

Helena Henriksson & Alma Puhakka

Muistisairaahan asukkaan psykososiaaliset kuormitustekijät tehostetun palveluasumisen yksikössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Koulutus	Sairaanhoitajakoulutus
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Tekijät	Helena Henriksson ja Alma Puhakka
Työn nimi	Muistisairaahan asukkaan psykososiaaliset kuormitustekijät tehostetun palveluasumisen yksikössä Kuvaileva kirjallisuuskatsaus
Toimeksiantaja	Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry
Vuosi	2021
Sivut	63 sivua, liitteitä 10 sivua
Työn ohjaaja	Elisa Marttila

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisia kuormitustekijöitä sekä miten muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin voidaan vastata. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamisesta. Työn toimeksiantaja on Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan 10 tutkimusta, jotka kaikki olivat englanninkielisiä. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Tutkimustuloksista muodostui 9 eri teemaa muistisairaahan psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja 5 eri teemaa hoitohenkilöstön keinoista, joiden avulla pystytään vastaamaan muistisairaahan asukkaan psykososiaalisiin tarpeisiin.

Opinnäytetyön keskeisten tulosten mukaan muistisairaajat kokivat psykososiaalisiksi kuormitustekijöiksi muun muassa muistisairauden tuoman kuormituksen, itsetunto-ongelmat, yksinäisyyden ja tylsyyden tunteet, ympäristölliset tekijät, muut asukkaat sekä henkilökunnan toiminnan. Tulosten mukaan muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin voitiin vastata kiinnittämällä huomiota hoitajan toimintaan, potilaan käytösoireisiin, yksilöllisyyteen, osallisuuteen ja ihmissuhteisiin.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että muistisairailla asukkailla on monenlaisia sekä psyykkisiä että sosiaalisia kuormitustekijöitä, jotka heikentävät elämänlaatua tehostetussa palveluasumisessa. Muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin on tärkeää kiinnittää huomiota, jotta voidaan edistää muistisairaiden elämänlaatua tehostetussa palveluasumisessa. Muistisairaahan hyvän hoidon on lähdeittävä potilaan kunnioittavasta kohtaamisesta ja arvostamisesta sekä jäljellä olevien kykyjen ja voimavarojen tukemisesta.

Asiasanat: muistisairaudet, psykososiaaliset kuormitustekijät, psykososiaalinen hyvinvointi, tehostettu palveluasuminen

Degree	Bachelor of Health Care
Authors	Helena Henriksson & Alma Puhakka
Thesis title	Psychosocial stress factors of a resident with dementia in 24-hour service housing
	Descriptive literature review
Commissioned by	Sheltered housing association KOSKENRINNE ry
Time	May 2021
Pages	63 pages, 10 pages of appendices
Supervisor	Elisa Marttila

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to clarify what psychosocial stress factors did residents with dementia have in 24-hour service housing and how nursing staff could respond to the psychosocial needs that residents with dementia had. The objective of this thesis was to improve current information about psychosocial stress factors of dementia patients that lived in 24-hour service housing, and about responding to psychosocial needs.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. The literature review covered 10 studies that were analysed by using the thematic analysis method. From the research results, there formed 9 different themes that were related to the psychosocial stress factors of residents with dementia and 5 different themes that were related to the nursing staff's ways to respond to the psychosocial needs of residents with dementia.

The research results showed that dementia patients experienced stress from the memory disorder, problems with self-esteem, feelings of loneliness and boredom, environmental factors, other residents, and actions of the nursing staff as their main psychosocial stress factors. The results showed that ways to respond to the psychosocial needs of a resident with dementia were paying attention to the actions of the nursing staff, a resident behavior problems, individuality, participation, and relationships.

In conclusion it can be stated that in 24-hour service housing there are many kinds of psychosocial stress factors that reduce the quality of life of a resident with dementia. It is important to pay attention to the psychosocial needs of a dementia patient so that the quality of life can be increased in 24-hour service housing. Respectful meeting and appreciating and supporting of the remaining abilities and resources are the key points in dementia care.

Keywords: memory disorders, psychosocial stress factors, psychosocial well-being, 24-hour service living

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TILAAJA.....	7
3	TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN.....	7
4	MUISTISAIRAUDET.....	9
4.1	Muistisairauksien diagnostiikka.....	10
4.2	Alzheimerin tauti.....	11
4.3	Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen.....	12
4.4	Lewyn kappale -tauti.....	12
4.5	Parkinsonin taudin muistisairaus.....	13
4.6	Otsa-ohimolohkorappeumat.....	14
4.7	Harvinaisemmat muistisairaudet.....	15
5	PSYKOSOSIAALISUUS JA PSYKOSOSIAALISET KUORMITUSTEKIJÄT.....	16
5.1	Muistisairaahan psyykkiset kuormitustekijät.....	16
5.2	Muistisairaahan sosiaaliset kuormitustekijät.....	19
5.3	Muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen.....	21
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
7	TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS.....	25
7.1	Kirjallisuuskatsaus.....	25
7.2	Aineiston keruu.....	27
7.3	Aineiston analyysi.....	35
8	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	36
8.1	Psyykkiset kuormitustekijät.....	36
8.1.1	Muistisairaudesta johtuva kuormitus.....	36
8.1.2	Itsetunnon ongelmat.....	37
8.1.3	Psyykkiset tekijät.....	38
8.1.4	Negatiiviset tunteet.....	38

8.2	Sosiaaliset kuormitustekijät	39
8.2.1	Yksinäisyys	39
8.2.2	Tylsyys.....	40
8.2.3	Henkilökunta	40
8.2.4	Muut asukkaat	41
8.2.5	Hoivakoti ympäristönä.....	41
8.3	Hoitohenkilöstön keinot vastata tehostetussa palveluasumisessa asuvan muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin	42
8.3.1	Hoitajan toiminta ja ammattitaito.....	42
8.3.2	Käyttösoireiden ja levottomuuden lievittäminen	43
8.3.3	Yksilöllisyyden huomioiminen	45
8.3.4	Aktivointi ja osallisuuden vahvistaminen	47
8.3.5	Perhesuhteiden ylläpitäminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen	48
9	POHDINTA	49
9.1	Johtopäätökset	50
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	55
9.3	Jatkotutkimusehdotukset	56
	LÄHTEET.....	58

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Teemoittelu 1

Liite 3. Teemoittelu 2

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan, mikä johtaa yhteiskunnassamme niin kansanterveydellisiin kuin taloudellisiin haasteisiin (THL 2020). On arvioitu, että vuonna 2060 maassamme tulee olemaan noin 240 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä (Erkinjuntti ym. 2015, 35). Pysyvässä pitkäaikashoidossa olevista potilaista suurimmalla osalla on dementia, ja ainakin 70 %:ssa tapauksista etenevien muistioireiden ja dementian syynä on Alzheimerin tauti. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus eli vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen todetaan 15–20 %:ssa tapauksista ja 10–15 % osuudessa taustalla on Lewyn kappale -tauti. Muistisairaalla voi kuitenkin esiintyä piirteitä useasta eri muistisairauden muodosta. (Muistisairaudet 2020.)

Muistisairaudet kuormittavat eri tavoin sekä sairastuneita että heidän läheisiään. Muistisairaus itsessään aiheuttaa sairastuneelle merkittävää psykososiaalista kuormitusta. Lähimuistin heikentyessä tutut ihmiset ja ympäristö alkavat tuntua vierailta, mikä aiheuttaa muistisairaalle ahdistusta ja pelkoa (Sarvimäki ym. 2010, 39). Ihmissuhteet voivat muuttua epätasa-arvoisiksi kommunikatiovaikeuksien takia, jolloin myös väärinymmärrykset lisääntyvät (Eloniemi-Sulkava 2011, 9). Lisäksi muistisairauden aiheuttamat käytösoireet kuten masentuneisuus, levottomuus ja aggressiivisuus heikentävät muistisairaana psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua (Muistisairaiden käytösoireiden hoito 2016).

Suurin osa tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa edenneen muistisairauden aiheuttaman toimintakyvyn vajeen vuoksi, ja kahdella kolmesta ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on vähintään keskivaikea muistisairaus. Vuonna 2016 vähintään keskivaikea muistisairauden aste oli 71 %:lla tehostetun palveluasumisen hoidettavista. (Hyvä ympärivuorokautinen hoito 2020.) Tehostetussa palveluasumisessa asuminen voi tuoda mukanaan omanlaisiaan haasteita muistisairaana psykososiaaliseen hyvinvointiin. Palveluasumisen rutiininomainen toiminta voivat aiheuttaa muistisairaana yksilöllisyyden katoamista

sekä heikentää vaikutusmahdollisuuksia muistisairaana omaan elämään ja sitä koskeviin päätöksiin. (Hyvä ympärivuorokautinen hoito 2020.)

Pitkäaikaishoitopaikoissa tehdyt tutkimukset ovat tuoneet esiin, että muistisairaana ihmisen psykososiaalisiin tarpeisiin vastataan heikoiten, minkä nähdään olevan yhteydessä psyykkisten ongelmien synnylle (Erkinjuntti ym. 2015, 523). Muistisairaana epätasa-arvoinen kohtelu ja yksilöllisyyden sivuuttaminen altistavat psyykkisen kärsimyksen synnylle. Hyvän hoidon lähtökohdaksi on muistisairaana yksilöllinen kohtaaminen ja tämän oman elämänsä huomioiminen. On tärkeää, että tehostetun palveluasumisen henkilökunta ymmärtää, millaisia muutoksia muistisairaana tuo sairastuneen käytökseen, jotta muistisairas voidaan kohdata oikein. Muistisairaalla on oikeus ja tarve ihmisiin ja ympäristöön, jotka huomioivat muistisairaana yksilölliset tarpeet ja tukevat muistisairaana sosiaalista arvokkuutta, mikä edistää muistisairaana hyvää psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua tehostetussa palveluasumisessa. (Eloniemi-Sulkava 2011, 9; Pietilä ym. 2010, 261–263.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tehostetussa palveluasumisessa asuvilla muistisairailta asukkailla esiintyviä psykososiaalisesti kuormittavia tekijöitä sekä miten muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin voidaan vastata. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa ajankohtaista tietoa tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamisesta, jota Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry voi hyödyntää hoitotyön kehittämisessä tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden kohdalla. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tilaajana on Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Millaisia psykososiaalisia kuormitustekijöitä ilmenee tehostetussa palveluasumisessa asuvalla muistisairaalla asukkaalla?
2. Miten hoitohenkilökunta pystyy vastaamaan tehostetussa palveluasumisessa asuvan muistisairaana asukkaan psykososiaalisiin tarpeisiin?

2 OPINNÄYTETYÖN TILAAJA

Opinnäytetyön tilaajana on Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry. KOSKENRINNE on toiminut vuodesta 1955 yksityisenä palveluntuottajana Kotkan vanhustenhuollolle, ja nimenä on ollut Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry vuodesta 2005. Yhdistyksellä on viisi eri toimipistettä Kotkassa. KOSKENRINNE tuottaa sekä tehostettua että tavallista palveluasumista, minkä lisäksi on myös päiväkeskustoimintaa. Koskenrinteen yksiköissä on asukkaina reilut 300 kotkalaista vanhusta. Lisäksi yhdistys on aktiivisesti mukana vapaaehtoistoiminnassa sekä kehittämishankkeissa niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin. (Vanhustenhuollon palveluja jo vuodesta 1955 s.a.)

Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n tehostetun palveluasumisen ryhmäkoteja ovat Koskenrinteen Koti, jossa tehostetun palveluasumisen paikkoja on 36 ja Karhula-Koti, jossa tehostetun palveluasumisen paikkoja on 28. Näissä ryhmäkodeissa asuu ympärivuorokautisen huolenpidon tarpeessa olevia vanhuksia. Koskenrinteen ryhmäkodeissa asukkaat saavat hoivaa ja huolenpitoa, mikä lähtee jokaisen yksilöllisistä tarpeista. Hoivan tarpeet määritellään muuton yhteydessä yhdessä läheisten kanssa. Ammattitaitoinen henkilökunta huolehtii asukkaiden kuntoutumisen edistämisestä ja hyvinvoinnista. Asukkaat asuvat omissa huoneissaan, joissa on oma wc ja suihku. Lisäksi asukkaiden käytössä on yhteisiä tiloja, kuten ruokailu- ja oleskelutilat ja parveke tai terrassi. Ulkoilu on mahdollista vuoden ympäri, ja omaiset voivat osallistua asukkaan arkeen. (Tehostetun palveluasumisen ryhmäkodit s.a.)

3 TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN

Ympärivuorokautisen asumisen palveluja toteuttavat kunnat joko omana toimintanaan, ostopalveluina yksityisiltä yrityksiltä tai järjestöiltä, jolloin kunta seuraa ostettujen palvelujen laatua (Hallikainen 2014, 211). Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen ovat sosiaalihuoltolain mukaisia asumispalveluita (Ikätalo 2019). Vanhuspalvelulaissa säädetään henkilöstön määrästä ja osaamisesta. Hoitajamitoitus on 0,5 hoitajaa potilasta kohden. Laissa korostetaan henkilökunnan osaamisen sekä johtamisen tärkeyttä. (Erkinjuntti ym. 2015, 524.)

Muistisairaudet lisäävät asumiseen liittyvien palveluiden tarvetta, sillä muistisairailla suhde asuinympäristöön muuttuu. Hyvinvointia edistävinä tekijöinä palveluasumisessa nähdään henkilökunnan johdonmukainen ja yksilöllisyyttä huomioiva käytös sekä asukkaiden perhesuhteiden jatkuvuus ja asukkaiden keskinäisen vuorovaikutuksen tukeminen. (Rappe ym. 2020.) Muistisairaiden hoidon kulmakiviä ympärivuorokautisessa hoidossa ovat osaava ja riittävä henkilökunta sekä ammatillinen johtaminen, sopiva hoitoympäristö ja korkea-
tasoinen lääketieteellinen asiantuntemus (Erkinjuntti ym. 2015, 523).

Kunnissa toimii moniammatillinen työryhmä, joka tekee arviointeja pysyvän ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta muistisairaalle läheisiltä ja terveydenhoidon ammattilaisilta saamiensa tietojen perusteella. Arviointi ja päätös tehdään SAP-toimintamallin mukaisesti. SAP on lyhenne sanoista Selvitä, Arvioi ja Palveluohjaa. Työryhmä käyttää apunaan erilaisia toimintakyvyn mittareita, kuten RAI ja MMSE. (Hallikainen ym. 2019, 243.) MMSE on lyhyt, noin 10–15 minuutin pituinen testi, jolla arvioidaan muistia ja tiedonkäsittelyä. Testi ei sovi varhaisen tai lievän muistisairauden kartoittamiseen, mutta edenneen muistisairauden seulonnassa testi on toimiva. MMSE on lyhenne sanoista Mini-Mental State Examination. (Erkinjuntti ym. s.a.) RAI-järjestelmä on tiedonkeruun ja havainnoinnin mittaristo, jonka avulla kartoitetaan asiakkaan palvelutarpeet ja laaditaan palvelusuunnitelma tuloksiin perustuen. RAI-järjestelmä sisältää erilaisia arviointikysymyksiä vastausvaihtoehtoineen. Arviointikysymyksien avulla selvitetään muun muassa asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä, lääkitystä, mielialaa sekä omaisten tukea. Arvioinnista muodostuu RAI-mittareita, joita hyödynnetään asiakkaan palveluiden suunnittelussa. Asiakas osallistuu arviointiin, jossa huomioidaan asiakkaan yksilöllisyys ja tarpeet kokonaisvaltaisesti. (THL 2021.) RAI-järjestelmään kuuluvia toimintakyvyn mittareita ovat MAPLE, CPS ja ADLH, joita käytetään yleisimmin palvelutarpeen arvioinnissa. MAPLE:n avulla mitataan palvelutarpeiden luonnetta, ADLH mittaa arkisuoriutumista päivittäisissä toiminnoissa ja CPS mittaa kognitiivisia toimintoja. CPS korvaa MMSE-arvioinnin, ja MMSE tehdään yleensä erikseen lääkärin pyynnöstä. Palvelujen myöntämisperusteissa käytetään RAI-viitearvoina MAPLE 5-palvelutarveluokittelua, jossa 1 - vähäinen palvelutarve, 2 - lievä palvelutarve,

3 - kohtalainen palvelutarve, 4 - suuri palvelutarve ja 5 - erittäin suuri palvelutarve. (Kettunen & Niilo-Rämä 2018, 5, 9, 11.)

Ikäihmiset, jotka tarvitsevat runsasta hoivaa ympäri vuorokauden eikä kotona asuminen ole mahdollista enää minkäänlaisten apujen turvin, voivat hakea hoivapaikkaa tehostettuun palveluasumiseen. Kymsote noudattaa Suomen lainsäädäntöä, jossa on linjattu, että tarkoituksenmukaisin paikka ikääntyä on oma koti. Kun ikääntyneen tilanne muuttuu ja hoivan tarve lisääntyy, aloitetaan SAS-arviointijakso, jossa selvitetään asiakkaan voimavarat, palvelutarve ja avuntarve kotona pärjäämisen tukemiseksi. Jos SAS-arviointijakso osoittaa, ettei ikääntynyt enää pärjää kotona, tehdään SAS-hakemus ja päätös hoivapaikan myöntämisestä. SAS on lyhenne sanoista Selvitä, Arvioi ja Sijoita. (Kymenlaaksonopastin s.a.)

Kymsote on linjannut ympärivuorokautisen asumispalvelujen myöntämisen kriteerit. Perusteet tehostetun palveluasumisen tarpeelle ovat fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn huomattava heikkeneminen sekä valvonnan tarve useita kertoja vuorokaudessa, kotiin vietävien palvelujen riittämättömyys, kevyemmän asumisratkaisun riittämättömyys ja mahdolliset yksilölliset syyt. Kymsoella SAS-arviointi tukeutuu RAI-järjestelmään ja siihen kytkeytyviin toimintakykymittareihin. Myönteinen päätös tehostetusta palveluasumisesta edellyttää vähintään tietyt RAI-mittariston viitearvot, jotka ovat MAPLE 4–5 (suuri /erittäin suuri palvelutarve), CPS 3 (kognitiivisten toimintojen mittari) tai enemmän, ADLH 3 (arkisuoriutumisen mittari) tai enemmän. (Kymsote 2018.)

4 MUISTISAIRAUDET

Etenevät muistisairaudet ovat jo yksi kansantaudeistamme. Muistisairaudet rappeuttavat aivoja, jolloin sairastuneen toimintakyky heikkenee laaja-alaisesti. Tyypillisesti muistisairauksia esiintyy yleisimmin iäkkäillä ihmisillä. (Muistiliitto 2017.) Muistisairaudet heikentävät muistia ja tiedonkäsittelyä sekä muita ajatustoimintoja eli kognitiota. Käsitettä *dementia* käytetään puhuttaessa kyseisten toimintojen heikkenemisestä. Dementia ei kuitenkaan ole erillinen sairaus, vaan muistisairaudesta johtuva tila, jossa muisti ja kognitiiviset taidot

ovat heikentyneet niin paljon, että päivittäisistä toiminnoista selviytyminen heikkenee. (THL 2020.)

Sairastuneen oireiden ja toimintakyvyn perusteella voidaan muistisairaudet jaotella neljään vaiheeseen. Varhaisessa vaiheessa muutokset liittyvät muistiin, keskittymiskykyyn, uuden oppimiseen sekä mielialaan. Läheiset ihmiset ovat huomanneet muistamisen ongelmat, eikä arki suju enää kuten ennen. Lievässä vaiheessa oireet vahvistuvat ja diagnoosi on varmistunut. Toiminnan heikkeneminen näkyy muun muassa ruuan valmistamisessa, ystävien tapaaamisissa, pankkiasioiden hoidossa ja laitteiden käytössä. Keskivaikeassa vaiheessa apua tarvitaan jo enemmän pukemisessa ja ulkoilussa sekä hygieniasta ja terveydestä huolehtimisessa. Fyysinen kunto, sosiaaliset kyvyt ja persoonallisuus voivat vielä olla entisellä tasolla. Vaikeassa vaiheessa avun tarve on jo lähes kaikissa toiminnoissa. Puheentuotto ja ymmärtäminen heikkenevät sekä asioiden, ihmisten ja paikan hahmottaminen muuttuvat haasteellisemmaksi. (Elämää muistisairauden kanssa -opas 2019, 7–8.)

4.1 Muistisairauksien diagnostiikka

Etenevässä muistisairaudessa aivot rappeutuvat hitaasti, mistä käytetään termiä atrofia. Alkuvaiheessa etenevien muistisairauksien ensioireet eroavat toisistaan. Ensioireisiin vaikuttaa se, mistä kohtaa ongelma alkaa. Lähiasioiden unohtaminen on tyypillistä nimenomaan Alzheimerin taudissa, kun taas Lewyn kappale -taudin ensioireita ovat näköharhat sekä voimakkaat vireystilan muutokset. (Kelo ym. 2015, 207.)

Muistioireiden tutkiminen jaotellaan perusselvityksiin ja lisätutkimuksiin. Diagnostiikan kulmakiviä ovat huolellinen anamneesi sekä läheisen haastattelu. Arvio muistioireista, kuten ensioireet sekä oireiston kehittyminen ja etenemistapa, kliininen tutkimus, muistin ja tiedonkäsittelyn arviointi sekä käytösoireiden arviointi, laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantaminen kuuluvat tehtäviin selvityksiin. (Muistisairaudet 2020.) Muistisairauksien varhainen diagnoosi, hoito ja kuntoutus parantavat sairastuneiden toimintakykyä, mikä vähentää sairaudesta johtuvaa kuormitusta sekä vähentää muistisairaiden hoidosta aiheutuvien kustannusten kasvua (THL 2020).

Ikääntyneiden asiakkaiden muistiongelmien tutkiminen alkaa nykyisin terveyskeskuksen muistipoliklinikalta. Alle 65-vuotiaat muistioireiset tai epätyypillisesti oireilevat henkilöt ohjataan neurologian poliklinikalle. Muistihoitaja haastattelee ja tekee selvitykset, ja mikäli muistisairausediagnoosi herää, hoitaja ohjaa potilaan eteenpäin lääkärin vastaanotolle. (Kelo ym. 2015, 208–209.) Pidemmälle edenneissä muistisairauksissa ja niiden seurannassa suositellaan MMSE-testin käyttöä, mutta kyseisen testin antama tieto ei kuitenkaan ole riittävä muistisairauksien lievissä vaiheissa. MMSE-testi sisältää lyhyitä tehtäviä, joiden avulla arvioidaan kognitiivisten toimintojen eri osa-alueita. Asumispalveluiden järjestämisestä päätettäessä MMSE-testin tietyt pisterajat voivat olla harhaanjohtavia päätöksiä tehtäessä. Kognitiivisesta suoriutumisesta tehtävien päätelmien perustana CERAD-testi olisi todennäköisesti laajemminkin käyttökelpoisempi. (Hallikainen ym. 2014, 39.)

4.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus, jonka yleisyys kasvaa iän myötä voimakkaasti. Alzheimerin taudin perimmäinen syy ei ole tiedossa. Aivojen tietyt mikroskooppiset muutokset, esimerkiksi amyloidin eli valkuaisainepitoisen materiaalin kertyminen, vaurioittavat hermoratoja ja aivosoluja, jolloin muisti ja tiedonkäsittely heikkenevät. Ohimolohkojen sisäosista alkava vaurio leviää vuosien mittaan aivokuorelle laajemmin. (Juva 2018.) Alzheimerin tauti alkaa yleensä lievillä muistihäiriöillä, jolloin esiintyy lähinnä mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeuksia. Alzheimer-potilaan lähi-muisti, johon lukeutuvat sekä tapahtumamuisti että episodinen muisti, heikentyvät taudin edetessä niin, että potilas ei muista aiemmin tapahtuneita asioita muutamaa minuuttia kauempaa. Ajan käsitys ja myöhemmin paikantaju häviävät. (Sulkava 2016.)

Alzheimerin tauti aiheuttaa toiminnallisia muutoksia kuten muistin heikkentymistä, kielellisiä häiriöitä, hahmottamisen häiriöitä ja käytännöllisyys katoaa. Masennus, aggressiivisuus, motorinen levottomuus ja varastamisharhat ovat käytösoireita, joita voi esiintyä missä tahansa taudin vaiheessa. (Kelo ym. 2015, 211.) Lääkkeillä voidaan lievittää Alzheimerin taudin oireita. Lääkkeet

parantavat keskittymiskykyä ja usein myös toimintakyky paranee. Lisäksi psyykkiset oireet ja käytösoireet vähenevät. Lääkkeet eivät pysäytä sairauden etenemistä, mutta sen eteneminen hidastuu. Ympäri vuorokautisen hoidontarpeen alkaminen siirtyy eteenpäin noin vuodella. (Juva 2018.) Potilaan hoidon suunnittelussa tulee huomioida, että potilaalla voi olla samanaikaisesti piirteitä monista muistisairauksista. 30–50 %:lla Alzheimer-potilaista todetaan iän myötä myös merkittävä aivoverenkiertosairus ja jopa 70 %:lla lieviä aivoverenkiertosairauden muutoksia. (Muistisairaudet 2020.)

4.3 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen

Toiseksi yleisin etenevä muistisairaus on aivoverenkiertosairauden muistisairaus, jonka osuus muistisairauksista on 15–20 %. Pienten aivoverisuonten tauti ja suurten suonten tauti ovat aivoverenkiertosairauden päätyypit. Sairastuneen kyky tiedonkäsittelyyn heikentyy, mikä vaikuttaa aivoverenkiertotapahuman kokeneen potilaan työkykyyn, toimintakykyyn, elämänlaatuun sekä ennusteeseen. (Erkinjuntti ym. 2015, 13.)

Vaskulaarisen dementian taudinkuva on monimuotoinen, ja sairaus on miehillä jonkin verran yleisempi kuin naisilla. Verenkiertoperäinen muistisairaus kehittyy noin neljäsosalle aivoverenkiertohäiriön sairastaneelle ihmiselle. Sairastumisen riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, ylipaino, alkoholin käyttö ja tupakointi sekä vähäinen liikunta. Oireet sairastuneella alkavat melko nopeasti, jopa päivissä tai viikoissa ja etenevät portaittain. Oireita ovat kävelyn ongelmat, puheentuition häiriöt, halvauslöydökset sekä muisti- ja ajatustoimintojen heikkeneminen. (Atula 2019b.) Vaskulaariseen kognitiiviseen heikentymään ei ole olemassa lääkehoitoa, mutta asetyylisalisyylihappo on hyvä aloittaa. Perussairauksien hyvä hoitotasapaino on tärkeää sekä levon ja rasituksen sopivan suhteen huomioiminen. (Kelo ym. 2015, 213.)

4.4 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on hitaasti alkava aivoja rappeuttava sairaus, joka on toiseksi yleisin muistisairaus Alzheimerin taudin jälkeen (Atula 2019a). Taudin

pääpiirteitä ovat muun muassa vireyden, tarkkaavuuden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, yksityiskohtaiset näköharhat ja Parkinson-tyyppiset oireet kuten jähmeys, hitaus, kävelyvaikeus ja toisinaan vapina. Sairauden alkuvaiheessa muistimuutokset eivät ole tyypillisiä. (Muistisairaudet 2020.)

Neuropsykiatristen oireiden pitkittyminen kuten jatkuva poikkeava toiminta ja harhaluuloiset ajatukset huolestuttavat sairastuneen lähipiiriä. Sairastunut kohdistaa harhaluulot monesti juuri lähipiirin henkilöihin. Sairastunut voi ensioireinaan kertoa myös vieraista henkilöistä, joita ei kuitenkaan vierailulla ole käynyt. Monet sairastuneet päätyvätkin jossain Lewyn kappale -taudin vaiheessa psykiatriseen hoitoon. Neuropsykiatriset oireet ovat yleisempiä ja vaikeampia Lewyn kappale -taudissa kuin Alzheimerin taudissa ja taudin ennuste voi olla huonompi sekä kesto lyhyempi. (Hallikainen ym. 2014, 288–289.)

Käyttöoireita voidaan Lewyn kappale -taudissa lievittää kolinergisillä lääkkeillä. Kolinergiset lääkkeet lisäävät aivoissa olevaa asetyylikoliinin määrää, joka toimii viestin viejänä hermosolujen välillä. Kolinergisiä lääkkeitä ovat esimerkiksi donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. Myös psykoosilääkkeet (neuroleptit) voivat tulla kyseeseen käyttöoireiden hoidossa, mutta voimakkaat haittavaikutukset ovat mahdollisia jo pienilläkin annoksilla. Toisen polven psykoosilääkkeitä, kuten klotsapiinia, risperidonia tai ketiapiinia on suositeltu käytettävän, mutta niidenkin käytössä on hyvä noudattaa varovaisuutta. Dopaminergisia lääkkeitä voi kokeilla Lewyn kappale -taudin parkinsonismin hoidossa, mutta lääkkeiden teho ei ole yhtä hyvä kuin Parkinsonin taudin hoidossa. (Erkinjuntti ym. 2015, 170; Juva 2017.)

4.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti on etenevä neurologinen sairaus, mutta nykylääkityksen mukaan oireet saadaan yleensä melko hyvin hallintaan. Oireina esiintyy lepovapinaa, lihasjäykkyyttä, liikkeiden hitautta, hitautta tahdonalaisten liikkeiden aloittamisessa sekä liikkeiden nopeus ja laajuus vähenee. (Kuopio 2020, 3.) Muita kuin motorisia oireita ovat depressio, kognitiiviset muutokset, virtsarakon toimintahäiriöt, harhat, unihäiriöt ja hajuaistin heikkeneminen (Parkinsonin tauti 2019).

Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus tulee esiin keskimäärin 10 vuoden kuluttua oireiden alkamisesta, mutta yksilöllinen vaihtelu voi olla suurta. Toisille ihmisille muistisairaus kehittyy vasta 20 vuoden sairastamisen jälkeen ja joillekuille jo muutamassa vuodessa. Muistisairauden kehittymisen riskiä Parkinsonin taudissa suurentaa ikääntyminen. Erotusdiagnosointi Parkinsonin taudin ja Lewyn kappale -taudin välillä on tärkeää. (Kelo ym. 2015, 214–215.)

Sairastuminen Parkinsonin tautiin tarkoittaa todennäköisesti elämänmittaista lääkehoitoa. Nykylääkkeillä oireita pystytään lievittämään hyvin. Lääkehoidon tarkoituksena on korvata aivoissa tapahtunut dopamiinin puutos. Potilaan lääkehoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, mutta levodopa on tärkeimpiä lääkkeitä Parkinsonin taudin hoidossa. Lääkkeen tasainen vaikutus on tärkeää, jonka vuoksi lääke annostellaan kolme neljä kertaa päivässä. Parkinsonin taudin hoitoon on saatavilla myös muita lääkevalmisteita. (Kuopio 2020, 8–9.)

4.6 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat ovat muistisairauksien ryhmään kuuluva oireyhtymä, johon useat eri sairaudet voivat johtaa. Sairaudet johtavat otsa- ja ohimolohkojen rappeutumiseen, joka alkaa usein jo työiässä poiketen muista muistisairauksista. Tarkka syy oireyhtymän synnylle ei ole tiedossa, mutta keskeinen merkitys on todennäköisesti perimällä ja geenivirheillä. (Otsa-ohimolohkorappeumat... 2016.) Aiemmin otsa-ohimolohkorappeumien osuutta etenevistä muistisairauksista on pidetty vähäisenä. Diagnostiikan kehittymisen myötä on kuitenkin havaittu, että etenevistä muistisairauksista noin 5–10 % on otsa-ohimolohkorappeumaa. Otsa-ohimolohkorappeumista 80 % on otsalohkorappeumaa. Hoito painottuu lääkkeettömiin keinoihin: muiden sairauksien pitäminen hoitotasapainossa, terveet elintavat, puheterapia ja psykoedukaatio. (Remes ym. 2018.)

Otsalohkorappeuman oireet kehittyvät hitaasti ja asteittain. Otsalohkorappeumalle tyypillisiä oireita ovat luonteen ja käytöksen muuttuminen, elämänhallinnan vaikeudet sekä mielialaoireet. Lisäksi sairastuneella voi esiintyä sai-

raudentunnottomuutta ja aggressiivista käyttäytymistä. Ohimolohkorap-
peumassa sairastuneelle kehittyy hitaasti joko puheen tuottamisen tai sanojen
merkityksen ymmärtämisen vaikeuksia. Lisäksi voi esiintyä esineiden ja kas-
vojen tunnistamisen vaikeutta sekä kirjoitustaidon heikkenemistä. Sairauden
edetessä kielellinen kommunikointi heikkenee tasaisesti, joka johtaa usein ole-
mattomaan puheentuottoon ja -ymmärrykseen. (Otsa-ohimolohkorappeumat...
2016.)

4.7 Harvinaisemmat muistisairaudet

Yleisimpien muistisairauksien lisäksi on olemassa myös joukko harvinaisem-
pia muistisairauksia, joita esiintyy suomalaisessa tautiperimässä ja joita esiin-
tyy yleisimmin työikäisillä. Sairauksiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa,
vaan hoito on oireidenmukaista. Harvinaisia muistisairauksia ovat esimerkiksi
CADASIL (eng. Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical
Infarcts and Leukoencephalopathy), Huntingtonin tauti ja Hakolan tauti. (Juva
& Pöyhönen 2017.)

CADASIL-tauti on aikuisiässä alkava harvinainen ja periytyvä geenivirheestä
johtuva pienten ja keskisuurten valtimoiden tauti. Taudin oireisiin kuuluvat
migreeni, joka on usein taudin ensioire, aivoverenkiertohäiriöt, mielialaoireet,
henkisen tason heikkeneminen ja myöhemmässä vaiheessa esiintyvä demen-
tia. Dementiaa esiintyy noin 80 %:lla yli 65-vuotiaista sairastuneista. Oireiden
alkamisikä sekä etenemisnopeus vaihtelevat yksilöllisesti. (Pöyhönen & Roine
2021.)

Huntingtonin tauti on perinnöllinen geenivirheen aiheuttama vakava keskus-
hermostoa rappeuttava sairaus, jossa oireena ovat erilaiset häiriöt liikkeiden
hallinnassa, muisti-, päättely- ja havaintotoiminnoissa. Lisäksi taudinkuvaan
kuuluvat usein muutokset tunne-elämässä ja persoonallisuudessa. Muistioi-
reet ilmenevät alussa unohteluna ja keskittymisen ongelmina. Tautiin sairastu-
neella oppiminen, kokonaisuuksien hahmottaminen ja ongelmanratkaisu on
usein vaikeaa. Huntingtonin tauti alkaa tyypillisesti keski-iässä, mutta oireita
voi ilmaantua jo 30–50 vuoden iässä. Oireet vaihtelevat yksilöllisesti. (Marti-
kainen 2015.)

Hakolan tauti tai Nasu-Hakolan tauti on periytyvä geenivirheestä johtuva sairaus. Sairauden ensioireet alkavat usein jo 20 vuoden iässä, joihin kuuluvat nivelkivut ja turvotukset. Taudin edetessä noin 40–50-vuotiaana sairastuneen persoonallisuus ja käyttäytyminen alkavat muuttua sekä ilmenee dementoitumista. Sairaus johtaa usein kuolemaan jo alle 50–vuoden iässä, sillä sairastunut invalidisoituu nopeasti sairauden edetessä. (Pirttimäki 2007, 1103.)

5 PSYKOSOSIAALISUUS JA PSYKOSOSIAALISET KUORMITUSTEKIJÄT

Psykososiaalisuudella tarkoitetaan sosiaalisten tekijöiden vaikutusta yksilön mieleen tai käyttäytymiseen. Lisäksi psykososiaalisuus tarkastelee suhdetta käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden ja sosiaalisten tekijöiden välillä. Psykososiaalisuuden suosio tutkimuskäsitteenä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta sen käyttö terveyteen liittyvissä tutkimuksissa on ollut vaihtelevaa. Tutkimuksissa termiä psykososiaalisuus on useimmiten käytetty eräänlaisena yläkäsitteenä (eng. umbrella term). Jos termiä *psykososiaalisuus* ei käytetä täsmällisesti, voi se heikentää termin hyödyllisyyttä; termi viittaa yleismaallisesti kaikkeen, mutta ei mihinkään yksityiskohtaiseen ilmiöön. Psykososiaalista näkökulmaa on voitu tarkastella esimerkiksi tutkittaessa asioiden syitä ja seuraamuksia, ympäristöä, voimavaroja, riskitekijöitä tai terveyttä ja hyvinvointia. Käsite psykososiaalinen terveys pohjautuu maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) määritelmään terveydestä täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä pelkästään sairauden tai heikkouden puuttumisena. (Martikainen ym. 2002, 1091.)

5.1 Muistisairaana psyykkiset kuormitustekijät

Psyykinen toimintakyky koostuu mielenterveydestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista, johon sisältyy kokemus elämänhallinnasta ja tyytyväisyydestä, omat voimavarat, itseluottamus ja arvostus sekä haasteista selviäminen ja toiminnallisuus (Elämää muistisairauden kanssa -opas 2019, 9). Henkilökunnan tapa kohdata muistisairaana psyykkiset tarpeet edistää potilaan emotionaalista

hyvinvointia, ylläpitää sosiaalisia arvoja sekä edistää potilaan henkistä hyvinvointia (Semi 2015, 88).

Eloniemi-Sulkavan (2011, 9) mukaan muistisairaus uhkaa monin tavoin sairastuneen hyvinvointia ja elämänlaatua. Turvattomuuden ja kaaoksen tunteet sekä turhautuminen voivat lisääntyä muistisairaana elämässä. Lisäksi muistisairas voi kokea epäarvostusta ja identiteetin heikkenemistä. Muistisairaudet vaikuttavat myös sairastuneen persoonallisuuteen, käyttäytymiseen sekä tunteiden säätelyyn (Hölttä & Pitkälä 2019, 242). Muistisairas asukas voi kokea hoidon laiminlyöntiä ja lisäksi asukas voi joutua joko tarkoituksella tai tarkoituksettomasti eräänlaiseksi toimenpiteen kohteeksi henkilökunnan toiminnan johdosta. Muistisairaaseen asukkaaseen voidaan suhtautua ikään kuin pelkkänä ”ihmisen kuorena”, johon eivät päde yleiset ihmisyyttä koskevat moraaliset säännöt. Muistisairas voidaan esimerkiksi jättää omaan huoneeseensa yksin pitkiksi ajoiksi. Lisäksi muistisairas voi kokea fyysistä kaltoinkohtelua sekä epäasiallista kielenkäyttöä. Käytetty kieli voi olla epäasiallisen käskyttävää tai epäkorrektia suhteessa muistisairaana ikään; muistisairasta voidaan puhutella samalla tavalla kuin pientä lasta. Muistisairasta voidaan syöttää tarkoituksettomasti tai pakonomaisesti, vaikka muistisairas kykenisi itse syömään tai enää haluaisi syödä. Muistisairasta voidaan kuljettaa paikasta toiseen esimerkiksi pyörätuolilla, vaikka muistisairas kykenisi liikkumaan itsekin omin avuin. (Pietilä ym. 2010, 261, 263.)

Muistisairauden myötä kognitiivinen kyky heikkenee, mikä ilmenee esimerkiksi lähimuistin heikkenemisenä. Tällöin edellisen päivän tapahtumat unohtuvat, toimintokokonaisuuksien hahmottaminen, kuten kahvin keittäminen, vaikeutuu ja tutut ihmiset alkavat tuntua vierailta. Tämä lisää muistisairaana mielen haavoittuvuutta, kun eletty maailma alkaa tuntua kummalliselta ja pelottavalta vieraine ihmisineen. Myös erilaiset pelkotilat, epävarmuus, ahdistus ja stressi ovat merkkejä muistisairaana mielen haavoittuvuudesta. (Sarvimäki ym. 2010, 39–40.) Lisäksi diagnoosi muistisairaudesta laukaisee usein monelle sairastuneelle psyykkisen kriisin, joka on sekä voimakkuudeltaan että kriisin kohtaamisen kannalta yksilöllinen. Tieto sairastumisesta voi aiheuttaa sairastuneelle surua, ahdistusta ja huolta. (Mönkäre 2019, 200.)

Muistisairauksiin liittyy usein myös erilaisia psyykkisiä käytösoireita, joita esiintyy jopa 90 %:lla potilaista. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle psyykkistä kuormitusta, mikä vaikuttaa elämänlaatua heikentävästi. Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita ovat esimerkiksi masentuneisuus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, vaeltelu, syömiskäyttäytymisen häiriöt, psykoottisuus ja unettomuus. Oirekirjo muuttuu sairauden edetessä ja riippuu myös diagnosoidusta muistisairaudesta. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat tyyppisiä käytösoireita sairauden alkuvaiheessa, kun taas psykoottisuus, aggressiivisuus, syömiskäyttäytymisen häiriöt ja vaeltelu ilmenevät usein sairauden myöhäsvaiheessa. (Höltkä & Pitkälä 2019, 242; Muistisairaiden käytösoireiden hoito 2016.) On kuitenkin hyvä huomioida, että muistisairaahan käytösoireiden taustalla ei välttämättä aina ole sairaus itsessään, vaan käytösoireet voivat johtua myös esimerkiksi toimimattomasta vuorovaikutuksesta muiden asukkaiden tai henkilökunnan kanssa (Pietilä ym. 2010, 262).

Muistisairaahan käytösoireita hoitopaikoissa voivat lisätä myös hoitajien ja lääkäreiden työuupumus, kärsimätön tai levoton ilmapiiri, rauhaton hoitopaikka tai muiden asukkaiden levottomuus, sillä muistisairas ei useimmiten kykene sitä sanallisesti ilmaisemaan. Levottomuuden tai toimintakyvyn alenemisen taustalla voi olla kipu, jota muistisairas ei useimmiten kykene sanallisesti ilmaisemaan. Henkilökunnan on siis oltava tarkkana muistisairaahan kivun havaitsemisessa, sillä oikeanlaisella kivun arvioinnilla ja hoidolla voidaan vähentää muistisairaahan levottomuutta ja aggressiota. Lähtökohtana on sulkea pois potilaan somaattiset vaivat ja tarkistaa potilaan lääkityksen ajantasaisuus. Kivunhoidossa olennaista ovat kuitenkin sekä lääkkeettömät että lääkkeelliset keinot, jotka tulee nähdä kiinteänä osana muistisairaahan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja tarpeiden huomiointia. Voimakkaiden opioidien käytössä tulee huomioida haittojen mahdollisuus kuten sekavuus, kaatumisriski ja kognition heikkeneminen. (Erkinjuntti ym. 2015, 95, 525; Höltkä & Pitkälä 2019, 247.)

Muistisairaiden psykiatristen oireiden hoidossa lääkkeitä käytetään vain, jos muilla keinoilla ei päästä toivottuun lopputulokseen. Keskushermostoa kuormittavat, sopimattomat ja haitalliset lääkitykset tulee purkaa mahdollisuuksien mukaan. Ensisijainen lääkehoito psykiatrisiin oireisiin ovat muistilääkkeet,

vaikkakin niiden vaikuttavuus oireisiin voi olla vaatimatonta. Jos potilas on erityäin levottomassa tilassa, voidaan ennakoiviin psykoosioireisiin käyttää uuden polven antipsykootteja. Tutkimuksissa on osoitettu olantsapiinin ja risperidonin lievittävän psykoottisia oireita ja aggressiivisuutta. Näiden lääkkeiden riskit tulee kuitenkin ottaa huomioon, joista tärkein on kolminkertaistunut aivohalvauksen ja kuoleman riski. Keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen voidaan käyttää mielialalääkkeitä, joista SSRI-lääkkeet ovat ensisijaisia. Kaikilla psykenlääkkeillä on monenlaisia riskejä kuten kaatumisten ja murtumien riskit, ja lääkettä tuleekin tarkastella suhteessa hyötyyn. (Hölttä & Pitkälä 2019, 246–247.)

5.2 Muistisairaana sosiaaliset kuormitustekijät

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä toimia, ilmaista itseään ja osallistua sekä olla sosiaalisessa kanssakäymisessä ihmisten kanssa. Läheisyys, yhteisöllisyys, itsestä huolehtiminen, kokemus tarpeellisena olemisesta ja elämän mielekkyys ovat sosiaalisen toimintakyvyn ilmenemismuotoja. (Elämää muistisairaudesta kanssa -opas. 2019, 9.) Muistisairaus vaikuttaa väistämättä ihmisen sosiaaliseen kanssakäymiseen ja aiheuttaa muutoksia ihmissuhteisiin. Muistisairaana käyttäytyminen ja puheet muuttuvat selittämättömiksi, mikä aiheuttaa usein ristiriitoja ihmissuhteisiin. Tämä voi johtaa riitojen syntyymiseen potilaan ja läheisten välillä ja aiheuttaa jopa välirikkoja ihmissuhteissa. Muistisairas voi syyllistää muita ihmisiä ja läheisiään varastelusta, olla mustasukkainen ja epäluuloinen. Monilla muistisairailla voi olla hylätyksi tulemisen kokemuksia, yksinäisyyttä ja avuttomuuden tunnetta. Hankaluudet sosiaalisessa kanssakäymisessä voivat tulla uudelleen eteen muistisairaudesta edetessä, vaikka niistä olisi jo kerran päästy yli. (Hallikainen ym. 2014, 66–67, 69.)

Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat ikäihmisillä näkyvät usein sosiaalisena eristäytymisenä ja roolimenetyksinä. Sosiaalista eristyneisyyttä lisäävät läheisen ihmisen puuttuminen, vähäinen kontaktien määrä toisten ihmisten kanssa ja toisinaan myös yksin asuminen. Ikäihmisen menettämät roolit esimerkiksi eläköitymisen tai leskeksi jäämisen myötä jäävät usein korvaamatta. Epätyydyttävät ihmissuhteet, syrjäytyminen, sosiaalinen eristäytyneisyys ja sosiaali-

sen tuen puute vaikuttavat negatiivisesti sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen. Kuulon ja näön heikkeneminen ikääntymisen myötä vaikeuttavat ihmisten välistä viestintää. Ilmeet ja puhekyky saattavat muuttua sairauksien takia, jolloin vuorovaikutustilanteet hankaloituvat. Sosiaalista kanssakäymistä haittaavat myös muistiongelmat sekä liiallinen tai virheellinen lääkitys. Sairaudet ja aistiongelmat voivat johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Sosiaaliset taidot voivat heikentyä stressin, masentuneisuuden tai yksinäisyyden seurauksena. (Heikkinen ym. 2013, 286–290.)

Tehostetussa palveluasumisessa asuminen saattaa heikentää ihmisen yhteisöllisyyden tunnetta, mikäli ikäihminen ei koe yhdenvertaisuutta vuorovaikutussuhteissaan tai ei pysty vaikuttamaan yhteisön asioihin. Samalla ikäihminen ajautuu tahtomattaan hoidettavan rooliin. Aiempiin ihmissuhteisiin olleet siteet voivat katketa, jonka myötä mahdollisuudet sosiaaliseen toimintaan vähenevät. Tästä on seurauksena alentunut sosiaalinen toimintakyky suhteessa muuttuneeseen ympäristöön. (Heikkinen ym. 2013, 289.)

Tutkimuksissa on todettu, että laitoshoidossa olevien ikääntyneiden yksinäisyyden taustalla on monenlaisia syitä: luopuminen päivittäisistä elämän perusasioista, ihmissuhteista sekä vapaudesta. Potilaiden kokemusten mukaan laitospäätös ympäristö tuntuu vieraalta, eikä potilaiden läheisyyden tarpeisiin tai fyysisen koskettamiseen vastata riittävästi. (Kelo ym. 2015, 114.) Sosiaaliset kontaktit asukkaiden ja henkilökunnan välillä ovat usein lyhytkestoisia ja liitoksissa jonkin asian hoitamiseen. Asukkaat voivat tulla hoitajan kohtaamana ohitetuksi tai heidän kysymyksiinsä tai tarpeisiinsa ei vastata, jolloin puhutaan kommunikaatiosta pidättäytymisestä ja ohittavasta vuorovaikutuksesta. Psykososiaalista kärsimystä ja toiseutta lisäävät muistisairaana ihmisen kohtaamattomuus sekä itsenäisyyden ja toimijuuden sivuuttaminen. Jos hoitohenkilöstö ei ota huomioon eikä tunnista hoidettavan tarpeita ja voimavaroja, ei ihminen tule kohdatuksi yksilönä, jolloin toiseus myös vahvistuu. (Pietilä ym. 2010, 261–263.) Monet potilaat kokevat yksinäisyyden pahana olona, katkeruutena tai ahdistuksena. Tämän taustalla on kokemus arvostuksen puutteesta. (Kelo ym. 2015, 114.)

5.3 Muistisairaana psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen

Tutkimukset, joita on tehty pitkäaikaishoitopaikoissa, ovat tuoneet esiin, että muistisairaana psykososiaalisiin tarpeisiin vastataan heikoiten. Muistisairaana itse ovat raportoineet merkittävimmiksi tarpeiksi heidän elämänlaatunsa kannalta osallisuuden, arvostuksen saamisen ja omaisten yhteydenpidon sekä toiminnan. Jos näihin tarpeisiin ei ole vastattu, nähdään sillä olevan yhteys muistisairaana psyykkisiin ongelmiin. Lisäksi monissa tutkimuksissa on havaittu, että käytösoireet ovat yhteydessä huonoon elämänlaatuun. Kansainvälinen käsite unmet needs behavior sisältää ajatuksen siitä, että huomioimattomat tarpeet ovat käytösoireiden aiheuttaja. Siksi onkin tärkeää, että pitkäaikaishoitopaikoissa pyritään tunnistamaan muistisairaiden ihmisten tarpeet, jotta voidaan ehkäistä muistisairaana huomioimattomista tarpeista aiheutuvia käytösoireita. Tämä edistää hyvää elämänlaatua. Elämänlaadun kysymyksiä on tutkittu enenevässä määrin kymmenen vuoden ajan kansainvälisissä psykososiaalisissa tutkimuksissa, sillä kiinnostus aiheeseen on lisääntynyt. Suomessa elämänlaatua on tutkittu melko vähän. Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden hoidon päätavoitteena tulee olla ihmisten hyvä elämänlaatu. Muistisairaana elämänlaatuun vaikuttavat myönteisesti merkitykselliset ihmissuhteet, turvallisuuden kokemus, itsearvostus ja itsensä toteuttaminen, fyysinen ja psyykinen hyvä olo, onnistumisen kokemukset, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, toiminnallisuus ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. (Erkinjuntti ym. 2015, 523; Muistiliitto 2016, 10.)

Hyvä hoito lähtee muistisairaana kohtaamisesta ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma elämänsä. Kunnioittava ja inhimillinen kohtaaminen myös vahvistavat muistisairaana itsetuntoa ja identiteettiä. Pelkästään sairauteen keskittyvä hoito, joka ei ota huomioon muistisairaana ihmisyyttä, on esineellistävä ja muistisairaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia heikentävää. Muistisairas tulee nähdä ensisijaisesti ihmisenä, jolla on kykyjä ja voimavaroja ja joka on osa sosiaalista ympäristöä, eikä pelkän sairauden määrittelemänä. Emotionaalisten ja sosiaalisten tarpeiden toteuttaminen on myös muistisairaana kohdalla tärkeää, ja on huolehdittava siitä, että tämä mahdollistuu sairauden kaikissa vaiheissa. Tämän vuoksi muistisairaiden parissa työskentelevillä on tärkeänä

tehtävänä tukea muistisairaahan elämäntapoja, emotionaalista ja sosiaalista arvokkuutta sekä sosiaalista verkostoa. Hyvä psykososiaalinen ympäristö mahdollistaa muistisairaalle omannäköisensä elämän, kannustaa osallisuuteen, tasavertaisuuteen ja jokaista olemaan oma itsensä. On tärkeää, että hoivakodin ilmapiiri on kannustava ja turvallinen ja jossa jokainen tulee kuulluksi tasavertaisesti. (Muistiliitto 2016, 10, 52; Pietilä ym. 2010, 261–262.)

Psykososiaalinen tukiverkosto tukee usein merkittävästi muistisairaahan elämää ja läheisten ihmisten rooli on muistisairaahan elämässä tärkeä. Psykososiaalinen tukiverkosto muodostuu muistisairaalle tutuista henkilöistä: perheenjäsenistä, ystävistä ja sukulaisista. Tuttujen henkilöiden olemassaolo ja osallisuus helpottavat muistisairaahan arjessa jaksamista ja selviytymistä. Läheisten avulla muistisairaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon ja päätöksiin silloinkin, kun omaa tahtoa ei enää pysty ilmaisemaan. Läheisten vierailut tehostetussa palveluasumisessa ovat muistisairaalle usein tärkeitä, mutta on hyvä varmistaa muistisairaahan oma mielipide asiasta. Läheisten tuoma apu muistisairaalle esimerkiksi ruokailussa ja ulkoilussa on merkittävää, sillä avustaminen sujuu heiltä usein luontevasti, koska molemmat tuntevat toisensa. Lisäksi läheisen läsnäolo luo muistisairaalle usein turvallisuuden tunnetta. On kuitenkin hyvä muistaa, että myös muistisairaahan läheiset voivat kaivata ammattilaisten tarjoamaa ohjausta ja tukea esimerkiksi muistisairaahan kohtaamiseen tai vuorovaikutukseen. Tuen tarpeet onkin hyvä kartoittaa hoitosuhteen alussa ja tarvittaessa ohjata läheisiä erilaisten tukimuotojen ja -palvelujen pariin. (Hallikainen ym. 2014, 82; Muistiliitto 2016, 71.)

Lähellä oleminen, huolenpito, kuuleminen ja muistisairaahan erilaisten viestintätapojen ymmärtäminen sekä mahdollisuuden antaminen onnellisuuteen ja hyvään mieleen ovat kaikki tärkeitä keinoja muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamiseen (Hallikainen ym. 2019). Muistisairaahan elämänselitykseen perehtyminen on tärkeää yksilöllisen hoidon ja hyvän elämänlaadun toteutumisen kannalta. Jos elämänselitys jätetään huomiotta, on sen todettu lisäävän muistisairaahan epävarmuutta ja ahdistuneisuutta. Elämänselityksen tunteminen helpottaa arjen kohtaamislanteita, muistisairaahan toiveisiin ja tarpeisiin vastaa-

mista, tukee identiteetin säilymistä ja yksilölle mielekkään toiminnan järjestämistä. Elämänhistoriasta on hyvä keskustella muistisairaana ja tämän läheistensä kanssa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa yksilöllisen hoidon ja tarpeiden toteuttamiseksi sekä kartoittamiseksi. Tärkeitä selvitettäviä asioita ovat esimerkiksi muistisairaana lapsuus, työelämä, vaikeat tai merkitykselliset elämän tapahtumat, mieltymykset, harrastukset, erityisosaaminen ja kyvyt sekä elintavat. (Muistiliitto 2016, 10.) Muistisairaana mielialaa kohentavia sekä taitoja ylläpitäviä tekijöitä ovat kiinnostavat harrastukset sekä mielekäs tekeminen. Tämän vuoksi on tärkeää, että muistisairaalle mahdollistetaan harrastusten jatkaminen sekä mielenkiinnon kohteiden huomioiminen, vaikka tekeminen olisikin hitaampaa ja niissä tarvitsisikin muiden tukea aiempaa enemmän. (Hallikainen ym. 2019.)

Muistisairauden aiheuttamia psyykkisiä oireita voidaan hyvin usein hoitaa lääkkeettömin keinoin, mikä onkin ensisijainen hoitomuoto käytösoireiden hoidossa. Muistisairaana hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia psykososiaalisia hoitomenetelmiä, jotka parantavat muistisairaana elämänlaatua ja edistävät toimintakykyä. Psykososiaaliset hoitomenetelmät voivat olla muistisairaana käyttäytymisen hallintaa parantavia, emotionaalista tukea antavia tai kognitiivisia virikkeitä tarjoavia. Psykososiaalista hoitoa voi toteuttaa myös luovilla menetelmillä kuten musiikin, tanssin ja kuvataiteen keinoin. Psykososiaalisilla hoitomenetelmillä voidaan kohentaa muistisairaana psyykkistä toimintakykyä ja vuorovaikutusta. Muistisairaana psykososiaalisen hyvinvoinnin lisääntyessä myös käytöshäiriöitä voi ilmetä vähemmän. Tutkimusten mukaan ammattilaisien kouluttaminen muistisairaiden oikeanlaiseen hoitamiseen on vaikuttava keino muistisairaiden psykiatristen oireiden lieventämisessä. On tärkeää, että henkilöstöllä on riittävästi tietoa muistisairauksista sekä taitoja kohdata muistisairas ihminen ja toimia tämän kanssa. Henkilöstöä on ohjattava hyvään vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa, jotta muistisairaana yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduksi. Tuttu ja turvallinen ympäristö vähentää muistisairaana psyykkisiä oireita. Lisäksi yksilöllisiä rutiineja on hyvä hyödyntää arjessa. Muistisairasta tulee auttaa kokemustensa ilmaisemisessa, ja hoitajan on yllä-

pidettävä luottamuksellista hoitosuhdetta sekä tunnistettava muistisairaana tunnetilat ja ottaa tämän tuntemukset todesta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 20, 25; Hölttä & Pitkälä 2019, 245–247; Muistiliitto 2016, 10.)

Myönteisiä vaikutuksia muistisairaana kognitioon, hyvinvointiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen voidaan saavuttaa kognitiivisella stimulaatiolla eli miellyttävillä sosiaalisilla tilanteilla ja virikkeellisellä päivätoiminnalla. Omaisten läsnäolosta esimerkiksi videon välityksellä, lemmikkiterapioista, pehmoleluista, roboteista tai sisustuksen muuttamisesta on vain vähän tutkimuksia, joista ei voida tehdä päätelmiä, onko toimilla myönteisiä sosiaalisia vaikutuksia muistisairaiden hoidossa. Siitä huolimatta näitä voitaisiin kokeilla nykyistä enemmän, sillä haittavaikutuksia ei ole odotettavissa. (Hölttä & Pitkälä 2019, 246.)

Muistisairauden edetessä ilmenee usein muutoksia ja heikkenemistä näkö-, kuulo-, haju- ja makuaistissa. Vaatteiden riisumisen tai peseytymistilanteessa aggressiivisen käyttäytymisen taustalla saattaa olla herkistynyt tuntoaisti. Heikentynyt näköaisti puolestaan saattaa aiheuttaa hahmottamisvaikeuksia sekä harha-aistimuksia ja altistaa käytöshäiriöille. Aistitoimintojen muutokset on hyvä huomioida arjen toiminnoissa sekä ympäristön suunnittelussa. Vaatteissa tärkeää olisi valita mahdollisimman mukavat ja väljät vaatteet, peseytymistilanteissa huomioida lämpötila ja suihkusta tulevan paineen voimakkuus. Voimakkaat värit ja kuvioinnit huonekaluissa saattavat olla häiritseviä, mutta arkitoiminnoissa värit ja kontrastit usein helpottavat hahmottamista. Värejä voidaan hyödyntää valitsemalla värikkäitä istuimia tai kahvoja, myös pintojen rajaaminen värillisillä teipeillä voi auttaa. Ruuan hahmottamista voidaan helpottaa kontrastieroilla esimerkiksi kattamalla valkoinen lautanen yksivärisen liinan päälle. Valaistuksessa tärkeää on huomioida heijastamattomuus esimerkiksi peilien kautta. Peilit voivat olla muistisairaalle häiritseviä, aiheuttaa väärintulkintoja tai ahdistavia harha-aistimuksia. Tällöin peilien peittäminen tai kokonaan poistaminen on järkevä vaihtoehto. Hoivakodissa kova meteli saattaa aiheuttaa ahdistusta, jolloin olisi hyvä pyrkiä vähentämään taustameteliä yhteisissä tiloissa. Oma rauha on muistisairaalle myös tärkeää, joten on tärkeää turvata mahdollisuus vetäytyä huoneeseen, jossa ei ole häiriötekijöitä. (Hallikainen ym. 2019; Muistiliitto 2016, 52.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tehostetussa palveluasumisessa asuvilla muistisairailta asukkailla esiintyviä psykososiaalisesti kuormittavia tekijöitä sekä miten muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin voidaan vastata.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa ajankohtaista tietoa tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamisesta, jota Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry voi hyödyntää hoitotyön kehittämisessä tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden asukkaiden kohdalla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Millaisia psykososiaalisia kuormitustekijöitä ilmenee tehostetussa palveluasumisessa asuvalla muistisairaalla asukkaalla?
2. Miten hoitohenkilökunta pystyy vastaamaan tehostetussa palveluasumisessa asuvan muistisairaana asukkaan psykososiaalisiin tarpeisiin?

7 TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Stoltin ym. (2016, 7, 23) mukaan kirjallisuuskatsaus on prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan pohjautuva systemaattinen tutkimusmenetelmä. Kirjallisuuskatsauksessa olennaista on valitun aihealueen perusteellinen tuntemus. Valitusta aihealueesta tehdään kattavat kirjallisuushaut, joiden pohjalta on mahdollista muodostaa kokonaiskuva aikaisemmasta tutkimustiedosta. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa samalla tavalla kuin muidenkin tutkimusten. Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on tutkittavan tieteenalan teoreettisen ymmärryksen, teorian ja käsitteistön kehittäminen. Myös ristiriitai-

suuksien ja ongelmien tunnistaminen valitussa aiheessa on yksi kirjallisuuskatsauksen tehtävistä. Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetään tietyn tieteenalan tutkimuskirjallisuutta, hoitotieteessä hoitotieteen kirjallisuutta.

Kirjallisuuskatsauksen teossa voidaan erottaa viisi olennaista vaihetta. Näitä ovat 1) Tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen, 2) Kirjallisuushaku ja aineiston valinta, 3) Työhön valittujen tutkimusten arviointi, 4) Aineiston analysointi ja yhteenvedon tekeminen ja 5) Tutkimustulosten raportointi. Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen on erittäin tärkeä vaihe, joka antaa suunnan koko tutkimusprosessille. Aiheen valinnassa kannattaa huomioida, että tutkija on aidosti kiinnostunut aiheesta, jolloin hänellä on hyvä motivaatio koko prosessin ajan tutkimuksen loppuun saakka. Tutkijan täytyy pystyä tuottamaan objektiivista tietoa, joten aihetta kohtaan olevat ennako-oletukset on tärkeää tunnistaa. Hyvä tutkimuskysymys asianmukainen ja riittävän kohdennettu tutkimusaiheeseen nähden, mutta ei liian suppea ja vastaus kysymykseen tulee löytyä tutkimuskirjallisuudesta. (Stolt ym. 2016, 23–24.)

Kirjallisuuskatsauksen on täytettävä yleiset vaatimukset kuten kriittisyys, itsekorjaavuus, julkisuus ja objektiivisuus. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voidaan pitää niin olemassa olevan teorian kehittämistä kuin uuden rakentamistakin. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös arvioida teoriaa. Perusteluja kirjallisuuskatsauksen valinnalle ovat myös kokonaiskuvan rakentuminen kirjallisuuskatsauksen avulla ja ongelmien tunnistaminen. (Salminen 2011, 1, 3.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri päätyyppiin: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi. Kirjallisuuskatsaus sisältää aina kirjallisuuskatsauksen tyyppistä huolimatta osiot kirjallisuuden hausta ja arvioinnista sekä synteesin ja analyysin. (Stolt ym. 2016, 8.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopi opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, koska haluttiin etsiä vastauksia tutkimuskysymykseen mahdollisimman laaja-alaisesti aiemman tutkimustiedon perusteella.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia ilman tarkkoja sääntöjä yleiskatsaukseksi, jossa käytetyt aineistot ovat laajoja ja tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti. Tutkimuskysymykset voidaan asettaa väljemmin kuin esimerkiksi meta-analyysissä tai systemaattisessa katsauksessa. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus laaditaan viimeaikaisen tai aikaisemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistuneiden tutkimusten pohjalta. Kirjallisuuskatsauksessa kysymyksenasettelu on useimmiten laaja tai laajuudeltaan hyvin erilainen sisältäen erilaisia rajoituksia. Tyypillisesti kuvaileva kirjallisuuskatsaus keskittyy erityisesti niiden tutkimusten tarkasteluun, jotka ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin. (Stolt ym. 2016, 9.)

Hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty tutkimusmenetelmä yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta on olemassa vain vähän menetelmäkirjallisuutta. Myös tutkimustyyppin luotettavuutta on kritisoitu. Menetelmän luotettavuutta edistääkin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheiden jäsentäminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on usein löydettävissä uusi ja erilainen näkökulma ilmiöön. (Kangasniemi ym. 2013, 2, 4.)

7.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe on kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Aineiston hakuprosessi on katsauksen luotettavuuden kannalta tärkein vaihe, joten olemassa olevan kirjallisuuden hakuun tarvitaan sopiva strategia. Tarkoituksena on tunnistaa ja löytää kaikki materiaalit, ensisijaisesti alkuperäistutkimukset, jotka antavat vastauksen tutkimuskysymykseen. Kirjallisuushaut tehdään tehokkaimmin sähköisistä tietokannoista, mutta systemaattisessa kirjalli-

suushaussa on suositeltavaa käyttää myös manuaalista hakua. Tietokantahauissa tarvitaan aiheeseen soveltuvat hakusanat ja hakulausekkeet. Tutkijan on myös määriteltävä tutkimuksen keskeiset käsitteet. Aineistojen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on huomioitava, jotta tutkimuksen haluttu tarkastelun kohde säilyy. Tarkat muistiinpanot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista ovat tarpeen läpi koko hakuprosessin. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi tulee kuvata niin tarkasti, että se on toistettavissa. Tutkimuksen manuaalinen haku voidaan tehdä käymällä läpi artikkelien lähdeluetteloita sekä tieteellisten lehtien sisällysluetteloita. Eri lähdeluetteloista saattaa löytyä aiheeseen soveltuvia tutkimuksia, jotka eivät ole tulleet esiin tietokannoista sähköisessä haussa (Stolt ym. 2016, 25–27.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistohakuja ohjaa tutkimuskysymys ja rajatuista tarkoista hakuehdoista voidaan poiketa, mikäli poikkeaminen on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. Mukaan otettavan aineiston keskeisin valintakriteeri on sisältö. Aineistovalinnoissa tehdäänkin jatkuvaa ja vastavuoroista reflektointia suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin aineistovalinnat ja tutkimuskysymys tarkentuvat koko prosessin ajan. Aineiston valinnan tukena käytetään taulukointia, mikä jäsentää valittua aineistoa ja luotettavuuden arviointi helpottuu. (Kangasniemi ym. 2013, 5–6.)

Järjestelmällinen tiedonhaku on aikaa vievä ja pitkä prosessi ja voi etenkin tutkimusprosessin alussa tuntua ylitsepääsemättömältä. Hauissa pääsee pitkälle, jos antaa itselleen aikaa pohtia aihetta ja hakujen tavoitetta kunnolla. Ensimmäisten hakukokeilujen ei tarvitse olla loppuun saakka määriteltäviä hakulausekkeita, vaan ennemminkin kokeiluja, joilla voidaan testata hakusanojen toimivuutta. Kun aihetta pilkotaan hakuun sopivaksi, on mietittävä, mitkä käsitteet ovat välttämättömiä haun kannalta. Hakulausekkeessa voi olla maksimissaan neljä eri aihekokonaisuutta. PICO-periaatteen (patient, intervention, comparison, outcome) avulla voidaan tunnistaa tutkimuskysymykseen liittyvät osiot. Kun hakukokonaisuudet ovat tiedossa, aloitetaan hakusanojen ideointi. Hakusanoja joutuu ideoimaan paljon sillä samasta aiheesta voi olla esimerkiksi englannin kielessä käytössä eri termejä. (Stolt ym. 2016, 38–39.)

Tutkimusaiheesta tulee ensin muodostaa perushakulauseke ja tämän jälkeen valitaan käytettävät tietokannat. Haettava aihe ja työn tyyppi vaikuttavat tietokantojen valintaan. On syytä käyttää useampaa tietokantaa mitä tahansa opin- näytetyötä tehtäessä, jolloin tutkittavasta aiheesta löytyy mahdollisimman kat- tavasti tietoa. Perushakulauseke on muokattava jokaiseen tietokantaan sopi- vaksi, sillä eri tietokannat toimivat hieman eri tavalla. Joidenkin tietokantojen asiasanastohakua kannattaa hyödyntää, jotta hakuun saa sopivia sanoja täy- dentämään omaa hakulauseketta. Asiasanastoa voi ajatella tietokannan sana- kirjana. (Stolt ym. 2016, 44–45.)

Tietokannat mahdollistavat tehokkaan tiedonhaun, joihin tieto on tallennettu tarkasti määritellyn rakenteen mukaisesti. Onnistuneet tietokantahaut vaativat Boolean logiikan hallintaa, sillä suurin osa tiedonhakukoneista hyödyntää kyseistä tiedonhakumenetelmää. Useat hakusanat yhdistellään ha- kulauseeksi AND, OR, NOT tai suomeksi JA, TAI, EI. Nämä Boolean operaatto- rit rajaavat, laajentavat tai karsivat hakutuloksia. (Elomaa & Mikkola 2010. 35, 38.)

Tämän opinnäytetyön aineistoa on haettu neljästä tieteellisestä tietokannasta, jotka ovat PubMed, Cinahl, Medic ja Finna. Finnasta ja Medi- cista ei kuitenkaan löytynyt yhtään tähän opinnäytetyöhön sopivaa tutkimusta hyödynnettäväksi.

CINAHL (Ebsco)

CINAHL eli Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature on ehdot- tomasti keskeisin tietokanta hoitotieteen ja siihen liittyvien lähialojen tiedonha- kuun. Cinahlin asiasanasto on Cinahl Headings, jolloin asiasanat voivat poi- keta esimerkiksi PubMedista. Cinahlin asiasanat kannattaakin tarkistaa. Yli- määräisiä välilyöntejä tai vääränmallisia lainausmerkkejä ei kannata käyttää. Cinahl on käytettävissä Ebscon käyttöliittymässä. (Stolt ym. 2016, 45.)

MEDLINE (PubMed)

PubMed on ilmainen U.S National Library of Medicinen ylläpitämä tietokanta. Pubmed tietokanta sisältää yli 30 miljoonaa artikkelia biolääketieteen alalta

vuodesta 1946 lähtien. Tämän lisäksi tietokanta sisältää tieteelliset tutkimukset (full text). (U.S National of Medicine s.a.)

Tiedonhaun asiantuntijan neuvosta Pubmedin tiedonhaussa tulee hakusanaksi lisätä nurs*, joka rajaa asiaankuulumattomat hakutulokset pois. Tätä ohjetta ei löydy em. verkkosivuilta eikä tätä tietoa ole mainittu myöskään teoksessa Stolt ym. 2016.

Medic

Kotimainen terveystieteen viitetietokanta Medic on perustettu vuonna 1978 ja sisältää yli 120 000 tieteellistä julkaisua ja uusia julkaisuja tallennetaan tietokantaan noin 3000 vuodessa. Mediciin on tallennettu lääke-, hammaslääke-, ja hoitotieteellisiä julkaisuja sekä lisäksi biolääketieteen kirjallisuutta. Medicin aineistovalinnan kriteerinä on Suomessa ilmestyneet julkaisut kielestä riippumatta. Medic sisältää tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja, tapausselostuksia, katsausartikkeleita ja kirjoja. (Terikko Navigator/Medic. s.a.)

FINNA

Finna on kotimainen Kansalliskirjaston ylläpitämä ja kehittämä kulttuurin ja tieteen aineistoja sisältävä tietokanta. Sisältöä Finnaan tuottavat sadat kotimaiset toimijat kuten kirjastot, museot ja arkistot. Finna.fi:sta löytyy kaikkien Finnassa mukana olevien tahojen aineistot koottuna yhteen paikkaan. (Finna s.a.) Kirjallisuushaun sisäänotto- sekä poissulkukriteerit on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus tai teos enintään 10 vuotta vanha	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset / teokset
Oppilaitoksen ilmaiset käyttöliittymät	Maksulliset käyttöliittymät
Kielet suomi ja englanti	Muut kielet
Tieteelliset tutkimukset, YAMK-opinnäytetyöt, pro gradut, tieteelliset artikkelit	AMK-opinnäytetyöt tai kirjat

Ensimmäisellä haulla sopivia tutkimuksia ei löytynyt tarpeeksi, joten jouduttiin tekemään toinen kirjallisuushaku. Hakuja yritettiin yhdistää yhdeksi samaksi hauksi, mutta tällöin hakutulos muodostui liian suureksi. Täten päädyttiin tekemään kaksi erillistä hakua sekä näille omat tiedonhakutaulukot.

Tämän opinnäytetyön tiedonhakuun käytettiin hakusanoja, jotka on koottu taulukkoon 2. Hakusanat on eritelty 1. hakuun sekä 2. hakuun. Synonyymit näkyvät taulukossa allekkain. Tässä opinnäytetyössä on käytetty sekä suomen- että englanninkielisiä hakusanoja.

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat:

1. haku: muistisair*, palveluas* , psychosocial stress, psychological stress, quality of life, dementia, alzheimer, memory disorder, patient, nursing homes, care homes ja long term care

2. haku: psychosocial stress*, psychological stress*, social stress*, psychosocial aspect*, psychological aspect*, memory disorder, alzheimer's, dementia, cognitive impairment, nursing homes, care homes, long term care, residential care, aged care facility.

Taulukko 2. Tiedonhaun hakusanat suomeksi ja englanniksi

1. haku	AND	muistisair*	AND	palveluas*
psychosocial stress	AND	dementia	AND	nursing ho-
psychological stress		alzheimer		mes
quality of life		memory disorder		care homes
				long term
patient	AND			care
2. haku				

psychosocial stress* psychological stress* social stress* psychosocial aspect* psychological aspect*	AND	memory disorder alzheimer's dementia cognitive impairment	AND	nursing homes care homes long term care residential care aged care facility
--	-----	--	-----	---

Taulukko 3 on tiedonhakupöytä, johon on koottu tässä tutkimuksessa käytetyt ensimmäisen tiedonhaun tietokannat, rajaukset, hakusanat ja tulokset. Taulukkoon on eritelty myös otsikon ja sisällön perusteella valitut tutkimukset.

Taulukossa 4 on esitelty toisen tiedonhaun tietokannat, rajaukset, hakusanat ja tulokset sekä otsikon ja sisällön perusteella valitut tutkimukset.

Taulukko 3. Ensimmäinen tiedonhaku

Tietokanta	Rajaus	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
Medic	Vuosiväli 2010–2021, vain kokotekstit, asiasanojen synonyymit käytössä, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit	muistisair* AND palveluas* asu*	15	1	0
CINAHL (Ebsco)	Aikaväli 2011–2021, Full Text, Scholarly (Peer	"psychosocial stress" or "psychological	160	14	3

	Reviewed) Journals, haku- kieli englanti	stress" or "quality of life" AND demen- tia or al- zheimers or "memory disorder " AND patient AND "nursing homes" or "care homes" or "long term care"			
Pubmed	Aikaväli 2011– 2021, Free full text, full text, hakukieli eng- lanti	"psychosocial stress" or "psychological stress" or "quality of life" AND demen- tia or al- zheimers or "memory disorder" AND patient AND "nursing ho- mes" or "care homes" or "long term care" AND nurs*	101	11	4
Finna	Aikaväli 2011– 2021, Ylempi AMK-opinnäy- tetyö, Pro	muistisair* AND palvelu- asu*	24	4	0

	gradu, Maisteri- vaiheen työ				
--	---------------------------------	--	--	--	--

Taulukko 4. Toinen tiedonhaku

Tieto- kanta	Rajaus	Hakusanat	Tu- lok- set	Otsi- kon perus- teella valitut	Sisäl- lön perus- teella valitut
CINAHL (Ebsco)	Aikaväli 2011– 2021, Full Text, Scho- larly (Peer Reviewed) Journals, hakukieli englanti	psychosocial stress* OR psychological stress* OR social stress* OR psychosocial aspect* OR psychological aspect* AND memory disorder OR al- zheimer's OR dementia OR cog- nitive impairment AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility	124	8	3
Pubmed	Aikaväli 2011– 2021, Free full text, full text, haku- kieli eng- lanti	psychosocial stress* OR psychological stress* OR social stress* OR psychosocial aspect* OR psychological aspect* AND memory disorder OR al- zheimer's OR dementia OR cog- nitive impairment AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility	168	10	1

Tähän opinnäytetyöhön valittiin aineistoksi 10 tutkimusta. Muistisairaiden psykososiaalisia kuormitustekijöitä on tutkittu Suomessa varsin vähän, minkä

vuoksi tämän opinnäytetyön aineistoksi ei löydetty aiheeseen sopivia suomenkielisiä tutkimuksia. Kaikki opinnäytetyön aineistoksi valitut tutkimukset ovat täten englanninkielisiä.

7.3 Aineiston analyysi

Aineistohaun perusteella valittujen tutkimusten arviointi on kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe, jolloin arvioidaan tutkimuksista saadun tiedon kattavuutta sekä sitä, miten relevanttia tutkimuksissa esiin tullut tieto on tutkimuskysymyksen kannalta. Jokaisen opinnäytetyöhön valitun tutkimuksen luotettavuus tulee arvioida erikseen. (Stolt ym. 2016, 28.) Kirjallisuuskatsauksen neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi, jolloin tutkimuksen tuloksia järjestellään ja niistä tehdään yhteenvetoa (Stolt ym. 2016, 30). Aineiston käsittely on kirjallisuuskatsauksen ydinasia, jolloin pohditaan ja suunnitellaan tapa, jolla aineistoa lähdetään analysoimaan (Kankkunen ym. 2013, 165–166). Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda kattava ja luotettava yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista (Stolt ym. 2016, 30). Aineiston analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa se, minkälaiseen ongelmanasetteluun tutkimuksella etsitään vastauksia ja millaista tietoa kirjallisuuskatsauksella halutaan tuottaa (Koppa 2009; Stolt ym. 2016, 82). Analyysimenetelmien perusjaottelu on jako määrälliseen ja laadulliseen analyysiin, mutta toisaalta useat analyysimenetelmät voivat asettua näiden välimaastoon (Koppa 2009). Laadulliset aineistonkäsittelymenetelmät sopivat kirjallisuuskatsauksiin, joissa kuvataan ja jäsennellään valittua tutkimusilmiötä tai luodaan kokonaisuus sisällöstä. Laadulliset aineistonkäsittelymenetelmät voidaan jakaa neljään eri ryhmään: aineiston yhdistely, kuvaileva luokittelu, käsitteellistäminen ja metasynteesi. (Stolt ym. 2016, 84–85.)

Teemoittelu on laadullisen analyysin perusmenetelmä, jossa tutkimusaineistosta nostetaan esiin keskeisiä aihepiirejä eli teemoja, jotka ilmentävän aineiston pääsisältöä. Teemojen muodostamista ohjaa tutkimuskysymys. Teemoiksi voidaan hahmottaa sellaisia aiheita, jotka toistuvat aineistossa muodossa tai toisessa. Teemoittelu analyysimenetelmänä etenee teemojen muodostamisesta ja ryhmittelystä niiden yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. (Koppa 2016; Stolt ym. 2016, 87.) Teemat muodostetaan usein etsimällä aineistosta

joko sen yhdistäviä tai erottavia tekijöitä. Teemoittelu on mahdollista toteuttaa myös teorialähtöisesti, jolloin teemoittelu ohjautuu jonkin tietyn viitekehyksen tai teorian mukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 105.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmäksi on valittu teemoittelu, joka on yksi käsitteellistämisen alalajeista. Teemoittelu sopii tämän tutkimuksen analyysimenetelmäksi, koska työn tutkimusaineistosta nousee toistuvasti esille samoja aihepiirejä eli teemoja. Tämän opinnäytetyön aineistosta nousi esiin yhdeksän eri teemaa muistisairaana psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja viisi eri teemaa hoitohenkilöstön keinoista, joiden avulla voidaan vastata muistisairaana asukkaan psykososiaalisiin tarpeisiin. Psykososiaalisissa kuormitustekijöissä teemat ovat muistisairaudesta johtuva kuormitus, itsetunnon ongelmat, psyykkiset tekijät, negatiiviset tunteet, yksinäisyys, tylsyys, henkilökunta, muut asukkaat ja hoivakoti ympäristönä. Teemat psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaviin keinoihin ovat hoitajan toiminta ja ammattitaito, käytösoireiden ja levottomuuden lievittäminen, yksilöllisyyden huomioiminen, aktivointi ja osallisuuden vahvistaminen sekä perhesuhteiden ylläpitäminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen. Teemoittelutaulukot ovat nähtävissä liitteissä 2 ja 3.

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

8.1 Psyykkiset kuormitustekijät

8.1.1 Muistisairaudesta johtuva kuormitus

Dementiaan liittyvät moninaiset kognitiivisen toiminnan vajaukset, kuten muistin heikkeneminen ja ainakin yksi seuraavista kognitiivisista häiriöistä: puheen-, motoriikan- tai hahmottamisen häiriö. Asukkaan haastava käytös voi olla keino ilmaista epämukavuutta tai sosiaalisen tuen puutetta. Näin ollen on tärkeää, että hoitohenkilöstö ymmärtää dementiaa sairastavien ihmisten tarpeet, jotta heitä voitaisiin hoitaa paremmin. Tyydyttymättömien tarpeiden on raportoitu johtuvan aktivoivan päivätoiminnan ja sosiaalisen seuran puutteesta, tuen puutteesta masennuksessa ja ahdistuksessa sekä huonon muistin, näön tai kuulon ongelmista. (Cadieux ym. 2013, 723.)

Monet dementiaa sairastavat asukkaat kärsivät käyttäytymisongelmista, kuten aggressiosta, apatiasta ja levottomuudesta. Tuoreessa hollantilaisessa tutkimuksessa käytösoireita havaittiin 80 %:lla asukkaista. Levottomuus näyttäytyy esimerkiksi edestakaisena astelemisena, päämäärättömänä vaelteluna, sanallisenä levottomuutena, tavaroiden piilotteluna tai hamstrauksena, riisuutumisenä tai yöllisenä levottomuutena. Levottomuus vaikuttaa sekä hoitajien että muistisairaiden elämänlaatuun ja on jokaisen muistisairaana kohdalla yksilöllistä. Psykoosilääkkeet ja rajoittaminen ovat usein käytössä käytösoireiden hoidossa. (van Vracem ym. 2016, 281–281; Zwijsen ym. 2011, 1.) Aggressiivinen käyttäytyminen aiheuttaa suuria vaikeuksia potilaan sosiaaliseen toimintaan (Margari ym. 2012, 1). Tutkimustulokset paljastivat, että aggressiivisen käytöksen lisäksi saattoi dementiaa sairastavilla esiintyä erilaisia agitaatioita kuten sanallista levottomuutta, piilottelua ja hamstrausta. Unimuutoksia myös havaittiin, kuten nouseminen hyvin aikaisin aamulla ja lisääntynyt ylösnousemisen määrä öisin. (van Vracem ym. 2016, 1–2.)

Useat perheenjäsenet kuvailivat, että muistisairaus alkoi hajanaisella käytöksellä, josta he ymmärsivät, että jokin on vialla (Cronfalk ym. 2017, 170). Monilla asukkailla ymmärrys ajasta vaikutti kadonneen, eikä heillä ollut välttämättä ymmärrystä siitä, missä he olivat tai miksi he olivat hoivakodissa. Osa asukkaista piti hoivakotia työpaikkanaan tai uskoivat, että he ovat siellä vain väliaikaisesti vierailulla. Kuitenkin suurin osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ilmaisi, että ovat tyytyväisiä hoivakodissa olemiseen ja kokivat sen tarpeelliseksi. Monista tutkimuksista nousee esille, että dementiaa sairastavat kuvailivat, etteivät he enää tunnista itseään. (Cahill & Diaz-Ponce 2011, 567; Mjørud ym. 2017, 1, 7.) Myös aloitekyvyn menettäminen liittyy usein dementiaan (van Corven ym. 2020, 7).

8.1.2 Itsetunnon ongelmat

Osalla asukkaista esiintyi haasteita itsetunnon kanssa. He kokivat, että dementiaa sairastavalla ei ole enää mitään arvoa ja mahdollisuudet oman arvonsa tunnistamiseen olivat vähäiset. Asukkaat kuvailivat itseään jopa ”roskana”. Asukkaat kokivat, etteivät he ole enää hyviä missään. (Mjørud ym. 2017, 5.)

Asukkailla oli huoli siitä, että muut suhtautuisivat heihin vain dementian lopputuloksena. Lisäksi asukkaat kokivat, että muut asukkaat tai henkilökunta vihjailivat, että dementiaa sairastavan näkemykset olisivat vähäisempiä kuin dementiaa sairastamattomien. (Moyle ym. 2011, 975.)

8.1.3 Psyykkiset tekijät

Hyvinvoinnin ja elämänlaadun mittaaminen heijastuu dementiaa sairastavien ihmisten tarpeisiin. Tutkimuksissa nousi esiin, että dementiaa sairastavilla ihmisillä, jotka kokivat elämänlaatunsa hyväksi, oli paljon vähemmän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Myös hoitohenkilöstö koki, että hyvä elämänlaatu oli yhteydessä vähäisempiin käytösongelmiin sekä neuropsykiatriisiin oireisiin kuten levottomuuteen ja masennukseen sekä alhaisempaan henkiseen kyvyttömyyteen. (Cadieux ym. 2013, 725.)

Itsensä tunnistamisen ongelma nähtiin pelottavana tunteena, joka voi mahdollisesti johtaa lisääntyneeseen masennustasoon ja eristäytyneisyyden tunteisiin (Mjørud ym. 2017, 7). Masennusoireita voi esiintyä jopa 90 %:lla dementiapotilaista heidän sairautensa aikana. Masennuksen ja dementian välinen suhde ei ole vielä selvä, koska dementia ja masennusoireyhtymä osoittavat huomattavaa oirepäällekkäisyyttä. MMSE-testi havaitsee kognitiivisen heikkenemisen ja GDS-kysely (eng. Geriatric Depression Scale) masennuksen. Masennusoireilla on taipumus kasvaa kognitiivisen heikkenemisen myötä, paitsi jos kognitiivinen heikentyminen on vakava, on masennusoireilla taipumus vähentyä. Masennusoireet ovat yleisempiä naisilla, kun taas kognitiivinen heikkeneminen on yleisempää miehillä. (Margari ym. 2012, 3–5.)

8.1.4 Negatiiviset tunteet

Tutkimuksessa havaittiin, että onnen, surun ja yksinäisyyden tunteet olivat kolme hallitsevaa tunnetta. Useat asukkaat puhuivat surullisesta olostaan ja osasta masennuksesta. Surun ja masennuksen tunteisiin liittyivät useimmiten menetykset mukaan lukien perheenjäsenten kuolemat. (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 568.) Tutkimukseen osallistuneet kuvailivat, että asiat täytyy ottaa sellaisena

kuin ne ovat, ja on hyväksyttävä, miten asiat tehdään sekä vain ajatella, että täytyy tyytyä kohtaloon. Suurin osa asukkaista puhui myös menneestä elämästään, ja he kokivat menettäneensä ne ajat. Jotkut kuvasivat myös menettäneensä itsensä. Tavarointa käytettiin muisteleamiseen, mutta muistot entisestä elämästä aiheuttivat sekä onnellisia että surullisia ajatuksia. Jotkut käyttivät muistoja lohdutukseen nykytilanteessa. (Mjørud ym. 2017, 1, 4–5.)

Yksinäisyys, eksynyt olo ja ääripäässä hylkäämisen tunne sekä ihmiskontaktin tavoittelu olivat merkittäviä tuloksia vakavaa dementiaa sairastavien keskuudessa. Osa tutkittavista koki, ettei heillä ollut mitään odotettavaa, voi ainoastaan jatkaa, kunnes elämä päättyy. Osalla esiintyi epätoivon tunteita sekä toiveita omasta kuolemasta. (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 569–570.) Dementiaa sairastavien asukkaiden rauhan saavuttaminen nähtiin liittyvän siihen, että he saivat hoitoa hoivakodissa, jossa ei suljettu pois ajoittain esiintyviä juurettömyyden tunteita tai voimakkaita kaipuun tunteita edelliseen kotiinsa (Cronfalk ym. 2017, 171).

8.2 Sosiaaliset kuormitustekijät

8.2.1 Yksinäisyys

Tutkimuksissa dementiaa sairastavat asukkaat kuvailivat elämää hoivakodissa vaikeaksi ja yksinäiseksi. Asukkaat kokivat päivänsä pitkiä ja yksinäisiksi, sillä he kokivat viettävänsä pitkiä aikoja ilman seuraa tai mahdollisuuksia, jotka kannustaisivat ihmissuhteiden luomiseen. Asukkaat tulevat asumaan hoivakodissa vuosia, joten tarvitaan tietoa siitä, miten hoivakoti ympäristönä vaikuttaa elämänlaatuun, jotta voidaan tarjota parasta mahdollista hoitoa. Suurin osa asukkaista ikävöi perheenjäseniään ja ilmaisi rakkauden tunteita heitä kohtaan. (Mjørud ym. 2017, 4–5; Moyle ym. 2011, 974.)

Perheen merkitys nousi esiin tutkimuksessa ja perhe nähtiinkin edelleen tärkeänä useimpien hoivakodin asukkaiden elämässä. Tämä näyttäytyi erityisesti lievän ja keskivaikean kognitiivisen heikentymän asukkailla, jotka pitivät omaisten vierailuja tärkeänä. Osa kuvaili, että perhe ei vaivaudu edes käymään vierailulla. (Cahill & Diaz-Ponce 2011, 567.) Perheen katsottiin olevan

keskeinen osa elämänlaatua, ja monet asukkaat viettivät päivänsä ennakoiden, milloin perhe voisi tulla vierailulle heidän luokseen. Jotkut asukkaat puhuivat satuttamisesta ja häpeästä, kun perhe ei enää ollut suuressa osassa heidän elämässään. (Moyle ym. 2011, 972–973.)

8.2.2 Tylysyy

Tutkimukseen osallistuneet dementiaa sairastavat asukkaat pitivät vaikeana sitä, että päivät ovat samanlaisia ja on paljon samaa, joka toistuu. Vaikka hoitokodeilla oli järjestettyä aktiviteettia, asukkaat kokivat suurimman osan toiminnasta tylsäksi. Asukkaat kuvailivat tunnetta siitä, että ovat menettäneet kiinnostuksensa kaikkeen tekemiseen. (Mjørud ym. 2017, 1, 5.)

Asukkailla ei aina ollut mahdollisuutta osallistua aktiviteetteihin halutessaan, eivätkä ne aina olleet asukkaiden arvostamia. Lisäksi osa vakavasta kognitiivisesta heikentymästä kärsivistä asukkaista ei edes ollut tietoisia hoivakodissa järjestetyistä aktiviteeteista. Monet kuitenkin hyväksyivät sen, että olivat ikänsä ja terveytensä puolesta kykenemättömiä osallistumaan paljoakaan aktiviteetteihin. (Cahill & Diaz-Ponce 2011, 567; Moyle ym. 2011, 975.)

8.2.3 Henkilökunta

Tutkimuksissa on tunnistettu organisaatioon liittyviä tekijöitä, kuten riittämätön henkilöstön osaaminen ja huonot asenteet sekä fyysisten tarpeiden priorisointi psykososiaalisten tarpeiden sijaan. Tällä oli suuri merkitys siihen, että asukkaat kokivat päivätoiminnan tylsäksi, istuivat yksin suuren osan ajasta ja nukahkivat usein toiminnan aikana. (Mjørud ym. 2017, 6–7.)

Henkilökuntaa kuvailtiin yleisesti ystävälliseksi, mutta myös poissaolevaksi, ärsyttäväksi ja epäkunnioittavaksi. Asukkaat kokivat henkilökunnan olevan poissa ja katoavan jonnekin eikä henkilökuntaa ollut helppo tavoittaa. Henkilökunnan käytös koettiin myös tönkeyäksi ja kovakouraiseksi. Hoitajat saattoivat tulla huoneeseen koputtamatta tai siirtää pyörätuolia kysymättä mitään tuolissa istuvalta. Lisäksi osa asukkaista koki, että henkilökunta kohteli heitä lapsenomaisesti. (Mjørud ym. 2017, 6–7.)

Henkilökunnan läsnäolo ei täyttänyt asukkaiden sosiaalisia tarpeita. Työntekijöiden koettiin olevan liian kiireisiä työtä suorittaessaan, ettei heillä ollut mahdollisuutta käydä keskusteluja asukkaiden kanssa. Koettiin, että työntekijät eivät voi osallistua keskusteluihin niin paljon, koska heillä on työtä tehtävänä. (Moyle ym. 2011, 974.)

8.2.4 Muut asukkaat

Tutkimuksesta nousi esiin, että asukkaiden välinen vuorovaikutus oli harvinaista eivätkä dementiaa sairastavat ilmaisseet ystävyiden tai kumppanuuden tunteita muita asukkaita kohtaan (Mjørud ym. 2017, 7). Dementiaa sairastavat ovat vähemmän avoimia kuvaamaan suhteitaan muihin asukkaisiin, mutta esiin nousi, että harva on saanut uusia ystäviä hoivakodissa. Monet asukkaat, joilla oli lievä tai kohtalainen dementia, valittivat toisista asukkaista hoivakoodeissa. He eivät voineet sietää muiden omituisuutta. Asukkaat, joilla oli vaikea muistisairaus, olivat vähemmän tietoisia muista asukkaista. (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 567.)

Jotkut tutkimukseen osallistuneet dementiaa sairastavat asukkaat toivat esiin, että heidän on vaikea saada ystäviä ja he puhuivat ympäristön estävän heidän yrityksiään. Koettiin, että esimerkiksi muut asukkaat laitettiin sänkyyn liian aikaisin, jolloin keskusteluihin ei jäänyt juurikaan mahdollisuuksia. Kukaan asukkaista ei kokenut dementian olevan syynä keskustelujen puutteeseen. Ihmissuhteiden muodostaminen ei toisille ollut helppoa, ja oli käsitys, että miesten on vaikea luoda suhteita muihin asukkaisiin. Asukkaat toivat myös esiin, että on tärkeää pysyä erossa haastavista asukkaista ja olla puuttumatta tilanteisiin konfliktien välttämiseksi. Osa asukkaista koettiin iloa vähentävinä sekä toisten asukkaiden heikentynyt terveydentila aiheutti masentuneisuuden tunteita. (Moyle ym. 2011, 974.)

8.2.5 Hoivakoti ympäristönä

Tutkimuksessa nousi esiin, että asukkaista monikaan ei pitänyt hoivakotia todellisena kotina. He kaipasivat omaa kotiaan ja toivoivat, että voisivat vielä

asua siellä. Lisäksi asukkaat kaipasivat entisen kotinsa sijaintia ja ympäristöä: naapureita, ystäviä ja paikallisia kauppoja. Useat tutkimukseen osallistuneet näkivät hoivakodissa asumisen väliaikaisena ratkaisuna. Hoivakodissa asuminen nähtiin myös paikkana, joka edellytti sopeutumista odotuksiin sekä rutii- nien noudattamista, eikä se tarjonnut kodinomaista mukavuutta. (Cahill & Diaz-Ponce 2011, 567; Mjørud ym. 2017, 4, 7.)

Ilmeni, että mitä vakavammasta kognitiivisesta heikentymästä oli kyse, sen vähemmän hoivakotia pidettiin todellisena kotina. (Mjørud ym. 2017, 4, 7.) Asukkaat tunsivat myös pettymystä hoitoympäristöä kohtaan, koska he koki- vat heillä olevan vain vähän mahdollisuuksia hallita ympäristöään. He kokivat elämänsä kaventuneen, kun henkilökunta rajoitti ja valvoi heidän toimin- taansa. Asukkaiden suuri määrä, hoivakodin melu ja kiireisyys eivät olleet asukkaiden mieleen. (Moyle ym. 2011, 975.)

8.3 Hoitohenkilöstön keinot vastata tehostetussa palveluasumisessa asuvan muistisairaana psykososiaalisiin tarpeisiin

8.3.1 Hoitajan toiminta ja ammattitaito

Kunnioitus on keskeistä eettisessä hoitotyössä. Kunnioitusta ikääntyneiden hoidossa on selvitetty kuitenkin harvoin potilaiden ja heidän lähiomaistensa näkökulmasta. Pitkäaikaishoidossa kunnioittaminen ilmenee potilaan hoidossa hoitajan olemisen ja tekemisen kautta. Hoitajien olemisen ja tekemisen kautta ilmenevä kunnioittaminen mahdollistaa potilaan ja sairaanhoitajan keskinäisen ymmärryksen kehittymisen ja helpottaa potilaan itsenäisyyttä. (Koskenniemi ym. 2014, 288, 293.)

Koskenniemen ym. (2014, 291–292) tutkimuksessa nousi esille, että hoitajan kunnioittava käytös on dementiaa sairastavien hoitotyössä merkityksellistä. Kunnioitusta osoittava hoitaja on inhimillinen, hienovarainen, ammattitaitoinen ja motivoitunut työhönsä. Tällöin hoitajat ovat helposti lähestyttäviä. Myös hoi- tajan ammattitaidolla, kokemuksella ja koulutuksella on merkitystä. Koulute- tuilla sairaanhoitajilla on tietoa muistisairauksista sekä hyvät kommunikaatio-

taidot potilaiden kanssa. Potilaan arvostaminen näkyi siinä, että hoitajat hoitivat muistisairaita inhimillisesti, käyttäytyivät kohteliaasti ja ystävällisesti sekä ottivat huomioon potilaiden näkemykset. He eivät aliarvioineet, laiminlyöneet tai leimanneet potilaita muistisairauden vuoksi. Muistisairaat kokivat, että kunnioittava hoitaja ymmärsi muistisairaiden olevan yhtä lailla ihmisiä muiden joukossa.

Potilaita hoidettiin huolehtimalla perushoitotarpeista, vastattiin yksilöllisiin tarpeisiin ja joustettiin rutiineista. Potilaisiin tutustuneet hoitajat viettivät aikaa potilaiden kanssa ja olivat kiinnostuneita potilaiden tottumuksista ja tavoista, miten he käyttäytyivät ja ilmaisivat itseään. Kunnioitusta ilmaisevat hoitajat kävivät keskusteluja potilaiden kanssa, hakeutuivat heidän seuraansa ja muistelivat heidän kanssaan. Potilaat kuvailivat hyvää keskustelua kiireettömäksi ja rauhalliseksi. Muistisairaat tarvitsevat keskustelumahdollisuuksia, sillä muuten heidän kykynsä heikkenevät entisestään. Potilaiden näkemykset huomioineet sairaanhoitajat kuuntelivat tarkasti ja antoivat potilaille aikaa ilmaista itseään. Potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastanneet hoitajat helpottivat potilaidensa yksinäisyyttä ja mahdollisesti merkityksetöntä elämäänsä. Hoitajat varjelivat rauhaa, hiljaisuutta ja järjestivät toimintaa. (Koskenniemi ym. 2014, 291–292.)

Mjørud ym. (2017, 5–7) tutkimuksessa nousi esiin, että hoitohenkilökunnan läsnäolon koettiin antavan turvallisuuden tunnetta varsinkin tilanteissa, jos asukas kaatui tai sairastui. Asukkaat myös kokivat, että henkilökunnan luokse meneminen ja asioista puhuminen toivat turvallisuuden tunnetta. Hoitajien tulisi saada ohjausta siitä, miten muistisairaiden parissa tehtävässä hoitotyössä voitaisiin hyödyntää tietoa dementiaa sairastavan elämästä, mieltymyksistä ja inhon kohteista. Tällöin hoitoa voitaisiin muokata yksilöllisemmäksi, auttaen dementiaa sairastavaa edelleen tunnistamaan itsensä.

8.3.2 Käyttösoireiden ja levottomuuden lievittäminen

Muistisairaalla levottomuus ei usein ole vain päämäärätöntä, vaan tulisi nähdä potilaan viestintävälineenä. Esimerkiksi vaeltelevat muistisairaat etsivät usein kotiaan tai turvallista paikkaa. (van Vracem ym. 2016, 283–284.) Muistisairai-

den tulisi saada tukea henkilöstöltä käytösoireidensa vähentämiseen. Hoitajien tulisi tarjota asianmukaisia hoitotoimenpiteitä, kuten uudelleenohjausta, kun esiintyy häiritseviä käyttäytymismalleja. (Cadieux ym. 2013, 727.)

Van Vracemin ym. (2016, 284–285) tutkimuksessa käsiteltiin aistiperäisten keinojen hyödyntämistä levottomuuden hoidossa. Valon merkitys tunnistettiin tärkeäksi tekijäksi. Hoitajat pyrkivät hyödyntämään valon etuja päivittäisessä hoidossa esimerkiksi ulkona kävelyllä, käyttämällä isoja vaakaikkunoita tai avaamalla verhoja vähitellen muistisairaana heräämisen sujuvoittamiseksi. Yöaikaisen levottomuuden hoidossa oli tärkeää huomioida, että valoa on riittävästi. Hoitajat kuitenkin korostivat muistisairaana yksilöllisiin tapoihin ja mieltymyksiin sopeutumisen tärkeyttä. Esimerkiksi muistisairas, joka oli nukkunut koko ikänsä makuuhuoneessa, jonne loistivat katuvalot, ei hyötynyt yöllä tottaalisesta pimeydestä. Huomattiin, että häikäisevät pinnat saattoivat lisätä levottomuutta ja pelottaa muistisairasta, esimerkiksi ruostumaton teräs keittiössä tai peilit. Peilien kuitenkin huomattiin estävän muistisairaita poistumasta huoneesta, kun niitä käytettiin ovissa. Levotonta käytöstä huomattiin myös vähemmän, kun käytettiin värikontrasteja, kuten värillisiä lautasliinoja valkoisella pöydällä. Lisäksi levottomuuden kerrottiin vähenevän kuviollisen pöytäliinan poistamisen jälkeen.

Tutuilla tuoksuilla havaittiin olevan merkitystä rauhoittumisen kannalta, esimerkiksi kahvin, ruoanlaiton tai tutun saippuan tuoksut. Jokaiselle yksilöllisten tuttujen tuoksujen huomattiin parantavan sopeutumista ja lisäävän kotoisuuden- ja turvallisuuden tunnetta. Jos muistisairas koki jonkin hajun pahaksi tai liian voimakkaaksi, se saattoi aiheuttaa levottomuutta. Tutkimuksessa nousi myös esiin, että liika melu voi aiheuttaa levottomuutta. Tutulla musiikilla puolestaan huomattiin olevan päinvastainen rauhoittava vaikutus. Vanhojen kappaleiden laulaminen yhdessä tai muistisairaana lempimusiikin kuunteleminen olivat levottomuutta lieventäviä keinoja. Havaittiin myös, että luonnon ja luonnonmateriaalien hyödyntäminen mahdollisesti rauhoittavan ja levollisen ilmapiirin luomisen, esimerkiksi kukkien hankkiminen olohuoneeseen, näkymä tai kuvat luonnosta, puutarhanhoito ja ulkona kävely. Lisäksi virtuaalisen takkatulen

näyttäminen televisiosta auttoi luomaan rauhallista tunnelmaa. Luonnon positiivisten vaikutusten arveltiin johtuvan sen tarjoamasta moninkertaisesta aistinvavaisesta stimulaatiosta, kuten hajusta, kosketuksesta tai näkemästä, mikä vaikuttaisi olevan muistisairaalle erittäin tärkeää. Muistisairaat suosivat lämmintä ympäristöä, erityisesti lepäilyä vuoteessa ja kylpyjä. Kehon passiivisella lämmittämällä huomattiin myönteisiä vaikutuksia uneen ja levottomuuteen. Lämpötila ei silti saa nousta liian korkeaksi. (van Vracem ym. 2016, 284–285.)

Psykoosilääkkeet ja fyysiset rajoitukset ovat usein käytössä dementiaa sairastavien käytösoireiden hoitoon. Psykoosilääkkeillä voi kuitenkin olla vakaviakin haittavaikutuksia, kuten lääkityksen aiheuttamat sivuvaikutukset ja lisääntynyt aivohalvauksen riski. Turvalaitteiden käyttö taas voi johtaa heikentyneeseen toiminnalliseen tilaan ja elämänlaatuun. Erilaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitoja, joilla on vähemmän haittavaikutuksia, voidaan käyttää käytösoireiden hallintaan vaihtoehtona psykoosilääkkeille ja fyysisille rajoituksille. Tutkimuksessa havaittiin psykososiaalisten toimintojen positiivinen vaikutus. Näitä toimintoja olivat esimerkiksi kivunhoito, elektroniset hierontalaitteet ja yksilöllinen musiikki. Tutkimuksessa havaittiin myös henkilöstön koulutuksen merkitys dementiaa sairastavien hoitotyössä. (Zwijssen ym. 2011, 1.) Lisäksi muistisairailta asukkailla on tarve saada asianmukaista kivunhoitoa, jolla vähennetään fyysisen kivun aiheuttamaa epämukavuutta. Elämän lopulla psyykkisten oireiden hoito, mukaan lukien kivun ja käytösoireiden hoito, nousevat keskiöön. (Cadieux ym. 2013, 723, 727.)

8.3.3 Yksilöllisyyden huomioiminen

Muistisairailta asukkailla on tarve jatkuvalle, rutiininomaiselle ja ennustettavalle hoidolle, joka perustuu asukkaiden yksilöllisiin tarpeisiin (Cadieux ym. 2013, 727). Muistisairaiden asukkaiden on huomattu säilyttävän persoonallisuutensa pääosin muuttumattomana läpi sairautensa, koska he pystyvät ylläpitämään omia tapojaan ja mielenkiinnon kohteitaan (Cronfalk ym. 2017, 168).

Van Corvenin ym. (2020, 1) tutkimuksessa tarkasteltiin iäkkäiden dementiaa sairastavien voimaantumisen käsitettä. Voimaantumisen käsite vaikuttaa lu-

paavalta dementiaa sairastavien keskuudessa. Voimaantuminen tapahtuu dementiapotilaassa itsessään, mutta se saavutetaan ympäristön parissa tapahtuvalla vuorovaikutuksella. Tutkimuksessa tunnistettiin neljä teemaa, joita pidettiin tärkeinä voimaannuttamisen osa-alueina: henkilökohtaisen identiteetin tunne, valinnan- ja kontrollintaju, hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunne sekä arvokkuuden tunteen säilyttäminen.

Voimaantuminen lähtee siitä, että on tunnettava dementiaa sairastavan henkilön elämänhistoria ja tottumukset sekä toiveet ja tarpeet. Tällöin terveydenhuollon ammattilaiset saavat käsityksen dementiaa sairastavan henkilön motiiveista sekä ymmärrys tietyistä käyttäytymismalleista lisääntyy, jolloin he voivat mukauttaa lähestymistapaansa yksilöllisemmäksi sekä tarjota parempaa tukea. Tämän nähdään voimaannuttavan muistisairasta, kun yksilöidään toimintaa sen mukaiseksi, millainen muistisairas on aina ollut. Tärkeäksi nähtiin kuitenkin myös se, että tunnistetaan ja tuetaan, millainen asukas on tällä hetkellä, sillä yksilölliset mieltymykset voivat muuttua ajan myötä. (van Corven ym. 2020, 4–5.) Lisäksi muistisairaajat asukkaat kuvailivat vanhojen tottumusten ylläpitämistä olennaiseksi, jotta he voisivat olla oma itsensä. Muistisairaajat kokivat kotona totutut rutiinit tärkeäksi ja niitä haluttiin jatkaa hoivakodissa. Tärkeäksi rutiiniksi nähtiin esimerkiksi päivän lehden lukeminen tai katsominen. (Cronfalk ym. 2018, 172.)

Dementiaa sairastavan valinnat tulee hyväksyä ja niitä tulee kunnioittaa, vaikka samaa valintaa ei itse tekisikään. Jos muistisairas päättää olla osallistumatta aktiviteettiin tai päättää tehdä omituisen yhdistelmän ruuasta, muistisairaalle tulisi antaa tilaa ja hyväksyä hänen valintansa. Lisäksi omien valintojen tekeminen ylläpitää ja tukee muistisairaahan itsenäisyyttä. Valinnantekoa tulee tarvittaessa myös tukea, sillä päätöksenteko vaikeutuu dementian edetessä ja valittavia vaihtoehtoja voi olla liikaa, mikä voi johtaa turvattomaan oloon. Tällöin muistisairasta voi auttaa vaihtoehtojen supistaminen. Esimerkkejä omien valintojen tekemisestä olivat vaihtoehtojen tarjoaminen päivittäisissä toiminnoissa: mielekkäiden aktiviteettien huomiointi, päivittäisen toiminnan rutiinit sekä tavat henkilökohtaisessa hoidossa. Muita esimerkkejä olivat muun muassa valintojen tarjoaminen, mitä muistisairas haluaisi syödä tai

juoda tai antaa päätösvalta, miten pukeutua sinä päivänä. Lisäksi todettiin, että hoivakodissa muistisairaalla olisi vapaus mennä sinne, minne haluaa. Tutkimuksessa korostettiin, että minkään toiminnan tai valintojen ei pitäisi olla pakollista, ja muistisairailla pitäisi aina olla mahdollisuus sanoa ”ei”. (van Corven ym. 2020, 5–6, 8.)

Dementiaa sairastavilla on tarve säilyttää hyvä emotionaalinen tasapaino, jolloin lisätään positiivisia tunteita ja vähennetään negatiivisia tunteita, kuten surua (Cadieux ym. 2013, 727). Muistot siitä, millaista ennen oli, aiheuttivat sekä surullisia että onnellisia ajatuksia. Tutkimuksesta nousi esiin, että jotkut asukkaista käyttivät iloisia muistoja lohdutukseen nykytilanteessa. (Mjørud ym. 2017, 7.)

Mjørudin ym. (2017, 5, 7) tutkimuksessa havaittiin, että oma huone ja henkilökohtaiset tavarat ovat muistisairaalle tärkeitä asioita, jotka tuovat elämään henkilökohtaista tilaa. Henkilökohtaisen tilan luominen omilla tavaroilla ja menneestä elämästä puhuminen olivat asukkaille tärkeitä tekijöitä. Tavarat ja valokuvat auttoivat heitä muistamaan onnellisempia aikoja elämässään ja auttoivat siten heitä hyväksymään ja selviämään tilanteistaan. Dementiaa sairastavilla on tarve asua kodikkaassa ympäristössä, jossa käytössä on hiljaiset ja yksilölliset tilat, jotka luovat tuttuuden tunnetta (Cadieux ym. 2013, 727).

8.3.4 Aktivointi ja osallisuuden vahvistaminen

Tutkimustuloksista havaittiin, että suuri osa asukkaista mainitsi liikuntatunnit ja bingon suosituimmiksi ja nautinnollisimmiksi aktiviteeteiksi. Päälimmäisin syy näistä aktiviteeteista pitämiseen oli mielekkyyden tunne, kun oli jotain, mitä odottaa innolla. Lisäksi niihin mukaan menemisestä ja osallistumisesta koitui asukkaille iloa. Asukkaille tärkeimpiä omaehtoisia aktiviteetteja olivat lukeminen, musiikin kuuntelu, television katselu, muiden kanssa juttelu ja korttipelien pelaaminen. (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 567.)

Dementiaa sairastavilla on tarve harjoittaa mielekästä päivätoimintaa sekä sillä että ulkona yksilöitynä asukkaan kiinnostuksen ja kykyjen mukaan. Toi-

minta ei rajoitu vain yksilölliseen toimintaan vaan voi olla myös ryhmätoimintaa. (Cadieux ym. 2013, 727.) Aukkaat puhuivat, että olisi tarpeen täyttää jollakin päivän, mutta heillä oli vain vähän ehdotuksia siitä, mitä he voisivat tehdä täyttääkseen tyhjyyden tunteen, paitsi nukkuminen ja haaveilu kiinnostavista keskusteluista (Moyle ym. 2011, 974). Potilaiden taustan oppiminen tuntui auttavan sairaanhoitajia hoitamaan potilaita yksilöllisesti. Potilaan tukeminen näkyi rohkaisemalla heitä jäljellä olevien kykyjen käyttöön ja osallisuuteen. Hoitajat antoivat potilaiden auttaa heitä pienissä arjen tehtävissä ja taituttelivat heitä osallistumaan toimintaan kuten muisteluun, lukemiseen, laulamiseen yhdessä tai kävelyyn. (Koskenniemi ym. 2014, 292.)

Muistisairailla esiintyy usein myös aloitekyvyn menettämistä, joten heitä on tärkeää aktivoida ja haastaa osallistumaan toimintaan. Muistisairaiden on tärkeää käyttää olemassa olevia kykyjään niin kauan kuin mahdollista, mikä lisää tuntemusta hyödyllisyydestä ja tarpeellisuudesta. Nähtiin, että on tärkeää keskittyä kykyihin, joita muistisairaalla vielä on sen sijaan, että keskityttäisiin menetettyihin kykyihin. Muistisairasta voi pyytää osallistumaan erilaisiin kotitöihin tai henkilökohtaiseen hoitoon, kuten pyykin viikkaamiseen tai itsensä pukemiseen. Aktivoimisena nähtiin myös avun pyytäminen dementiaa sairastavalta henkilöltä, jolla oli erityistä asiantuntemusta tai osaamista jossakin tietyssä asiassa, esimerkiksi neulomisessa. Muistisairaalle mielekkään toiminnan selvittämisessä tuotiin esille muistisairaahan yrittämisen tärkeys, mihin kannustettiin tarjoamalla monipuolisesti erilaisia virikkeitä. Havainnoimalla muistisairasta selvitettiin, minkälaisista aktiviteeteista muistisairas pitää. (van Corven ym. 2020, 6–8.)

8.3.5 Perhesuhteiden ylläpitäminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen

Dementiaa sairastavilla on tarve sosiaaliseen vuorovaikutukseen, jonka avulla asukkaat voivat muodostaa yhteyden muihin ihmissuhdetasolla, kokea mielekästä vuorovaikutusta sekä henkilökunnan että perheiden kanssa. Muistisairaat asukkaat kuvailivat haluaan mennä ulos, yhteisöllistyä ja osallistua stimuloiviin keskusteluihin. (Cadieux ym. 2013, 727; Moyle ym. 2011, 976.)

Tutkimuksista nousi esiin, että perheen on katsottu olevan keskeinen osa elämänlaatua. Vierailijat koettiin erittäin tärkeänä tekijänä tylsyyden ja yksinäisyyden lievittämiseen. Lisäksi perheen tuen merkitystä vanhemmalla iällä korostettiin. (Moyle ym. 2011, 974). Monet mainitsivat, että kun omaiset tulevat vierailulle ja vievät ulos päiväksi, tuotti se paljon iloa (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 567). Perheenjäsenten vierailujen on todettu olevan tärkeitä hoivakodissa asuvan dementiaa sairastavan elämänlaadun kannalta, vaikka asukas ei välttämättä tunnistaisikaan vierailijaa tai unohtaisi vierailun pian (Mjørud ym. 2017, 7). Valitettavasti perhevierailujen vähenemisen huomattiin kulkevan usein käsi kädessä pahentuneen kognitiivisen heikkenemisen kanssa. Jotta kommunikointi perheen ja muistisairaana välillä paranisi, henkilökunnan olisi hyödyllistä edistää perheen osallistumista asukkaan elämään. Tärkeää olisi luoda osallistava yhteistyösuhde perheiden kanssa, joka perustuisi neuvotteluun rooleista ja tiedon lisäämisestä. (Moyle ym. 2011, 976.) Koskenniemen ym. (2014, 292) tutkimuksessa lähiomaiset ilmaisivat, että kiinnostuneet hoitajat pitivät yhteyttä lähiomaisiin vapaaehtoisesti, olivat kiinnostuneita oppimaan lisää potilaidensa elämästä ja pystyivät keskustelemaan omaisen päivästä positiivisesti. Omaisilta tietoa potilaasta omaksuvat hoitajat antoivat lähiomaisille tunteen siitä, että heidän läheisensä oli hoidossa hyvissä käsissä.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehostetussa palveluasumisessa asuvilla muistisairailta asukkailla esiintyviä psykososiaalisesti kuormittavia tekijöitä sekä miten muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin vastataan. Tämä opinnäytetyöprosessi on kehittänyt näyttöön perustuvan tiedonhaun osaamista sekä lisännyt tietämystä teoreettisten aineistojen pohjalta muistisairauksista ja tehostetusta palveluasumisesta. Tieteellisten tutkimusten kääntäminen englannista suomen kielelle on vahvistanut alaan liittyvää englannin osaamista sekä luonut uudenlaista, Suomessa hyvin vähän tutkittua tietoa muistisairaiden psykososiaalisista kuormitustekijöistä ja niiden huomioimisesta dementiaa sairastavien hoitotyössä. Myös tietämys kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä on vahvistunut. Opinnäytetyöprosessi on ollut yhteistyötä, joka on sujunut loistavasti, vaikka on myös vaatinut pitkäjänteisyyttä ja paineensietokykyä. Opinnäytetyön valmistumisen tavoiteaikataulussa on

pysytty. Opinnäytetyön tilaajan toive selvittää keinoja, joilla vastataan muistisairaahan asukkaan psykososiaalisiin tarpeisiin, on myös otettu opinnäytetyön teossa huomioon.

9.1 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tehostetussa palveluasumisessa muistisairailta on monenlaisia sekä psyykkisiä että sosiaalisia kuormitustekijöitä, jotka heikentävät elämänlaatua tehostetussa palveluasumisessa. Hoitohenkilöstöllä on kuitenkin keinoja vastata muistisairaahan psykososiaalisiin tarpeisiin. Tuloksista muodostettiin kaksi erillistä teemoittelua, joista kumpikin teemoittelu vastaa yhteen tutkimuskysymykseen. Johtopäätöksissä käsitellään tärkeimpiä esiin nousseita teemoja ja verrataan tutkimustietoa teoriaan.

Psykososiaalisista kuormitustekijöistä esiin nousseet teemat olivat muistisairaudesta johtuva kuormitus, itsetunnon ongelmat, psyykkiset tekijät, negatiiviset tunteet, yksinäisyys, tylsyys, henkilökunta, muut asukkaat ja hoivakoti ympäristönä. Esiin nousseet teemat hoitohenkilöstön keinoista vastata muistisairaiden asukkaisen psykososiaalisiin tarpeisiin olivat hoitajan toiminta ja ammattitaito, käytösoireiden ja levottomuuden lievittäminen, yksilöllisyyden huomioiminen, aktivointi ja osallisuuden vahvistaminen sekä perhesuhteiden ylläpitäminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen. Tulokset ovat hyödynnettävissä tehostetussa palveluasumisessa muistisairaiden parissa tehtävässä hoitotyössä.

Tutkimuksissa eniten esille nousseet tarpeet olivat käytösongelmien hallinta ja niiden huomioiminen, tarve päivittäiseen yksilölliseen aktiviteettiin ja hoitoon, sosiaaliset tarpeet ja henkiset tarpeet persoonallisuus huomioiden (Cadieux ym. 2013, 725). Muistisairauteen liittyvät käytösoireet nousivatkin selkeästi esille sekä kansainvälisistä tutkimuksista että kotimaisesta kirjallisuudesta. Käytösoireet aiheuttivat muistisairaalle psyykkistä kuormitusta ja heikensivät elämänlaatua, mutta eivät välttämättä johtuneet dementiaasta itsestään, vaan taustalta löytyi muita tekijöitä, kuten toimimaton vuorovaikutus henkilökunnan tai muiden asukkaiden kanssa. Kotimainen kirjallisuus nosti esiin muun mu-

assa levottomuuden taustalla olevan kivun, jota muistisairas ei kykene ilmai-
semaan. Kivun osuutta levottomuuden aiheuttajana ei tähän opinnäytetyöhön
valituissa tutkimuksissa noussut esiin. Kansainvälisten tutkimusten mukaan le-
vottomuuden taustalla oli sosiaalisen tuen puute, ja levottomuus nähtiin mah-
dollisena keinona ilmaista itseään. Lääkkeettömät keinot käytösoireiden lievit-
tämiseen tulivat esiin sekä teoriassa että tutkimuksissa samankaltaisina, kuten
aistinvaraiset keinot levottomuuden hoidossa. Yhtäläisenä esiin nousee myös
antipsykoottisten lääkkeiden käyttö käytösoireiden hoidossa.

Henkilökunnan toimintaan liittyvissä tutkimustuloksissa ja teoriassa on huo-
mattavissa yhtäläisyyksiä. Yksinäisyys nousi esille sekä tutkimuksissa että
teoriassa. Moyle ym. (2011, 974) ja Mjørud ym. (2017, 6–7) nostivat tutkimuk-
sissaan esille, että muistisairaajat asukkaat kokivat päivänsä hoivakodissa pit-
kiksi ja yksinäisiksi. He kokivat viettävänsä pitkiä aikoja ilman seuraa istuen
suurimman osan ajasta yksin. Lisäksi muistisairaajat kokivat henkilökunnan käy-
töksen ajoittain työkeäksi ja kuvailivat, että henkilökunta kohteli heitä toisinaan
lapsenomaisesti. Nämä kuormitustekijät kävivät ilmi myös opinnäytetyön teo-
riaosuudessa, sillä muistisairaajan yhtenä psyykkisenä kuormitustekijänä nähtiin
epäinhimillinen kohtaaminen. Muistisairaaseen saatettiin suhtautua pelkkänä
”ihmisen kuorena” ja jättää tämä omaan huoneeseen yksin pitkiksi ajoiksi.
Epäasiallinen kielenkäyttö nostettiin myös esille, jolloin muistisairaalle saatet-
tiin puhua samalla tavalla kuin pienelle lapselle. (Pietilä ym. 2010, 261, 263.)
Yksinäisyys, eksynyt olo ja ääripäässä hylkäämisen tunne sekä ihmiskontaktin
tavoittelu olivat merkittäviä tuloksia vakavaa dementiaa sairastavan kohdalla
(Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 569–570).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaan hyvä hoito lähtee kunnioitta-
vasta kohtaamisesta sekä muistisairaajan potilaan arvostamisesta. Koskennie-
men ym. (2014, 291–292) mukaan hoitajan kunnioittava käytös, hoitajan am-
mattitaito ja kokemus sekä tietämys muistisairauksista olivat dementiaa sai-
rastavien hoitotyössä merkityksellisiä sekä hoidon laatua edistäviä tekijöitä.
Kunnioitusta ja arvostusta osoittava hoitaja oli inhimillinen, hienovarainen,
kohtelias, ammattitaitoinen, motivoitunut työhönsä sekä otti huomioon muisti-

sairaiden omat näkemykset. Kunnioittavat hoitajat eivät aliarvioineet, laiminlyöneet tai leimanneet potilaita muistisairauden vuoksi, vaan he ymmärsivät muistisairaiden olevan yhtä lailla ihmisiä muiden joukossa. Samanlaisia asioita nousi myös teoriaosuudessa esiin. Pietilä ym. (2010, 262) totesivat hyvän hoidon alkavan muistisairaahan huomioimisesta ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma elämänsä. Lisäksi huomattiin kunnioittavan ja inhimillisen kohtaamisen vahvistavan muistisairaahan itsetuntoa ja identiteettiä. Korostettiin, että muistisairasta ei tulisi nähdä pelkän sairauden määrittelemänä vaan kykyjä ja voimavaroja omistavana ihmisenä, joka on osa sosiaalista ympäristöä.

Hoitohenkilöstön on tärkeää tukea muistisairaahan elämäntapoja, emotionaalista ja sosiaalista arvokkuutta sekä sosiaalista verkostoa, sillä hyvä psykososiaalinen ympäristö mahdollistaa muistisairaalle omannäköisensä elämän ja kannustaa osallisuuteen (Muistiliitto 2016, 10, 52). Tutkimuksista nousi myös esiin tärkeänä huomioitavana asiana henkilökunnan läsnäolon varmistaminen. Mjørudin ym. (2017, 5–7) tutkimuksesta ilmeni, että hoitohenkilökunnan läsnäolon koettiin antavan turvallisuuden tunnetta varsinkin tilanteissa, jos asukas kaatui tai sairastui. Asukkaat myös kokivat, että henkilökunnan luokse meneminen ja asioista puhuminen toivat turvallisuuden tunnetta.

Elämänsisällön tuntemus yksilöllisen hoidon mahdollistamiseksi korostui sekä tutkimuksissa että teoriaosuudessa. Muistiliiton (2016, 10) mukaan muistisairaahan elämänsisällönsä perehtyminen on tärkeää yksilöllisen hoidon ja hyvän elämänsisällön toteutumisen kannalta. Jos elämänsisällönsä jätetään huomiotta, on sen todettu lisäävän muistisairaahan epävarmuutta ja ahdistuneisuutta. Van Corven ym. (2020, 4–5) totesivat voimaantumisen lähtevän siitä, että oli tunnettava dementiaa sairastavan henkilön elämänsisällönsä ja tottumukset sekä toiveet ja tarpeet.

Tutkimustulosten mukaan dementiaa sairastavat asukkaat säilyttivät persoonallisuutensa pääosin muuttumattomana läpi sairauden kulun, sillä he pystyivät ylläpitämään omat tarpeensa ja mielenkiinnon kohteensa. Hoivakodin ympäristö ja asukkaiden suhteet henkilökuntaan olivat tärkeitä, jotta asukkaat tunsivat olonsa hyväksytyksi. Päivittäinen elämä hoivakodissa oli erilaista,

kuin mitä asukkaat olivat aiemmin kokeneet. Asukkaiden ja heidän omaisensa oli sopeuduttava uusiin päivittäisiin elämäntapoihin ja hoitokulttuuriin. (Cronfalk ym. 2017, 168, 172.)

Perheen rooli ja merkitys nousivat esiin sekä teoriaosassa että tutkimuksissa. Yhteydenpito omaisiin saattoi kuitenkin vähentyä niin ulkomailla kuin Suomesakin muistisairauden etenemisen myötä. Tutkimuksista nousi esiin, että perheen on katsottu olevan keskeinen osa elämänlaatua. Lisäksi perheen tuen merkitystä vanhemmalla iällä korostettiin. (Moyle ym. 2011, 974.) Muistisairas koki perheen olemassaolon ja yhteydenpidon elämässä hyvin tärkeänä, mutta omaisten vierailut vähenivät muistisairauden etenemisen myötä. Moyle ym. (2011, 976) totesivat, että perhevierailujen vähenemisen huomattiin kulkevan käsi kädessä pahentuneen kognitiivisen heikkenemisen kanssa. Jotta kommunikointi perheen ja muistisairaahan välillä paranisi, henkilökunnan olisi hyödyllistä edistää perheen osallistumista asukkaan elämään. Tuloksista voidaankin päätellä, että hoitajan on tärkeä tukea yhteydenpitoa perheisiin erityisesti muistisairauden edetessä, jakaa tietoa muistisairaudesta omaisille ja tukea omaisen roolia muistisairaahan elämässä.

Kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat kansainvälisiä. Pohdimmekin, voiko kaikkia tuloksia yhdistää suoraan suomalaisten muistisairaiden hoitoon, sillä kulttuurillisia eroavaisuuksia on todennäköisesti huomattavissa vanhusten hoidossa ja hoitokäytännöissä kotimaassa ja ulkomailla. Esimerkkinä voidaan mainita, että ulkomailla muistisairaat vanhuksat asuvat kotona omaisten tuella pidempään ja kynnyks hoivakotiin siirtymiselle on todennäköisesti korkeampi. Pohdimme myös, ovatko opinnäytetyön tuloksissa esiin nousseet keinot vastata muistisairaiden psykososiaalisiin tarpeisiin riittävän konkreettisia ja käytännönläheisiä, jotta niitä voisi hyödyntää tehostetussa palveluasumisessa muistisairaiden hoitotyössä Suomessa. Käytännönläheisiksi keinoiksi huomattiin aistinvaraisten keinojen hyödyntäminen kuten tutut ja miellyttävät tuoksut, luonnon sekä valon hyödyntäminen, lämpö, tuttu musiikki ja rauhallinen ilmapiiri. Hoidossa tulisi huomioida yksilöllisyys ja osallistaminen, jotta hoitaja ei tekisi liikaa asukkaan puolesta. Asukasta kannattaa aktivoida ja ot-

taa mukaan arjen pieniin tehtäviin, esimerkiksi pöydän pyyhkimiseen tai muuhun helppoon tehtävään, jolloin asukas saa kokea itsensä arvokkaaksi ja hyödylliseksi. Tärkeää onkin kannustaa jäljellä olevien kykyjen käyttöön ja osallisuuteen sekä lisätä positiivisia tunteita. Yksilöllisten harrastusten ja mielenkiinnon kohteiden huomiointi ovat myös tärkeitä muistisairaana arjen yksilöllisyyden kannalta.

Van Corven ym. (2020, 6) korostivat, että on tärkeää kunnioittaa asukkaan omia valintoja ja antaa oikeus kieltäytymiseen eikä minkään asian pitäisi olla pakollista. Pohdimme kuitenkin tämän asian rajallisuutta. Muistisairauden edessä päätöksentekokyky heikkenee, jolloin muistisairas ei välttämättä pysty enää tekemään itselleen edullisia valintoja tai päätöksiä esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian osalta. Pitkälle dementoitunut voi esimerkiksi kieltäytyä täysin peseytymisestä tai puhtaan vaipan vaihdosta. Tällöin olisi eettisen ja inhimillisen hoitotyön kannalta väärin noudattaa muistisairaana valintoja. Arjen pienissä asioissa on kuitenkin tärkeää antaa muistisairaille mahdollisuus valita sekä olla osallisena omaan arkeen. Muistisairaana toiveita on hyvä kuulla esimerkiksi virikkeisiin osallistumisesta tai siitä, millaisiin vaatteisiin muistisairas haluaisi aamulla pukeutua.

Tutkimusten mukaan dementiaa sairastavien ihmisten tarpeet on sivuutettu pitkäaikaishoitopaikoissa. Itse asiassa hoitotyötä tekevät tunsivat kykenemättömyyttä kohdata asukkaiden sosiaalisia, psykososiaalisia ja emotionaalisia tarpeita. Tähän vaikuttivat useat tekijät, kuten esimerkiksi resurssien puute. Dementiaa sairastavien ihmisten tarpeiden ymmärtämisellä ja niihin vastaamisella oli suuri merkitys, sillä tyydyttymättömät tarpeet heikensivät elämänlaatua ja lisäsivät häiriökäyttäytymistä. On ajateltu, että vain 10 %:lla asukkaista käytösoireet johtuivat dementiasta itsestään ja 90 %:a oli seurausta dementiasta sairastavien hoidon laadusta. (Cadieux ym. 2013, 723.) Muistisairaana ovat siis hyvin haavoittuvassa asemassa oleva ryhmä, minkä vuoksi muistisairaana tarvitaan lisää tutkimusta, jotta voidaan ymmärtää heidän pitkäaikaisia ja ai-
nutlaatuisiakin tarpeita. Elämänlaatu on muodostunut suureksi kiinnostuksen kohteeksi dementian hoidon tutkimuksissa. (Cahill & Diaz-Ponce, 2011, 1.)

Elämänlaadun tutkiminen ja ymmärtäminen voivat auttaa lisäämään ymmärrystä ja kunnioitusta dementiaa sairastavia kohtaan sekä edesauttaa parantamaan hoidon tasoa (Moyle ym. 2011, 970).

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn opinnäytetyön tärkein luotettavuuden kriteeri on tekijän rehellisyys, sillä tekijän päätökset, valinnat ja ratkaisut ovat opinnäytetyössä arvioinnin kohteena. Tekijän tulee arvioida opinnäytetyön luotettavuutta koko opinnäyteprosessin ajan, jolloin arvioidaan teoriaa, analyysitapaa, tutkimusaineiston ryhmittelyä, tulkintaa, luokittelua sekä tuloksia ja johtopäätöksiä. Tekijän tulee dokumentoida ja perustella arvoinnit työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös näkökulma puolueettomuudesta. Tutkimuksen tulee lisäksi olla arvovapaata, vaikuttavat tutkijan arvot kuitenkin tutkimuksessa tehtyihin valintoihin. (Vilkkä 2015, 196–198.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttava keskeinen tekijä on aineiston valinta. Lisäksi analysoitujen tutkimusten tulee olla tiiviisti liitettynä teoreettiseen taustaan. Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa, ja niitä voidaan parantaa koko prosessin ajan läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää myös tutkimuskysymyksen selkeä esitystapa sekä sen teoreettisen perustelun erittely. Menetelmäosan selkeä kuvaus ja läpinäkyvyys ovat tärkeitä seikkoja kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta arvioitaessa. Aineiston perusteiden kuvaus onkin luotettavuuden arvioinnin keskeinen asia. Opinnäytetyön luotettavuus vähenee, mikäli tutkijalla on tarkoitus-hakuisuutta, jota ei ole eritelty tai raportoitu. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Tämän opinnäytetyön tekijät ovat arvioineet työn luotettavuutta opinnäytetyötä tehtäessä. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että työtä on tehnyt kaksi henkilöä. Kirjallisuushaku on toteutettu tieteellisiä ja vertaisarvioituja tutkimuksia hyödyntäen, mikä parantaa opinnäytetyön luotettavuutta. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit rajaavat aineiston olennaiseen, jolloin

opinnäytetyön luotettavuus paranee. Opinnäytetyön käytetty englannin kielen rajaus on saattanut vaikuttaa siihen, että jotain työn kannalta tärkeää aineistoa on voinut jäädä tutkimuksen ulkopuolelle heikentäen luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta voi heikentää se, että kaikki aineistoksi valitut tutkimukset ovat englanninkielisiä. Vaikka valitut tutkimukset ovat käännetty huolellisesti, on käännösvirheiden mahdollisuus silti olemassa.

Eettisesti hyvä opinnäytetyö on toteutettu niin, että se noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tekijän on otettava huomioon monet eettiset kysymykset liittyen opinnäytetyön tekoon. Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvien yleisesti hyväksytyjen periaatteiden tunteminen ja niiden noudattaminen on jokaisen tekijän omalla vastuulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Eettisestä näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, vastuullisuus ja avoimuus tutkimustulosten julkaisemisessa sekä asianmukaiset viittaukset muiden tutkijoiden tekemiin julkaisuihin ja toisten tutkijoiden työn kunnioittaminen. Jokainen tutkija tai tutkimusryhmän jäsen on itse vastuussa siitä, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen myötä syntyneet tietoaineistot on tallennettava asetettujen vaatimusten mukaisesti. Asetettuja eettisiä vaatimuksia on tärkeä noudattaa tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa sekä raportoinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä kirjoittaessa esille nousi useita jatkotutkimusehdotuksia opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Olisi kiinnostavaa selvittää, millaisia psykososiaalisia kuormitustekijöitä on kotona asuvilla muistisairailta, jotka ovat kotihoiton palveluiden piirissä. Toisaalta voitaisiin myös selvittää omaishoitajien kokemaa kuormittuneisuutta muistisairaana omaisen hoidossa. Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena nousi esiin se, että tutkittaisiin kivun merkitystä psyykkisenä kuormitustekijänä sekä selvitettäisiin lääkkeelliset että lääkkeettömät keinot kivun lievittämiseen dementiaa sairastavilla tehostetussa palveluasumisessa. Olisi mielenkiintoista selvittää erilaisten terapiamuotojen, esimerkiksi toiminta-, musiikki- tai taideterapian, hyödyntämistä muistisairaiden parissa. Olisi hyvä

selvittää, millaisia erilaisia yksilöllisiä aktivointikeinoja voitaisiin kehittää muistisairaiden arkeen. Lisäksi voitaisiin kyselytutkimuksen avulla selvittää, millaisia aktivointikeinoja muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksikössä käytetään sekä mahdollisesti syyt, miksi yksilöllisiä aktivointikeinoja ei ole käytössä tai miten niitä voisi lisätä.

Tutkimustietoa tarvittaisiin siitä, miten samassa hoivakodissa otettaisiin huomioon eri asteiset muistisairaudet ja miten voitaisiin yksilöllisemmin huomioida jokaisen asukkaan psykososiaaliset tarpeet. Olisi myös mielenkiintoista tutkia edistäviä tekijöitä ystävyys-suhteiden luomisessa muihin asukkaisiin tehostetussa palveluasumisessa, sillä tutkimuksista nousi esiin, että ihmissuhteiden muodostaminen oli hoivakodissa vaikeaa ja muut asukkaat koettiin ärsyttävänä. Tutkimustuloksista kuitenkin ilmeni, että asukkailla oli toiveena yhteisöllisyys ja keskusteluihin osallistuminen muiden kanssa, joten olisi tärkeää selvittää, mitkä asiat estävät ihmissuhteiden muodostamista. Lisäksi voitaisiin tutkia, miten hoitohenkilökunta pystyisi tukemaan asukkaiden välisten ihmissuhteiden muodostamista ja suhteiden ylläpitämistä omaisiin.

LÄHTEET

Atula, S. 2019a. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.2.2019. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105 [viitattu 12.3.2021].

Atula, S. 2019b. Vaskulaarinen dementia. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.2.2019. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106 [viitattu 22.1.2021].

Cadieux, M.-A., Garcia, L. & Patrick, J. 2013. Needs of People With Dementia in Long-Term Care: A Systematic Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 8, 723–733. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24005852/> [viitattu 10.4.2021].

Cahill, S. & Diaz-Ponce, A. 2011. 'I hate having nobody here. I'd like to know where they all are': Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging & Mental Health* 5, 562–572. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.4.2021].

Cronfalk, B., Norberg, A. & Ternstedt, B.-M. 2017. They are still the same – family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32, 168–176. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.4.2021].

Duodecim Terveyskirjasto s.a. Lääketieteen sanasto. Psykososiaalinen. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02788 [viitattu 4.2.2021].

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Turun ammattikorkeakoulun opimateriaaleja. 5. uudistettu painos. Turun ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf> [viitattu 1.2.2021].

Eloniemi-Sulkava, U. 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen hoidon kokonaisuus - Kuinka vastaan muistisairaahan ihmisen tarpeisiin hoidossa? *Memo* 4, 9–12. Verkkolehti. Saatavissa: https://www.seurakuntaopisto.fi/wp-content/uploads/2020/09/Eloniemi-Sulkava_Tarvel%C3%A4ht%C3%B6inen-hoito_Memo_2011.pdf [viitattu 8.2.2021].

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa. Vanhustyön keskusliitto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Mielenmuutos-pitk%C3%A4aikaishoidossa.pdf> [viitattu 8.2.2021].

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, T., Viramo, P. & Rosenvall, A. s.a. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE). Käypä hoito. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf> [viitattu 26.3.2021].

Finna s.a. Hakupalvelujen kokonaisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://finna.fi/Content/about> [viitattu 19.2.2021].

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre R. & Pihlakari, P. (toim.) 2019. Muistisairaahan hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 2013. Gerontologia. 3 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 22. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyvä ympärivuorokautinen hoito. 2020. Käypä hoito -suositus. Voutilainen, P. & Löppönen, M. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.9.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01676> [viitattu 10.2.2021]

Hölttä, E. & Pitkälä, K. 2019. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Lääkärilehti* 9, 242–247d. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [viitattu 14.3.2021].

Ikätalo. 2019. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.11.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen> [viitattu 22.1.2021].

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 30.7.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699 [viitattu 16.1.2021].

Juva, K. 2017. Lääkehoito. Muistiliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.2.2017. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito> [viitattu 12.3.2021].

Juva, K. & Pöyhönen, M. 2017. Harvinaisempia muistisairauksia. Muistiliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.2.2017. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/harvinaisempia-muistisairauksia> [viitattu 24.1.2021].

Kangasniemi, M., Pietilä, A.-M., Utriainen, K., Jääskeläinen, P., Ahonen, S.-M. & Liikanen E. Hoitotiede 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, S. Launiemi, H. Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, M. & Niilo-Rämä, J. 2018. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli. läkkäiden palvelutehtävä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitetty 8.10.2018. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/1957330/Palvelutarpeen+arvioinnin+toimintamalli+Kymenlaakso+081018.pdf/8ce6461f-8d2a-44a7-be4a-d297930df2a5/Palvelutarpeen+arvioinnin+toimintamalli+Kymenlaakso+081018.pdf.pdf> [viitattu 14.3.2021].

Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.9.2016. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00524> [viitattu 4.2.2021].

Koppa. 2009. Aineiston analyysi. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.6.2009. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat> [viitattu 19.2.2021].

Koppa. 2016. Teemoittelu. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.4.2016. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/ai-neiston-analyysimenetelmat/teemoittelu> [viitattu 7.2.2021].

Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2014. Manifestation of respect in the care of older patients in longterm care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 288–296. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [viitattu 10.4.2021].

Kuopio, A.-M. 2020. Vastasairastuneen Parkinsonpotilaan opas. Parkinsonliitto ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.parkinson.fi/sites/default/files/vastasairastuneen-opas-web_0.pdf [viitattu 23.1.2020].

Kymenlaaksonopastin s.a. Hoiva-asuminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymenlaaksonopastin.fi/apua-arkeen/palvelujae-ikaantyneille/hoiva-asuminen> [viitattu 24.1.2021].

Kymsote. 2018. Asumispalvelujen myöntämisen periaatteet. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.11.2018. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/medias/Asumispalvelujen-myontamisen-periaatteet.pdf?context=bWFzdGVy-fHBkZi1hdHRhY2htZW50c3w4NzY4NnxhcH-BsaWNhdGlvbj9wZGZ8aDAzL2g1MC84ODA0ODc3MDQxNjk0L0FzdW1pc3BhbHZlbHVqZW4gbXnDtm50w6RtaXNlbiBwZXJpYWF0dGVldC5wZGZ8OT-FjODFkMTg4OTYwYzFjODhmOGN-jYTdmMzczZmM5NjQ1MDg4NDEExNjQ0YmFjZDZmZmZmMzBjY2RiYTA-xOTIzMQ> [viitattu 24.1.2021].

Margari, F., Siculo, M., Spinelli, L., Mastroianni, F., Pastore, A., Craig, F., Petruzzelli, M. 2012. Aggressive behavior, cognitive impairment and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. PDF-

dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22888255/> [viitattu 18.4.2021].

Martikainen, K. 2015. Huntingtonin tauti. Parkinsonliitto ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/huntingtonin-tauti-1> [viitattu 26.1.2021].

Martikainen, P., Bartley, M. & Lahelma, E. 2002. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 31, 1091–1093. Artikkelii. Saatavissa: <https://academic.oup.com/ije/article-pdf/31/6/1091/18524554/311091.pdf> [viitattu 12.3.2021].

Melkas, S. Jokinen, H. Putaala, J. Valanne, L. Hietanen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairaus ja kognitiivinen heikentyminen: huomio varhaisvaiheeseen. *Lääkärilehti*. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 22.1.2021].

Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. & Kirkevold, M. 2017. Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.4.2021].

Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D. & Murfield, J. 2011. Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. *Aging & Mental Health* 8, 970–977. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.4.2021].

Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Verkkotyökirja. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/8314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_tulostettava_sivuitain.pdf [viitattu 19.3.2021].

Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.2.2017. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/> [viitattu 15.1.2021].

Muistiliitto. 2019. Elämää muistisairauden kanssa -opas. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/8215/8088/7370/Elamaa_muistisairauden_kanssa_saavutettava_verkko.pdf [viitattu 15.1.2021].

Muistisairaudet. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriin -yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.8.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044> [viitattu 15.1.2021].

Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). 2016. Käypä hoito -työryhmä Muistisairaudet. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.9.2016. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01594> [viitattu 24.1.2021].

Parkinsonin tauti. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50042#K1> [viitattu 23.1.2021].

Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Siljanpää-Nisula, H., Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituk-sia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Gerontologia* 3, 261–266. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.3.2021].

Pirttimäki, J. 2007. Nasu-Hakolan tauti. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123(9),1103. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo96455> [viitattu 26.1.2021].

Pöyhönen, M. & Roine, S. 2021. CADASIL-tauti. Neuroliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.1.2021. Saatavissa: <https://neuroliitto.fi/tieto-tuki/tietoa-sairauksista/harvinaiset-neurologiset-sairaudet/diagnoosit/cadasil-tauti/> [viitattu 24.1.2021].

Rappe, E. Rajaniemi, J. & Topo, P. 2020. Hyvä asuminen muistisairaana. Ikäinstituutti. Saatavissa osoitteessa: <https://journal.fi/gerontologia/article/view/84947/53430> [viitattu 22.1.2021].

Remes, A.-M., Haanpää, R.-M., Suhonen, N.-M., Juntila, A. & Solje, E. 2018. Otsalohkodementia – salakavala muistisairaus. *Lääkärilehti* 1–2, 37–43. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.1.2018. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.1.2021].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV, kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Verkko-oppikirja. Saatavissa: <https://docplayer.fi/93964-Anita-saaranen-kauppinen-anapuusniekka-menetelmaopetuksen-tietovaranto-kvalimotv-kvalitatiivisten-menetelmien-verkko-oppikirja.html> [viitattu 7.2.2021].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 28.1.2021].

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Semi, T. 2015. Mieleen tatuoitu minuus. Ihmislähtöinen elämäntapa muistityössä. 1. painos. Espoo: T&J Semi.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto.

Sulkava, R. 2016. Geriatria. Alzheimerin tauti. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.oppoportti.fi/op/ger00803/dop_haku=alzheimerin%20tauti#q=alzheimerin%20tauti [viitattu 16.1.2021].

Tehostetun palveluasumisen ryhmäkodit s.a. Koskenrinne. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.koskenrinne.fi/fi/asumis-ja-hoivapalvelut/asuminen-ryhmakodissa/> [viitattu 24.1.2021].

Terkko Navigator s.a. Medic. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terkko.helsinki.fi/medic-tietokanta> [viitattu 2.2.2021].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Muistisairaudet. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.10.2020. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muisti-sairaudet/> [viitattu 15.1.2021].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Tietoa RAI-järjestelmästä. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.1.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantymien/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta> [viitattu 14.3.2021].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 19.2.2021].

U.S National of Medicine s.a. PubMed. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed.html> [viitattu 7.2.2021].

van Corven, C., Bielderma, A., Wijnen, M., Leontjevas, R., Lucassen, P., Graff, M. & Gerritsen, D. 2020. Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 114, 1–11. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103823> [viitattu 16.4.2021].

Vanhustenhuollon palveluja jo vuodesta 1955 s.a. Koskenrinne. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.koskenrinne.fi/fi/yhdistys/> [viitattu 24.1.2021].

van Vracem, M., Spruytte, N., Declercq, A. & Van Audenhove, C. 2016. Agitation in dementia and the role of spatial and sensory interventions: experiences of professional and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 281–289. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.4.2021].

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Zwijssen, S., Smalbrugge, M., Zuidema, S., Koopmans, R., Bosmans, J., van Tulder, M., Eefsting, J., Gerritsen, D. & Pot, A.-M. 2011. Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. *BioMed Central Health Services Research* 11, 41. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051882/pdf/1472-6963-11-41.pdf> [viitattu 9.4.2021].

TUTKIMUSTAULUKKO

Bibliografiset tiedot: Tekijät, tutkimuksen nimi ja julkaisuvuosi	Aineiston ja tutkimus- menetelmän kuvaus	Keskeiset tutkimustu- lokset
<p>Cadieux, M-A., Garcia, L. & Patrick, J.</p> <p>Needs of people with dementia in long-term care: A systematic review</p> <p>2013.</p>	<p>Sekatutkimus, tarkastelua varten otettiin huomioon kaikenlaiset tutkimukset (laadulliset, määrälliset sekä kirjallisuuskatsaukset). Tutkimukset valittiin ensin otsikon ja abstraktin perusteella, ja sitten ne, jotka valittiin, arvioitiin edelleen koko tekstin perusteella. Tutkimusten valintaa arvioivat 2 riippumattomia tutkijaa. 68 tutkimusta valittiin mukaan. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitä ovat hoiva-asumisessa asuvan dementiaa sairastavan hoidon tarpeet parhaan tutkimustiedon mukaan?</p>	<p>Muistisairailta asukkailla ilmeni ahdistusta, aggressiivisuutta ja levottomuutta sekä tarve käsitellä näitä ahdistavia tunteita. Fyysinen ympäristö ja kivun kokemukset sekä sosiaalisten kontaktien puute voivat laukaista käyttäytymisen ongelmia. Tässä tutkimuksessa tuli esiin korostaa muistisairaana psykososiaalisten tarpeiden merkitystä, eikä niinkään fyysisten tarpeiden. Tutkimuksessa nousi esiin menettelytavat niiden käyttäytymismallien vähentämiseen, jotka johtuvat tyydyttämättömistä tarpeista.</p>
<p>Cahill, S. & Diaz-Ponce, A.</p> <p>'I hate having nobody here. I'd like to know where they all are': Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment?</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa haastateltiin 61:tä iästä kognitiivisesta heikentymästä kärsivää asukasta kolmesta eri hoivakodista Dublinissa. Kognitiivinen heikentyminen oli 13:lla lievää, 20:lla keskivaikeaa ja 28:lla vaikeaa. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna 15-kysymyksen haastatteluna.</p>	<p>Elämänlaatuun vaikuttivat neljä eri pääasiaa: 1. sosiaaliset kontaktit 2. kiintymyksen määrä nykyiseen elinympäristöön 3. miellyttävien aktiviteettien määrä 4. tunteet (ilo, suru, yksinäisyys)</p>

2011.		
<p>Cronfalk, B., Norberg, A. & Ternestedt, B-M.</p> <p>They are still the same – family members’ stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home.</p> <p>2017.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun avulla 10:tä perheenjäsentä, joiden läheiset ovat muistisairaudesta takia tehostetussa palveluasumisessa. Haastateltujen läheiset asuivat kaikki samassa yksikössä. Aukkaat olivat asuneet yksikössä 3 kk – 2 v.</p>	<p>Tuloksista muodostui neljä kategoriaa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muistisairaudesta ensioireet, hoivakodin etsintä ja muutto hoivakotiin. 2. Helpotuksen ja rauhallisuuden tunne sekä muistisairaudesta omaisen kohdalla, kun pysyvä hoivakoti löytyi. 3. Vanhojen tapojen ja mielekkään tekemisen sekä sosiaalisten suhteiden ylläpito hoivakotissa. 4. Muistisairaudesta ajatukset ja keskustelu kuolemasta.
<p>Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R.</p> <p>Manifestation of respect in the care of older patients in longterm care settings.</p> <p>2014.</p>	<p>Narratiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin avoimilla haastatteluilla. Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällysanalyysillä. Haastateltiin kokonaisuudessaan 40 osallistujaa, joista 20 osallistujaa olivat iäkkäitä ja 20 heidän omaisiaan. Iäkkäistä puolet asuivat kotona kotihoidon turvin ja puolet hoivakotissa. Tutkimukseen otettiin mukaan kolme Etelä-Suomessa sijaitsevaa hoivakotia.</p>	<p>Tutkimuksessa nousi esille potilaan kunnioitus hoitajan olemuksen kautta: hoitajan inhimillisuus, hienovaraisuus, ammatilliset taidot, motivaatio. Lisäksi hoitajan tekeminen vaikutti potilaan tunteeseen olla kunnioitettu: vuorovaikutus potilaan kanssa, potilaista huolehtiminen, potilaan tukeminen ja rohkaiseminen.</p>
<p>Margari, F., Siculo, M., Spinelli, L., Mastroianni, F., Pastore, A., Craig, F., Petruzzelli, M.</p> <p>Aggressive behavior, cognitive impairment and depressive symptoms in elderly subjects</p>	<p>Tämän tutkimuksen tavoite oli arvioida neuropsykiatristen oireiden ja progressiivisen kognitiivisen heikkenemisen suhdetta arvioimalla kognitiivista heikkenemistä, masennusoireita ja aggressiivista käyttäytymistä dementiaa sairastavilla. Tutkimuksessa oli mukana 201</p>	<p>Tulokset osoittavat, että aggressiivinen käyttäytyminen ja masennusoireet liittyvät progressiiviseen kognitiiviseen heikkenemiseen dementiaa sairastavilla. Oireiden varhainen arviointi voi edistää järkeviä terapeuttisia keinoja, jotka voivat parantaa elämää</p>

2012.	koehenkilöä vanhainko- deista.	laatua ja viivästyttää ins- titutionalisointia (laitostu- mista) dementiaa sairas- tavilla potilailla. Lisään- tynyt tietämys voi johtaa erityisten strategioiden tunnistamiseen vanhus- palvelujen johtamisessa.
Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. & Kirke- vold, M. Living with dementia in a nursing home, as described by per- sons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. 2017.	Tutkimuksessa sovel- lettiin fenomenologis- hermeneuttista tutki- musotetta. Tutkimus to- teutettiin strukturoimat- tomina kasvokkain teh- tävinä haastatteluina, joita tehtiin kaksi kol- men kuukauden välein. Tutkimuksessa haasta- teltiin 12 eri muistisai- rasta asukasta kol- mesta eri hoivakodista.	Tuloksena muotoutui neljä eri pääteemaa, jotka vaikuttivat asukkai- den elämänlaatuun hoi- vakodissa: 1. hoivakodissa asumi- sen hyväksyminen 2. menettämisen ja kai- puun tunne 3. ihmiset, toiminnot ja tavarat, jotka tekevät elämästä vanhainko- dissa parempaa tai huo- nompaa 4. ihmisten vaikutus elä- mänlaatuun (henkilö- kunta, perheenjäse- net/omaiset, muut asuk- kaat)
Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllis- ter, M., Oxlade, D. & Murfield, J. Factors influencing quality of life for people with dementia: A quali- tative perspective. 2011.	Aineisto kerättiin puo- listrukturoidun haastat- telun avulla kvalitatii- vistä lähestymistapaa hyödyntäen. Tutkimus- tulokset analysoitiin Le- ximancer -nimisellä tie- tokoneavusteisella oh- jelmalla. Tutkittavina oli 32 iäkästä muistisai- rasta asukasta neljästä eri pitkäaikaisyksiköstä. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitkä tekijät vaikut- tavat pitkäaikaisyksi- kössä asuvien muisti- sairaiden asukkaiden elämänlaatuun ja miten tämä vaikuttaa heidän käsitykseensä siitä, mi- ten arvostettuna heitä pidetään?	Muistisairaiden asukkai- den elämänlaatuun vai- kuttivat perheen ja mui- den ihmisten osallisuus elämään, sosiaalisten kontaktien ja aktiviteet- tien määrä, henkilökun- nan ammattitaito ja käyt- täytyminen, kokemus ar- vottomuudesta ja hyö- dyttömyydestä, liian kontrolloitu ympäristö, johon asukkaalla pienet mahdollisuudet vaikut- taa.

<p>van Corven, C., Bielderman, A., Wijnen, M., Leontjevas, R., Lucassen, P., Graff, M. & Gerritsen, D.</p> <p>Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives: A qualitative study.</p> <p>2020.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin pääosin ryhmähaastattelujen avulla. Haasteltiin muistisairaita, joista toiset asuivat kotona ja toiset hoivakodissa. Haastattelu toteutettiin kahtena erillisenä ryhmähaastatteluna, joissa haasteltiin yhteensä 11 dementiaa sairastavaa. Lisäksi haasteltiin epävirallisia hoitajia (3 ryhmää, n = 16), terveydenhuollon ammattilaisia (8 ryhmää, n = 46) ja neljää muistisairasta yksilöhaastattelun avulla.</p>	<p>Tulosten perusteella muodostui neljä pääteemaa, jotka olivat tärkeitä näkökohtia voimaantumisen tunteen kannalta muistisairaiden kohdalla. 1) Tunne henkilökohtaisesta identiteetistä, 2) Hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunne, 3) Arvokkuuden tunteen säilyminen</p>
<p>van Vracem, M., Spruytte, N., Declercq, A. & Van Audenhove, C.</p> <p>Agitation in dementia and the role of spatial and sensory interventions: experiences of professional and family caregivers.</p> <p>2016.</p>	<p>Tutkimuksessa haasteltiin paneelikeskustelun avulla 12:tä kotihoiton työntekijää, 5:tä omaishoitajaa ja 10:tä hoivakodin työntekijää. Tutkijat tekivät keskustelun tueksi kirjallisuuskatsauksen aiheesta, josta muodostui seitsemän teemaa, joiden pohjalta keskusteltiin. Kukin paneelikeskustelu kesti kolme tuntia ja oli jaettu kolmeen osioon: vapaa keskustelu kokemuksista, keskustelu kirjallisuuskatsauksen teemoista ja ideointi levottomuuden ehkäisy- ja hoitokeinoista. Keskustelut nauhoitettiin. Osallistumisen kriteerinä oli se, että keskusteluun osallistuvilla tuli olla viimeaikaisia ja konkreettisia kokemuksia muistisairaiden levottomuudesta</p>	<p>Tulokset jaettiin ympäristön kannalta seitsemään kategoriaan: valo, tuoksut, äänet, lämpötila, luonto, värit sekä huonetilaan liittyvät tekijät. Kaikki hoitajat korostivat, että levottomuus vaikuttaa sekä hoitajien että muistisairaiden elämänlaatuun ja että levottomuus on jokaisen muistisairaana kohdalla yksilöllistä. Hoitajille oli tuttua päivänvalon, luonnon sekä tuttujen/turvallisten tuoksujen vaikutus levottomuuden hoitoon. Hoitajat olivat kiinnostuneita valon, lämmön sekä huonetilaan liittyvien tekijöiden vaikutuksesta levottomuuden hoidossa.</p>

	sekä kiinnostusta erilaisten keinojen kehittämiseen levottomuuden hoidossa.	
<p>Zwijnsen, S., Smalbrugge, M., Zuidema, S., Koopmans, R., Bosmans, J., van Tulder, M., Eefsting, J., Gerritsen, D. & Pot, A-M.</p> <p>Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia.</p> <p>2011.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin kyselylomakkeella henkilökunnalle. Käyttäytymisongelmat ovat yleisiä ja raskaita dementiaa sairastaville palveluasumisessa asuville asukkaille sekä henkilökunnalle. Tässä tutkimuksessa on arvioitu uuden hoito-ohjelman vaikuttavuutta käyttäytymisongelmien hallintaan. Tähän tutkimukseen osallistui 14 hoitoyksikköä, jotka jaettiin 5 ryhmään.</p>	<p>Tutkimuksessa sovellettu hoito-ohjelma perustuu Alankomaiden kansallisiin hoito-ohjeisiin ja koostuu neljästä osa-alueesta. Hoito-ohjelmalla oli vaikuttavuutta dementiapotilaiden käytöshäiriöihin ja elämänlaatuun sekä esim. psykoosilääkkeiden käytön vähenemiseen ja myös hoitohenkilökunnan taakan keventymiseen.</p>

TEEMOITTELU 1

Psykososiaaliset kuormitustekijät	Psyykkiset kuormitustekijät	Muistisairaudesta johtuva kuormitus	Käytöshäiriöt, mm. aggressio, apatia, levottomuus, heikentynyt ajan- ja paikan taju, ei enää tunnista itseään Kognitiiviset häiriöt; puheen-, motoriikan- tai hahmottamisen häiriöt, huonon muistin, näön ja kuulon ongelmat Hajanainen käytös Aloitekyvyn menetys Agitaatiot: Piilottelu ja hamstraus sekä sanallinen levottomuus Unimuutokset
		Itsetunnon ongelmat	Arvottomuuden tunne, hyödyttömyyden tunne, tunne ettei ole hyvä missään
		Psyykkiset tekijät	Masentuneisuus, ahdistus ja eristäytyneisyys
		Negatiiviset tunteet	Kohtaloon tyytyminen Menneiden aikojen menettäminen, muistot siitä miten ennen oli Kaikesta luopuminen Surulliset ajatukset Eksynyt olo

			<p>Hylkäämisen tunne</p> <p>Toive omasta kuolemasta</p> <p>Juurettomuuden tunteet</p>
	Sosiaaliset kuormitustekijät	Yksinäisyys	<p>Perheen ja sukulaisten ikävöinti, omaisten vähäiset vierailut tai ei ollenkaan</p> <p>Satuttaminen ja häpeä perheen roolin vähenemisestä omassa elämässään</p> <p>Menetykset, mukaan lukien perheenjäsenten kuolemat</p>
		Tylsyys	<p>Virikkeiden/aktiviteettien vähäinen määrä tai niiden heikko laatu, harrastusten poisjäänti</p> <p>Päivien samankaltaisuus</p>
		Henkilökunta	<p>Hoitaja tulee koputtamatta sisään, hoitajan asiaton käytös, pyörätuolin siirtäminen ilmoittamatta siinä istuvalle henkilölle,</p> <p>Hoitajan kovakouraisuus ja kiireisyys</p> <p>Hoitajien puuttuva läsnäolo sekä henkisesti että fyysisesti, huonot asenteet ja riittämätön osaaminen</p>
		Muut asukkaat	<p>Muiden asukkaiden aiheuttama melu, asukkaiden väliset konfliktit, vaikeus ystävystyä muiden asukkaiden kanssa</p>

		Hoivakoti ympäristönä	Elämä hoivakodissa vaikeaa, paikka ei tuntunut todelliselta kodilta ja asuminen siellä nähtiin väliaikaisena ratkaisuna Oman kodin kaipuu ja juurettomuuden tunne
--	--	-----------------------	--

Liite 3

TEEMOITTELU 2

Hoitohenkilöstön keinot vastata muistisairaiden asukkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin	Hoitajan toiminta ja ammattitaito	<p>Hoitajan kunnioittava toiminta helpottaa potilaan itsenäisyyttä</p> <p>Hoitaja on inhimillinen, hienovarainen ja helposti lähestyttävä sekä motivoitunut työhönsä</p> <p>Hoitajalla on hyvä ammattitaito, koulutus ja kokemus sekä tietoa muistisairauksista ja hyvät kommunikaatiotaidot</p> <p>Hoitaja arvostaa potilasta, käyttäytyy kohteliaasti ja ottaa huomioon potilaan näkemykset</p> <p>Hoitohenkilöstön läsnäolo kaatumisen tai sairastumisen yhteydessä luo turvaa potilaille Voi mennä hoitajan luo ja puhua asioista, josta tulee turvallisuuden tunnetta</p> <p>Potilaiden yksilöllinen hoito ja rutiineista joustaminen</p> <p>Kiireettömät ja rauhalliset keskustelut potilaiden kanssa, potilaiden kuunteleminen sekä aikaa heille ilmaista itseään</p>
	Käyttösoireiden ja levottomuuden lievittäminen	<p>Muistisairaana levottomuus tulee nähdä viestintävälineenä, vaelteleva ihminen etsii kotiaan tai turvallista paikkaa</p> <p>Tarve saada tukea henkilöstöltä käyttösoireiden vähentämiseen esim. uudelleenohjauksesta</p>

		<p>Aistiperäisten keinojen hyödyntäminen leivottomuuden hoidossa, kuten luonnonmateriaalien, valon, värikontrastien, tuoksu- jen, tutun musiikin, lämpimän ympäristön ja kosketuksen</p> <p>Ulkoileminen ja ajanvietto puutarhassa tarjoaa stimulaatiota ja nautintoa dementiaa sairastavalle</p> <p>Fyysisen kivun epämukavuuden tunteen vähentäminen ja elektroniset hierontalaitteet</p>
	<p>Yksilöllisyyden huomioiminen</p>	<p>Hoitajien ohjaus siitä, miten hyödyntää tietoa muistisairaana mieltymyksistä ja inhon kohteista</p> <p>Elämänhistorian tunteminen, jonka kautta hoitajat saavat paremman käsityksen ihmisen käyttäytymismalleista ja motiiveista ja lähestymistapa on näin mahdollista sopeuttaa yksilöllisesti</p> <p>Muistisairaana omien valintojen kunnioittaminen, valittavien vaihtoehtojen kaventaminen</p> <p>Päivärutiinit ja hoidon ennustettavuus, joka perustuu asukkaan tarpeisiin</p> <p>Potilaiden näkemysten huomiointi ja aikaa heille ilmaista itseään</p> <p>Oma huone tuo henkilökohtaista tilaa, omat tavarat huoneessa kodikkuutta ja turvallisuutta, potilaan oma identiteetti säilyy</p> <p>Tavaroiden ja muistojen käyttäminen lohdutukseen nykytilanteessa, menneisyydestä puhuminen</p> <p>Hyvän emotionaalisen tasapainon säilyttäminen, lisätään positiivisia tunteita kuten iloa ja vähennetään negatiivisia tunteita kuten surua</p>

	<p>Aktivointi ja osallisuuden vahvistaminen</p>	<p>Mielekäs päivätoiminta asukkaan omien kykyjen ja kiinnostuksen mukaan</p> <p>Mielekkäiden ja yksilöllisten virikkeiden tarjoaminen, kuten liikunta, bingo, lukeminen, musiikin kuuntelu, tv:n katselu ja korttien pelaaminen sekä juttelu muiden kanssa</p> <p>Hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunteen ylläpitäminen, hoitajan osallistuminen dementiaa sairastavan kanssa päivittäisiin tehtäviin huomioiden mikä aktivoi ihmistä</p> <p>Potilaan tukeminen rohkaisemalla heitä jäljellä olevien kykyjen käyttöön ja osallisuuteen esim. mukaan ottaminen pieniin arjen tehtäviin sekä avun pyytäminen muistisairaalta</p> <p>Henkilön aktivoiminen ja haastaminen toimintaan, sillä dementiaa sairastavilla esiintyy aloitekyvyn menettämistä</p>
	<p>Perhesuhteiden ylläpitäminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen</p>	<p>Dementiaa sairastavilla on tarve sosiaaliseen vuorovaikutukseen, asukkaat haluavat yhteisöllisyyttä ja osallistua stimuloiviin keskusteluihin</p> <p>Perheen ja tapaamisten merkitys, omaisten vierailujen tärkeys ja ulos pääseminen heidän kanssaan</p> <p>Perhe keskeinen osa elämänlaatua ja perheen tuen suuri merkitys vanhemmalla iällä</p> <p>Viestintämahdollisuuksien parantaminen perheiden kanssa, jolloin henkilöstö edistää perheen osallistumista asukkaan elämään</p> <p>Hoitajien kiinnostus pitää yhteyttä perheisiin ja oppia lisää asukkaiden elämästä</p>