



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HOITAJIEN KOKEMUKSIA AUTTAMISMENE- TELMISTÄ MUISTISAIRAAN HAASTAVAN KÄYTÖKSEN HOIDOSSA

Sandra Pelkonen

Kirsi Sovijärvi

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

PELKONEN, SANDRA & SOVIJÄRVI, KIRSI:

Hoitajien kokemuksia auttamismenetelmistä muistisairaahan haastavan käytöksen hoidossa

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Huhtikuu 2018

Muistisairaudet ovat vuosi vuodelta lisääntymässä ja koskettavat jollain tavalla meistä jokaista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajan käyttämiä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä auttamismenetelmiä muistisairaahan potilaan haastavan käytöksen hoidossa. Lisäksi tehtävänä oli selvittää, millaisena käytöksenä hoitajat kokivat haastavan käytöksen, minkälaisia auttamismenetelmiä hoitajat käyttivät muistisairaahan potilaan haastavan käytöksen hoidossa ja minkälaisessa tilanteessa tarvittavaa lääkettä annettiin potilaalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaahan potilaan auttamismenetelmien aikaansaamasta muutoksesta muistisairaahan haastavaan käyttöön. Työn toimeksiantaja oli tamperelainen vanhusten tehostetun tuen asumisyksikkö Villa Niemi.

Tutkimus oli laadultaan kvalitatiivinen, ja sen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastateltavat työskentelivät Villa Niemessä hoitajina. Saatu haastatteluaineisto analysoitiin osin deduktiivisesti ja osin induktiivisesti. Tulokset osoittivat, että hoitajat kokivat haastavaksi käytökseksi aggressiivisuuden, levottomuuden ja muistamattomuudesta aiheutuneet syyt. Yleisimpiä auttamismenetelmiä olivat persoonan käyttö, järkipäristämien, intuitiivinen toiminta ja lääkehoito. Tarvittavia lääkkeitä käytettiin harvakseltaan, niihin turvauduttiin hoitotyön keinojen ollessa riittämättömiä.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että ensisijaisena auttamismenetelmänä hoitajat käyttävät lääkkeettömiä auttamismenetelmiä ja lääkehoitoon turvaudutaan vasta, kun muut hoitotyön keinot eivät riitä. Saadun tiedon perusteella voidaan kehittää muistisairautta sairastavan potilaan hoitotyötä. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään muistisairaahan fyysisen asumisympäristön merkityksen tutkimista muistisairaahan haastavaan käyttöön.

Asiasanat: muistisairaus, lääkehoito, haastava käytös, auttamismenetelmät

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

PELKONEN SANDRA & SOVIJÄRVI KIRSI

Nurses' experiences of helping methods in managing the challenging behavior of a memory patient

Bachelor`s thsesis 38 pages, appendices 4 pages
April 2018

Memory loss diseases are increasing year by year and they affect us all somehow. The purpose of our thesis was to describe the medical and non pharmacological treatments which nurses used to help the memory loss patients with challenging behaviour. The thesis was aimed at finding out what kind of behaviour of a memory loss patient did the nurses experience to be challenging and what kind of helping methods did the nurses use as well as in what kind of a situations was the medication used. The priority of the thesis was to yield information on the change that medication and non pharmacological treatments brought in caring challenging behaviour of a memory loss patient. The study was qualitative and the material for the study was collected with theme interviews. The nurses interviewed were working in Villa Niemi. The material from interviews was analyzed partly deductively and partly inductively. This study comes to a conclusion that nurses experienced aggressiveness, restlessness and problems caused by not remembering as challenging behaviour.

Most commonly the nurses helped the patient by using ones persona, rationalizing, acting intuitively and using medication. The necessary medication was used rarely and it was resorted when the non pharmacological treatments were insufficient. On the gathered information we can develop the care of memory loss patients. As a follow-up research we propose to study how the physical living environment affects the challenging behaviour of memory loss patientst.

Key words: memory loss diseases, medicines, challenge behavior

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
	3.1 Muistisairauden patogeneesi	8
	3.1.1 Haastava käytös.....	11
	3.1.2 Lääkkeettömät auttamismenetelmät.....	11
	3.1.3 Luovat terapiat	12
	3.2 Muistisairaahan lääkehoito	13
	3.2.1 Kuusamakodin tarvittavat lääkkeet	16
	3.2.2 Lääkkeiden haittavaikutukset	17
4	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	18
	4.1 Laadullinen tutkimus.....	18
	4.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	18
	4.3 Sisällönanalyysi ja tulosten muodostuminen	19
5	TULOKSET.....	22
	5.1 Haastava käytös hoitajien määrittelemänä	22
	5.2 Hoitajan käyttämät auttamismenetelmät.....	23
	5.3 Tilanteet jossa tarvittavaa lääkettä käytetään.....	25
6	POHDINTA	27
	6.1. Tulosten tarkastelua.....	27
	6.2. Opinnäytetyö prosessina	27
	6.3. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	35
	Liite 1. Suostumislomake	36
	Liite 2. Teemahaastattelurunko	38

1. JOHDANTO

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus, joka johtuu tietyn aivoalueen vaurioitumisesta. Tarkkaa syytä sairastumiseen ei tiedetä, mutta on olemassa riskitekijöitä, jotka todennäköisesti lisäävät mahdollisuutta sairastua tautiin. (Terveyskirjasto 2015.) Vuonna 2010 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairasti noin 95 000 henkilöä. Tämän määrän arvioidaan olevan vuonna 2020 jo noin 130000 henkilöä. Vuosittain muistisairauteen sairastuu noin 13000 henkilöä. Työikäisiä muistisairaita arvioidaan olevan 5000-7000. Muistisairauksien suuret kustannukset johtuvat muistisairauksien yleisyydestä ja ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Arvioiden mukaan noin puolella sairastuneista on diagnoosi ja asianmukaista lääkitystä saa neljäsosa, vaikka sairastuneiden elämänlaatuun ja toimintakykyyn voidaan vaikuttaa juuri varhaisella diagnosoinnilla, hoidolla ja kuntoutuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Sairastuneista suurimmalla osalla on jossain vaiheessa sairautta psyykkisiä oireita sekä haastavaa käytöstä (Terveyskirjasto 2015). Oikeanlaisen hoidon valinnassa on tärkeää, että sairastuminen todetaan mahdollisimman alkuvaiheessa. Haastava käyttäytyminen ja levottomuus pitää huomioida ja hoitaa asianmukaisesti sekä lääkitys aloittaa nopeasti. Myös elämänlaatuun tulee kiinnittää huomiota (Hongisto 2017, 11.) Sairauteen on kehitetty lääkkeitä, jotka hidastavat taudin kulkua, mutta parantavaa hoitoa ei ole vielä löydetty. Potilaalle paras lääkitys valitaan oireiden ja jo voimassa olevan lääkityksen mukaan. (Muistiliitto 2017.)

Muistisairauksille yleistä haastavaa käyttäytymistä voidaan hoitaa lääkkeellisillä ja lääkkeettömillä hoitomuodoilla (Saarnio, Mustonen & Isola 2009, 45). Haastavaan käytökseen voidaan vaikuttaa muovaamalla asuinympäristö selkeämmäksi, valoisemmaksi ja turvallisemmaksi ja näin paremmin muistisairaalle sopivaksi. Muita käytettävissä olevia keinoja ovat erilaiset psykologiset terapiat kuten muisteluterapia, musiikkiterapia, liikunta, erilaiset luovat ryhmät sekä eläinten käyttö terapeuttisessa tarkoituksessa. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 19.) Potilaan käyttäytyessä haasteellisesti hoitaja voi toimia ymmärtäväisesti antamalla aikaa, keskustelemalla ja kuuntelemalla. Myös lähellä oleminen ja koskettaminen ovat käytettyjä menetelmiä. (Saarnio ym. 2011, 52.) Lääkkeellinen hoito voi olla tarpeen, jos potilas aiheuttaa haastavan käyttäytymisensä vuoksi vaaratilanteita tai se heikentää huomattavasti potilaan

toimintakykyä. Jos mahdollista, lääkkeetön hoitomuoto tulisi aina olla ensisijainen hoitomuoto. (Muistisairauden käytösoireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2016.)

Vuonna 2015 tehdyn tilaston mukaan säännöllisen kotihoidon- tai omaishoidon tuella omassa kodissaan elää 9% 65- vuotiaista. Ympäri vuorokautisen hoidon piirissä on 4%, johon kuuluu tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä terveyskeskusten pitkäaikaisosastot. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2017.) Ympäri vuorokautisessa hoidossa noin 80% asukkaista on muistioireita tai muistisairaus (Sosiaali – ja terveysministeriö 2012). Suurimpina syinä laitoshoidon siirtymiseen ovat liikkumisen liittyvät syyt, kuten liikkumisen vaikeutuminen ja kaatuilu, pärjäämättömyys kotona sekä psyykkisen tilan huononeminen (Lehtiranta ym. 2014, 120).

Muistisairaalan potilaan hoidossa elämänlaatu korostuu. Elämänlaatu muodostuu monista asioista, mutta pääasiassa elämän laadukkuuden määrittää sairastunut itse. Usein sairastuneen ja sairastuneen läheisen mielipiteet laadukkuudesta eroavat selvästi toisistaan jo taudin alkuvaiheessa. (Hongisto 2017, 11.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajan käyttämiä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä auttamismenetelmiä muistisairaalan potilaan haastavan käytöksen hoidossa.

1 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajan käyttämiä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä auttamismenetelmiä muistisairaana potilaan haastavan käytöksen hoidossa.

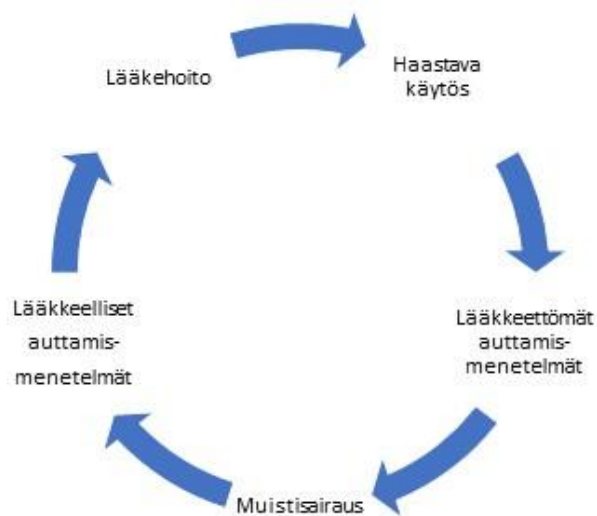
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten hoitajat määrittelevät potilaan haastavan käytöksen?
2. Minkälaisia auttamismenetelmiä hoitajat käyttävät muistisairaana potilaan haastavan käytöksen hoidossa?
3. Minkälaisissa tilanteissa tarvittavaa lääkettä annetaan potilaalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaana potilaan eri auttamismenetelmistä haastavan käytöksen hoidossa. Saadun tiedon perusteella voidaan kehittää muistisairautta sairastavan potilaan hoitotyötä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Muistisairaudet ja tarkkaavaisuuden häiriöt ovat Suomessa hyvin yleisiä, mutta huonosti tunnistettuja. Iäkkään ihmisen sairaalaan joutumisen taustalla voi olla diagnosoimaton muistisairaus, mikä heikentää potilaan toipumista myös muista sairauksista. Sairaalaolosuhteissa selvät muistivaikeudet tulevat hyvin esiin normaalissa potilaskontaktissa, mutta lievemmat oireet voivat helposti jäädä huomaamatta. Muistitutkimuksia tulee tehdä harkiten akuutin sairauden aikana, virheellisten tulosten välttämiseksi. (Kangas ym. 2018, 1.) Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ovat esitelty kaaviossa 1.



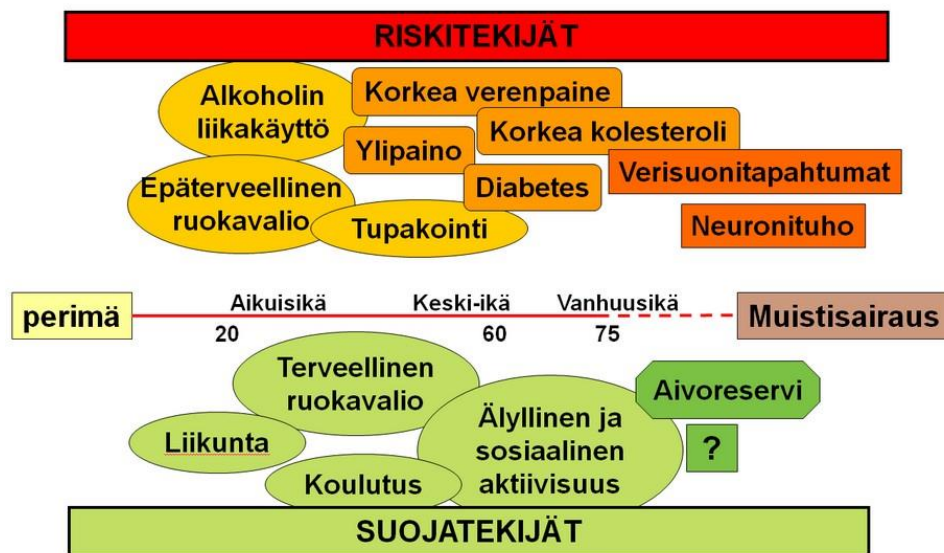
KAAVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Muistisairauden patogeneesi

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, joka johtaa tiettyjen aivojen osien rappeutumiseen. Nämä aivojen vauriot aiheuttavat moninaiset Alzheimerin tautiin liittyvät oireet. Taudin tarkkaa syntymissyytä ei tiedetä, mutta tiedetään että osalla väestöstä on geneettisiä riskitekijöitä, jotka kasvattavat riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Yksi tällainen geneettinen riskitekijä on ApoE4 alleeli, joka liittyy elimistön rasva-aineenvaihduntaan. (Muistiliitto 2013, 3-6.) Yhden ApoE4 geenimuodon olemassaolo lisää henkilön riskiä sairastua Alzheimerin tautiin nelinkertaiseksi, mutta riski kasvaa kymmenkertaiseksi, jos sama geenimuoto tulee molemmilta vanhemmilta (Seppälä, Herukka & Remes 2013, 2008). Muita tunnettuja riskitekijöitä Alzheimerin

tautiin sairastumiselle ovat korkea kolesteroli, korkea verenpaine, diabetes, liikunnan vähäisyys, ylipaino sekä tupakointi. (Muistiliitto 2013, 6.) Näitä riski- ja suojatekijöitä on esitetty kaaviossa 2.

Uudessa suomalaisessa seurantatutkimuksessa on tutkittu ravinnon, liikunnan ja terveiden elintapojen vaikutusta muistisairauteen sairastumiseen. Tutkimuksessa tutkittiin kahta ryhmää, joilla oli Alzheimerin taudin riskitekijöitä, kuten geneettinen riskitekijä tai sydän- ja verisuoniperäinen riskitekijä. Toinen tutkimusryhmistä sai normaalia lääkärin tai hoitajan antamaa ohjausta ravinnosta, liikunnasta ja muistin hoidosta sekä sydän- ja verisuonitautien hoidosta. Toinen ryhmä sai tehostettua ohjausta ravitsemuksesta, liikuntaohjausta, ohjausta muistin harjoittamiseen sekä sydän- ja verisuonitautien hoitoon. Ohjausta annettiin useampana päivänä viikossa. Tutkimustuloksien mukaan tehostettua ohjausta saanut ryhmä sairastui vähemmän muistisairauteen kuin tavanomaista ohjausta saanut ryhmä. Huomattavaa tämän tutkimuksen mukaan oli se, että tehostettua ohjausta saaneiden sairastuvuus muistisairauteen oli pienempi, vaikka heillä olisi ollut Alzheimerin taudille altistava riskigeeni, kuin verrokkiryhmässä olleilla henkilöillä joilla ei kyseistä riskigeeniä ollut. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2018.)



KAAVIO 2. Muistisairauksien riskitekijät. (Kaavio: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015)

Alzheimerin taudissa on kyse siitä, että normaalisti liukeneva amyloidiproteiini alkaa kertyä aivoihin ja sakkautuessaan muodostaa plakkia jota kutsutaan myös seniiliksi plakiksi.

Myös Tau- proteiini vaurioituu vaurioittaen hermosolujen haarakkeita. Nämä vaurioituneet hermosoluhaarakkeet muodostavat neurofibriilikimppuja. (Muistiliitto 2013, 3.) Neurofibriilikimput tarttuvat toisiinsa, jolloin solun sisäiset yhteydet vaurioituvat (Scheinin, Kempainen & Rinne 2008, 1970). Näiden Neurofibriilikimppujen esiintyminen aivokudoksessa on amyloidiplakin lisäksi Alzheimerin taudin tunnusmerkkejä (Seppälä, Herukka & Remes 2013, 2007).

Muistisairaus voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea muistisairaus. Taudin varhaisessa vaiheessa tauti alkaa näkymään sairastuneelle ja hänen läheisilleen asioiden unohtelemisena, vaikeutena oppia uusia asioita sekä hitautena ja epävarmuutena. Taudin alkuvaiheessa, moni vielä kieltää muistisairauden, eikä hakeudu muistitutkimuksiin, mikä olisi jo heti alkuvaiheessa tärkeää. Lievässä vaiheessa sairautta taudin oireet alkavat pahentua ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuu. Muistin lisäksi kognition osa-alueet alkavat heikentyä. Keskivaikeassa ja vaikeassa muistisairaudessa ohimolohkojen sisäosat ovat lähes täysin tuhoutuneet. Tässä vaiheessa tautia oireet pahenevat ja selviytyminen vaikeutuu entisestään. Lähes jokainen muistisairas kärsii sairautensa aikana erilaisista käytöshäiriöistä, mutta haastavinta aikaa sairastuneelle, omaisille sekä hoitohenkilökunnalle on keskivaikea ja vaikea muistisairaus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Alkoholimentia on muistisairaus, johon liittyy pitkäaikainen alkoholin suurkulutus (Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus: Käypä hoito- suositus 2016). Alkoholiriippuvuutta sairastavista alkoholimentiaan sairastuu 10 % (Sosiaali – ja terveysministeriö 2012). Hoitokodeissa, pitkäaikaispaikoilla asuvista jopa noin kolmanneksella on taustalla alkoholin suurkulutusta ja näiden asukkaiden kohdalla suurimpana haasteena on haastava käyttäytyminen eli levottomuus, aggressiivisuus ja mielialan laskeminen ja toisin, kun muilla muistisairautta sairastavilla, itse muistioireet ovat yleensä paljon lievemmät. (Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus: Käypä hoito -suositus 2016.) Haastavan käyttäytymisen lisäksi alkoholimentiaassa oireena on lähimuistin heikentyminen, persoonan muutokset, työkyvyn ja henkisten toimintojen heikentyminen sekä katkokävely ja tasapainohäiriöt, jotka lisäävät kaatumisriskiä. Haasteita tuo myös alkoholimentiaa sairastavan lääkehoito, sillä suurin osa ikäihmisistä käyttää useita eri lääkkeitä, jolloin haittavaikutusten riski on suurentunut. Alkoholi vaikuttaa lääkkeiden imeytymiseen, jakautumiseen ja aineenvaihduntaan, joten se voi

vähentää tai voimistaa lääkkeiden tehoa, joka tulee ottaa huomioon alkoholimentiaa sairastavan hoidossa. (Simojoki 2016, 403.)

2.1.1 Haastava käytös

Haastavalla käytöksellä tarkoitetaan muistisairaana aggressiivista käyttäytymistä, joka voi olla fyysistä tai verbaalista ja kohdistua muistisairaaseen itseensä tai muihin ihmisiin. Haastavaa käytöstä voi olla levottomuus, joka ilmenee esimerkiksi vaelteluna tai muuna paikallaan pysymisen vaikeutena ja joka saattaa häiritä muita potilaita. Levottomuus voi olla myös sisäistä levottomuuden tunnetta. (Saarnio ym. 2011, 46-50.) Lähes kaikilla potilailla ilmenee haastavaa käyttäytymistä jossain vaiheessa sairautta (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 124-125). Suomalaisen tutkimuksen mukaan potilaan aggressiivista käyttäytymistä esiintyy kaikenlaisissa ympäristöissä, mutta eniten suurissa yksiköissä ja kunnallisella puolella terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa (Saarnio ym. 2011, 50-51.) Haastava käytös lisääntyy Alzheimerin taudin edetessä. Se alkaa tavanomaisesti mielialan laskuna, ärtyisyyden lisääntymisenä sekä ahdistuneisuutena. Myöhemmin ilmenee erilaisia harhaluuloja, hallusinaatioita, levottomuutta, vaeltelua sekä valve- unitilan häiriintymistä. Taudin edettyä vaikeaan vaiheeseen Alzheimer potilaalle voi kehittyä erilaisia motorisia oireita, kuten tasapainon heikentymistä, jähmeyttä sekä kasvojen ilmeiden katoamista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 132-133.) Alzheimer potilaan haastavan käytöksen sekä levottomuuden hoidossa käytössä ovat lääkkeettömät- sekä lääkkeelliset auttamismenetelmät (Sulkava ym. 1999, 19).

2.1.2 Lääkkeettömät auttamismenetelmät

Lääkkeettömiä auttamismenetelmiä ovat esimerkiksi rauhallisen hoitoympäristön luominen, sillä laitoshoidon rauhaton ilmapiiri, levottomat potilaat sekä kärsimätön suhtautuminen hoidettavaan lisäävät haastavan käytöksen riskiä. Myös ympäristön selkeys ja hyvä valaistus saattavat auttaa näkö- tai kuuloharjoista kärsiviä potilaita, sillä heikko näkö tai -kuulo altistavat näkö- ja kuuloharjoille. (Vataja 2010, 94-96.)

Tilanteessa joka on potilaalle ylivoimainen, saattaa ilmetä levottomuutta, vastustelua tai suoranaista kauhua. Tällöin hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ovat avainasemassa. Rauhallinen käytös ja potilaan huomion kiinnittäminen muualle saattavat laukaista tilanteen. Aggressiivisen käytöksen taustalla voi olla myös potilaan tuntema kipu, pelko tai muu epämukavuus. (Koponen & Saarela 2006, 502.)

Kognitiivisten taitojen käyttäminen auttaa ylläpitämään niitä taitoja joihin muistisairaus vaikuttaa. Virikkeellinen toiminta ja sosiaalinen aktiivisuus auttavat näiden taitojen säilymisessä ja vähentävät myös haastavaa käytöstä. Kun muistia ja luovuutta harjoitetaan liikkeen avulla, vaikuttaa se potilaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ylläpitävästi. (Hallikainen & Remes 2015, 4.) Käyttösoireiden hoitoon käytettäviä lääkkeettömiä auttamismenetelmiä on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käyttösoireiden lääkkeettömiä hoitomahdollisuuksia

Käyttösoireiden lääkkeettömiä auttamismenetelmiä
Omaisten tuki ja ohjaus
Hyvä perushoito (ravitseminen, nesteytys, kivun hoito ym.)
Laukaisevien tekijöiden eliminointi (esimerkiksi kipu, epäasianmukainen lääkitys)
Hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaitojen parantaminen
Hoitajärjestelyt ja hoitotoimenpiteiden selvitys muistisairaiden tarpeisiin vastaamiseksi
Musiikkiterapia
Tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet terapiat (muistelu- ja validaatioterapia)
Merkityksellisiä kokemuksia painottavat menetelmät (virikkeellisyys, aistiaktivaatio)
Käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen hallintaa tukevat menetelmät (behavioraaliset terapiat)
Liikunta
Muut luovat toiminnot, kuten musiikki, kuvataide, tanssi ja kädentaitojen harjoittaminen

Lähde: Muistisairaudet: Käypä hoito – suositus 2017

2.1.3 Luovat terapiat

Musiikkiterapiasta on todettu olevan hyötyä muistisairaahan käyttösoireiden hoidossa (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus 2017). Sillä on suotuisa vaikutus muistisairaahan harhoihin, apatiaan, ärtyisyyteen sekä yöaikaiseen levottomuuteen (Raglio ym. 2008, 161). Lisäksi musiikin kuuntelu lisää elämänlaatua, laulaminen puolestaan aktivoi

kielellistä ja omaelämäkerrallista muistia. Musiikki myös nostaa mielialaa. Musiikin kuuntelu, soittaminen ja laulaminen stimuloivat eri aivoalueita, mikä selittää musiikin moninaiset hyödyt. Tutkimuksen mukaan muistisairaalle on etua musiikista monin eri tavoin ja musiikin monipuolinen käyttö soveltuu hyvin kuntouttavana menetelmänä muistisairaahan hoidossa. (Särkämö ym. 2011, 41-43.)

Muisteluterapia on tehokas menetelmä, joka sopii muistisairaiden hoitoon (Okumura, Tanimukai & Asada 2008, 132). Tutkimusryhmässä sen havaittiin parantavan tutkittavien sanallista- ja sanatonta viestintää (Okumura ym. 2008, 129), sillä on todettu olevan myös tehoavuutta muistisairaahan mielialaa kohottavasti sekä masentuneisuutta ja apatiaa vähentävästi (Hsieh ym. 2009, 77). Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan muistelu muistisairaahan kanssa parantaa muistisairaahan elämänlaatua ja omaisten jaksamista (Fletcher & Eckberg 2014, 80). Muistelua auttamismenetelmänä voidaan toteuttaa joko yhden henkilön tai ryhmän kanssa. Se voi olla spontaania muun toiminnan ohessa tapahtuvaa tai tarkemmin strukturoitua, jolloin muistelemisella on jokin teema. Muistelun tukena voidaan käyttää erilaisia aistivirikkeitä kuten kuvat, tuoksut, äänet tai kosketeltavat materiaalit. (Saarenheimo 2011, 69-70.)

Liikunta on tärkeää sekä fyysiselle, että psyykkiselle terveydelle (UKK-instituutti 2018). Liikunnasta on etua kaikenikäisille, mutta erityisesti iäkkäät henkilöt hyötyvät liikunnan lihaskuntoa, nivelten toimintaa, luuston massaa ja tasapainokykyä ylläpitävästä vaikutuksesta. Liikunta tukee myös psyykkistä hyvinvointia kohottamalla mielialaa ja näin ennaltaehkäisten masennusta. Liikunnan tulisikin kuulua osana iäkkäiden muistisairaiden kuntoutusta. (Savela ym. 2015, 1721-1723.) Tutkittaessa liikunnan merkitystä henkilöille joilla on todettu Alzheimerin tauti tai riski sairastua siihen, on todettu erityisesti aerobisella kuntoliikunnalla olevan kognitioon myönteinen vaikutus (Panza ym. 2018, 493; Savela ym. 2015, 1722). Pitkään jatkuvasta liikunnallisesta kuntoutuksesta on tehtyjen tutkimusten valossa hyötyä muistisairaahan toimintakyvylle (Pitkälä ym. 2013, 30). Tutkimustieto liikunnan yhteydestä muistisairaahan neuropsykiatrisiin oireisiin on vaihtelevaa, mutta näyttäisi siltä, että vastetta olisi käytökseen, uneen sekä mielialaan (Pitkälä ym. 2013, 49).

Eläinavusteisessa terapiassa sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen saanut terapeutti työskentelee potilaan kanssa käyttäen siihen apunaan eläintä. Hoito on suunnitelmallista ja edistymistä arvioidaan. Esimerkkinä eläinavusteisesta terapiasta on ratsastusterapia, jota voidaan käyttää apuna psykoterapiassa sekä erilaisissa toiminnallisissa terapioidissa.

(Green Care Finland.) Eläinavusteinen terapia on tunnettu jo kuusikymmentä luvulta lähtien, jolloin sitä on alettu käyttämään Yhdysvalloissa. Lemmikkiavusteista terapiaa on tutkittu siellä esimerkiksi lasten, vanhusten, mielenterveyskuntoutujien ja vammaisten kanssa työskennellessä. (Vänttilä 2004, 17.) Eläin vaikuttaa ihmiseen monin eri tavoin. Eläimen silittäminen rauhoittaa levotonta mieltä ja lohduttaa. Koiran omistajilla on todettu esiintyvän vähemmän sepelvaltimotautia ja olevan vähän paremmat kolesteroliarvot kuin koira omistamattomalla. Eläimen on todettu parantavan kroonistunutta psykiatrista sairautta sairastavien potilaiden vuorovaikutustaitoja. Erilaisissa vanhusten- ja dementikkojen palvelutaloissa käyvistä lemmikkieläimistä on todettu olevan runsaasti hyötyä. Niiden läsnäolo aktivoi vanhuksia ja he useasti pitävät eläimen silittelystä. Eläimen läsnäolo saattaa myös tyyntyttää kiihtyneessä mielentilassa olevaa muistisairasta. (Vartiovaara 2006.)

2.2 Muistisairaahan lääkehoito

Lääkehoito kuuluu tärkeänä osa-alueena potilaan hoitotyöhön, sen avulla voidaan parantaa ja ehkäistä sairauksia sekä lievittää potilaan oireita tai vaivoja (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 43) Viime vuosina iäkkäiden lääkehoito on yleistynyt huomattavasti maailmalla, tämä on seurausta siitä, että iäkkäillä ilmenevät sairaudet, kuten muistisairaudet ovat tulleet lääkehoidon piiriin. Viime vuosina on myös alettu hoitamaan yhtä sairautta useammalla lääkkeellä, eli niin sanotulla yhdistelmähoitolla. Useammalla, kuin joka neljännellä 75-vuotta täyttäneellä on käytössään vähintään kymmenen lääketta, ja noin joka toisella 65-vuotta täyttäneellä on vähintään viisi lääketta. Vuonna 2003 kotona asuvista lähes kaikilla oli joku sydän - ja verenkiertoelimistön lääke, kahdella kolmesta psykieläke ja joka kymmenennellä hengitysläke. (Ahonen 2011, 5.)

Lääkehoidossa yhtenä merkittävänä asiana elämänlaadun ja elämän mielekkyyden kannalta on riittävä ja tehokas kivun hoito, koska jatkuva kipu alentaa merkittävästi potilaan selviytymistä ja elämänlaatua. Kipu voidaan jakaa aiheuttajansa mukaan kolmeen eri kategoriaan: nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Kivun lääkehoito valitaan kivun voimakkuuden ja syyn perusteella, tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen tai palautus, sekä haitallisten seurauksien estäminen. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 565-566) Kivun hoitoon käytetään tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia, opioideja, erilaisia kipuvoiteita sekä jossakin tapauksissa kipua voidaan hoitaa muun muassa masennuslääkkeillä. Kivun hoidossa on tärkeää kivun arviointi, esimerkiksi erilaisten kipumittareiden avulla sekä kipuläkkeen hyödyn ja

haittavaikutuksien seuranta. (Kipu: Käypä hoito-suositus 2017.) Taulukossa 2 on esimerkkejä erilaista kivun hoitoon käytettävistä lääkkeistä.

TAULUKKO 2. Kivun hoitoon käytettävät lääkkeet

Lääkeaineryhmä	Esimerkkejä kauppanimistä	Esimerkkejä käyttötarkoituksista	Yleisimmät haittavaikutukset
Tulehduskipulääkkeet	ASA, Burana Ibimax, Celebra	TULES-vaivat, kuume Kuukautiskivut, reumasairaudet	Verenvuototaipumus, pahoinvointi, sydänvaivat
Parasetamoli		Kuume, kivun hoito	Maksatoksisuus isoissa annoksissa
Opioidit	Oxynorm, Tramal Fentanyl, Pana cod	Akuutti tai pitkäaikainen kipu	Riippuvuus, pahoinvointi, hengityslama, ummetus
Muut (esim. voiteet)	Ice Power	Lihaskipu	Allergia, ihoreaktio

Lähde: Lääketietokeskus 2017

Muistisairauden hoitoon on käytössä neljä eri lääkettä, joiden avulla on tarkoitus ylläpitää potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja lievittää mahdollisia käytösoireita, kuten levottomuutta, aggressiivisuutta ja ahdistuneisuutta. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 535.) Muistisairauteen käytettävät lääkkeet ovat AKE-estäjät eli Donepetsiili, Rivastigmiini ja Galantamiini. AKE-estäjien lisäksi muistisairauden hoitoon voidaan käyttää Memantiinia, joka vähentää haitallista glutamaattivaikutusta hermosoluihin. Suomessa noin 7000 työikäisellä on muistisairaus ja vuosittain diagnosoidaan lähes 15000 uutta muistisairauteen sairastunutta henkilöä, lisäksi suurimmalla osalla pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla on muistisairaus, (Muistisairaudet: Käypä hoito – suositus 2017) Alzheimerin tautia sairastavalla on usein lisäksi käytössään jokin psykiatrialääke, psykoosilääke ja erilaisia masennuslääkkeitä (Hartikainen & Taipale 2017, 429).

2.2.1 Kuusamakodin tarvittavat lääkkeet

Villa Niemestä saadun tiedon mukaan Kuusamakodin yleisemmin käytettävät tarvittavat lääkkeet ovat alla olevassa taulukossa 3. Käynneillä ja hoitajien haastatteluista kävi ilmi, että tarvittavien lääkkeiden tarve on yleensä viikoittaista, joka päivä ei siis tarvittavia lääkkeitä käytetä.

TAULUKKO 3. Kuusamakodin yleisimmät tarvittavat lääkkeet

Lääkeaineryhmä	Esimerkkejä kauppanimistä	Käyttötarkoitus	Yleisimmät haittavaikutukset
Bentsodiatsebiinit	Temesta, Opamox	Ahdistus, levottomuus, unensaanti	Huimaus, kaatuminen
Psykoosilääkkeet	Risperdal, Ketipinor, Serenase	Skitsofrenia, aggressiivisuus	Väsymys, sekavuus, kaatuilu, tasapainohäiriöt
Epilepsialääkkeet	Deprakine	Epilepsia, pakkoliikkeet	Pahoinvointi, anemia
Kipulääkkeet	Panadol, Burana	Kiputilat	Ruoansulatuskanavan ärtyminen

Lähde: Lääketietokeskus 2017

2.2.2 Lääkkeiden haittavaikutukset

Lääkehoidon tarkoituksena on toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä eliniän pidentäminen. Kaikilla lääkkeillä voi kuitenkin olla hyötyjen lisäksi myös haittavaikutuksia ja haitallisia yhteisvaikutuksia. Haittavaikutus tarkoittaa haitallista tai tahatonta vaikutusta, joka ilmenee lääkkeenkäytön yhteydessä. Yliannostus ja myrkytysoireet eivät ole haittavaikutuksia (Kivelä 2005, 53). Ikääntyminen ja sen tuomat muutokset voivat myös lisätä lääkkeiden haittavaikutuksia, koska lääkkeiden vaikutukset tehostuvat ja kestävät pidempään, kun nuorempana. Haittavaikutuksissa, ei ole aina selvää, johtuuko haitta potilaan sairaudesta vai onko kyseessä lääkkeen haittavaikutus. (Terveyskirjasto 2017).

Iäkkäiden potilaiden lääkkeiden haittavaikutuksia ovat mm. väsymys, levottomuus, käytöshäiriöt, verenpaineen muutokset, masennus, pahoinvointi ja oksentelu sekä näköhäiriöt, unihäiriöt, vatsavaivat, virtsankarkailu, harhaisuus ja muistin heikkeneminen. Edellä mainittujen haittavaikutusten lisäksi kaikilta potilailta tulisi ottaa ekg, viimeistään AKEestäjiä aloittaessa. Näin voidaan ehkäistä sydän peräisiä haittoja, kuten johtumishäiriöitä. Lääkehoitoa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon aina, että hyödyt olisivat haittoja suurempia. Mikäli lääkkeestä on enemmän haittaa, kun hyötyä, tulee se vaihtaa toiseen vastaavaan lääkkeeseen tai lopettaa kokonaan. (Briggs, Kennelly & O'Neill 2016, 247-53).

Muistilääkkeiden ja muiden sairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden lisäksi, iäkkäillä potilailla on usein säännöllisessä käytössä myös rauhoittava tai unilääke, mutta lääkehoitoa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon, että juuri näillä lääkkeillä on paljon yhteis- ja haittavaikutuksia, ja että niiden pidempiaikainen käyttö ei ole suositeltavaa. Rauhoittavien lääkkeiden sekä unilääkkeiden haittavaikutukset koskettavasti merkittävästi suomalaisia, sillä niitä käyttää noin joka kolmas yli 75-vuotias. Kyseisten lääkkeiden haittavaikutuksia lisää potilaan muut sairaudet sekä niiden hoitoon käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutukset rauhoittavien ja unilääkkeiden kanssa. (Rikala ym. 2012).

3 TUTKIMUSMENETELMÄ

3.1 Laadullinen tutkimus

Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus on tutkimusmenetelmä, jossa pyritään ymmärtämään kokonaisuutta ja tuottamaan siltä pohjalta uutta tietoa jostain ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto voidaan kerätä monilla eri tavoilla, esimerkiksi haastattelemalla tai erilaisilla kyselylomakkeilla. Saatua aineistoa tarkastellaan tutkimuskysymysten kautta. Tutkimuskysymyksiin vastaavat havainnot pelkistetään, ryhmitellään ja lopuksi voidaan tehdä tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 2011, 38-44.) Laadullisessa tutkimuksessa oleellisinta on selkeät kuvaukset ja yksityiskohtainen tutkimusmenetelmä sekä analysointi. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä eli kokemukseen perustuvaa. Tunnusomaista sille on aineiston keräämis- ja analysointimetodit. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20-28.) Teimme laadullisen tutkimuksen, sillä olimme kiinnostuneita, miten hoitajat määrittelevät haastavan käytöksen, minkälaisia auttamismenetelmiä hoitajat käyttävät potilaan haastavan käytöksen hoidossa ja minkälaisissa tilanteissa turvaudutaan tarvittavaan lääkkeeseen.

3.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa haastattelijä kysyy haastateltavalta kysymyksiä jotka noudattavat etukäteen valittuja teemoja. Nämä teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen, mutta teemahaastattelun luonteesta riippuen kysymykset vaihtelevat tarkasti strukturoiduista avoimempiin ja kokemuseräisten havaintojen salliviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastattelut toteutimme teemahaastatteluina (käyttämämme teemahaastattelurunko on liitteessä 2), sillä toivoimme saavamme mahdollisimman laajan kuvauksen hoitajien kokemuksista muistisairaiden potilaiden hoitotyöstä. Haastattelimme kuutta Villa Niemen Kuusamakodin hoitajaa.

Olimme molemmat paikalla haastattelutilanteessa, hoitajat haastattelimme vuorotellen. Haastatteluiden aluksi pyysimme haastateltavilta allekirjoituksen tietoinen suostumuslomakkeeseen ja annoimme teemahaastattelurungon nähtäväksi. Hoitajat olivat saaneet

tutustua lomakkeisiin alustavasti jo ennen haastatteluja. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Toisen opinnäytetyöntekijän haastattelussa hoitajaa, toinen täytti tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjattiin huomioita haastattelutilanteesta ja taustatietoja haastateltavista. Yhtä haastattelua varten aikaa oli varattu yksi tunti ja kuuden hoitajan haastattelut toteutettiin kahtena erillisenä päivänä.

3.3 Sisällönanalyysi ja tulosten muodostuminen

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Siinä haastattelut kirjoitetaan tekstimuotoon eli litteroidaan. Saatu aineisto pelkistetään eli tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat yksinkertaistetaan yksittäisiksi ilmaisuiksi. Nämä ilmaisut kootaan alakategorioihin ja nimetään eli klusteroidaan. Samansisältöisistä alakategorioista muodostetaan nimettyjä yläkategorioita. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä napakassa muodossa, tärkeää on kuitenkin lopuksi tehdä johtopäätöksiä saadusta aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-103.)

Aineistomme kuvaa hoitajien kokemuksia haastavan käytöksen hoidosta sekä tilanteen muutoksesta lääkehoidon toteutuksen jälkeen. Haastatteluiden analysoinnissa käytimme deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysiä. Materiaali joka vastasi tutkimuskysymykseemme auttamismenetelmistä, jaettiin ensin aiemman tutkimustiedon perusteella neljään yläluokkaan: a) persoonan käyttö, b) järkipäätöksentekeminen, c) intuitiivinen toiminta ja d) lääkehoito. Yläluokat a, b ja c löydettiin Reetta Saarnion, Ulla Mustosen ja Arja Isolan tutkimuksesta: Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat 2011. Yläluokan d muodostimme itse. Yläluokkien muodostamisen jälkeen, tutkimusaineisto jaettiin näiden yläluokkien alle. Se osa materiaalista, joka vastasi tutkimuskysymyksiin, miten hoitajat määrittelevät haastavan käytöksen ja minkälaisissa tilanteissa potilaalle annetaan tarvittavaa lääkettä, analysoitiin erikseen induktiivisella sisällönanalyysillä. Taulukossa 4 on esimerkkejä aineiston pelkistyksestä ja Taulukossa 5 yläluokkien muodostamisesta.

TAULUKKO 4. Esimerkkejä aineiston pelkistyksestä

Pelkistys	Alaluokka
<p><i>Mää yritän antaa sille ihmiselle jonkun projektin, et kun ne on yleensä näitä, kenellä on muistisairaus edennyt tosi pitkälle, elikkä ihminen ei tavallaan niinku ota sulta mitään ohjeita ja se keskusteleminen on siinä kohtaa periaatteessa ihan tyhjän kanssa.</i></p>	<p>Huomion muualle suuntaaminen.</p>
<p><i>Että koittaa esim sen levottoman asukkaan niin viedä pois siitä hälinästä ja tilanteesta jonnekin pikkasen rauhoittuun, jos vaan on mahdollista.</i></p>	<p>Tilanteesta pois vieminen.</p>
<p><i>Niin eihän meillä kyllä juurikaan muita keinoja ole, kun sitten istua alas ja olla läsnä tai sillä lailla.</i></p>	<p>Läsnä oleminen.</p>
<p><i>Kyllä ja jos hoitotyön keinot loppuu, jotka joskus tietenkin voi loppua, niin sitten siirrytään sinne tarvittavien puolelle.</i></p>	<p>Tarvittavan lääkkeen käyttö.</p>

TAULUKKO 5. Esimerkkejä yläluokkien muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
Fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus Huutaminen	Aggressiivinen käytös
Levottomuus Ahdistuneisuus	Levoton ja ahdistunut käytös
Muistamattomuuden aikaansaama haastava käytös Hoidosta kieltäytyminen Normaalista poikkeava käytös	Muistamattomuudesta johtuva haastava käytös

4.TULOKSET

Haastattelut toteutettiin Villa Niemessä 30.11.2017 ja 04.12.2017. Haastateltavat meille oli valinnut työelämäyhdyskylämme. Haastateltavien ikäjakauma oli 21-60 vuotta. Haastateltavista kaksi oli sairaanhoitajia ja neljä lähihoitajaa, joiden työssäolovuodet hoitoalalla vaihtelivat 3-30 vuoden välillä. Haastattelut kestivät noin 30 minuuttia.

5.1 Haastava käytös hoitajien määrittelemänä

TAULUKKO 6.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Suora lainaus
Aggressiivinen käytös	Fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus	Käsiksi käyminen	<i>Semmonen uhkaava, uhkaileva käytös meitä kohtaan. Että uhataan lyödä ja tappa. Sellainen, että käydään käsiksi, että otetaan käsistä lujaa, raavitaan</i>
Levoton ja ahdistunut käytös	Ahdistuneisuus	Kun asukas on ahdistunut, eikä oikein mikään auta siihen	<i>Kun se asukas on ahdistunut, niin ne on ehkä kaiken haastavampia, että puhuminen tai kuunteleminen ei auta sillä hetkellä. Välttämättä ei oikein mikään auta.</i>
Muistamattomuudesta johtuva haastava käytös	Normaalista poikkeava käytös	Perustyön tekeminen estyy, asukkaan kieltäytymisen vuoksi	<i>Haastava käytös on myös semmoista meillä, ettei saada tehtyä meidän perustyötä tai perushoitoa siksi, että asukas sen haastavalla käytöksellään estää, eli ei suostu tiettyihin asioihin, vaikkapa pesuihin.</i>

Aggressiivisuus näkyy hoitotyössä toisiin potilaisiin, hoitajiin tai esineisiin kohdistuvana väkivaltaisuuksena sekä sanallisena uhkaavuutena. Levottomuus esiintyy päämäärättömänä vaelteluna sekä kyvyttömyytenä rauhoittua paikoilleen. Ahdistuneisuus puolestaan itkuisuutena tai psyykkisenä huonona vointina. Muistisairaudesta aiheutuva haastava käytös esittäytyy esimerkiksi kieltäytymisenä hoitotoimenpiteistä ja siinä että potilaaseen ei saa kontaktia ymmärtämättömyyden vuoksi.

Se on sellaista, joka poikkeaa jollain tavalla niin sanotusta normaalista. Aiheuttaa hämmennystä toisten asukkaiden keskuudessa vaikkapa korottamalla herkästi ääntään. Se saattaa olla niinkun henkisesti haastavaa muille asukkaille ja hoitajille. Mutta tottakai se oikeasti pahemmin haastava on sit ihan sellaista aggressiivista tai vaan sellaista levotonta kulkemista.

5.2 Hoitajan käyttämät auttamismenetelmät

TAULUKKO 7.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Suora lainaus
Persoonan käyttö	Hoitajan persoona ja helppo lähestyttävyyys	Hoitajan lähestyttävyyys ja luotettavuus	<i>Persoonaa on aika pitkälle se, että ikäihmiset kokee, että mulle voidaan tulla sanoa, että jos jotain on ja sillain, jos ajatellaan asukkaiden mielipiteitä, niin he luottavat minuun.</i>
			<i>No yleensä mä pyrin olemaan sellanen rauhallinen, hyvin selkeitä sa-</i>

Järkiperäistäminen	Selkokielineen ohjaaminen	Hoitajan rauhallisuus ja selkeys ohjaamisessa	<i>noja/lauseita ja sil-lain ohjaavasti, saatan näyttää että tänne tai tehdään tätä ja sanon aina mitä mä teen.</i>
Intuitiivinen minta	Asukkaan ja hänen läheistensä tunteminen	Asukkaan ja hänen lähipiirinsä tunteminen, että löydetään yhteinen sävel	<i>Olla läsnä, tuntee sellain. Tää on niinku, sellanen etu, että tunnetaan omaiset, ystävät ja kylänmiehet, jotta löytyy se yhteinen sävel. Että tiedetään mistä puhutaan</i>
Lääkehoito	Tarvittavia lääkkeitä, jos hoitotyön keinot eivät riitä	Kun muu ei auta, enkä saa asukasta rauhoitettua	<i>Tietyissä tilanteissa, et sit kun se homma lähtee siihen, että mikään muu ei oikein auta. Että ei saa puheella rauhoitettua, eikä saa läsnäololla rauhoitettua, ei millään. Niin sitten mä oon antanut tarvittavaa</i>

Lähde: Yläkäsitteet lääkehoitoa lukuun ottamatta ovat tutkimuksesta Isola ym. 2005.

Persoonan käyttö näkyy hoitotyössä hoitajan rauhallisuutena ja läsnäolona, etenkin tilanteissa, joissa potilas on kiihtynyt. Hoitajan helppo lähestyttävyyys parantaa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja helpottaa potilaan tunteiden ilmaisua. Järkiperäistäminen on hoitajan rauhallisuutta ja selkeyttä ohjaustilanteissa. Sanallisen ohjauksen lisäksi potilas hyötyy siitä, että hänelle näytetään mitä häneltä odotetaan.

Intuitiivinen toiminta on potilaan ja hänen tapojensa tuntemista. Lääkehoito on osaltaan tärkeä osa hoitotyötä. Tarvittava lääke on paikallaan, silloin kun muut hoitotyön keinot eivät riitä. Joskus se myös auttaa potilasta selviytymään tilanteista, jotka muuten olisivat potilaalle ylivoimaisia.

Eihän meillä oikein oo muuta, kuin sellainen rauhallinen läsnäolo ja keskustelu. Ehkä tilanteesta poistaminen, että voidaanko vaikkapa mennä hänen huoneeseensa keskusteleen ja rauhoittaaan, että hän pääsee pois siitä mikä on aiheuttanut sen asian ylipäättään hänelle. Että onks se hänestä itsestään vai onko se jonkun toisen asukkaan aiheuttama.

5.3 Tilanteet jossa tarvittavaa lääkettä käytetään

TAULUKKO 8.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Suora lainaus
Hoitotyön keinojen ollessa riittämättömät	Levottomuus ja itkuisuus	Kulkee edestakaisin pois pääsyä etsien	<i>Hän kulkee rolaattorinsa kanssa käytäviä ees taas, pyrkii niinkun pääsemään pois</i>
Asukkaasta lähtöisin olevat syyt	Asukkaan pyynnöstä	Pyytää itse tarvittavaa lääkettä	<i>Ja sit on kyllä niinkin, että joskus asukas tulee itse sano- maan, että anna mulle jotain, että nyt on niin paha olo</i>
Kivunhoito	Kivunlievitys	Kivun arviointi, erilaisia menetelmiä käyttäen, kun asukas ei osaa kipua ilmaista	<i>Mutta kipua sitten arvioiden, mitä nyt on kaikkia erilaisia tapoja, mitata kipua ja muuta. Täälläkin on sellaisia jotka eivät osaa sitä ilmaista</i>

Tarvittavaa lääkettä annetaan potilaalle tilanteessa jossa muut hoitotyön keinot ovat riittämättömiä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi potilaan ollessa levoton tai itkuinen, eikä häntä saada rauhoittumaan muilla keinoilla. Asukkaasta lähtöisin olevat syyt ovat tilanteita, joissa potilas itse pyytää tarvittavaa lääkettä, esimerkiksi unensaantia helpottamaan. Läkettä käytetään myös kivunlievitykseen, potilaan itse pyytäessä tai hoitajan arvioidessa kivunlievityksen tarpeen.

No joskus oon antanut tarvittavaa lääkettä, jos vaikka esim. tän mun asukkaan kanssa kun me käydään shoppailemassa tietyin väliajoin ja sit hän vetää aivan hirveet kohtaukset ennen sitä, niin mä sit annan sitä tarvittavaa, että selvittään siitä shoppaileisista. Kun se on kuitenkin hänelle tosi tärkeää se shoppailu, niin ennakoivasti.

4. POHDINTA

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tehty tutkimus on eettistä, luotettavaa, rehellistä ja siinä on huomioitu lähdekriittisyys. Tutkimus, tulosten muodostaminen ja esittäminen on tehtävä huolellisesti, avoimuuden periaatteita noudattaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Tutkimuksen luotettavuutta lisää, kun tutkija osoittaa yhteyden saamiensa tulosten ja aikaisemman tutkimustiedon välillä. (Kyngäs ym. 2011, 140).

6.1 Tulosten tarkastelua

Haastatteluiden perusteella hoitajat kokivat haastavan käytöksen aggressiivisuutena, joka voi näkyä potilaan käytöksessä tai puheessa sekä levottomuutena ja itkuisuutena. Hoitajien mielestä myös muistamattomuus aiheuttaa osaltaan haastavaa käytöstä, joka voi näkyä esimerkiksi perushoidosta kieltäytymisenä. Saarnio, Mustonen & Isola (2011, 50) ovat tutkineet dementoituvan vanhuksen haasteellista käyttäytymistä. Heidän mukaansa haasteellinen käyttäytyminen on vanhuksen aggressiivista käyttäytymistä, vanhusten muita osaston vanhuksia häiritsevää levottomuutta ja vanhuksen sisäistä levottomuutta. Lisäksi Saarnio ym. (2011, 50) saivat tulokseksi vanhuksen itseään vahingoittavan käyttäytymisen, jota meidän tutkimuksessamme ei tuotu esille. Tulokset erosivat toisistaan myös muistamattomuudesta johtuvan haastavan käyttäytymisen suhteen, joka meidän tutkimuksessamme nousi esiin yhtenä haastavan käytöksen muotona. Samaan tulokseen kanssamme oli päätyntä kuitenkin toinen suomalainen tutkimus, jonka mukaan hoitajat kokivat vanhusten haastavana käytöksenä hoidosta kieltäytymisen (Saarnio & Isola 2010, 323).

Persoonan käyttö, järkiperaistaminen, intuitiivinen toiminta ja lääkehoito olivat hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä potilaan käyttäytyessä haasteellisesti. Hoitajat käyttävät haastavissa tilanteissa omaa persoonaansa, luovuutta ja huumoria auttaakseen potilasta. Tilanteiden ennakoiminen ja potilaan selkeä ohjaaminen, tarvittaessa useampaan kertaan, saattaa ennaltaehkäistä potilaan käyttäytymisen muuttumisen haastavaksi. (Saarnio & Isola 2010, 327.) Käyttöoireet ovat haasteelliseksi koettua käytöstä jota ei voida selittää mentaalisen tilan heikentymisellä. Sitä on esimerkiksi levottomuus, ahdistuneisuus sekä harhaisuus. Käyttöoireet ovat yleisimpiä muistisairauden keskivaiheessa, mutta niitä voi esiintyä missä vaiheessa tahansa. Alzheimer-lääkkeet auttavat käyttöoireisiin, mutta niiden lisäksi voidaan tarvittaessa käyttää psykelääkkeitä. (Suhonen ym. 2008, 16.) Muistisairailta käytettyjä lääkkeitä haastavan käytöksen hoitoon ovat muun muassa

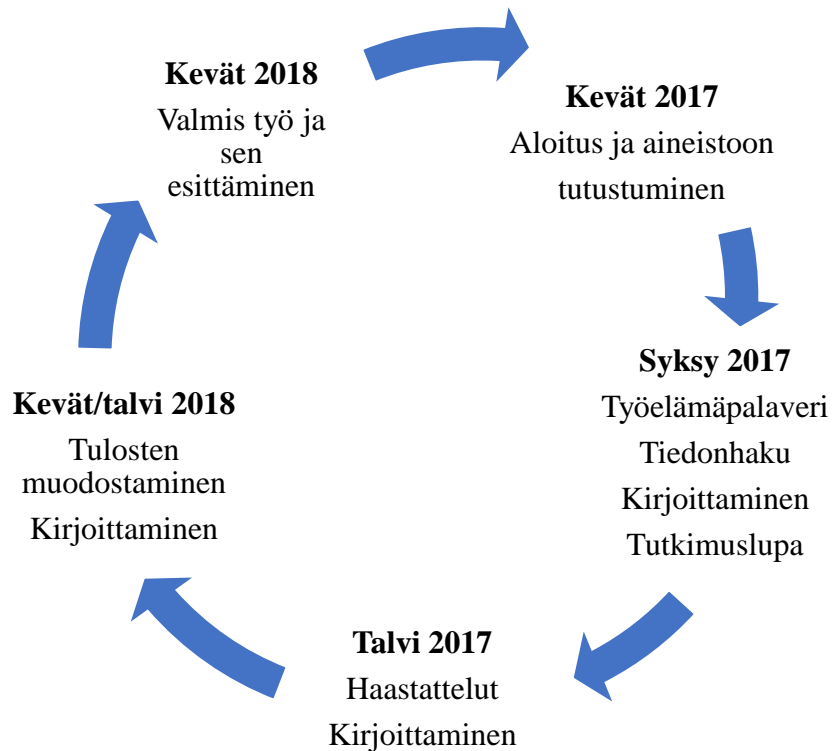
bentsodiatsepiinit (Kivelä & Koistinen 2010, 595), aripipratsoli ja risperidoni (Huupponen ym. 2012, 1161). Psykoosilääkkeitä ei tulisi määrätä muistisairaalle ainoastaan hoitamisen helpottumisen vuoksi, vaan sen pitää parantaa muistisairaana elämänlaatua (Kivelä & Koistinen 2010, 594). Muistisairaana kipua ei usein hoideta riittävästi. Sen asianmukainen hoitaminen olisi kuitenkin tärkeää, sillä hoitamaton kipu voi pahentaa haastavaa käytöstä. Lisäksi riittävä kivun hoito parantaa potilaan toimintakykyä sekä hoidettavuutta. (Suhonen ym. 2008, 18.) Unettomuus on yleistä iäkkäiden ihmisten kohdalla, yli puolella 65- vuotiasta on joskus nukkumisen ongelmia. Unettomuus ei ole normaalia iäkkäälläkään, vaan se voi johtua fyysisestä tai psyykkisestä syystä. Unen tarve ei myöskään vähene kovinkaan paljoa vanhuusiässä, vaikka niin usein virheellisesti luullaankin. Unen rakenne on iäkkäällä erilainen kuin nuoremmilla. Nukkuminen lisääntyy päivällä ja yöaikaisen unen osuus puolestaan vähenee. Joihinkin neurologisiin ja psyykkisiin sairauksiin liittyy nukkumisen ongelmia. Noin 35 prosenttia Alzheimerin tautia sairastavista kärsii jonkin asteisista nukkumisen ongelmista. Lääkkeettömät keinot, kuten päiväaikaisen aktiviteetin lisääminen, ovat ensisijaisia keinoja hoitaa unihäiriöitä. Jos lääkkeettömistä keinoista ei ole apua, voidaan nukkumista avustaa keskipitkävaikutteisilla bentsodiatsepiineilla tai niiden kaltaisesti vaikuttavilla lääkkeillä. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2014, 37-39.)

6.2 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyö prosessi aloitettiin keväällä 2017. Aiheen valitsimme Tampereen ammattikorkeakoulun yhteistyökumppaneiden opinnäytetyöaiheiden listasta, sillä muistisairaus aiheena kiinnosti meitä molempia. Kesä meni aiheeseen laajasti tutustuessa ja elokuussa koulun alettua oli aika ensimmäiselle työelämätapaukselle Villa Niemessä. Tässä tapaamisessa päätimme opinnäytetyön kulusta ja aikatauluista sekä saimme lisätietoa opinnäytetyötämme varten. Lisäksi ensimmäisellä käyntikerralla sovimme tekevämme laadullisen tutkimuksen ja haastattelevamme hoitajia tutkimusta varten.

Työelämätapauksen jälkeen alkoi aineiston kerääminen tutkimusta varten. Aineisto kerättiin käyttämällä Tampereen Ammattikorkeakoulun FINNA-hakuliittymää, erilaisia tieteellisiä julkaisuja sekä aiheeseen liittyviä muita teoksia. Kävimme myös koulun informaation pitämässä tiedonhakupajassa. Teoreettisen tiedon tueksi kävimme erillisellä tutustumiskäynnillä Villa Niemessä. Tutustumiskäynnin jälkeen aloitimme teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen ja haimme tutkimuslupaa. Saatuaamme

tutkimusluvan haastattelimme hoitajia kahtena erillisenä päivänä. Kuutta hoitajaa haastateltuamme, aineisto oli saturoitunut eli uutta tietoa ei enää tullut. Uskomme saaneemme aiheesta esiin kaiken sen tiedon, mitä oli saatavissa. Haastattelujen jälkeen aloitimme haastattelujen litteroinnin ja aineiston analyysin, muodostimme tulokset sekä kirjoitimme raportin. Teoriaosuus valmistui huhtikuussa 2018. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme käyneet säännöllisesti ohjauksessa. Opinnäytetyön prosessin kulku on kuvattu kaaviossa 2.



KAAVIO 2. Opinnäytetyön prosessi.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisyys ohjaa tutkimuksen tekoa, se pitää sisällään sekä lainsäädännön, että eettiset periaatteet. Eettisiä periaatteita ovat muun muassa haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja rehellisyys. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Tutkimusta tehtäessä tärkeä osa eettisyyttä on tutkimusluvan hakeminen sekä Ammattikorkeakoululta, että työelämäyhteydeltä. Hyvää eettistä käytäntöä noudattaen

pyysimme haastateltavilta etukäteen tietoisien suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Ennen haastatteluja kerroimme, että haastateltavat voivat halutessaan keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa, syytä kertomatta. Kerroimme myös aikovamme nauhoittaa haastattelut sekä täyttää tutkimuspäiväkirjaa haastatteluiden aikana. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä siihen voi palata jälkeenkään, jos jokin asia vaatii tarkastamista. Aineiston käsitelimme huomioiden tietosuojan ja niin ettei työn tuloksista selviä vastauksen antajaa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää molempien haastattelijoiden läsnäolo kaikissa haastatteluissa. Tutkimusaineiston analysoimme puoliksi ja tarkistimme toistemme analyysien tulokset. Tämä lisää tuloksien luotettavuutta, sillä analyysille on tehty kaksoistarkistus.

Haastatteluita aloittaessa olimme neutraalilla mielellä, ilman ennakoajatuksia haastatteluiden suhteen. Tämän vuoksi omat mielipiteemme eivät ole vaikuttaneet haastattelujen tuloksiin ja haastateltavat ovat tulleet kuulluksi omine mielipiteineen. Tuloksia tarkastellessamme havaitsimme aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten olevan samansuuntaisia omien tuloksien kanssa. Tämän vuoksi uskomme, että tutkimuksemme tulokset ovat luotettavia ja siirrettävissä myös toiseen vastaavanlaiseen ympäristöön.

Tutkimuksessamme olemme käyttäneet monipuolisesti kansainvälisiä ja kotimaisia lähteitä, sillä halusimme tarkastella aihetta mahdollisimman monipuolisesti. Lähteitä valittaessa tulee kiinnittää huomiota lähteen ikään, sekä olla lähdekriittinen. Tutkimusta tehtäessä on tärkeää kunnioittaa aikaisempia tutkimuksia ja viitata niihin asianmukaisesti niitä käytettäessä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Tekstissämme olemme huolehtineen lähdeviittauksista ja lähdemerkinnöistä Tampereen Ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti.

Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää muistisairaiden hoitotyötä kehitettäessä. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme tutkittavaksi, vaikuttaako fyysinen asuinympäristö muistisairaahan haastavaan käytökseen.

LÄHTEET

Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito, vältettävät lääkkeet ja yhteysvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. 2016. Käypä hoito- suositus. Lisätietoa. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 14.3.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01619#NaN>

Briggs, R., Kennelly SP & O'Neill., D. 2016. Drug treatments in Alzheimer`s disease. Clinical Medicine 16 (3) 247-253.

Green Care Finland. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 11.4.2018.

<http://www.gcfinland.fi/green-care-/menetelmat/elainavusteiset-menetelmat/>

Fletcher, T.S. & Eckberg, J. 2014. The Effects of Creative Reminsching on Individuals with Dementia and Their Caregivers: A Pilot Study. Phycical & Occupational Therapy in Geriatrics 32 (1), 68-84.

Hallikainen, M. & Remes, A.M. 2015. Alzheimerin tauti työikäisellä. Suomen lääkärilehti 70 (23), 1647-1652

Hartikainen, S. & Taipale, H. 2017. Psykelääkkeet Alzheimerin taudin hoidossa. Duodecim 133 (5), 429-431

Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimers disease. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Hsieh, C.-J., Chang, C., Su, S.-F., Hsiao, Y.-L., Shih, Y.-W., Han, W.-H. & Lin, C.-C. 2009. Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents Whit Mild- to- Moderate Dementia. Journal of Experimental and Clinical Medicine 2 (2), 72-78.

Huupponen, R., Idänpää-Heikkilä, J.E., Kalliokoski, A., Karhuvaara, S. Leinonen, E. & Puhakka, J. 2012. Psykoosilääkkeiden muut käyttöaiheet. Suomen Lääkärilehti 67 (1415), 1161-1163.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede 17 (3), 145-154

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. Suomen Lääkärilehti 73 (11), 713- 718.

Kipu. 2017. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen asettama työryhmä. Helsinki: Lääkäriseura Duodecim. Luettu 12.2.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Kivelä, S.-L. 2005. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.

Kivelä, S.-L. & Koistinen, L. 2010. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 65 (7), 593-598.

Koponen, H. & Saarela, T. 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 501-514.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148.

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. Hoitotiede 26 (2), 113-124.

Lääketietokeskus 2017. Lääkevalmisteiden pakkausselosteet. Lääkeinfo.fi. Luettu 06.10.2017. <https://laakeinfo.fi/MedicineList.aspx>

Muistiliitto ry. 2013. Alzheimerin tauti, tietoa ja tukea sairastuneille sekä hänen läheisilleen. Ei päivitetä. Luettu 30.10.2017. https://www.muistiliitto.fi/application/files/1015/1385/4659/Alzheimerin_tauti.pdf

Muistiliitto ry. 2017. Muistisairaudet, hoito ja kuntoutus, lääkehoito. Päivitetty 22.02.2017. Luettu 08.04.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-jakuntoutus/laakehoito>

Muistisairauden käyttösoireiden hoito. 2016. Käypä hoito- suositus. Lisätietoa. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Luettu 13.3.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524>

Muistisairaudet. 2017. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkärisseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri- yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Luettu 06.02.2018. <http://www.kaypahoito.fi>

Okumura, Y., Tanimukai, S. & Asada, T. 2008. Effects of short- term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. Psychogeriatrics. The Official journal of the Japanese Psychogeriatric Society 8 (3), 124-133.

Panza, G., Taylor, B., MacDonald, H., Johnson, B., Zaleski, A., Livingston, J., Thompson, P. & Pescatello, L. 2018. Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer`s Disease? Journal of the American Geriatric Society 66 (3), 487-495.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121-141.

- Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M.-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Raglio, A., Bellelli, G., Trafficante, D., Gianotti, M., Chiara, M., Villani, D. & Trabucchi, M. 2008. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 22 (2), 158-162.
- Rikala, M., Korhonen, M. & Hartikainen, S. 2012. Vanhukset käyttävät rauhoittavia ja unilääkkeitä vuosien ajan. *Suomen Lääkärilehti* 67 (48), 3583-3584.
- Saano, S & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saarenheimo, M. 2011. Muistelun käyttö muistisairaiden ihmisten hoidossa. Teoksessa Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) *MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 69-71
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 24 (4), 323-334.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23, 46-56.
- Savela, S., Komulainen, P., Sipilä, S. & Strandberg, T. 2015. Ikääntyneiden liikuntaminkälaista ja mihin tarkoitukseen? *Duodecim* 131 (18), 1719-1725.
- Scheinin, N., Kemppainen, N. & Rinne, J. 2008. Amyloidin kuvantaminen Alzheimerin taudissa. *Duodecim* 124 (17), 1968-1978.
- Seppälä, T., Herukka, S.-K. & Remes, A.M. 2013. Alzheimerin taudin varhaisdiagnostiikka. *Duodecim* 129 (19), 2003-2010.
- Simojoki, K. 2016. Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 71 (6), 403.
- Sosiaali - ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Päivitetty 8.5.2012. Luettu 13.2.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afife201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaali – ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017 – 2019. Päivitetty 26.6.2017. Luettu 13.2.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf
- Suhonen, J., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti,

- T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien hoidossa. Suomen Lääkärilehti 63 (10), 9-22.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 7. kokonaan uusittu painos. Helsinki: Suomen demensianhoitoyhdistys ry.
- Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Helsinki: Minna Sillanpään säätiön julkaisuja A: 10.
- Talasilahti, T., Alanen, H.-M. & Leinonen, E. 2014. Miten hoidan vanhusten unettomuutta? Suomen Lääkärilehti 69 (46), 37-41.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Muistisairauksien riskitekijät. Päivitetty 11.3.2015. Luettu 13.2.2018.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-riskitekijät>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Elämäntapamuutokset ehkäisevät muistitoimintojen heikentymistä myös geneettisesti alttiilla. Päivitetty 25.1.2018. Luettu 9.4.2018 <https://thl.fi/fi/-/elamantapamuutokset-ehkaisevat-muistitoimintojen-heikentymistamyos-geneettisesti-alttiilla>
- Terveyskirjasto. 2015. Alzheimerin tauti. Päivitetty 1.12.2015. Luettu 12.10.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Terveyskirjasto. 2017. Lääkkeiden haittavaikutukset. Päivitetty 16.3.2017. Luettu 2.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00721
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- UKK-instituutti. 2018. Liikunnan vaikutukset. Päivitetty 27.2.2018. Luettu 2.4.2018.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaiikutukset
- Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91-99.
- Vartiovaara, I. 2006. Lemmikkieläimet ja ihmisen terveys. Päivitetty 16.1.2006. Luettu 11.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00009
- Vänttilä, E. 2004. Lemmikkien terveysvaikutukset ja lemmikkiavusteinen terapia. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kandidaatin tutkielma.

LIITTEET

Liite 1. Suostumuslomake

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Hyvä sairaanhoitaja/lähihoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöemme, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajan käyttämiä auttamismenetelmiä Alzheimer potilaan levottomuuden ja käytöshäiriöiden hoidossa. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Villa Niemen Kuusamakodista, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kymmentä hoitajaa Villa Niemen Kuusamakodista. Kuusamakodin tiiminvetäjä Riikka Salo valitsee osallistujat tiimistään. Haastattelut tehdään Villa Niemessä, yksi haastattelu kestää n. 45min-1h. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelijalla on käytössä myös muistivihko, johon hän kirjaa huomioita haastattelun aikana. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Villa Niemen Kuusamakodin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijä(t)

Kirsi Sovijärvi
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
kirsi.sovijarvi@health.tamk.fi

Sandra Pelkonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
sandra.pelkonen@health.tamk.fi

Ohjaava opettaja

Sirpa Salin
Yliopettaja, gerontologinen hoitotyö
Tampereen ammattikorkeakoulu
Yhteystiedot: sirpa.salin@tamk.fi

SUOSTUMUS**Hoitajien kokemuksia auttamismenetelmistä muistisairaahan haastavan käytöksen hoidossa.**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajan käyttämiä auttamismenetelmiä muistisairaahan potilaan haastavan käytöksen hoidossa sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
vastaanottaja:

Suostumuksen opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Teema 1

- Kuvaa auttamismenetelmiä joita käytät jos potilas on levoton tai hänellä on muita käytösoireita
- Miten valitset käyttämäsi auttamismenetelmän?
- Mistä saat tietoa erilaisista lääkkeettömistä auttamismenetelmistä? Saatko koulutusta, joka tukee näitä taitoja?

Teema 2

- Kerro minkälaisissa tilanteissa olet antanut potilaalle tarvittavaa lääkettä?
- Kuvaa miten potilas käyttäytyy/ toimii kun koet tarvittavan lääkkeen antamisen tarpeelliseksi
- Kerro kokemuksista minkälaiset asiat johtavat tilanteeseen jossa tarvittavaa lääkettä tarvitaan
- Arvioi kuinka usein tulee tilanne jossa turvaudut tarvittavaan lääkkeeseen

Teema 3

- Kuvaile tilannetta tarvittavan lääkkeen antamisen jälkeen
- Kuvaile miten tarvittava lääke vaikuttaa potilaaseen, käytös, fyysiset vaikutukset.
- Kerro miten arvioit lääkehoidon vaikuttavuutta
- Arvioi onko tarvittavan lääkkeen antamisesta enemmän haittaa kuin hyötyä. Kuvaile miksi.