

läsnäolo, virikkeiden lisääminen

keskustelu, lääkitys

Masennusta ilmeni yksiköissä toiseksi eniten (86 %). Tulos ei sinällään yllättänyt, koska kirjallisuudestakin on käynyt ilmi, että masennus on hyvin yleinen muistisairauksiin liittyvä käytösoire. Käytösoireena masennusta ilmenee joko pitkä- tai lyhytkestoisena. Pitkäkestoiseen masennukseen yleisenä hoitomuotona käytetään oikeenmukaista lääkitystä.

Vastauksista tulee esille, että masennusta ilmenee kausiluonteisesti, erityisesti syksyllä. On huomattu, että kaamoksen tuoma pimeys vaikuttaa mielialaan. Vastauksissa toistui kolme pääteemaa, jotka olivat keskustelu, läsnäolo ja lääkitys. Lääkitys koettiin yleiseksi, mutta tarpeelliseksi hoitomuodoksi. Keskustelua ja läsnäoloa masennuksen hoitoon haluttaisiin antaa enemmän, mutta hoitajat kokevat, että kiireisen arjen keskellä tämä ei ole aina mahdollista.

Kylläisyyden tunteen katoamista (80%) hoitajat vastasivat hoitaneensa lähinnä huolehtimalla muistisairaana riittävästä ravinnon saannista ja säännöllisellä ruokailurytmillä. Vastauksista ilmeni myös, että on tärkeää kertoa muistisairaalle, että on juuri syönyt. Keinona käytettiin myös pienempiä annoskokoja, mutta useammin.

Huolehditaan riittävästä ravinnosta ja sanotaan, että olet jo syönyt

kerrotaan, että on jo syönyt/saanut ruokaa

muistuttaa, että on syönyt... jotain pientä välipalaa tarvittaessa

keskustellaan asukkaan kanssa tästä. Ruoka-annosten seuranta.

Ruokahaluttomuuden vastakohta eli kylläisyyden tunteen katoaminen on kolmanneksi yleisin oire. Ruokailuun liittyvät käytösoireet ovat selkeästi eniten näkyvät oireet yksiköissä. Ruokailutilanteet ovat päivittäisiä toistuvia hetkiä ja aiheuttavat hoitajissa turhautuneisuuden tunteita koska oire toistuu jatkuvasti monta kertaa päivässä. Oireeseen ei ole mitään virallista hoitomuotoa, kuten lääkettä. Muistisairas aidosti kokee, että ei ole syönyt, vaikka olisi juuri noussut ruokapöydästä.

Takertumista (77%) esiintyi kääntöjen yhteydessä ja avustustilanteissa. Hoitajat kokivat tärkeiksi asioiksi rauhallisuuden hoitotilanteissa, jolloin muistisairas kokee olonsa turvalliseksi.

Annetaan asukkaalle ”halattavaksi” jotakin. Hoitajan kosketus myös usein asukkaalle tärkeä

Työpari, juttelu, turvallisuus

Kääntöjen yhteydessä, avustustilanteissa

Hellästi annetaan käteen jotain

Eipä auta oikein mikään, rauhallisuus hoitotilanteis

Takertuminen on fyysinen oire, jota ilmenee yksiköissä päivittäin (77 %). Takertumista ilmenee hoito- ja avustustilanteissa eniten. Takertuminen kertoo muistisairaana turvattomuuden tunteesta ja pelosta. Muistisairaat saattavat kokea olevansa vierassa paikassa vieraiden ihmisten hoidettavana. Lisäksi he eivät välttämättä ymmärrä mitä ympärillä tapahtuu. Päivittäiset toiminnot ja erityisesti pesutilanteet käyvät ajoittain hyvin haastaviksi. Hoitajat vastasivat, että hoitotilanteissa on tärkeää jutella asukkaalle, kertoa, mitä milloinkin tapahtuu ja edetä rauhallisesti hoitotilanteissa. On kuitenkin tärkeää huomioida oma sekä asukkaan turvallisuus ottamalla hoitotilanteisiin mukaan työpari.

Surullisuus ja itkuisuus (69%) on viidenneksi eniten ilmenevä käytösoire. Oiretta hoidetaan lähinnä keskustelun avulla. Keskustelulla pyritään viemään ajatukset positiivisempiin asioihin. Mielekäs tekeminen nähtiin myös tärkeänä menetelmänä.

Juttelu, aktiviteetti, lohdutus

Ollaan läsnä. Mielekästä tekemistä, kuunnellaan asukasta.

Keskustelu, ajan/tuen antaminen

Keskustelemalla viedään ajatuksia muualle.

(Ei joka päivä): Sitten kun on, niin kestää oikeastaan koko päivän.

Läsnäolo + kuuntelu, keskustelu, kosketus.

Muistisairaalle tyypillistä on ajan ja paikan hahmottamisen vaikeudet. Ikävä jo mahdollisesti poismenneitä läheisiä ja muita lähiomaisia näkyy päivittäin. Muistisairas saattaa tuntea olevansa vieraassa paikassa ja koti-ikävä aiheuttaa mielialan laskua. Muistisairas ei ymmärrä hänen tämänhetkistä tarvettaan asua palvelukodissa ja tämä aiheuttaa voimakasta turhautuneisuuden tunnetta. Nämä tunteet toistuvat päivittäin ja mahdollisesti monta kertaa saman tunnin aikana. Tämä vaatii hoitajilta kärsivällisyyttä ja rauhallisuutta, jotta jaksaa aina uudelleen ja uudelleen keskustella ja antaa tukea muistisairaalle.

5.2. Haastavat asiat käytösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelyssä

Avoimista vastauksista haastaviksi asioiksi käytösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelystä nousi kolme eri teemaa: aggressiivisuus ja vastustaminen, saman asian toistaminen ja muistamattomuus ja mielialan nopea vaihtelu.

Aggressiivisuus ja vastustaminen koettiin yleiseksi ja raskaaksi käytösoireeksi. Oiretta ilmenee hoitotilanteissa kohdistuen hoitajaan sekä muihin asukkaisiin. Aggressiivisuus ilmenee fyysisenä (potkiminen, lyöminen, raapiminen ja tavaroiden

heittely) sekä henkisenä (toisten asukkaiden ärsyttäminen ja hoitajien haukkuminen). Hoitajien pitkää pinnaa ja rauhallista käytöstä korostettiin. Muistisairasta ymmärrettiin, koska oire johtuu sairaudesta: ”Kun ei enää ymmärrä puhetta ja ohjausta”. Aggressiivisuutta ja vastustamista ilmeni etenkin pesu- sekä ruokailutilanteissa.

Oireet hyvin moninaiset, niin psyykkiset kuin fyysiset. Aggressiivisuus, huutaminen, asioiden (samojen) jatkuva toistaminen. Toisten asukkaiden ärsyttäminen, hoitajien haukkuminen. Asukas ja hoitaja ei välttämättä ymmärrä toisiaan ja tarkoitusperiä, tästä voi seurata molemmin puolista turhautuneisuutta. Muistisairaana sanomat ilkeät asiat/haukut eivät saa mennä ”hoitajan tunteisiin” täytyy ymmärtää se muistisairaiden hoidossa

Kiire lisää muistisairaana rauhattomuutta. Muistisairaana ”menneisyyden” pitäisi tietää paremmin. Osaisi ohjata keskustelua mieleisiin aiheisiin.

Muistisairauksiin liittyvä aggressiivinen käyttäytyminen saattaa johtua muistisairaana turhautumisesta, turvattomuuden tunteesta tai peloista. Muistisairas ei välttämättä osaa enää pukea tunteitaan sanoiksi, vaan negatiiviset tunteet ilmenevät fyysisenä aggressiivisuutena. Lisäksi muistisairauksiin liittyvät persoonallisuuden muutokset vaikuttavat käyttäytymiseen. Hyväntahtoinen ihminen saattaa muistisairaana myötä osoittautua äkkipikaiseksi ja aggressiiviseksi. Päivittäiset toiminnot, kuten pesutilanteet käyvät aggressiivisuuden myötä henkisesti sekä fyysisesti raskaiksi ja kuormittaviksi. Muistisairas saattaa voimakkaasti osoittaa, ettei halua kenenkään tulevan hänen henkilökohtaiselle alueelle, mutta samaan aikaan on kuitenkin kykenemätön huolehtimaan omasta hygieniastaan. Hoitajien rauhallisuus erityisesti pesutilanteissa korostuu, jotta voitaisiin luoda muistisairaalle turvallinen ympäristö.

Saman asian toistaminen ja muistamattomuus nähtiin haastavana oireena päivittäisessä työssä. Oireena muistisairaana ajan ja paikan hahmottamisen vaikeudet koettiin päivittäiseksi haasteeksi. Suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista, kuten omasta hygieniasta huolehtiminen vaikeutuu tai unohtuu kokonaan, ja tämä tekee arkisista asioista kuten pesutilanteista vaativia. Muistisairaalle tyypillinen käytösoire asioiden jatkuva toistaminen koettiin päivittäisessä työskentelyssä raskaana.

*Asiakkaalle samojen asioiden toistaminen. Ymmärryksen puute/ unoh-
taa äsken kerrotun asian. Elää samassa ajassa & paikassa, ei usko kun
kerrotaan todellisuus. Arvaamattomuus tilanteissa. Puhetyylin tärkeys
– ei alista/nöyryyttä*

*Saman asian toistoa useasti → ymmärryksen puute (toki ymmärtää sai-
raudesta johtuvaa). Voi kerrata asian 10 min aikana useasti. Mielialat
vaihtelee useasti.*

Lähimuistin heikentyminen muistisairauden edetessä on väistämätöntä. Asioiden ja tapahtumien hokeminen ja toistaminen koettiin henkisesti hyvin raskaana. Vas-
tauksista tuli ilmi, että asioiden jatkuvaa toistelua tapahtuu yksiköissä jatkuvasti ja päivittäin. Hoitajat kokevat oireen turhauttavana ja isona kuormitustekijänä.

Mielialojen nopea vaihtelu ja muistisairaahan arvaamaton käyttäytyminen aiheutta-
vat haastavia tilanteita yksiköissä. Muistisairaahan äkillisestikin muuttuva käyttäyty-
minen saattaa pelottaa muita asukkaita, ja luoda turvattomuuden tunnetta.

*Vaikka kuinka yrität puhua/selittää, mitä seuraavaksi tehdään/tapahtuu
– asia ei mene perille. Mielialat vaihtelevat nopeasti. Rauhallisesta sa-
laman nopeasti aggressiiviseksi; tavarat lentää, nyrkit heiluu. Lääkkei-
den antotilanteet; jos muistisairas sillä päällä ettei ota lääkkeitä – saat
käyttää kaikki näyttelijän taitosi, jotta onnistut / tai sitten et.*

Muistisairaalla mielialat saattavat vaihdella todella nopeasti. Muistisairaiden nopeat mielialanvaihtelut esiintyvät hoitajien mukaan hoitotilanteissa ja saattavat olla to-
della äkillisiä. Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvät tilanteet ovat niitä jotka usein otetaan muistisairaiden yhteydessä esille, mutta ne ovat usein niitä kaikkein vai-
keimpia tilanteita. Aluksi muistisairas saattaa olla hyvinkin mielissään tulossa sau-
naan, mutta puolen minuutin päästä kelkka kääntyy ja pian ei ole enää toivoakaan,
että hänet saisi peseytymään. Useimmiten muistisairaahan suusta kuulee, että menen
sitten kotona. Tällaiset tilanteet ovat hyvin yleisiä muistisairaiden päivittäisessä elä-
mässä. Tilanteita esiintyy muistisairaahan ja hoitajan ollessa kahdestaan. Asukkaan
ja hoitajan välisten tilanteiden lisäksi kahden asukkaan välillä saattaa mukavasta

keskustelusta kehkeytyä kunnon riita, kun tunteet menevät vuoristorataa naurusta itkuun tai rakkaudesta vihaan.

5.3 Apu- ja työvälineet muistisairaalle kanssa työskentelyssä

Useista vastauksista nousi huoli hoitajien resurssien ja erityisesti ajan riittämisestä. Useista vastauksista tuli ilmi, että aika on työväline, jota tarvittaisiin lisää. Ajan antamisella muistisairaalle käytösoireiselle nähtäisiin olevan positiivisia käytösoireita ehkäiseviä vaikutuksia.

Päiviin toivottaisiin virikkeitä ja aktiviteetteja muistisairaille. Muun muassa oma fysioterapeutti tai toiminnanohjaaja yksiköihin olisi toivottu lisää. Muisteluesineet ja välineet, kuten muistelukortit ja muut apuvälineet nähtiin tärkeänä osana asukkaan omatoimisuuden ylläpitämisessä.

Tunteva-koulutus koko henkilöstölle (oppisi lähestymään asukkaita). Rauhallisuutta toimintaan, pitkäjänteisyyttä. Tarpeeksi aikaa, jota ei kyllä ole. Se edellyttäisi riittävästi henkilökuntaa 😊

Joskus tuntuu, että lääkärit ei kuuntelu hoitajia lainkaan esim. lääkitysten suhteen tai että asukas laitettaisiin ”eteenpäin”. Aikaa saisi olla enempi seurusteluun asukkaiden kanssa ja kaikenlaiseen pikkupuuhaan yhteen.

Muistisairaavat tarvitsevat aikaa ja huomiota. He eivät kykene selviämään päivittäisistä toiminnoista enää itsenäisesti niin hyvin kuin aiemmin. Päivittäisten toimintojen lisäksi heillä on usein mielensä päällä liuta askarruttavia kysymyksiä. Näihin kysymyksiin he myös haluavat vastauksen. Muistisairaavat ovat myös kovia touhuamaan, mutta jos he touhuavat itsenäisesti ilman hoitajan avustusta lopputulos saattaa olla

joskus hoitajien mielestä ei-toivottu, kun he ”järjestelevät” esimerkiksi vääriä kaappeja. Palvelukodeissa arki on usein melko työlästä ja välillä myös kelloon katsomista, että kaikki tarvittava tulee tehtyä. Arki pyörii hyvin pitkälti aamu- ja iltatoimien, ruokailujen tai muiden pakollisten hoitotoimenpiteiden ympärillä. Näiden lisäksi asukkaiden kanssa tulisi ehtiä tekemään kaikenlaista muuta. Muistisairaat asuvat asumispalveluyksiköissä ja heidän elämäänsä tulisi kuulua virikkeitä, ettei elämä olisi ruuasta toiseen elämistä (kuten se toisinaan hyvin pitkälti on). Hoitajat toivoivat, että koko henkilöstö kävisi Tunteva-koulutuksen ja tällä viitataan selvästi muistisairaiden huomioimiseen kokonaisvaltaisesti. Muistisairaat lisääntyvät koko ajan ja hoitajien kiire työssään kasvaa. Kiire ei ole avain käyttöoireiden vähenemiseen vaan päinvastoin, kiire saattaa lisätä muistisairaiden käyttöoireita.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena ja tavoitteena oli tutkia hoitajien kokemuksia käytösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelystä. Tutkimuksemme toteutettiin yhdessä JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Palvelukoti Iloniemen henkilökunnan kanssa. Tutkimuskysymyksemme olivat: mitkä asiat ovat haastavia käytösoireisen muistisairaahan asiakkaan hoidossa ja kuinka muistisairaahan käytösoireita hoidetaan. Opinnäytetyömme vastaa asettamiimme kysymyksiin, ja toi hoitajien näkökulmaa käytösoireiden hoitoon. Valitsemamme tutkimusmenetelmä tuki tutkittavaa aihetta ja saimme kohtalaisen laajan aineiston sen perusteella.

Tutkimuksesta tuli ilmi käytösoireiden ilmenemisen laajuus ja yleisyys palvelukodissa. Käytösoireiden ilmeneminen jatkuvasti oli selkeästi yleisintä verrattuna oireen ilmenemiseen esimerkiksi vain aamulla. Oireiden jatkuva ilmeneminen lisää hoitotyön kuormittavuutta ja kiirettä. Omassa työssämme olemme huomanneet, että kiire lisää muistisairaiden rauhattomuutta ja käytösoireita. Myös tutkimukseen vastanneet olivat havainneet tämän ilmiön yksikössään. Anu Hultqvist (2013) on tehnyt tutkimuksen hoitajien toimintamalleista iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyöstä. Hultqvistin tekemän tutkimuksen mukaan hoitajien kuormittumisella ja työssäjaksamisen haasteilla on vahva vaikutus hoitajien toimintaan muistisairaiden ikääntyvien parissa. Hoitajien työhyvinvointiin panostaminen ja hoitotyön kehittäminen edistävät hoitotyön laatua ja toteutumista asiakkaan parhaaksi.

Tutkimuksessamme tutkimme 18 erilaista käytösoiretta ja niiden ilmenemistä joko jatkuvasti tai vuorokauden ajan mukaan. Oireiden ilmeneminen jatkuvasti oli selkeästi useimmiten vastattu vaihtoehto, joten päätimme tutkimustuloksia purkaessa keskittyä tähän osioon. Viisi eniten jatkuvasti ilmenevää oiretta olivat: ruokahaluttomuus (91%), masennus (86%), kylläisyyden tunteen katoaminen (80%), takertuminen (77%) ja surullisuus, itkuisuus (69%).

Vastauksia analysoitaessa ruokahaluttomuus yleisimpänä ja eniten ilmenevänä oireena oli molemmille meistä aluksi yllättävää. Peilasimme tuloksia omaan työhömmee, ja lopuksi tuloksi kävivät kuitenkin järkeen. Ruokahaluttomuutta ilmenee päivittäin, ja erityisesti osalla muistisairaista se on jatkuvaa ja jokapäiväistä. Moni-

puolisen ravitsemuksen merkitystä hyvinvoinnille ja terveydelle korostetaan. Ruokailutilanteet ovat usein haastavia, varsinkin silloin, jos muistisairas kieltäytyy kokonaan syömästä. Lontoolaisen King's Collegen Global Observatory for Ageing and Dementia Care professori Martin Prince (2014) kokosi raportin ikääntyvien ja muistisairaiden ravitsemuksesta. Raportissa mainitaan, että aliravitsemus on iäkkäillä selkeästi ylipainoa suurempi terveysuhka, ja se on erityisen yleistä muistisairaille ihmisillä. Ravitsemus vaikuttaa suuresti elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn. Vaikka laihtuminen on muistisairaille ihmisille yleistä, se voidaan myös välttää (45).

Kyselyyn vastanneet hoitajat toivoivat ensisijaisesti enemmän aikaa muistisairaiden kanssa. Monet totesivat, että mielellään aikaa ja läsnäoloa antaisivat, jos siihen olisi mahdollisuus. Apuvälineitä ja muistelutyökaluja toivottiin, jotka auttavat ylläpitämään muistisairaana omaoimisuutta. Tunteva-koulutus nousi yksittäisen koulutuksena esille ja sitä toivottiin koko henkilökunnan käytäväksi. Koulutuksessamme sekä työpaikoilla olemme tutustuneet Tunteva-menetelmään. Kumpikaan meistä ei ole sitä käynyt, mutta toivoisimme joskus pääsevämme kyseiseen koulutukseen. Tunteva kuten muutkin vuorovaikutusmenetelmät eivät toimi, ellei niitä sitoudu käyttämään päivittäisessä työssä.

Johtopäätökset kiteytyvät siihen, että käytösoireet muistisairauksissa vaativat henkilökunnalta paljon ammattitaitoa ja jaksamista. Muistisairailla tarvitaan paljon aikaa ja huomiota, ja tähän hoitajat kokevat, ettei heillä ole aina mahdollisuutta. Käytösoireiset muistisairailla tarvitsevat yksilöllistä hoitoa ja huolenpitoa.

7. ARVIOINTI JA POHDINTA

Geronomi (AMK) koulutusohjelmassa tutuksi tulleissa geronomin kompetensseissa kerrotaan eri osa-aluein geronomin asemasta kokonaisvaltaisena vanhustyön osaajana. Geronomi kehittää tulevaisuuden vanhustyötä toiminnallaan ja mahdollistaa iäkkään ihmisen mielekkään elämän, osallisuuden ja toimijuuden vahvistamisen. Kompetensseissa mainitaan, että geronomi osaa soveltaa gerontologista monitieteistä tietoa ja osaamista vanhustyössä sekä ymmärtää vanhenemista yksilön ja hänen elämänkulkunsa sekä yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta. (Suomen Geronomiliitto ry 2014.)

Opinnäytetyömme tukee siis Geronomin kompetenssien mukaisesti vanhustyön, ja erityisesti muistisairaiden hoidon, terveyden ja hyvinvoinnin kehittäjänä. Oma ammattitaitomme on kehittynyt opinnäytetyön tekemisen lomassa. Tutkimuksemme pohjaksi kokosimme laajan teoreettisen viitekehyksen. Ammattikirjallisuuden lukeminen antoi tukea ja pohjaa omalle toiminnalle työelämässä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös antaa hoitajille tilaisuus jakaa niin sanottua hiljaista tietoa toisilleen. Tutkimustuloksista tuli myös itselle ilmi uusia käytännön vinkkejä ja toimintamalleja käytöshäiriöisten muistisairaiden kanssa työskentelyyn. Opinnäytetyön aihe on herättänyt hoitajissa keskustelua, ja näin ollen lisännyt yhteistyötahomme työyhteisönkin asiantuntijuutta.

Opinnäytetyössämme päätimme tutkia nimenomaan hoitajien näkökulmaa käytöshäiriöiden hoitoon. Hoitajat viettävät päivänsä huolehtien muistisairaista, joten heillä on ajantasaisin ja laajin tieto ja ymmärrys käytösoireista ja niiden esiintyvyydestä. Hoitajilla on usein tiedon ja taidon pohjana on niin sanottu hiljainen tieto. Hiljainen tieto on sitä tietoa, mikä tulee tietää, mutta sitä ei voi mistään oppia. Yhtenä tavoitteena tälle tutkimuksella oli herättää hoitajissa positiivista keskustelua, ja mahdollisuus jakaa omaa hiljaista tietoa. Hoitajien anonymiys varmistettiin tutkimusta tehdessä, eikä tutkimustuloksista voi yhdistää vastausta kehenkään tiettyyn hoitajaan.

Työskentelemme myös itse palvelutaloissa, joissa on käytösoireisia muistisairaita, joten opinnäytetyötä tehdessämme, ja siitä keskustellessamme peilasimme usein

omiin kokemuksiin työelämässä. Tulokset herättelivät pohtimaan omaa toimintaa päivittäisessä työssä. Hoitajat kokevat riittämättömyyden ja turhautuneisuuden tunteita päivittäin. Pystyimme samaistumaan itsekin hoitajien kokemuksiin tunteisiin käytösoireiden hoidossa. Oli kuitenkin onni huomata, että hoitajat näkevät käytösoireen takana olevan ihmisen, ja ymmärtävät, että oire on osa sairautta. Tätä ihailtavaa kykyä testataan muistisairaiden hoitotyössä päivittäin.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia menetelmien toimivuutta käytännössä. Esimerkiksi voidaanko tietyillä vuorovaikutusmenetelmillä, kuten Tunteva-koulutuksella vähentää tai ehkäistä käytösoireita muistisairauksissa. Tämä tutkimus kohdistui hoitajiin, joten olisi myös mielenkiintoista tietää kuinka muut ei-muistisairaajat asukkaat kokevat käytöshäiriöt.

LÄHTEET

- Beshar, L. 2006. Dementia- ja psyykenlääkkeiden käyttö dementiaa käyttäneiden hoidossa. Pro-Gradu – tutkielma. [verkkojulkaisu] [viitattu: 29.3.2018] saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77829/gradu04578.pdf?sequence=1>
- Burakoff, K., Haapala, P., Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista. [verkkoaineisto] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1586659>
- Duodecim. 24.6.2010. Psyykenlääkkeet lisäävät iäkkäiden kaatumisriskiä. [verkkokorttikeli] [viitattu: 29.3.2018] saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=24
- Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. [verkkojulkaisu] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514281950.pdf>
- Eloniemi-Sulkava, U. 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa - Käyttöoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. [verkkojulkaisu] [viitattu 21.3.2018] saatavana: https://www.vahvike.fi/sites/default/files/dokumentit/mielenmuutos_raportti_3_indd.pdf
- Eloniemi-Sulkava, U., Laaksonen, R., Rantala, L. 2002. Ymmärrä – tule ymmärretyksi Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. [verkkojulkaisu] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMvvo-pas04_31%208.pdf
- Eloniemi-Sulkava, U., Sievänen, L., Sievänen, M., Välikangas, K. 2006. Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin. [verkkojulkaisu] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <file:///C:/Users/Henna/Downloads/opasikaantyneenmuistioireisenkodinmuutostoihin.pdf>
- Erkinjuntti, T. 2011. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. [Verkkokorttikeli] Suomalainen lääkäri duodecim. [Viitattu: 10.10.2017] Saatavana: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/1/duo99264>
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. 2015. Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki
- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. 2013. Muistisairaana kuntouttava hoito. Duodecim: Helsinki
- Hartikainen, S. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. [verkkokorttikeli] [viitattu: 29.3.2018] saatavana: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96845.pdf>

- Hartikainen, S., Taipale, H. 2013. Muistisairaahan ihmisen lääkehoito - oireiden hoidosta optimoituun lääkehoitoon. [verkkoartikkeli] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=33&issue=2013-03>
- Hosia-Randell, H., Pitkälä, K., Raivio, M., Savikko, N. & Strandberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Teoksessa: Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. [verkkoartikkeli] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <http://docplayer.fi/8270453-Vanhuksen-laakehoidon-karikoita.html>
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Pro-Gradu – tutkielma. [verkkoyhteisö] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>
- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Pro-Gradu – tutkielma. [verkkoyhteisö] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311201888.pdf>
- Jyväskylän yliopisto. 23.4.2015. Määrällinen tutkimus. [verkkosivu] [viitattu 19.3.2018] saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanomo Pro Oy: Helsinki
- Koponen, H., Vataja, R. 15.9.2016. Muistisairaahan käytösoireiden hoito. [verkkoartikkeli] [viitattu: 29.3.2018] saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00524>
- Koponen, H., Vataja, R. 13.9.2016. Psykoosilääkkeet, aivoverenkiertohäiriöt ja kuolleisuus käytösoireista kärsivillä muistisairauspotilailla. [verkkoartikkeli] [viitattu: 29.3.2018] saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak07361>
- Kämäräinen, L. 2011. TunteVa®- omaisten opas. Miten ymmärtää muistisairaasta ihmistä?. Multiprint Oy: Tampere.
- Käypä hoito. 27.1.2017. Muistisairaudet. [Verkkoyhteisö] Helsinki: Suomalainen lääkäriseura duodecim [viitattu 10.10.2017] Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>
- Käypä hoito. 21.9.2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). [Verkkoyhteisö] Helsinki: Suomalainen lääkäriseura duodecim [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01592>

- Lindholm, C. 2010. Muistisairaudet, kieli ja vuovaikutus. [verkkoartikkeli] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=111&issue=2011-02>
- Luoto, M. 24.1.2013. Käytösoireiden lääkkeetön hoito - Motivoinnin ja yksilökeskeisen hoidon mahdollisuudet. [verkkojulkaisu] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <https://gernet.s3.amazonaws.com/suomengeriatrik.fi/wp-content/uploads/LUENNOT-2013/1-Markus/MLuoto24-1-2013.pdf>
- Muistiliitto. 23.2.2017. Hoitoympäristö. [verkkoartikkeli] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistiystavallinen-ymparisto-turvallisuus/hoitoymparisto>
- Paajanen, T. & Remes, A. 2015. Muistioireet. Teoksessa: T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim
- Partonen, T. 7.3.2016. Uni-valverytmin (unirytmien) häiriöt. [verkkoartikkeli] [viitattu: 21.3.2018] saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00535
- Papunet.7.3.2017. Muistisairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. [vekkosivu] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <http://papunet.net/tietoa/muistisairaus-vaikuttaa-vuorovaikutukseen>
- Pesola, K. 2013. Hyvä ympäristö auttaa muistisairasta kotona. Teoksessa: Helminen, J., Laine, E., Sirén, R. & Zotow, M (toim.). Muisti muuttuu - Arki muuttuu Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä. [verkkojulkaisu] [viitattu: 23.3.2018] saatavana: http://projects.centralbaltic.eu/images/files/result_pdf/ELDEM_result3_book_Muisti_muuttuu_arki%20muuttuu_FI.pdf
- Prince, M. (2014). Nutrition and dementia A review of available research. [verkkojulkaisu] [viitattu: 27.3.2018] saatavana: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä
- Suotanka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro-Gradu – tutkielma. [verkkojulkaisu] [viitattu 21.3.2018] saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tampereen Kaupunkilähetys ry. nd. TunteVa®sta Virtaa Arkeen. [verkkosivu] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <https://tamperecitymission.fi/ikaihmiset/tukea/tuntevasta-virtaa-arkeen/>

Tampereen kaupunkilähetys ry TunteVa®.nd. TunteVa®- ideologia. [verkkosivu] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: <https://tamperecitymission.fi/kaupunkilahe-tys/yhdistystoiminta/tunteva-ideologia/>

Tilastokeskus. 3.4.2017. Väestö. [verkkosivu] [viitattu: 10.10.2017] saatavana: http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

THL. 21.2.2018. Muistisairauksien yleisyys. [verkkosivu][viitattu: 29.3.2018] saatavana: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Vataja, R. 2014. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten hoidon periaatteet. Teoksessa: Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim

LIITTEET

Saatekirje

Kyselylomake

SAATEKIRJE

JIK, ILONIEMEN PALVELUKOTI

Hei olemme Anna Mäenpää ja Henna Isosaari ja opiskelemme Seinäjoen Ammatikorkeakoulussa tutkintoa Geronomi (AMK). Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia ja kerätä tietoa muistisairaiden kanssa työskentelystä ja haasteista hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössämme haluaisimme saada selville teemoja ja käytännön asioita käytösoireisen muistisairaahan kanssa työskentelystä ja päivittäisestä elämästä. Haluaisimme myös saada selville, mitkä ovat ne käytännön työtavat ja työvälineet käytösoireisen muistisairaahan hoidossa. Tutkimukseen osallistuminen vaatii kokemusta muistisairaahan ihmisen kanssa työskentelystä. Tutkimus sisältää monivalinta- sekä avoimia kysymyksiä. Kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse vastata, mutta jokainen vastaus tuo tarvittua näkökulmaa opinnäytetyöhömmme.

Tutkimus suoritetaan nimettömästi, sekä tutkimukseen kerättyä tietoa käytetään vain opinnäytetyömme tekemiseen.

Mikäli tutkimuksen teosta tai kyselylomakkeesta herää kysymyksiä niin vastaamme mielellämme.

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne! 😊

Anna Mäenpää

anna.maenpaa@seamk.fi

0505296789

Henna Isosaari

henna.isosaari@seamk.fi

0504621921

KYSELYLOMAKE ILONIEMEN PALVELUKODIN HENKILÖ- KUNNALLE

OHJEET VASTAAJALLE

Vastaa kysymykseen valitsemalla vaihtoehtoista yksi tai useampi sinun tilannettasi tai sinun mielipidettäsi vastaava vaihtoehto. Kysely sisältää monivalintakysymyksiä, sekä avoimia kysymyksiä.

Kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa toimipaikassanne niille osoitettuun paikkaan. Vastaukset noudetaan viimeistään

TAUSTATIEDOT

1. Ammattinimike

Sairaanhoidtaja

Geronomi

Lähihoitaja

Perushoitaja

Kodinhoitaja

muu mikä, _____

2. Kauanko olet työskennellyt muistisairaiden ihmisten parissa?

Alle vuosi 1-5 vuotta 5-10 vuotta

10-20 vuotta 20-30 vuotta Yli 30 vuotta

3. Valitse vaihtoehdoista milloin kysyttyä oireita ilmenee yksikösänne ja kerro kuinka kyseistä oireita hoidetaan. Jos mieleesi tulisi jokin muu oire listan ulkopuolelta voit myös halutessasi lisätä sen.

OIRE	AAMU	PÄIVÄ	ILTA	YÖ	JATKU - VASTI	KUINKA HOIDAT/ KUINKA YKSIKÖSSÄNNE HOIDE- TAAAN?
Huutaminen						
Aggressiivisuus						
Vastustaminen						
Levottomuus						
Uni-valve-rytmin häiriintyminen						
Masennus						
Vaeltelu						
Keräily						
Tavaroiden toistuva järjestely						

OIRE	AAMU	PÄIVÄ	ILTA	YÖ	JATKU - VASTI	KUINKA HOIDAT/ KUINKA YKSIKÖSSÄNNE HOIDE- TAAAN?
Hyper-seksuaalisuus						
Harha-aistimukset, harhaisuus						
Surullisuus, itkuisuus						
Vetäytyminen, apatia						
Eritteillä sotkeminen						
Takertuminen						
Ruoalla sotkeminen						
Ruoka-haluttomuus						
Kylläisyyden tunteen katoaminen						

