



MUSIIKKI JA LIIKKUMINEN MUISTIPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Jasmine Noutia

Maarit Pirinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JASMINE NOUTIA & MAARIT PIRINEN:
Musiikki ja liikkuminen muistipotilaan hoitotyössä

Opinnäytetyö 78 sivua, josta liitteitä 22 sivua
Maaliskuu 2013

Muistisairaudet tulevat yleistymään maamme vanhenevan väestön keskuudessa nopeasti ja näin ollen myös muistipotilaiden määrä tulee lisääntymään lähivuosina. Käyttöoireita ilmenee jossain sairauden vaiheessa lähes kaikissa muistisairauksissa. Käyttöoireiden hoidossa on perinteisesti turvauduttu psyykenlääkkeiden käyttöön, mutta nykyisin lääkehoidon rinnalle on nostettu myös psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten musiikkia ja liikkumista. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten psykososiaalisten hoitomuotojen käyttö käytösoireisilla muistipotilailla näkyy hoitotyön suunnitelmissa ja toteutuu yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolla. Tavoitteena oli kehittää käytösoireisten muistipotilaiden hoitotyötä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen yhteistyössä yliopistosairaalan vanhuspsykiatrian osaston kanssa. Aineisto kerättiin muistipotilaiden hoitajille suunnatulla kyselyllä. Tehtävänä oli selvittää, miten psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät hoitotyön suunnitelmissa, miten psykososiaaliset hoitomuodot toteutuvat hoitotyössä ja millaisia kehittämistarpeita ilmenee hoitotyön suunnitelmien laadinnassa ja toteutuksessa.

Hoitajien mukaan psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät hoitotyön suunnitelmissa mainintoina musiikista ja liikkumisesta sekä muista psykososiaalisista hoitomuodoista, kuten luovasta toiminnasta, muistelusta sekä läsnäolosta ja keskustelusta. Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutukseen vaikuttaa laadittu viikko-ohjelma, hoitajan ammatillinen osaaminen, tilannetekijät sekä hoitotyön kirjaukset. Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutuksesta hoitotyön suunnitelmien pohjalta on sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Parhaimmillaan hoitotyön suunnitelma ohjaa laadukkaaseen hoitoprosessiin. Haasteena on toteutuksen eroaminen suunnitelmasta ja ajanpuute.

Opinnäytetyössä saatujen vastausten perusteella hoitotyön suunnitelmien laadinnan ja toteutuksen kehittämiskeinoina nähtiin lisäresurssit, osaamisen vahvistaminen ja yhteisten toimintatapojen luominen. Opinnäytetyön tulokset käytösoireisille muistipotilaille soveltuvista psykososiaalisista hoitomuodoista olivat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Käytösoireisten muistipotilaiden hoitotyötä voisi kehittää lisäämällä potilaiden ja omaisten näkemysten hyödyntämistä hoitotyön suunnitelmien laadinnassa.

Asiasanat: muistisairaudet, käytösoireet, hoitotyön suunnitelma, psykososiaaliset hoitomuodot

ABSTRACT

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

JASMINE NOUTIA & MAARIT PIRINEN:
Music and Movement in Memory Patient Nursing

Bachelor's thesis 78 pages, appendices 22 pages
March 2013

In the future memory disorders are becoming more general in Finland because the number of elderly people is increasing. Because of that, the number of memory patients is also growing. Almost every memory disorder includes behavior problems in some phase of the illness. The traditional way to treat behavioural symptoms is to use psychopharmaceutical drugs. Nowadays also psychosocial methods, such as music and movement, are recommended. The purpose of this thesis was to collect information about psychosocial methods. How they are taken into account in nursing care plans and are carried through in psychiatric wards for the elderly. The objective was to develop the nursing of memory patients who have behavioural symptoms.

This thesis was carried out in cooperation with a psychiatric ward for the elderly in university hospital. The data were collected from eight nurses and analyzed using qualitative content analysis. The aim was to find out how psychosocial methods are taken into account in nursing care plans, how psychosocial methods are carried through in nursing and what kind of development needs there are in the drawing up and carrying through of nursing care plans.

According to the nurses psychosocial methods appear in nursing care plans as mentions about music, movement and other psychosocial methods such as creative action, remembering, presence and conversation. The things that have an influence how psychosocial methods are carried through are: weekly program, nurses' professional know-how, situation factors and documentation of nursing work. There were good and bad experiences about carrying through psychosocial methods on basis of nursing care plans. In the best cases, the nursing care plan led to a good quality nursing process. Shortage of time and differences between practice and plans were problematic.

According to the results, the means to develop nursing are getting more resources, strengthening know-how and creating coherent practices. The results concerning psychosocial methods which are usable to memory patients and behavior problems are quite similar to what has been concluded in earlier studies. Nursing care of memory patients with behavioural symptoms can be developed by taking note of the patients' and their relatives' side of the story when nursing care plans are drawn up.

Key words: memory disorders, behavioural symptoms, nursing care plan, psychosocial methods

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
	3.1. Käyttösoireisen muistipotilaan hoitotyö.....	8
	3.2. Käyttösoireet muistisairauksissa.....	9
	3.3. Muistipotilaan hoitotyön suunnitelma.....	14
	3.3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus.....	16
	3.3.2 Kuntoutus osana hoitotyön suunnitelmaa.....	17
	3.4. Käyttösoireiden hoitaminen.....	18
	3.4.1 Käyttösoireiden psykososiaaliset hoitomuodot.....	19
	3.4.2 Musiikki psykososiaalisena hoitomuotona.....	21
	3.4.3 Tutkimuksia musiikin käytöstä.....	22
	3.4.4 Laulaminen.....	24
	3.4.5 Musiikin kuuntelu.....	25
	3.4.6 Liikkuminen psykososiaalisena hoitomuotona.....	27
	3.4.7 Tutkimuksia liikkumisen käytöstä.....	28
	3.4.8 Fyysinen aktivointi.....	29
	3.4.9 Luova liikkuminen.....	31
	3.4.10 Tanssiminen.....	32
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	35
	4.1. Aineiston keruu.....	35
	4.2. Aineiston analyysi.....	36
5	TULOKSET.....	39
	5.1. Muistipotilaan hoitotyö osastolla.....	39
	5.2. Hoitotyön suunnitelmien laadinta.....	40
	5.3. Hoitomuodot.....	40
	5.4. Toteutukseen vaikuttavat tekijät.....	41
	5.5. Hoitoprosessin laadukkuus.....	42
	5.6. Kehittämiskeinoja.....	43
6	POHDINTA.....	45
	6.1. Tulosten tarkastelu.....	45
	6.2. Eettiset kysymykset.....	47
	6.3. Luotettavuus.....	48
	6.4. Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET.....	57

Liite 1. Kyselylomakkeen tiedote ja suostumus	57
Liite 2. Kyselylomake muistipotilaiden hoitajille	59
Liite 3. Aineiston analyysin eteneminen	63
Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.....	67

1 JOHDANTO

Muistipotilaita on Suomessa paljon, yli 65-vuotiaista 8,1 % sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Vuonna 2010 Suomessa sairasti vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta noin 89 000 ja lievää muistisairautta noin 100 000 ihmistä. Muistisairaudet liittyvät selvästi korkeaan ikään, ja näin ollen muistipotilaiden määrä tulee kasvamaan entisestään väestörakenteen muuttuessa ja vanhusten määrän lisääntyessä. (Viramo & Sulkava 2010, 28–30.) Käyttöoireet ovat osa muistisairauksia ja niiden hoito kuuluu muistipotilaan hoitotyöhön. Vuosien kuluessa käyttöoireiden hoitoon on liitetty lääkeshoidon lisäksi erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja. (Koponen & Saarela 2010, 485–486.) Näillä lääkkeettömillä, psykososiaalisilla hoitomuodoilla on jonkin verran saatu lisättyä muistipotilaiden itsenäistä suoriutumista ja onnistuttu parantamaan heidän elämänlaatuaan (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 556).

Opinnäytetyön aihe syntyi työelämän tarpeen pohjalta. Muistipotilaan hoitotyötä käsittelevä aihe on sairaanhoitajan työn kannalta ajankohtainen, koska muistipotilaita tulee vastaan kaikilla hoitotyönkentillä. Nykyisin erityisesti psykoosilääkkeiden käyttöön muistipotilaiden käyttöoireiden hoidossa suhtaudutaan hyvin kriittisesti (Alanen & Leinonen 2012). Kaikkien muistipotilaita hoitavien onkin tärkeää osata ehdottaa käyttöoireiden lääkeshoidon rinnalle myös lääkkeettömiä hoitomuotoja, kuten musiikkia ja liikkumista (Koponen 2011). Opinnäytetyöllä halutaan tuoda esiin psykososiaalisten hoitomuotojen käyttömahdollisuuksia. Tavoitteena on kehittää käyttöoireisten muistipotilaiden hoitotyötä.

Vanhuspsykiatrian osastolla suoritetulla kyselyllä pyrittiin selvittämään, miten psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät osaston muistipotilaiden hoitotyön suunnitelmissa ja päivittäisessä hoitotyössä. Kyselyssä myös pyydettiin hoitajia nostamaan esiin hoitotyön suunnitelmien laadinnan ja toteutuksen kehittämistarpeita. Työssä käytetään kaikista muistisairaista käsitettä muistipotilas. Psykososiaalisista hoitomuodoista käsitellään pääasiassa musiikkia ja liikkumista, koska erityisesti niitä käytettiin kyselyn kohteena olleella osastolla. Hoitotyön suunnitelmien tarkastelu ja yksilövastuinen hoitotyö on rajattu vain muistipotilaita koskevaksi.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, miten psykososiaalisten hoitomuotojen käyttö käytösoireisilla muistipotilailla näkyy hoitotyön suunnitelmissa ja toteutuu yliopistolaisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolla.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää

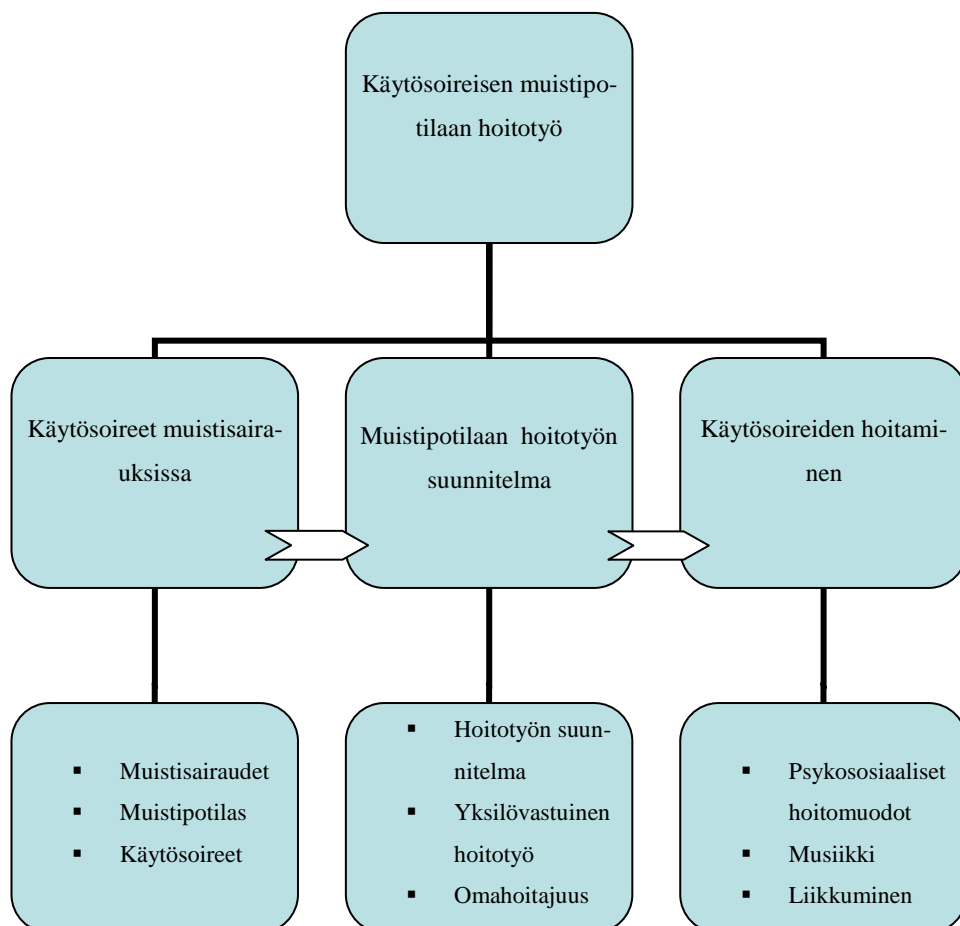
1. Miten psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät hoitotyön suunnitelmissa?
2. Miten psykososiaaliset hoitomuodot toteutuvat hoitotyössä?
3. Millaisia kehittämistarpeita ilmenee hoitotyön suunnitelmien laadinnassa ja toteutuksessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää käytösoireisten muistipotilaiden hoitotyötä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1. Käyttösoireisen muistipotilaan hoitotyö

Tässä työssä käyttösoireisen muistipotilaan hoitotyötä (kuvio 1) lähestytään perehtymällä muistisairauksiin liittyviin käyttösoireisiin, muistipotilaan hoitotyön suunnitelmaan sekä käyttösoireiden hoitamiseen psykososiaalisten hoitomuotojen, erityisesti musiikin käytön ja liikkumisen, avulla. Kuviosta voi nähdä työn keskeiset käsitteet, joita ovat muistisairaudet, muistipotilas, käyttösoireet, hoitotyön suunnitelma, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus, psykososiaaliset hoitomuodot sekä musiikki ja liikkuminen.



KUVIO 1. Käyttösoireisen muistipotilaan hoitotyö

3.2. Käyttöoireet muistisairauksissa

Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 4). Tavallisimpiin muistisairauksiin kuuluvat Alzheimerin tauti, vaskulaariset kognitiiviset heikentymät, Lewyn kappale-tauti ja otsa-ohimolohkorappeumat. Harvinaisempia muistisairauden syitä ovat post-traumaattinen dementia ja alkoholin, lääkkeiden tai muiden päihteiden aiheuttama dementia. (Viramo & Sulkava 2010, 28, 31–32.)

Muistipotilas-käsitettä käytetään usein synonyyminä muistisairas-käsitteen kanssa. Muistipotilas on yleensä iäkäs potilas, jolla on muistioireita. Muistisairaus voi olla diagnosoitu tai vielä diagnosoimaton. Muistipotilaalla voi olla muistisairauden lisäksi myös muita sairauksia. (Suhonen ym. 2008; Viramo & Strandberg 2010, 498.)

Käyttöoireiksi kutsutaan kaikkiin muistisairauksiin liittyviä, useimmiten haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia (Vataja 2010, 91–95). Käyttöoireiden taustalta voi löytyä useita erilaisia syitä. Ensisijaisesti käyttöoireiden taustalla on yleensä potilaan sairastama muistisairaus ja sen vaikeusaste. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2001, 14.) Haitallisia käyttöoireita esiintyy jossain sairauden vaiheessa 90 %:lla muistisairaista (Vataja 2010, 91–95).

Käyttöoireiden ilmeneminen hieman vaihtelee sen mukaan, mikä muistisairaus on kyseessä. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa psykologiset oireet, kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat tavallisia. Muut käyttäytymisen oireet lisääntyvät taudin edetessä. Lewyn kappale -taudissa tavallisia oireita ovat yksityiskohtaiset näköharhat ja harhaluulot sekä aggressiivisuus. Otsa-ohimolohkorappeumaan taas kuuluvat varhaiset persoonallisuuden muutokset ja sairaudentunnottomuus, empatiakyvyn ja sosiaalisten taitojen menetys, pakko-oireet ja sopimaton leikkimielisyys. (Sulkava ym. 2001, 14.)

Muita käyttöoireiden kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä muistisairauden lisäksi ovat potilaan peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila ja lääketys haittavaikutuksineen, fyysinen hoitoympäristö ja muistisairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät. Persoonallisuuden piirteiden vaikutuksesta käyttöoireiden kehittymiseen tiedetään hyvin vähän. On kuitenkin näyttöä siitä, että potilailla, joiden peruspersoonallisuuteen kuuluu aggressiivisia tai dominoivia piirteitä tai epäluuloisuutta, on muita to-

dennäköisemmin käytösoireita. Käytösoireiden kehittymisen syynä voi olla myös omaisen tai hoitajan ahdistuneisuuden, masentuneisuuden tai uupumisen heijastuminen potilaaseen. (Vataja 2010, 91, 96.)

Suontaka-Jamalaisen (2011) mukaan vanhuspsykiatriselle osastolle hoitointerventioon tullessa yleisimpiä käytösoireita olivat apatia ja välinpitämättömyys, masentuneisuus ja alakuloisuus, levottomuus ja aggressiivisuus sekä harhaluulot. Muina usein esiintyvinä käytösoireina ilmeni ärtyvyyttä ja mielialan vaihtelua sekä ahdistuneisuutta. Harvemmin esiintyviä käytösoireita olivat aistiharhat, poikkeava motorinen käyttäytyminen, estottomuus ja kohonnut mieliala. Apatia ja välinpitämättömyys, masentuneisuus ja alakuloisuus, levottomuus ja aggressiivisuus sekä harhaluulot vähenivät merkittävästi hoidon aikana. Hoidon päättyessä levottomuutta ilmeni kuitenkin usealla potilaalla edelleen. Käytösoireiden vähenemisessä ja paranemisessa oli eroja potilaiden muistisairauden vaikeusasteen mukaisesti. (Suontaka-Jamalainen 2011, 25–30, 49.)

Käytösoireet voivat olla lyhytaikainen tai pitkäaikainen ongelma muistipotilaan elämässä (Koponen 2011). Ne voivat johtaa muistipotilaan laitoshoidon joutumiseen ja ne altistavat loukkaantumisille sekä oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksille (Vataja 2010, 91–92). Tavallisimpia käytösoireita ovat masentuneisuus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, univalverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet (Vataja 2010, 91–95).

Masentuneisuus

Masentuneisuus on muistipotilaalla hyvin tavallinen oire. Masentuneisuuden esiintyminen vaihtelee muistisairauden mukaan. Keskimäärin vaikeaa masennusta esiintyy noin 5–15 %:lla ja lievää noin 25 %:lla muistipotilaista. Yksittäisiä masennusoireita on noin puolilla potilaista. (Koponen 2011.) Alzheimerin tautia sairastavista 20–50 %:lla on vakava masennus (Vataja 2010, 92). Masentuneisuutta havaitaan useimmiten muistisairauden lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa kun kognitiiviset oireet ovat vielä lieviä. Silloin masentuneisuus voi olla reaktio potilaan kokemaan kykyjen heikkenemiseen tai seurausta välittäjäaineiden keskinäisessä tasapainossa tapahtuvista muutoksista. (Koponen 2011.) Masentuneisuus ei kuitenkaan liity vain taudin alkuvaiheeseen, koska vakava masennustila voi olla jopa yleisempi muistisairauden vaikeassa kuin lievässä vaiheessa (Vataja 2010, 92).

Muistisairauksiin liittyvät masennusoireet ovat muihin käytösoireisiin verrattuna lyhytkestoisempia ja kestävät yleensä pisimmillään vain muutamia kuukausia (Koponen 2011). Tyypillisiä muistipotilaan masentuneisuuteen liittyviä piirteitä ovat surullinen tai ahdistunut ilme ja itkuisuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus, levottomuus, motoriikan hidastuminen, psyykkisen energian vähyys, mielenkiinnon väheneminen ympäristöä ja ihmisiä kohtaan, epämääräiset somaattiset vaivat ja huolet, laihtuminen ja ruokahaluttomuus. Ulkoiset tapahtumat eivät usein vaikuta mielialaan ja oireet ovat pahempia aamuisin. (Vataja 2010, 92.)

Apatia

Apatiaa esiintyy muistipotilaista noin yhdellä kolmesta. Päivittäisistä toiminnoista selviämiseen liittyviä aloitteellisuusongelmia on kuitenkin jossain vaiheessa jopa 80 %:lla (Koponen 2011). Apatia on melko huonosti tunnettu käytösoire. Sillä tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatiasta kärsivien muistipotilaiden olemus on syvän passiivinen ja aloittekyvytön sekä psykomotorisesti hidastunut. Apatian äärimmäisessä muodossa potilaat eivät juurikaan liiku spontaanisti tai puhu ja he tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa. (Vataja 2010, 93.)

Apatiasta kärsivä muistipotilas kaipaa usein onnistumisen ja mielihyvän kokemuksia. Hän kaipaa sitä, että hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan ottamalla hänen sanalliset ja sanattomat viestinsä huomioon sekä tiedostamalla hänen reviiirinsä olemassaolo. Kanssakäymisen tulisi olla hienotunteista ja muistipotilas tulisi pyrkiä ottamaan mukaan päätöksentekoon. Apatiasta huolimatta myönteisiä kokemuksia tulisi pyrkiä saamaan aikaiseksi vaikka muistelun, musiikin, vanhojen valokuvien katselun tai lemmikkieläimien avulla. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124.)

Levottomuus

Levottomuus on psykoosioireiden ohella yksi tavallisimmista muistisairauksien myöhäisvaiheen oireista. Levottomuudella tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Aggressiivisen käyttäytymisen riskitekijöitä ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen muistisairauden alkamisikä. Levottomuutta esiintyy noin 50–60 %:lla muistipotilaista (Koponen 2011). Levottomuusoireet ovat Alzheimerin taudin alkuvaiheessa melko harvinaisia, mutta ne lisääntyvät taudin edetessä. Tyypillisiä levottomuusoireita ovat

lyöminen, raapiminen, potkiminen, tarttuminen, esineiden särkeminen, paiskominen, keräily, piilottaminen, huutaminen, kiroilu, stereotyyppinen ääntely, vaeltaminen, hoitajan varjostaminen, karkailu, tunkeutuminen ja katastrofireaktio. Levottomuusoireet ovat usein pitkäkestoisia. (Vataja 2010, 93–94.)

Katastrofireaktio on tilanne, jonka muistipotilaan hoitaja näkee erilaisissa arjen tilanteissa, kuten potilasta koskiessa tai pukemisessa ja peseytymisessä avustaessa. Katastrofireaktiossa muistipotilas reagoi äkillisellä levottomuusoireistolla, tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtauksella, kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. (Vataja 2010, 93–94.) Reaktion taustalla saattaa olla tilanteen hallitsemattomuus, siinä koettu pelko, turhautuminen tai nöyryytys. Altistavia tekijöitä ovat myös ympäristön meluisuus ja valaistuksen riittämättömyys. (Sulkava ym. 2001, 30–31.)

Ahdistuneisuus

Ahdistuneisuutta ilmenee jossain sairauden vaiheessa noin 40–50 %:lla muistipotilaista. Tavallisimmin ahdistuneisuutta ilmenee muistisairauden lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa. (Koponen 2011.) Ahdistuneisuusoireet ovat neljä kertaa yleisempiä muistipotilailla kuin samanikäisillä muistisairautta sairastamattomilla henkilöillä. Ahdistuneisuus on yleensä yleistynyttä ahdistusta, joka ei liity erityisiin tilanteisiin. Kuitenkin on huomattu muistipotilaiden kokevan ahdistusta tyypillisesti odottelutilanteissa. Ahdistuneisuuteen liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo. Muistipotilailla voi olla myös paniikkihäiriön kaltaisia ahdistuneisuuspuuskia, jotka ilmenevät ilman selkeää syytä. Ahdistuneisuus on myös usein mukana levottomuus-, masennus- ja psykoosioireissa. (Vataja 2010, 94.)

Psykoottiset oireet

Aistiharjoja ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25–50 %:lla muistipotilaista (Koponen 2011). Psykoottiset oireet ovat tavallisia muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa rappeutuneet aivot eivät niitä kuitenkaan pysty tuottamaan. Psykoottiset oireet esiintyvät usein jaksoina. (Vataja 2010, 94.) Tehokasta käytösoireiden lääkkeetöntä hoitoa on heikentyneiden aistien korjaaminen, koska heikosta kuulosta tai näöstä kärsivillä muistipotilailla on enemmän näkö- ja kuuloharjoja. Varhaisessa vaiheessa ilmaantuvat näköharhat ovat myös yksi Lewyn kappale -taudin diagnostisista kriteereistä. Harhaluulot muistipotilailla liittyvät usein

tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen liittyviin ajatuksiin. Varastamisharhaluulon syntymistä edistää se, että muistipotilas hukkaa tavaroitaan. (Vataja 2010, 94.) Harhaluulot voivat myös kohdistua haamuasukkaan aiheuttamaan häiriöön tai ulkopuolisten uhkien kohteeksi joutumiseen (Koponen 2011).

Persoonallisuuden muutokset

Persoonallisuus ei useinkaan oleellisesti muutu muistisairauksissa vaan kysymys on lähinnä käyttäytymismallin muuttumisesta. Opitut käyttäytymismallit murtuvat ja muistipotilas ei pysty kontrolloidusti ilmaisemaan tunteitaan. Muistipotilaat pyrkivät käyttäytymään sosiaalisissa tilanteissa sopivalla tavalla, vaikka vajavainen toimintakyky tuokin siihen tiettyjä rajoitteita. (Sulkava ym. 2001, 38.) Poikkeuksena on otsaohimolohkorappeuma, jossa impulssikontrolli toisinaan heikentyy. Tämä voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena, kiusallisena estottomuutena, epäsiisteytenä ja rivona käyttäytymisenä. Muistisairauden edetessä jotkut persoonallisuuden piirteet, kuten saiuus, mustasukkaisuus tai pelokkuus, voivat korostua. Toisinaan ilmenee myös aivan uusia piirteitä ja pahansisäinen voi muuttua kiltiksi tai toisin päin. Uutena piirteenä voi ilmetä myös ahmimista ja lihomista. (Vataja 2010, 94–95.)

Univalverytmin häiriöt

Univalverytmin häiriöt ovat tavallisia kaikissa muistisairauksien vaikeusasteissa (Sulkava ym. 2001, 48). Muistipotilaat viettävät vuoteessa tyypillisesti paljon aikaa, mutta unen laatu on heikentynyt ja yöllisiä heräämisiä on paljon. Muistipotilaat nukkuvat usein päiväsaikaan ja eivät itse välttämättä kärsi unen puutteesta tai vuorokausirytmien muuttumisesta. Heidän omaishoitajalle aiheuttama univaje voi kuitenkin helposti johtaa muistipotilaan laitoshoitoon joutumiseen omaisen uupuessa. (Vataja 2010, 95.)

Univalverytmin häiriöiden taustalla on tavallisesti muita käytösoireita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta tai levottomuutta. Masentuneisuus aiheuttaa tyypillisesti aamuöisiä heräämisiä ja ahdistuneisuus voi lisätä nukahtamiseen kuluva aikaa (Suhonen ym. 2001, 48). Unihäiriöiden taustalla voi olla myös somaattisia sairauksia, kuten levottomat jalat, kivut tai sydämen vajaatoiminta. Muistipotilaan käyttämä lääkitys voi olla taustalla vaikuttamassa unihäiriöihin. Jopa unilääkitys voi pahentaa ongelmaa, jos lyhytvaikutteiset unilääkkeet johtavat aamuyön heräämiseen tai liian pitkävaikutteiset unilääkkeet vaikuttavat vielä päivälläkin. (Vataja 2010, 95.)

Auringonlaskuilmioiksi kutsutaan ilmiötä, jossa muistipotilaan käytösoireet lisääntyvät tai ovat vaikeimmillaan pimeään vuorokaudenaikaan (Vataja 2010, 95). Syitä auringonlaskuilmioon on useita. Muistipotilaan väsyessä käyttäytymisen säätely saattaa pettää. Toisaalta myös omaisen tai hoitajan väsyminen johtaa vähemmän harkittuun reagointiin käytösoireiden ilmaantuessa, mikä taas lisää käytösoireita entisestään. Lisäksi vielä valon väheneminen ja kontrastien heikkeneminen altistaa muistipotilaan virhetulkinnolle ja aistiharhoille, mikä puolestaan lisää rauhattomuutta ja sekavuutta. (Sulkava ym. 2001, 44.)

Seksuaaliset käytösoireet

Noin joka neljännellä kotonaan asuvalla muistipotilaalla on sairastumisen jälkeenkin tyydyttävä sukupuoliuhde puolisonsa kanssa. Seksuaalisia käytösoireita esiintyy noin 20 %:lla muistipotilaista (Sulkava ym. 2001, 42). Puolisot mieltävät muistisairauteen liittyvän sukupuolisen mielenkiinnon häviämisen joskus käytösoireeksi. Varsinaisena seksuaalisena käytösoireena kuitenkin pidetään usein hyperseksuaalisuutta, joka ilmenee häiritsevänä kosketteluna, julkisena masturbointina tai seksuaalisena ehdotteluna. Jotkin oireet, kuten kyvyttömyys pukeutua tai hoitajan luuleminen vaimoksi, saatetaan virheellisesti tulkita hyperseksuaalisuudeksi. (Vataja 2010, 95.)

Sukupuolisuus, eli naisena ja miehenä oleminen, ei katoa, vaan säilyy ihmisessä syntymästä kuolemaan. Tätä voimavaraa ja jäljelle jäävää tervettä ominaisuutta olisi syytä tukea. (Sulkava ym. 2001, 42.) Useimmat nykypäivän vanhukset mieltävät sukupuoli-roolit vielä perinteiseen tapaan. Heidän nuoruudessaan naisten ja miesten työt oli eroteltu selkeästi ja mies oli usein perheenpää. (Jalonen 2001, 52.) Tämän tiedon pohjalta voidaan ajatella itsemääräämisoikeuden tukemisen ja selkeän arvostavan suhtautumisen vahvistavan miesten sukupuolisuuden kokemusta. Myös seisaaltaan virtsaaminen tai miesten juttujen puhuminen voi olla miehille tärkeää. Naispotilaiden naiseutta voidaan tukea huolehtimalla ulkonäöstä, tukemalla osallistumista keittiötöihin tai puhumalla äideille äitiyteen liittyvistä asioista. (Sulkava ym. 2001, 42.)

3.3. Muistipotilaan hoitotyön suunnitelma

Hoitotyön suunnitelma on osa potilaan hoitosuunnitelmaa, eli sitä potilasasiakirjojen kokonaisuutta, johon eri ammattihenkilöt ovat kirjanneet potilaan hoitoon liittyviä asioi-

ta. Laitoshoidossa puhutaan yleensä synonyyminä hoitotyön suunnitelmista tai hoitosuunnitelmista. Hoito- ja palvelusuunnitelma käsitettä taas käytetään erityisesti kotihoitossa. Hoitosuunnitelmien laatimista määrittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö. Monesti muistisairaiden hoidossa työskennellään yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Tällöin omahoitaja on muistipotilaan hoidon koordinoija ja hoitotyön suunnitelma on hänen työvälineensä. Hoitotyön suunnitelman avulla omahoitaja siirtää tietoa korvaavalle hoitajalle ja turvaa hoidon jatkuvuuden. (Rautsila 2006, 94–95.)

Muistisairausdiagnoosin jälkeen jokaiselle muistipotilaalle tulisi laatia realistinen ja ennakoiva hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma tulisi tarkistaa säännöllisesti, noin 6–12 kuukauden välein ja aina potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Suunnitelman sisältönä pitäisi olla hyvän hoidon elementit, asianmukainen lääketieteellinen hoito, soveltuva kuntoutus, tarvittavat tukitoimenpiteet sekä säännöllinen ja suunnitelmallinen seuranta ja tuki. Tavoitteena on ennakoida muutoksia, hallita riskejä ja ylläpitää elämänlaatua. (Suhonen ym. 2008, 14.) Keskeisenä sisältönä muistipotilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman seurannassa ja arvioinnissa on lääkehoidon tarkistus, oheissairauksien hoito, yksilöllisesti räätälöidyt palvelut, käytösoireiden hoito, ajoterveyden ja -turvallisuuden arvio, kuntoutus- ja muistiapuvälinearvio, ravitsemustilan arvio, sosiaalietuuksien päivitys, edunvalvonta, hoitotahto, ohjaus ja neuvonta, omaisten kuuleminen ja tukeminen, seuraavan kontrolliajan sopiminen ja ensisijaisen hoitoyksikön yhteystietojen päivitys (Suhonen ym. 2010, 543).

Omaisten näkemysten kuuleminen hoitosuunnitelmia laadittaessa toteutuu helpoiten hoitoneuvottelujen avulla. Terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla Järvenpäässä on saatu hyviä kokemuksia muistipotilaiden omaisten kanssa järjestetyistä hoitoneuvotteluista. Hoitoneuvottelut on järjestetty yleensä parin viikon kuluttua muistipotilaan osastolle saapumisesta. Niissä on mukana yleensä omahoitaja, sairaanhoitaja, mahdollisuuksien mukaan apulaisosastonhoitaja sekä omainen. Vaikeasti muistisairaiden potilaiden mukaan ottaminen ei kuitenkaan ole ollut mahdollista. Omaisten asiantuntijuuden avulla muistipotilaat tulevat kuulluiksi ja hoitajat saavat tietoa heidän elämänsä historiastaan. (Palomäki 2004.)

3.3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Yksilövastuisen hoitotyön käsitteen merkitys on sidoksissa aina käytettyyn asiayhteyteen. Sillä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan hoitosuhteessa tapahtuvaa yhteistyötä. Viitattaessa taustalla olevaan hoitotyön toimintafilosofiaan, yksilövastuinen hoitotyö korostaa hoidon laatuvaatimuksia ja periaatteita (Virtanen 2002, 10, 24, 27). Tavoitteena on kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja tavoitteellinen toiminta potilaan hyväksi. Laatu varmistetaan potilaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 27.) Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita ovat asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, koordinointi, kattavuus, itsenäisyys, vastuullisuus ja jatkuvuus (Rautsila 2006, 94–95).

Eräänlaisena työnjakomallina nähtynä yksilövastuinen hoitotyö käsittää omahoitajan tehtäviksi sovitut työalueet ja se voidaan käsittää vastakohtana tehtäväkeskeiselle työnjakomallille. (Virtanen 2002, 10, 24, 27.) Yksilövastuista hoitotyötä voidaan toteuttaa myös ryhmä- ja tiimityönä. Tiimityössä vastataan esimerkiksi kahden huoneen potilaista yhdessä tiiminä. Jokainen on vastuussa omien töidensä lisäksi myös muun tiimin toiminnasta. Toimiessaan tiimityö ehkäisee hoitajien uupumista, kun hoitajien ei tarvitse aivan yksin vastata potilaistaan vaan he saavat tukea omille ratkaisuilleen muilta tiimin jäseniltä. (Laaksonen ym. 2012, 27.)

Omahoitajuus käsite liittyy kiinteästi yksilövastuiseen hoitotyöhön. Omahoitajuuden perusajatus on, että yksittäisen potilaan hoitotyö on koko ajan saman hoitajan valvonnassa sairaalaan saapumisesta kotiin pääsyyn saakka. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että yksi hoitaja kirjaimellisesti hoitaisi potilasta kellon ympäri tai olisi jatkuvasti saatavilla. Korvaavat hoitajat vastaavat omahoitajalle hoitotyön suunnitelman toteutuksesta ja tekevät suunnitelmaan tarvittaessa muutoksia olosuhteiden muuttuessa. (Hegyvary 1991, 17–18.)

Omahoitaja työskentelee tiiviisti potilaan, tämän perheen ja muun henkilökunnan kanssa. Hän asettaa tavoitteita hoidolle itsenäisesti ja yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Omahoitaja laatii yhdessä potilaan ja mahdollisesti myös tämän omaisten kanssa hoitosuunnitelman, jota ryhtyy toteuttamaan. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu hoitajan ja potilaan yhteinen päätöksenteko, mutta potilaan mahdolliset päätök-

sentekokykyyn vaikuttavat sairaudet tulee huomioida. Vaikeasti muistisairaana potilaan valintojen tekijänä voi olla myös omainen. (Laaksonen ym. 2012, 25, 27–28.)

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Muisti ja kuntoutus -projekti 2003–2005 vahvisti projektiyksiköissä päätavoitteen lisäksi myös omahoitajuutta. Päätavoitteena oli kuntouttavan dementiahoidon toimintamallien luominen. Projektiyksiköissä omahoitajan vastuulla oli huolehtia omien hoidettaviensa voimavarakartoituksesta ja kuntoutussuunnitelmasta. Tällä vastuulla huolehdittiin siitä, että kaikille asukkaille tuli kartoitukset sekä suunnitelmat tehtyä ja vastuu jakautui tasaisesti kaikille työntekijöille. Projektiyksiköissä kuntoutus oli kaikkien työntekijöiden vastuulla, vaikka omahoitaja vastasi suunnitelman laadinnasta. (Korte 2005, 5, 45–46.)

3.3.2 Kuntoutus osana hoitotyön suunnitelmaa

Perinteisesti kuntoutukseksi määritellään sellaiset toimenpiteet, joiden avulla vähennetään toiminnanvajavuutta ja siitä aiheuttavia haittoja. Kuntoutus on prosessi, jossa parannetaan sairastuneen mahdollisuuksia osallistua ja elää sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Prosessi vaatii yksilöllistä ja oikea-aikaista tukea ja apua. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot vaihtelevat muistisairauden vaiheen mukaan. (Pirttilä 2006, 11–13.) Fyysisen toimintakyvyn lisäksi kuntoutuksessa tulisi huomioida myös yksilön elämänlaatu, psyykinen toimintakyky ja sosiaalinen selviytyminen (Lönroos 2008, 279).

Geriatriseen arviointiin ja kuntoutukseen kuuluu laaja-alainen tilanearvio, toimintakyvyn mittaaminen, sairauksien diagnostiikka ja hoito sekä erilaiset terapiat. Myös apuvälineiden tarpeen arviointi, ympäristön muutostyöt, vertaistuki, ohjaus, neuvonta ja sopeutumisvalmennus kuuluvat geriatriseen kuntoutusprosessiin. Kuntoutusprosessin suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen perustuvat geriatriseen arviointiin. (Lönroos 2008, 284, 287.) Geriatriinen arviointi on potilaan terveydentilan, sairauksien, hoidon, palvelujen ja asuinympäristön sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn selvittämistä. Toimintakyvyn tutkimiseen käytetään haastattelua, kyselylomakkeita, mittauksia ja havainnointia. Hoitoneuvottelut kuuluvat arviointiprosessiin. (Karppi & Nuotio 2008, 16.)

Lievässä muistisairauden vaiheessa tavoitteena voi olla toimintakyvyn ylläpitäminen, taitojen ja jäljellä olevan toimintakyvyn ja erityisesti parhaiten säilyneiden kykyalueiden harjaannuttaminen. Keskivaikeassa muistisairauden vaiheessa tavoitteena on järjestää yksilöllistä jäljellä olevaa toimintakykyä ylläpitävää ja tukevaa toimintaa. Kuntouttavaa työtteen käyttö on tärkeää. Vaikeassa muistisairauden vaiheessa voidaan kuntoutuksellisella toiminnalla tukea potilaan vuorovaikutustaitojen säilymistä ja liikuntakykyä sekä ehkäistä esimerkiksi kaatumisista seuraavia lonkkamurtumia. (Pirttilä 2006, 13.)

Nykyisin kuntoutusta hyödynnetään muistipotilaiden hoidossa aika vähän. Tiedossa on, että erilaisten tukimuotojen ja osaamisen yhdistämisellä saadaan parhaita tuloksia (Suhonen 2010, 545). Virikkeellisestä toiminnasta näyttää olevan hyötyä vielä muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa. Se parantaa suorituskkyä, mielialaa, vähentää käytösoireita ja parantaa elämänlaatua. Samoin aktiivisesta liikunnasta, sen muodosta riippumatta, näyttää olevan hyötyä henkisen suorituskkyvyn, kommunikaatiokkyvyn, mielialan ja toimintakkyvyn parantajana kaikissa muistisairauden vaiheissa. (Suhonen ym. 2008, 14; Suhonen 2010, 545.)

3.4. Käytösoireiden hoitaminen

Yleisenä sääntönä voidaan pitää, että käytösoireita pitää hoitaa, kun niistä on potilaalle haittaa tai omaiset eivät niiden vuoksi jaksakaan hoitaa muistipotilasta. Käytösoireita voidaan helpottaa lääkkeettömällä hoidolla, lääkehoidolla ja hoitoympäristöön vaikuttamalla. Lääkkeetön hoito on ensisijainen hoitomuoto useimpien käytösoireiden kohdalla (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 22). Hoitolinja tulisi valita käytösoireen ja sen syyn pohjalta sekä selvittää liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan ja onko sillä yhteyttä ympäristöön tai vuorovaikutuksen vaikeuksiin. (Koponen & Saarela 2010, 485.)

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan aina ensisijaisesti sitä, että muistipotilaiden tarpeista huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään (Koponen & Saarela 2010, 485–486; Koponen 2011). Muistipotilaille, kuten yleensä kaikille ihmisille, keskeisiä tarpeita ovat mielekäs tekeminen, mieluisa sosiaalinen kanssakäyminen ja kivuttomuus. Jos näitä

tarpeita ei huomioida, seurauksena voi olla käytösoireiden pahenemista tai uusien käytösoireiden ilmaantumisesta. (Koponen 2011.)

Muistipotilaiden käytösoireiden hoidossa käytetään edelleen myös lääkehoitoa, mutta sen ei tulisi koskaan olla ainoa hoitomuoto. Käytösoireissa tapahtuvien muutosten vuoksi lääkehoidon tarpeellisuutta tulee arvioida 3–6 kuukauden välein. (Koponen 2011.) Käytösoireiden lääkehoitoon käytetään ensisijaisesti muistisairauslääkkeitä, aseptyylikoliiniesteraasin estäjiä tai memantiinia. Psykykenlääkkeet saattavat kuitenkin tilapäisesti olla tarpeen masennusoireiden sekä vaikeimpien levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 17, 22.)

Hoidon ja hoitoympäristön avulla voidaan tukea muistipotilaiden jäljellä olevaa toimintakykyä. Joissain tapauksissa käytösoireiden hoidoksi saattaa riittää arkisiin toimintoihin liittyvä ohjaus ja käytösoireiden ilmaantumisen ennakointi. (Koponen & Saarela 2010, 485–486; Koponen 2011.) On havaittu, että pelottavat, loukkaavat ja häkellyttävät tilanteet esimerkiksi peseytymisen yhteydessä saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen (Koponen & Saarela 2010, 486).

Joissain tutkimuksissa on huomattu, että muistipotilaat ovat motorisesti ja verbaalisesti rauhallisempia kodinomaisessa ympäristössä kuin perinteisissä laitoksissa. Omat tutut tavarat ja omiin vaatteisiin pukeutuminen sekä tietty asioiden pysyvyys saattaa ehkäistä sekavaa touhuamista. Oleellista on havainnoida yksilöllisesti jokaisen muistipotilaan kohdalla, mitä ympäristö hänelle merkitsee. (Koponen & Saarela 2010, 490; Koponen 2011.) Hoitoympäristössä tulisi olla sopivasti virikkeitä, ei liikaa tai liian vähän (Koponen & Saarela 2010, 490).

3.4.1 Käytösoireiden psykososiaaliset hoitomuodot

Psykososiaaliset hoitomuodot ovat osa muistipotilaiden käytösoireiden lääkkeetöntä hoitoa. Lääkkeettömän hoidon käsitettä käytetään myös synonyyminä psykososiaalisen hoidon käsitteelle (Eloniemi-Sulkava 2008). Psykososiaalisiin hoitomuotoihin voidaan katsoa kuuluvaksi tunne-elämää tukevia ja kognitiivisesti suuntautuneita lähestymistapoja, kuten validaatio, virikkeitä painottavia terapioita sekä käyttäytymisen ja vuorovai-

kutustapojen muokkaamiseen liittyviä terapioiden. (Koponen & Saarela 2010, 486; Koponen 2011.)

Erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten valohoitoa, aromaterapiaa, muistelua, musiikkiterapiaa ja liiketerapiaa ja niiden vaikuttavuutta on tutkittu kerrallaan yhtä hoitomuotoa käyttämällä. Niiden käytöllä on ollut toivottua vaikutusta, mutta tämänhetkiset tulokset eivät kuitenkaan anna perusteluja suositella niistä mitään ainoana hoitomuotona. (Eloniemi-Sulkava 2008.) Muita muistipotilaiden toimintakyvyn säilymiseen positiivisesti vaikuttaneita virikkeitä painottavia toimintaohjelmia, joita on kokeiltu, on monenlainen virkistystoiminta, askartelu, musiikki monessa muodossa sekä tanssi-, taide- ja lemmikkiterapia (Koponen 2011). Psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta käytösoireisiin kaivataan edelleen lisää tutkimustietoa (Koponen & Saarela 2010, 486).

Lemmikkiterapiaa muistipotilaiden hoidossa on kokeiltu Kotkan kaupungin muistipoliiniklinikalla, jossa kokoontuu kerran kuukaudessa pieni ryhmä muistipotilaita ja heidän omaisiaan. Tavoitteena on tarjota muistipotilaille ja heidän omaisilleen hetki tavallista elämää ja iloa ilman paineita. Koira toimii vapauttajana, jonka seurassa uskalletaan osallistua ja olla vuorovaikutuksessa toisten ryhmäläisten kanssa. Kotkan muistipoliiniklinikalla toimivaan ryhmään kutsutaan nimenomaan niitä muistipotilaita, joilla on lieviä käytösoireita ja masennusta. Koira tuo muistipotilaiden mieleen muistoja, tuttuja asioita ja turvallisuutta. Koira silittäessä on mahdollista kokea onnistumisen tunteita ja rakentaa tervettä minäkuvaa. (Stähle 2013.)

Muistipotilaiden hoitajat ovat kertoneet hyödyntävänsä haasteellisissa tilanteissa erilaisia toiminnallisia virikkeitä, kuten laulua, tanssia, vanhojen asioiden muistelua ja ulkoilua. Myös järkevän tekemisen antaminen muistipotilaille koettiin hyväksi. Järkevää tekemistä voi olla esimerkiksi ruuanlaitto, siivoaminen tai pihatyöt. Toiminnallisiin virikkeisiin voitiin liittää myös sosiaalisuuden tukemista. Tästä esimerkkinä oli yhteiset laulu- tai jumppahetket. Toiminnallisista virikkeistä käytetyimmiksi osoittautuivat laulu ja muistelu. (Saarnio & Isola 2010, 329, 332.)

Mähönen (2001, 38–39) on tutkiessaan hoitohenkilökunnan käyttämiä muistipotilaan haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisen menetelmiä kuvannut psykososiaalisiin hoitomenetelmiin rinnastettavissa olevia toimintamuotoja. Muistelu oli usein käytetty menetelmä. Hoitajista 80 % auttoi yleensä vanhuksia osallistumaan tv:n ja videoiden

katseluun sekä hengellisiin tilaisuuksiin. Kaksi kolmasosaa hoitajista laittoi usein musiikkia soimaan, lauloi vanhukselle tai auttoi vanhusta osallistumaan musiikkihetkiin. Yli 30 % vastaajista oli usein auttanut vanhuksia osallistumaan luku- tai runotuokioon tai liikuntaryhmään. Yleistä oli myös vanhuksen mukaan ottaminen päivittäisiin askareisiin. (Mähönen 20012, 38–39.)

Harvemmin käytettyjä tyynnyttäviä hoitotyön menetelmiä olivat Mähösen (2001, 38–39) mukaan pelituokioihin sekä leivonta-, askartelu- ja käsityö- ja tanssiryhmään osallistumiseen auttaminen. Toiminnallisten menetelmien käyttäminen näytti tutkimuksen perusteella olevan yhteydessä vastaajien ikään, työkokemukseen hoitotyössä, saatuun lisäkoulutukseen ja osaston luonteeseen. Vanhemmat työntekijät käyttivät toiminnallisia menetelmiä nuorempia enemmän. Samoin pidempi työkokemus ja lisäkoulutus näyttivät lisäävän toiminnallisten menetelmien käyttöä. (Mähönen 2001, 38–39.)

3.4.2 Musiikki psykososiaalisena hoitomuotona

Musiikki kuuluu virikkeitä painottaviin psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Vaikeastikin muistisairas potilas saattaa reagoida musiikkiin ja kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä. (Koponen & Saarela 2010, 489.) Tieteellisissä tutkimuksissa musiikin käyttö hoitomuotona on saanut tukea erityisesti sairauksissa, jotka liittyvät tunteisiin, tarkkaavaisuuteen, aistitoimintoihin, muistiin, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja liikkeiden hallitsemiseen (Särkämö & Huotilainen 2012).

Musiikki on tärkeä osa elämää kaikissa ihmisen ikävaiheissa. Aikuisiässä ja ikääntyessä musiikki on yhteydessä tunteiden ja minäkuvan käsittelyyn sekä aiempien kokemusten ja muistojen läpikäymiseen. Parhaimmillaan ikäihmisen musiikkiharrastus voi edistää positiivista ikääntymistä, ylläpitää itsetuntoa ja pystyvyyden kokemusta sekä ehkäistä yksinäisyyttä. Musiikin harrastamisella, kuten instrumentin soittamisella ja tanssimisella, on havaittu olevan yhteyttä myös pienentyneeseen muistisairauden riskiin. (Särkämö & Huotilainen 2012.)

Musiikkiterapia on koulutetun musiikkiterapeutin toteuttama hoitomuoto, jossa musiikkia käytetään terapeuttisessa vuorovaikutuksessa. Musiikkiterapian eri muotoihin kuu-

luu musiikin kuuntelu, laulaminen, soittaminen, improvisointi ja laulujen tekeminen. Myös muu hoitohenkilökunta voi käyttää musiikkitoimintoja osana hoitoa ja kuntoutusta, mutta tällöin ei puhuta musiikkiterapiasta. (Särkämö & Huotilainen 2012.) Musiikkiterapian on havaittu auttavan levottomaan käyttäytymiseen. Lisäksi musiikkiterapia lisää potilaiden aktiivista osallistumista, oman kehon hahmottamista ja vähentää levottomuutta käyttäytymistä sekä edistää mielihyvän kokemista ja vuorovaikutusta. (Koponen & Saarela 2010, 489.)

Muistisairauksissa, kuten Alzheimerin taudissa, musiikkiterapiasta saattaa olla hyötyä monin tavoin, mutta systemaattista, luotettavaa tutkimusnäyttöä ei vielä ole riittävästi saatavilla. Musiikkiterapia voi vähentää levottomuutta, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja muita käytösoireita. Jo nyt tiedetään musiikin kuuntelemisen aktivoivan aivojen sensorista muistia, työmuistia sekä episodista ja semanttista säilömuistia. Musiikki voi parantaa muistisuoritusta hetkellisesti myös vaikuttamalla mielialaan ja vireystilaan. Lievässä Alzheimerin taudissa tutun miellyttävän musiikin on havaittu hetkellisesti tehostavan muistipotilaan episodista, omaelämäkerrallista muistia. (Särkämö & Huotilainen 2012.)

3.4.3 Tutkimuksia musiikin käytöstä

Musiikin käytön vaikuttavuudesta tehdään tällä hetkellä hyvin aktiivista tutkimusta useassa eri maassa. Näyttö musiikin käytöstä hoitomuotona on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti ja tietämys musiikin käytön mahdollisuuksista tulee todennäköisesti edelleen nopeasti lisääntymään. Tällä hetkellä musiikin tiedetään olevan hoidon ja kuntoutuksen kannalta hyödyllinen ja monipuolinen ärsyke ja vuorovaikutuksen muoto. (Särkämö & Huotilainen 2012.)

Tutkimusten mukaan musiikki vaikuttaa positiivisesti muistipotilaiden vireystilaan ja mielialaan. Muistipotilailla säilyy usein kyky laulaa ja tunnistaa aiemmin tuttua musiikkia, vaikka muiden kognitiivisten kykyjen heikkeneminen olisi jo ehtinyt pidemmälle. Nuoruusajan musiikki ja koululaulut ovat erityisen suosittuja muistipotilaiden keskuudessa. Musiikki tuo muistipotilaiden mieleen muistoja ja herättää tuttuja mielle yhtymiä, koska musiikilla on vahva yhteys tunnemuistiin. Musiikin avulla voidaan aktivoida muistipotilaita liikkumaan, mikä taas ehkäisee heidän toiminta- ja liikuntakykynsä

heikkenemistä. Tästä hyvä esimerkki on perinteisten tanssien järjestäminen ja pyörä-tuolitanssi. (Rannikko 2010.)

Taiwanilaisen tutkimuksen mukaan useimmilla hoitotyöntekijöistä on positiivinen asenne musiikin käyttöä kohtaan muistisairaiden vanhusten hoidossa. Kuitenkin käytännön työssä musiikkia oli käyttänyt vain 30,6 % tutkimukseen osallistuneista hoitotyöntekijöistä. Suurin osa tutkituista mielsi, että heillä oli suppeat tiedot ja taidot musiikin käyttämisestä. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista myös kertoi, että heiltä puuttui mahdollisuuksia ja aikaa käyttää musiikkia käytännössä. Tutkimuksen avulla huomattiin, että hoitohenkilökunta tarvitsee enemmän koulutusta voidakseen käyttää musiikkia muistisairaiden hoitotyössä. (Sung, Lee, Chang & Smith 2011.)

Suomessa, Helsingin ja Espoon alueella toteutetussa satunnaistetussa kontrolloidussa Muistaakseni laulan -tutkimuksessa, saatiin positiivisia tuloksia musiikin käyttöön liittyen. Tutkimuksessa selvitettiin voidaanko muistisairaiden ja heidän omaistensa ja hoitajiensa yhteisellä, säännöllisellä musiikkitoiminnalla edistää muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua sekä heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvointia ja jaksamista. Tuloksena oli, että säännöllisistä musiikkiaktiiviteeteista saattaa olla pitkäkestoista hyötyä muistisairaiden psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille sekä omaisten jaksamiselle. Tutun musiikin käyttö sekä muistisairaana ja omaisen tai hoitajan välisen vuorovaikutuksen painottaminen vaikuttivat olevan hyödyllisiä menetelmiä. (Särkämö ym. 2011, 9; Saarenheimo 2012.)

Muistaakseni laulan -tutkimuksessa musiikkia käytettiin ryhmätilanteissa kahdella tavalla. Lauluvalmennusryhmässä laulettiin ja kuunneltiin musiikkia tutun, samalla tavalla toistuvan kaavan mukaisesti. Osallistujat saivat itse toivoa, mitä kappaleita lauletaan. Ryhmätilanteessa syntyvällä laulujen ja laulamisen kommentoimisella sekä vuorovaikutuksella oli tärkeä merkitys. Elämänkaarimusiikkiryhmässä kuunneltiin osallistujien toivemusiikkia ja keskusteltiin erilaisista teemoista, kuten nuoruudesta, vuodenaajoista ja lavatansseista sekä siitä, mitä muistoja kappaleet herättivät. Muistisairaiden mieliala ja orientoituminen ympäristöön paranivat molemmissa ryhmissä kontrolliryhmään verrattuna. Lisäksi elämänkaarimusiikkiryhmä kohensi osallistuneiden elämänlaatua ja lauluvalmennusryhmä paransi muistisairaiden kielellistä ja omaelämäkerrallista muistia sekä vähensi omaisten kokemaa psyykkistä kuormittuneisuutta. (Särkämö ym. 2011, 24–25; Saarenheimo 2012.)

3.4.4 Laulaminen

Laulaminen on yksi muistipotilaiden hoidossa paljon käytetty musiikin käyttömuoto. Nykyisin saatavilla on myös ikääntyneille ihmisille suunnattuja ja heidän kulttuuritarpeisiinsa vastaavia laulukirjoja, mikä helpottaa hoitohenkilökunnan lauluhetkien järjestämistä. Helsingiläisessä asumispalvelukeskus Wilhelmiinassa, joka oli mukana myös Muistaakseni laulan -tutkimuksessa, on tehty lauluvihko ja cd-levy, jotka soveltuvat erityisesti muistipotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa käytettäväksi. Wilhelmiinassa laulua käytetään lauluhetkien lisäksi muutenkin apuna hoivatyön arjessa ja hoitotilanteiden helpottamisessa. (Kapiainen 2010.)

Pukeutumis- ja peseytymistilanteissa sekä liikkeelle lähtemisen helpottamisessa Wilhelmiinassa käytetään hoitolaulua. Laulun avulla voidaan kommunikoida asukkaan kanssa silloinkin, kun normaali puhe ei häntä tavoita. Laulu auttaa myös nukkumaan rauhoittumiseen iltaisin. On todettu, että hoitajalta vaaditaan jonkinlaista nuottikorvaa, jotta hän pystyy käyttämään hoitolaulua. Toisaalta vanhukset saattavat itsekin aktivoitua löytämään sanat ja sävelen lauluun, ja näin opettaa ja auttaa hoitajaa. (Kapiainen 2010.)

Ruotsalaisessa hoitokodissa toteutetun tutkimuksen mukaan laulaminen hoitotoimien yhteydessä vaikutti olevan hyödyllinen menetelmä käytösoireisten muistipotilaiden hoidossa. Hoitajan laulaminen tai hoitajan ja potilaan yhdessä laulaminen aamutoimien yhteydessä näytti tuovan muistipotilaalle lisää miellyttäviä kokemuksia aamuihin. Johdinpäätös tehtiin analysoimalla videomateriaalia aamutoimista, joissa ei käytetty ja käytettiin laulamista. Laulaminen vähensi vastustavaa käyttäytymistä ja tarraamista sekä lisäsi tavanomaista valppautta ja positiivisia tuntemuksia, kuten mielihyvää ja iloa. (Hammar ym. 2011.)

Usein ryhmässä on ainakin muutamia henkilöitä, jotka eivät laula lainkaan. Heillä saattaa usein olla taustalla koulussa aikanaan tapahtunut laulamisen nolaaminen tai perheessä on ollut vahva käsitys siitä, että suvussa ei olla musikaalisia. Laulutaidottomaksi itseään kuvaavilla henkilöillä saattaa olla virheellinen käsitys itsestään laulajana. Tutkimuksen mukaan laulutaidottomuus ei ole yksilön pysyvä ominaisuus, vaan laulutaitoa voi kehittää lähtötasosta riippumatta myös aikuisiällä. Muistipotilaiden kohdalla laulutaitoa voi olla enää vaikea kehittää, mutta on hyvä huomioida laulamattomuuden taustalla olevia asioita. (Numminen 2005, 19.)

3.4.5 Musiikin kuuntelu

Suoniemen (2008) mukaan musiikin kuuntelusta saavat todennäköisesti enemmän irti sellaiset henkilöt, jotka erottavat musiikista hyvin rytmin ja melodian vaihtelun. He kykenevät saamaan musiikista hyvän olon ja turvallisuuden tunteita päivittäisiin tapahtumiin sekä käyttämään musiikkia monipuolisesti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Melodian vaihtelun tunnistamisella on merkittävä yhteys ilon, surun ja mielenkiinnon tunteisiin ja rytmin vaihtelun tunnistamisella ilon ja mielenkiinnon tunteisiin. Musiikin on kuitenkin todettu melodian ja rytmin vaihtelun tunnistamisesta riippumatta lieventävän stressiä, parantavan masennusta, vähentävän yksinäisyyttä sekä parantavan ystävyys-suhteita ja todennäköisesti itseluottamusta. Usein ihmiset nauttivat samantyyllisestä musiikista ja jopa samoista sävelmistä koko elämänsä ajan. Tämä liittyy musiikin ja sävelmien herättämiin tunteisiin ja mielikuviin. (Suoniemi 2008, 128–132, 139.)

Eräässä hoitokodissa seurattiin kuuden viikon ajan mieleisen musiikin käytön vaikutuksia ahdistuneisuuteen. Tutkimuksessa havaittiin, että mieleisen musiikin käytöllä voidaan ehkäistä muistipotilaiden ahdistuneisuutta. Tutkimuksessa 29 koeryhmän jäsentä kuuntelivat mielimusiikkiaan 30 minuutin ajan kahdesti viikossa. Kontrolliryhmään kuului 23 jäsentä, jotka eivät kuunnelleet musiikkia, mutta saivat muuten samanlaista hoitoa. Musiikkia kuunnelleella ryhmällä oli merkittävästi vähemmän ahdistuneisuutta seurantajakson aikana verrattuna kontrolliryhmään. (Sung, Chang & Lee 2010.)

Musiikin kuuntelu vaikuttaa tehokkaalta hoitomuodolta myös Witzken ym. (2008) kirjallisuuskatsauksessa. Sen mukaan sekä esitetyn että äänitetyn musiikin käyttö saattaa vaikuttaa positiivisesti Alzheimer-potilaiden elämänlaatuun. Yksilöllinen musiikki nähdään perinteisiin hoitomenetelmiin, kuten kemialliseen ja fyysiseen rajoittamiseen, verrattuna edullisena, yksinkertaisena ja potilaille vähäriskisenä vaihtoehtona. Näyttö perustuu tuloksiin, jotka ottavat huomioon potilaan mieltymykset, kliiniset olosuhteet ja saavutettavissa olevat terveydenhuollon mahdollisuudet potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Witzke ym. 2008.)

Yksilöidyn musiikin kuuntelun käytöstä muistisairailta vanhuksilla on tehty näyttöön perustuva suositus, jonka pohjalta on luotu toimintamalli. Toimintamallia voi toteuttaa monenlaisessa ympäristössä ja se edellyttää vain vähäistä ajankäyttöä ja on suhteellisen halpa. Hoitohenkilökunnan ohjeita seuraamalla musiikin kuuntelun voi toteuttaa hoitaji-

en lisäksi, hoitoapulaiset, toiminnanohjaajat ja perheenjäsenet. Perheenjäsenten tiedot potilaan musiikkimieltymyksistä ovat avuksi yksilöidyn musiikin valinnassa. (Gerdner 2010.)

Suosituksen mukaan valitaan yksilöity musiikki vanhuksen mieltymysten mukaan kysymällä laulujen otsikoita, esittäjiä, mieltymystä soitin- tai laulumusiikkiin ja mieleisiä soittimia. Myös etnisen tai uskonnollisen taustan vaikutus on hyvä ottaa huomioon. Ihanteellinen vaikuttavuus saavutetaan kun musiikin kuuntelu ajoitetaan alkamaan vähintään 30 minuuttia ennen vanhuksen levottomuuden huipputasoa. Musiikkia tulisi soittaa noin 30 minuutin ajan sopivalla äänenvoimakkuudella sellaisessa paikassa, jossa potilas viettää suurimman osan ajastaan. Paikan vaihtaminen voi lisätä levottomuutta. (Gerdner 2010.)

Toimintamallin käyttö edellyttää jatkuvaa vasteen arvioimista. Jos muistipotilaan levottomuus lisääntyy musiikin aikana, tulisi musiikki pysäyttää välittömästi. Seuraava musiikkivalinta olisi hyvä tehdä perheenjäsenen avustuksella ja soittaa toisena päivänä. Täytyy muistaa, että ihan kaikille musiikki ei sovi, eikä kokeilua tule jatkaa liian pitkään. Musiikki joka miellyttää yhtä voi ärsyttää toista, ja siksi myös lähiympäristössä olevien ihmisten reaktioita musiikkiin tulee arvioida. (Gerdner 2010.)

Erään tutkimuksen mukaan rentouttavan musiikin kuuntelu ruokailutilanteissa voi vähentää niihin liittyvää levotonta ja aggressiivista käyttäytymistä sekä parantaa muistipotilaiden ravitsemusta ruokailutilanteita rauhoittamalla. Rentouttavalla musiikilla tarkoitetaan melko rauhallista ja rytmiltään ja äänenvoimakkuudeltaan melko vähän vaihtelevaa musiikkia. Täytyy kuitenkin muistaa musiikkimieltymysten olevan henkilökohtaisia ja siksi rentouttava musiikki täytyy arvioida jokaisen muistipotilaan kohdalla erikseen. Musiikki saattaa auttaa vähentämällä ruokailutilanteisiin liittyvää, esimerkiksi ympäristön meluisuudesta johtuvaa, stressiä. (Johnson & Taylor 2011.)

Musiikin kuuntelun käytöstä saatiin hyviä tuloksia myös Cohen-Mansfieldin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa oli laajemmin tutkittu erilaisten virikkeiden käytön vaikutusta hoitokodeissa asuvien muistisairaiden levottomaan käyttäytymiseen. Kaikkien kokeiltujen virikkeiden todettiin vähentävän muistisairaiden fyysistä levottomuutta. Erityisen tehokkaaksi kokonaislevottomuuden vähentäjäksi havaittiin elävät sosiaaliset virikkeet, kuten oikeat vauvat, koirat ja ihmiset. (Cohen-Mansfieldin ym. 2010.)

Musiikin kuuntelu ja omaan ammattiin, harrastuksiin ja kiinnostuksen kohteisiin pohjautuvat virikkeet osoittautuivat tehokkaammiksi virikkeiksi levottomuuden vähentämisessä kuin jäljitellyt sosiaaliset virikkeet, kuten vauva- ja lapsinuket, sekä käsittelyvirikkeet, kuten palapelit tai puristelupallot. Myös askartelu ja suurin painokirjaimin painetun sanomalehden lukeminen yhdistettiin vähentyneempään levottomaan käyttäytymiseen kuin jäljitellyt sosiaaliset virikkeet, käsittelyvirikkeet ja työnteko, kuten kirjekuorien liimaaminen ja lajittelu sekä pyyhkeiden taittelu. (Cohen-Mansfield ym. 2010.)

3.4.6 Liikkuminen psykososiaalisena hoitomuotona

Liikkumisella tarkoitetaan kaikenlaista fyysiseen aktivointiin tähtäävää viriketoimintaa ja päivittäisten toimintojen harjoittamista (Koponen & Saarela 2010, 489). Liikkuminen on fyysistä toimintaa, jolla on suuri merkitys ihmisten fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 169–195.). Ihmisillä on luontainen tarve liikkumiseen ja jos liikuntamahdollisuudet puuttuvat tai niitä rajoitetaan, aiheuttaa se usein muistipotilaiden kohdalla käytösoireiden pahenemista. Liikkuminen saattaa ainakin tilapäisesti myös vähentää käytösoireita. (Pirttilä 2004, 16–17.)

Pitkäaikaissairaudet, ikääntyminen ja molempiin yleisesti liittyvä liikkumisen rajoittuminen aikaansaavat fyysisen toimintakyvyn huononemista. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn heiketessä myös sosiaalinen toimintakyky on vaarassa rajoittua, jos ihminen ei enää kykene toimimaan totutulla tavalla. Liikkumattomuuden haittojen ehkäisemiseksi muistipotilasta tulisi auttaa ja kannustaa saavuttamaan sairauden sallimat liikkumisen mahdollisuudet. Tämä onnistuu tukemalla ja ohjaamalla potilasta omatoimiseen ja aktiiviseen liikkumiseen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista. Sen lisäksi voidaan miettiä muita potilaalle soveltuvia liikkumismuotoja. (Iivanainen ym. 2006, 169–195.) Liikkumista rajoittavien uusien terveydellisten ongelmien ilmaantuminen on aihe geriatriseen arviointiin ja kuntoutukseen (Lampila 2008, 339–340).

Liikkumisen toteuttaminen ja turvallinen käyttö edellyttää potilaan kanssa yhteistyössä määriteltyä liikkumisen tarvetta, sekä potilaan mahdollisuuksia, sopivuutta ja halukkuutta liikkumiseen. Yhteistyössä potilaan kanssa laaditaan hoitotyön suunnitelma, jon-

ka noudattamiseen hän sitoutuu. Hoitaja on vastuussa hoitotyön suunnitelman noudattamisen tukemisesta ja seurannasta. (Iivanainen ym. 2006, 169–195.) Muistipotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen tavoitteiden tulisi liittyä heikkenevän liikuntakyvyn tukemisen ja jäykistymisen eston lisäksi myös muihin liikunnan myönteisiin vaikutuksiin, kuten käytösoireisiin, mielialaan, nukkumiseen, toiminnanohjaukseen, kaatumisten ehkäisyyn ja omaishoitajan jaksamiseen. (Pitkälä & Raivio 2010.)

Hoitotyön suunnitelma voi sisältää myös erillisen liikuntasuunnitelman. Laitoshoidossa liikuntasuunnitelman perusliikkuminen voi esimerkiksi olla osaston ympäri kävelyä ja sen lisäksi oman harjoitusohjelman mukaisesti kuntopyörällä polkemista tai voimaharjoittelua kuntosalilla. Suunnitelman toteuttamisen seurantaan soveltuu liikuntapäiväkirja. (Lampila 2008, 339.) Myös vuoteessa olevien muistipotilaiden liikkuminen tulee mahdollistaa aktiivisilla ja passiivisilla liikeharjoituksilla. Passiiviset liikkeet eivät lisää lihasvoimaa tai suorituskykyä, mutta ne vaikuttavat lihasten aineenvaihduntaan, aktivoivat lihassupistusta ja ehkäisevät nivelten jäykistymistä. (Iivanainen ym. 2006, 169–195.) Liikeratojen ylläpitäminen ja raajojen liikuttelu helpottavat potilaan pukeutumista ja peseytymistä sekä ehkäisevät paikallaan makaamisen aiheuttamia kipuja (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006).

3.4.7 Tutkimuksia liikkumisen käytöstä

Tutkimuksissa ollaan melko yksimielisiä siitä, että liikkuminen vaikuttaa käytösoireisiin ja vähentää käytösoireista masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Liikkumisella saattaa olla jopa masennukselta ennakoivasti suojaava vaikutus. (Saarenheimo 2008, 113–114.) Tutkittua tietoa muistisairaiden ihmisten liikunnallisen harjoittelun ja liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kuitenkin Suomessa yllättävän vähän. Laitoshoidossa tehdyt tutkimukset osoittavat, että liikunnallinen kuntoutus vaikuttaa myönteisesti kävelynopeuteen, lihasvoimaan, kestävyYTEEN ja kävelymatkaan. Lähinnä ulkomaiset tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että liikunnalla olisi myönteisiä vaikutuksia liikuntakyvyn lisäksi myös muistitoimintoihin sekä masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. (Pitkälä & Raivio 2010.)

Bäckmand (2006, 7–8) on huippu-urheilijoita pitkittäistutkimuksessa seurattuaan osoittanut, että fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimin-

takykseen. Tutkimuksen mukaan matala fyysinen aktiivisuus ikääntyessä ennusti masentuneisuutta ja huonoa fyysistä toimintakykyä. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi masentuneisuuden ja huonon fyysisen toimintakyvyn riskiä ja suojasi ahdistuneisuudelta. Muita tekijöitä, jotka tutkimuksessa vaikuttivat fyysisen aktiivisuuden, toimintakyvyn ja mielialan välisten yhteyksien taustalla, olivat ikä, siviilisääty, elämäntapahtumat ja sosioekonominen asema sekä harrastettu urheilulaji. Suurin riski sairastua masennukseen oli kamppailu-urheilijoilla. (Bäckmand 2006, 7–8.)

Myös sillä missä aktiviteetteja toteutetaan, on merkitystä. Ulkoaktiviteetit näyttävät erään tutkimuksen mukaan parantavan unenlaatua ja lievittävän käytösoireita sisäaktiviteetteja paremmin. Tutkimuksessa toteutettiin pienessä ryhmässä aktiviteetteja, kuten puutarhanhoitoa, ruukkuihin istuttamista ja koristeiden tekoa sekä ulkona että sisällä. Ryhmässä toteutettiin muina aktiviteetteina osallistujien kiinnostuksen, kykyjen ja pyynnön mukaan myös laulamista ja vitsien kerrontaa. Ulkona toteutettuna aktiviteetit paransivat enemmän unenlaatua, mutta kokonaisuinaikaan se, toteutettiin ulkona vai sisällä, ei aiheuttanut vaihtelua. (Connell, Sanford & Lewis 2007.)

Tutkimustietoa siitä, voitaisiinko ulkoiluedellytysten lisäämisellä parantaa ikääntyvien elämänlaatua, tarvittaisiin edelleen lisää. Samoin tietoa siitä, miten iäkkäiden henkilöiden liikunnallisen eriarvoisuuden syntymistä, eli heidän terveydentilastaan, varallisuudesta tai sosiaalisesta tai fyysisestä ympäristöstään johtuvaa epätasa-arvoista mahdollisuuttaan liikkumiseen, voitaisiin ehkäistä. (Eronen, Rantanen & Bonsdorff 2011.) Nykyään ajatellaan, että sairauksista huolimatta lähes jokaiselle ihmiselle voidaan löytää sopiva liikkumisen muoto (Rantanen 2008, 323). Muistipotilaillakin tulisi olla mahdollisuus yksilöllisiä tarpeita vastaaviin, turvallisiin terveysliikuntapalveluihin ja arkiliikuntaan. Tämä ei vielä kuitenkaan ole toteutunut. (Hirvensalo & Leinonen 2007, 234–237.)

3.4.8 Fyysinen aktivointi

Fyysinen aktivointi ja liikkuminen vaikuttavat ratkaisevasti kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja niillä on yhteys paremmaksi koettuun terveydentilaan ja elämän tarkoituksellisuuden kokemukseen. Säännöllinen fyysinen aktivointi edistää liikkumiskykyä sekä hidastaa raihaistumista ja toiminnanvajauksien kehittymistä. (Hirvensalo & Leinonen

2007, 234–237.) Se myös piristää ja auttaa alakuloon ja pieneen kolotukseen. Fyysisellä aktivoinnilla on masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, jännitystiloja, unettomuutta sekä unihäiriöitä ehkäiseviä vaikutuksia. Se lisää hyvänolontunnetta, antaa onnistumisen kokemuksia ja tukee fyysistä minäkuvaa ja ruumiillista eheyttä sekä antaa mahdollisuuden itseilmaisuun ja luovuuteen. Fyysisen aktivoinnin sosiaalisen ulottuvuuden hyödyt liittyvät ryhmäliikkumisen vuorovaikutussuhteisiin. (Rantanen 2008, 329–330.)

On olemassa erilaisia psykologisia ja fysiologisia teorioita siitä, mikä on syynä fyysisen aktivoinnin aiheuttamiin myönteisiin psykososiaalisiin vaikutuksiin. Yhden psykologisen teorian mukaan fyysinen aktivointi irrottaa ihmisen arjen huolista ja ongelmista. Toinen teoria liittyy hallinnantunteen ja itsearvostuksen lisääntymiseen. Oletetaan, että osallistuminen fyysisesti haastavaan toimintaan lisää pystyvyyden kokemusta ja siten parantaa mielialaa. Kolmas teoria korostaa fyysiseen aktivointiin liittyvän sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä. Ryhmämuotoisessa liikkumisessa hyvinvointia lisää ryhmän sisäinen tuki ja kokemusten jakaminen. Fysiologiset selitysmallit taas liittyvät hermoston välittäjäaineisiin, elimistön tuottamiin endorfiineihin sekä verenkierron ja hapenkuljetuksen paranemiseen. (Saarenheimo 2008, 115–116.)

Toimintakykyä edistääkseen ja ylläpitääkseen fyysisen aktivoinnin tulisi olla monipuolista ja kehittää useita kunnon osatekijöitä, kuten kestävyyttä, notkeutta, voimaa ja tasapainoa. Tähän ajatukseen pohjaavat myös iäkkäiden liikuntasuosituksukset. Niiden mukaan kestävyysliikuntaa, kuten kävelyä, sauvakävelyä, vesiliikuntaa, tanssia, soutua, hiihtoa tai pyöräilyä, suositellaan harrastettavaksi vähintään puolen tunnin ajan useampana päivänä viikossa. Liikkuvuus- ja tasapainoharjoitteluun soveltuu päivittäinen voimistelu, mutta liikkuvuutta kehittävät myös marjastus, sienestys, pihatyöt, puutarhanhoito tai siivous. Lihaskunnan parantamiseen soveltuu kuntosaliharjoittelu tai esimerkiksi painavien tavaroiden nostelu. (Hirvensalo & Leinonen 2007, 239.)

Muistipotilaiden kohdalla fyysisen aktivoinnin suunnittelussa korostuu toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen lisäksi liikkumisen psykososiaaliset vaikutukset. Kohtuullisen rasittava liikunta näyttäisi olevan psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta erittäin raskasta ja intensiivistä harjoittelua suositeltavampaa. Liikuntatuokioiden tulisi olla lyhyehköjä sekä kohtuullisin väliajoin toistuvia ja niiden suunnittelussa tulisi ottaa huomioon osallistujien kunto ja mieltymykset. Sellaisia liikkumisen muotoja, jotka tarjoavat monipuolista liikuntaa, vaihtelevia haasteita ja myönteisiä elämyksiä tulisi suosia.

Tutkimukseen osallistuneen hoitohenkilökunnan mukaan muistipotilaat pitivät erityisesti aktiviteeteista, joihin kuului musiikkia, mimiikkaa, ryhmäliikuntaa ja tanssia. Aktiviteetteihin, joista pidettiin vähemmän, kuului hattujen ja pallojen käyttöä. Kaikkein yleisin hoitohenkilökunnan alkulämmittelyä käyttämä aktiviteetti tutkimuksessa oli venytely ja käsien ravistelu. Varsinainen toiminta oli monesti liikkumista musiikin tahtiin sekä musiikin ja esineiden avulla tapahtuvaa muistin virkistämistä. Tuokio lopetettiin usein laulamalla. (Rylatt 2012.)

Kehon ja liikkeen vuorovaikutuksellisessa käytössä on monia eri työskentelytapoja ja -keinoja. Olennaista on lähteä muistipotilaan tarpeista. Muistipotilaasta voidaan tehdä havaintoja sekä sanojen että liikkeen pohjalta. Kehon liikkeiden voidaan nähdä kertovan potilaan voinnista. (Vilén ym. 2008, 328–331.) Luova liikunta, terapeutin ilmaisuliikunta ja liikunnallinen itseilmaisu ovat synonyymeja tanssiterapialle (Ihanus & Vuorinen 2000, 81).

3.4.10 Tanssiminen

Muistipotilaiden hoidossa virikkeenä käytetty perinteisten tanssien järjestäminen ei ole tanssiterapiaa (Ihanus & Vuorinen 2000, 81). Kaikenlainen tanssi kuitenkin mahdollistaa itseilmaisua, luovuuden käyttöä, sosiaalista vuorovaikutusta ja perusliikkumista. Tanssin avulla voi tuoda esille tunteita ja olotiloja sekä siirtää niitä toisille ihmisille. Senioritanssi on erityisesti ikäihmisille kehitetty liikuntamuoto. Se on lähtöisin 1970-luvun Saksasta. Senioritanssi alkoi istumatanssina, mutta nykyisin sitä tanssitaan myös seisten. Suomalainen senioritanssi on jonkinlainen piirileikin ja kansantanssien välimuoto. Sitä tanssitaan usein isossa piirissä pareittain ja paria vaihdetaan useaan kertaan tanssin aikana. Lyhyet askelsarjat sekä sopiva musiikin tempo helpottavat ikäihmisten oppimista. (Rintala ym. 2012, 282, 287, 290–291.)

American Dance Therapy Association määrittelee tanssi- ja liiketerapian prosessiksi, jossa liikettä käytetään psykoterapeuttisella tavalla. Suomen lääkintähallituksen työryhmän psykoterapiamietinnöissä tanssi- ja liiketerapian ei kuitenkaan katsota täyttävän psykoterapialle asetettuja vaatimuksia, koska tanssi- ja liiketerapeuteilta ei edellytetä psykoterapeuttista koulutusta. (Ihanus & Vuorinen 2000, 81.) Tanssi- ja liiketerapian avulla voidaan edistää yksilön emotionaalista, kognitiivista, fyysistä ja sosiaalista ehey-

tymistä. Tanssi- ja liiketerapiaa voidaan käyttää eri-ikäisten ja erilaiset psyykkiset ja fyysiset kyvyt omaavien ihmisten kanssa yksilö- ja ryhmäterapiana. (Loman 2011, 97.)

Tanssi- ja liiketerapian tavoitteena on poistaa itseilmaisun esteitä sekä auttaa potilasta hyväksymään kehonsa ja itsensä. Potilas, jolle sanallinen ilmaisu on hankalaa, voi löytää avun tanssi- ja liiketerapiasta. Parhaimmillaan tanssi- ja liiketerapia tarjoaa mahdollisuuden ongelmien tiedostamiseen ja tunnistamiseen sekä auttaa itsetuntemuksessa ja elämäntapamuutoksissa. Tanssi- ja liiketerapian käyttö on luova ja aktiivinen prosessi, jonka avulla potilas voi luoda uusia käytösmalleja. Tanssi- ja liiketerapian avulla voi viestiä kätkeytyistä tunteista vertauskuvallisesti ja purkaa ahdistusta sekä päästä kehon, mielen ja hengen yhtenäisyyteen. (Loman 2011, 97.)

Pyhäjärvellä vuosina 2000–2003 toteutetussa tutkimuksessa tanssiterapian käytöstä saatiin positiivisia tuloksia Alzheimer-potilaiden kognitiivisten toimintojen ja sosiaalisten kykyjen parantajana. Tanssiterapian avulla saavutettu muistipotilaiden elämänlaadun paraneminen ja sosiaalisten taitojen lisääntyminen on tullut esille myös ulkomaisissa tutkimuksissa. (Parkkila 2010.) Käyttöoireisiin vaikuttavana menetelmänä tanssiterapiasta ei kuitenkaan ole vielä kovin vahvaa näyttöä. Eräs suomalainen työryhmä on tutkinut tanssi- ja liiketerapian vaikutusta muistipotilaiden kognitiivisten kykyjen ja käyttöoireiden parantajana. Tulokset eivät tässä yksittäisessä tutkimuksessa antaneet kovin vahvaa näyttöä tanssi- ja liiketerapian vaikuttavuudesta käyttöoireisiin. Itsestä huolehtimiskyvyn ja kognition parantajana tanssi- ja liiketerapiasta näytti olevan jossain määrin hyötyä. (Hokkanen ym. 2008.)

Ravelin (2008) on tutkinut väitöskirjassaan tanssiesityksen käyttöä muistipotilaiden auttamismenetelmänä. Aina ei tarvitse liikkua itse, vaan tanssiesityksen seuraaminen voi antaa osallistumisen ja liikkumisen kokemuksen ilman konkreettista tanssiin osallistumista. Tanssiesitykset sopivat psykososiaalisiksi hoitomuodoksi vuodepotilaillekin. Toisaalta myös tanssimisestä esityksen aikana on hyötyä, jos halutaan lisätä muistipotilaan fyysisiä voimavaroja. Tanssiesitykset voivat olla spontaaneja kahdenkeskisiä tuokioita tai toiminnallisia ryhmälle suunniteltuja kokonaisuuksia. Hyvä lähtökohta tanssiesitykselle on muistelu. (Ravelin 2008, 5, 103–124.)

Tanssiesityksen seuraamisella on myönteisiä vaikutuksia muistipotilaiden erilaisiin oireisiin. Se voi vapauttaa levottomuuden tunteesta ja auttaa unohtamaan pelkoja sekä

rauhottaa, rentouttaa ja vapauttaa. Voidaan ajatella, että tanssiesitys voimavaroja tukevana ja esille nostavana auttamismenetelmänä voisi ehkäistä osaltaan muistipotilaiden käyttöoireita. Tanssiesityksen seuraamisen vaikutuksesta vaikeaan haasteelliseen käyttäytymiseen ei saatu tässä tutkimuksessa näyttöä. Lievään haasteelliseen käyttäytymiseen pitkäkestoinen, samanlaisena toistuva tanssiesitystoiminta vaikutti tehoavan. (Ravelin 2008, 122, 132.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Aineiston keruu

Kysely on yksi havaintoaineiston keräämisen perusmenetelmä haastattelun ja havainnoinnin sekä dokumenttien käyttämisen lisäksi. Kyselyn ja haastattelun ero on lähinnä kielellisessä vuorovaikutuksessa. Kysely toteutetaan usein lomakekyselynä, joka voi olla strukturoitu, teemoihin perustuva tai sisältää avoimia kysymyksiä. Kyselyyn aineistonkeruumenetelmänä kuuluu informaation anto tutkittaville kyselyyn liittyen. (Tuomi 2008, 138, 168.)

Opinnäytetyön aineiston keruussa päädyttiin käyttämään avoimia kysymyksiä sisältävää lomakekyselyä, joka kuuluu tyypillisesti kvantitatiiviseen tutkimukseen. Kyselyä voidaan kuitenkin käyttää myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jos vastauksista on tarkoituksena saada aikaan laadullisia luokkia, kuten tässä opinnäytetyössä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.) Kyselyn käyttöä puolsi myös halu kerätä aineistoa useammalta henkilöltä kuin haastatteluun olisi ollut mahdollista (Vilkkä 2007, 87).

Aineisto kerättiin yliopistosairaalan vanhuspsykiatrian osastolla työskenteleviltä hoitajilta. Ennen kyselyn jättämistä osastolle hoitajille järjestettiin lyhyt tiedotustilaisuus opinnäytetyöstä ja kyselylomakkeen täyttämisestä. Kaikki hoitajat eivät olleet paikalla, mutta heille jätettiin kyselyitä vastattavaksi. Aineiston keruu osastolla ajoittui marras-joulukuun vaihteeseen 2012. Vastausaikaa hoitajille annettiin kaksi viikkoa.

Tarkoituksena oli, että kyselyn saisi täyttää rauhassa työpäivän aikana ja palauttaa kyselylomakkeen nimettömänä osastolle jätettyyn vastauslaatikkoon. Ennen vastausajan umpeutumista tutkittaville lähetettiin sähköpostiin muistutus tutkimukseen osallistumisesta, kuten on usein kyselytutkimukselle tyypillistä (Vilkkä 2007, 28). Kysely pyrittiin toteuttamaan niin, että se ei ajoitu loma-aikaan. Tavoitteena oli saada aineistoksi osaston kaikilta hoitajilta vastaukset, noin 20 lomaketta, mutta sovittuun päivään mennessä täytettyjen lomakkeiden määrä jäi kahdeksaan. Tyypillinen kyselyn ongelma on, että vastauslomakkeet palautuvat tutkijalle hitaasti tai että joudutaan tekemään uusintakysely (Vilkkä 2007, 28). Uusintakyselyyn ei kuitenkaan tässä opinnäytetyössä päädytty.

4.2. Aineiston analyysi

Aineistoa päädyttiin lähestymään kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin, koska tutkimuksessa ei haluttu pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan ja ymmärtämään psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttöä käytösoireisilla muistipotilailla (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85). Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa tutkimuksen tiedonhankinnan kokonaisvaltaisuus, ihmisen suosiminen tiedon keruun instrumenttina, aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, kohdejoukon valitseminen tarkoituksenmukaisesti sekä tapauksen käsittely ainutlaatuisena. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valinnalla myös uskottiin olevan mahdollista saada moninaisempia vastauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160, 189.)

Tässä opinnäytetyössä aineistoksi muodostui kyselyyn kahdeksalta vanhuspsykiatrian osaston muistipotilaan hoitajalta saadut vastaukset. Saadun aineiston pieni määrä ei muodostunut ongelmaksi, koska laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus tehdä laajoja yleistyksiä. Kvalitatiivisen analysointitavan valinnalla oli ennakoitu riittävän tutkimusaineiston saaminen, vaikka kyselyn vastausprosentti jäisi pieneksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 74.)

Kyselyyn vastasi eri koulutuksen omaavia hoitajia, mutta suurin osa heistä oli sairaanhoitajia. Työkokemus muistipotilaiden hoitotyöstä vaihteli alle kahdesta vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Suurin osa vastanneista oli työskennellyt muistipotilaiden parissa yli kymmenen vuotta. Kaikki kyselyyn osallistuneet olivat laatineet hoitotyön suunnitelmia ja seitsemän heistä oli myös toiminut omahoitajana. Kyselyyn osallistuneet hoitajat olivat täyttäneet vastauslomakkeensa huolellisesti, eikä yhtään kokonaista vastauslomaketta jouduttu hylkäämään.

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jonka avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91). Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään aineistolähtöistä sisällönanalyysia, koska tutkimus ei lähtötilanteessa nojannut mihinkään valmiiseen teoriaan. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa lähdetään vasta aineiston keräämisen jälkeen etsimään tyypillistä kertomusta ja luomaan analyysiyksikköjä. Pyrkimyksenä on saada aineistosta muodostettua tiivistetty, yleisessä muodossa oleva, kuvaus. (Vilka 2007, 140; Tuomi & Sarajärvi 2011, 95–100, 103.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan kuvata karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensin aineisto pelkistetään eli redusoidaan, mikä tarkoittaa tutkimukselle epäolennaisten asioiden pois karsimista tiivistämällä tai pilkkomalla aineistoa osiin. Koko tutkimusprosessia ohjaa aina tutkijustehtävä. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja ryhmitellään ja yhdistellään niitä luokiksi. Lopuksi aineistosta vielä muodostetaan teoreettisia käsitteitä yhdistelemällä luokituksia, niin pitkälle kuin se on aineiston kannalta mahdollista. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108–113.)

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Ennen aineiston analyysia vastauslomakkeet luettiin huolellisesti läpi, jotta vastauksista saatiin selkeä kuva. Aineiston analysointi aloitettiin pelkistämällä aineistoa niin, että alkuperäisilmaukset saatiin tiivistettyä helposti listattavaan muotoon kuitenkin muuttamatta vastausten sisältöä (taulukko 1). Tiivistetyt alkuperäisilmaukset kirjattiin ensin ylös allekkain kysymys kerrallaan, minkä jälkeen niitä alettiin ryhmitellä. Pienen aineiston vuoksi joitakin tiivistettyjä alkuperäisilmauksia yhdisteltiin saman teeman sisällä ennen analysoinnin aloittamista.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty alkuperäisilmaus	Alaluokka
Toiminta intuitiivista, potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta nousevaa, siinä hetkessä tapahtuvaa, ei ennalta ohjattavissa, suunniteltavissa.	Vuorovaikutuksesta nouseva suunnittelematon toiminta	Spontaanius hoitotyössä

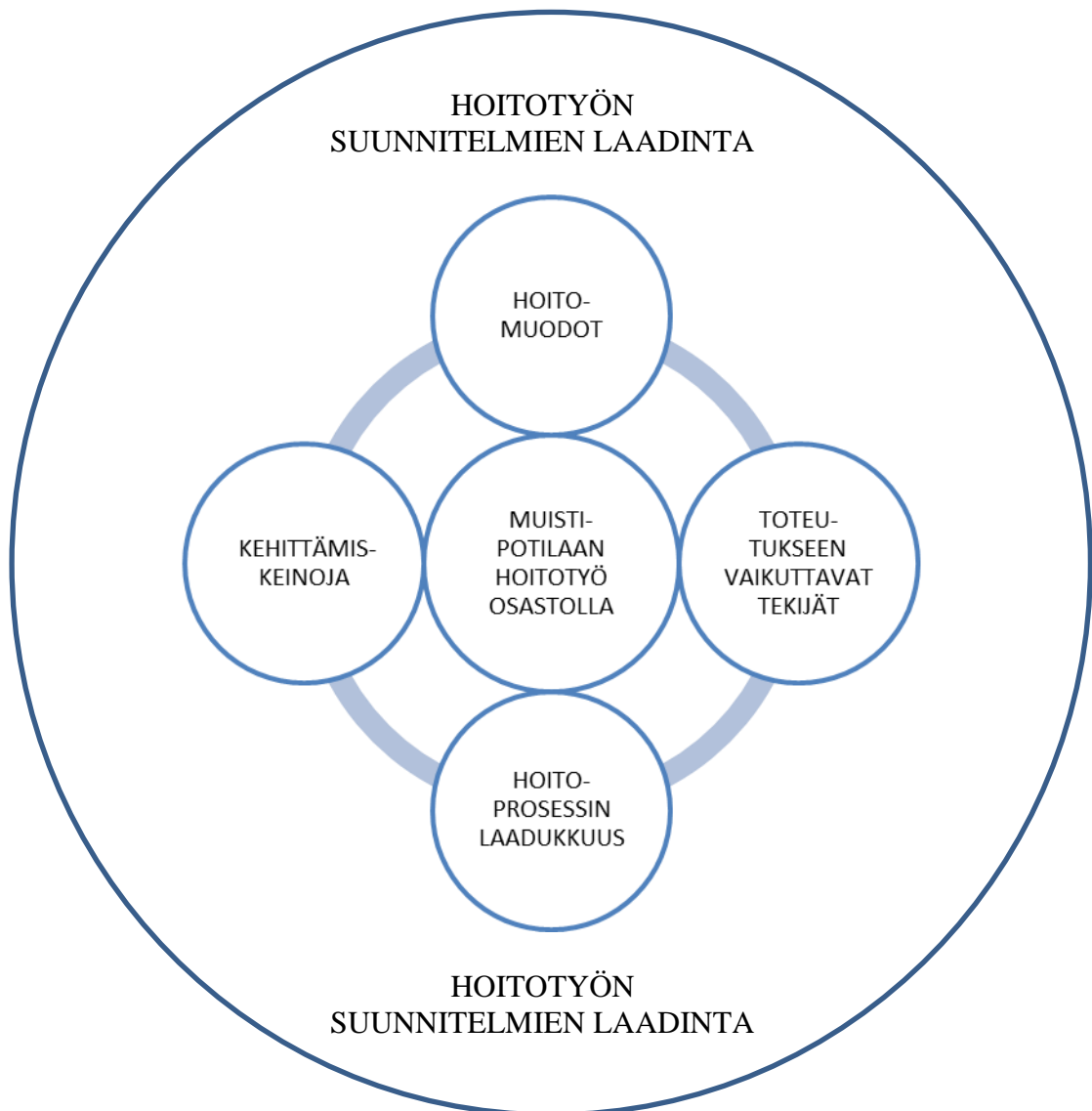
Samanlaisista vastauksista tehtiin aineiston pelkistämisen jälkeen ryhmiä, joista muodostui alaluokkia. Hoitotyön suunnitelmien laadinta -teeman kohdalla ei pienen aineiston vuoksi ollut mahdollista edetä sisällönanalyysissä alaluokkia pidemmälle. Tämä teema käsiteltiin sen vuoksi vain sisältöä alaluokiksi erittelemällä. Sisällön erittely on perinteisesti määrällistä kuvailua varten soveltuva tekniikka, mutta tiedot voidaan kerätä myös sanallisessa muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2011, 105).

Muiden teemojen kohdalla sisällönanalyysia jatkettiin etsimällä alaluokille yhdistäviä tekijöitä ja muotoilemalla käsitteitä, joista muodostui yläluokkia tai suoraan pääluokkia. Yläluokista taas muodostui edelleen pääluokkia luokituksia yhdistelemällä. Lopuksi yläluokista johdettiin vielä yhdistävät luokat, jotka näkyvät tulos-osion otsikoinnissa. Aineiston analysoinnissa käytettiin alaluokista eteenpäin aina yhdistäviin luokkiin saakka taulukointia (ks. Liite 3) selkiyttämässä prosessia.

5 TULOKSET

5.1. Muistipotilaan hoitotyö osastolla

Muistipotilaan hoitotyö vanhuspsykiatrian osastolla (kuvio 2) koostuu neljästä sisällönanalyysistä nousseesta teemasta, joita ovat hoitomuodot, toteutukseen vaikuttavat tekijät, hoitoprosessin laadukkuus ja hoitotyön kehittämiskeinot. Pohjalla on hoitotyön suunnitelmien laadinta ohjaamassa hoitomuotojen valintaa ja toteutusta sekä koko hoitoprosessia. Hoitotyön suunnitelmien laadinta tuli ilmi myös hoitotyön kehittämiskeinoina vaikuttavana tekijänä. Tässä opinnäytetyössä hoitotyön suunnitelmien laadintaa kartoitettiin hoitajilta kysymyksillä, jotka eivät olleet mukana sisällönanalyysissä.



KUVIO 2. Muistipotilaan hoitotyö osastolla

5.2. Hoitotyön suunnitelmien laadinta

Vanhuspsykiatrian osastolla muistipotilaiden parissa työskentelevien hoitajien mukaan hoitotyön suunnitelma pyritään laatimaan mahdollisimman pian potilaan tullessa osastolle. Vastauksista kävi ilmi, että hoitotyön suunnitelmat laaditaan yleensä ensimmäisinä osastopäivinä. Hoitajat korostivat hoitotyön suunnitelmien laadinnan kuitenkin olevan prosessi, eikä se näin ajoitu pelkästään ensimmäisille päiville. Hoitotyön suunnitelmaa pyritään tarkistamaan ja päivittämään viikoittain. Täydennyksiä, korjauksia ja muutoksia tehdään potilaan tilanteen ja oireiden muutosten mukaan.

Hoitotyön suunnitelmien laadintaan osallistui kaikkien kyselyyn vastanneiden hoitajien mukaan aina omahoitaja ja lisäksi hieman yli puolet vastaajista mainitsi myös varaomaan hoitajan osallistumisesta. Muita henkilöitä, joiden oli myös vastattu osallistuvan hoitotyön suunnitelmien laadintaan, olivat lääkäri, muu työryhmä ja erityistyöntekijät, vastaanottava hoitaja sekä potilas ja omaiset. Lääkäri osallistui hoitotyön suunnitelmien laadintaan lähes kaikkien vastausten perusteella. Potilaat ja omaiset mainittiin vain hyvin pienessä osassa vastauksia. Vastausten mukaan moniammatillisuus näkyi myös hoitotyön suunnitelmien sisällössä.

Aikaa hoitotyön suunnitelmien laadintaan käytetään potilaskohtaisesti, mutta suunnitelmien laadinnan prosessiluonteisuuden vuoksi tarkkaa suunnitelmien laadintaan käytettyä aikaa on vaikea arvioida. Ainut saatu arvio hoitotyön suunnitelman laadintaan käytetystä ajasta oli noin puoli tuntia. Hoitajilla ei ollut yhtenevää mielipidettä siitä, ovatko osastolla olevat ohjeet hoitotyön suunnitelmien laadinnasta selkeät. Noin puolet kokivat ohjeet selkeäksi. Hoitajat, jotka eivät kokeneet ohjeiden olevan tarpeeksi selkeät, kokivat ne liian vaihtelevina ja toivoivat ohjeiden selkiyttämistä.

5.3. Hoitomuodot

Musiikki

Musiikki näkyi hoitajien kuvausten perusteella hoitotyön suunnitelmissa mainintoina musiikkiryhmistä, musiikkimieltymyksistä, musiikkiharrastuksista sekä musiikin käyttömuodoista, kuten laulamisesta, soittamisesta ja musiikin kuuntelusta. Musiikkiryhmiä toteutetaan vanhuspsykiatrian osastolla useampia, yhtenä esimerkkinä mainittiin laulu-

ryhmä. Musiikkimieltymykset pitivät sisällään kuvauksen siitä, millaisista musiikkityyleistä potilas pitää ja millainen musiikki häntä rauhoittaa. Musiikkiharrastuneisuus saattoi näkyä esimerkiksi mainintana aikaisemmasta kuorotaustasta. Tieto muistipotilaan musiikkimieltymyksistä ja -harrastuksista oli saatettu hoitajien mukaan saada omaisilta tai potilaalta itseltään.

Liikkuminen

Hoitotyön suunnitelmissa liikkuminen näkyi mainintoina liikuntaryhmistä, liikunta- ja toimintakyvystä, liikuntasuunnitelmasta sekä liikkumismuodoista. Liikuntaryhmien lisäksi osastolla toteutettiin erilaisia yksilöliikkumisen muotoja. Liikkumismuotoja oli sisäliikunta, ulkoilu, jumppa, pallon heitto, lihasvoimaharjoittelu, kävely ja tanssi. Liikuntaryhmät olivat hoitajien ja fysioterapeuttien ohjaamia, ja myös yksilöliikkumiseen osallistuivat molempien ammattiryhmien edustajat. Jotkut muistipotilaista kykenivät liikkumaan myös omatoimisesti. Tyypillinen liikkumismuoto, jota toteutettiin sekä yksin että ryhmässä, oli ulkoilu. Lihasvoimaharjoittelua kyseisellä vanhuspsykiatrian osastolla toteutettiin lähinnä restoraattori-kuntoutuslaitteella, jonka käytöstä mainittiin lähes kaikissa vastauksissa.

Muut hoitomuodot

Muita, musiikin ja liikkumisen lisäksi, osaston muistipotilaiden hoitotyön suunnitelmissa näkyviä psykososiaalisia hoitomuotoja olivat luova toiminta, käsillä tekeminen, mieleinen tekeminen, muistelu sekä läsnäolo ja keskustelu. Esimerkkinä käsillä tekemisestä mainittiin virkkaaminen ja kutominen. Vastauksista tuli ilmi, että osastolla toteutettiin myös luovanterapian ryhmiä. Muistelua toteutettiin osastolla muistelutuokioina. Keskustelut pitivät sisällään hoitosuhde- ja omahoitajakeskustelut. Muina kuin psykososiaalisina hoitomuotoina mainittiin perushoito, kuntouttava työote, fysioterapia ja lääkehoito.

5.4. Toteutukseen vaikuttavat tekijät

Viikko-ohjelma

Viikko-ohjelmat vaikuttivat psykososiaalisten hoitomuotojen toteutukseen muistuttamalla hoitotyön suunnitelmissa mainittuihin ryhmiin osallistumisesta ja muusta hoitotyön suunnitelmissa sovitusta tekemisestä. Usein viikko-ohjelmia toteutettiin osastolla

yhdessä omapotilaan kanssa sekä toisinaan useamman potilaan kanssa yhtä aikaa. Välillä viikko-ohjelman toteutukseen potilaan kanssa osallistui omahoitajan lisäksi joku muu työvuorossa oleva hoitaja.

Ammatillinen osaaminen

Hoitajan ammatillinen osaaminen näkyi hoitajan työtavoissa ja tavassa käyttää persoonaansa työvälineenä. Hoitajilla oli erilaisia työtapoja. Toiset esimerkiksi toteuttivat psykososiaalisia hoitomuotoja spontaanimmmin ja ennalta suunnittelematta päivittäisen hoitotyön lomassa. Hoitomuodot, kuten hassuttelu, sanaleikit, riittäminen ja huumori, olivat potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta nousevaa ja tietyssä hetkessä tapahtuvaa toimintaa.

Tilannetekijät

Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutukseen vaikuttavat tilannetekijät jakautuivat tilanteeseen ja aikaan sekä potilaan vointiin. Käytävissä olevaan aikaan vaikutti yllättävät tilanteet, levoton ilmapiiri, uusien vastaanotettavien potilaiden määrä sekä hoitohenkilöstön vaje. Hoitajien mukaan viikonloppuisin oli usein enemmän aikaa toteuttaa psykososiaalisia hoitomuotoja. Potilaan vointi kattoi potilaan voinnin jatkuvan arviointin sekä fyysisen ja psyykkisen kunnan huomioimisen. Käyttöoireet, kuten levottomuus, olivat muistipotilaiden voinnissa erityisesti huomioitava asia. Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutukseen vaikutti myös potilaan osallistumishalukkuus.

Hoitotyön kirjaukset

Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen ohjasi toteutettavien psykososiaalisten hoitomuotojen toteutuksen suunnittelua. Kirjausten perusteella nähtiin viimeaikoina toteutuneet hoitomuodot ja se, kuinka hoitomuodot olivat muistipotilaille soveltuneet. Kirjaukset kertoivat, mitä kannattaa kokeilla potilaan voinnin parantamiseksi ja mistä on aiemmin ollut hyötyä sekä mikä hoitomuoto ei ole auttanut potilasta.

5.5. Hoitoprosessin laadukkuus

Suunnitelma ohjaa hoitoprosessia

Parhaimmillaan hoitotyön suunnitelmien koettiin osastolla ohjaavan hoitoprosessia. Vastauksista tuli ilmi, että tällöin suunnitelmat auttoivat hoitotyötä, ohjasivat ja antoivat

keinoja hoitotyön toteutukseen sekä antoivat tietoa potilaan kohtaamiseen ja hänen vointinsa kohentamiseen. Suunnitelmien luomat yhteiset tavoitteet auttoivat yhteistyöhön potilaiden kanssa. Hoitotyön suunnitelmien avulla muistipotilaiden hoitotyön toteutusta oli, erityisesti hoitajalle vieraampien potilaiden kohdalla, helpompi suunnitella kuin pelkästään jokapäiväisiä tekstejä lukemalla.

Ajanpuute

Hoitajien kertoman mukaan hoitotyön suunnitelmia pyritään toteuttamaan niin hyvin kuin mahdollista. Ongelmaksi kuitenkin koettiin, että ajanpuute vaikeuttaa suunnitelmiin perehtymistä ja vaikeuttaa toteutusta. Suunnitelmiin perehtymisen ongelmana oli, sen lisäksi että suunnitelmiin syventymiseen ei ollut aikaa, myös käytettävissä olevaan aikaan nähden liian pitkät suunnitelmat.

Toteutus eroaa suunnitelmasta

Hoitotyön suunnitelmien toteuttamiskokemusten mukaan suunnitelma ei aina vastaa toteutettavaa hoitotyötä ja silloin ne koetaan hyödyttömiksi. Suunnitelma saattaa olla vajaa, eikä siihen ole kirjattu kaikkia käytännössä toteutettavia asioita. Esimerkiksi ryhmätoiminta mahdollistetaan kaikille halukkaille potilaille, oli sitä mainittu hoitotyön suunnitelmassa tai ei.

5.6. Kehittämiskeinoja

Lisäresurssit

Yhtenä hoitotyön suunnitelmien laadinnan ja toteuttamisen kehittämistarpeena ilmeni tarve lisäresursseihin. Tietokoneita tulisi olla enemmän suunnitelmien kirjoittamiseen ja lukemiseen. Kiireeseen toivottiin helpotusta, koska suunnitelmien laadintaan ja toteuttamiseen tarvittaisiin lisää aikaa. Ajanpuutteen yhtenä syynä nähtiin vähäiset henkilökuntaresurssit. Hoitajia toivottiin lisää potilastyöhön, jotta potilaiden kanssa ehdittäisiin olla enemmän ja hoitotyön suunnitelmia toteuttaa monipuolisemmin. Tällöin voitaisiin lisätä hoitotyön suunnitelmien sisältöä ja toteuttaa enemmän psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten ryhmiä ja virikkeitä.

Osaamisen vahvistaminen

Osaamisen vahvistamisella tarkoitetaan ajoittaista hoitotyön suunnitelmien laadinnan ja toteutuksen kertausta sekä selkeiden yhtenäisten ohjeiden luomista ja niiden käytön opettelua. Myös käytössä olevan kirjaamisohjelman kokonaisvaltainen hyödyntäminen vaatisi mahdollisuutta syventää osaamista. Yhdeksi osaamisen vahvistamista vaativaksi kirjaamisohjelman toiminnoksi nostettiin otsikoiden käyttö. Kehittämistarpeena on, että suunnitelmissa olisi keskeisimmät asiat helposti hahmotettavissa ja siten myös helpommin toteutettavissa.

Yhtenäiset toimintatavat

Hoitajat ilmaisivat yhtenäisten toimintatapojen olevan tarpeen hoitotyön suunnitelmien laadinnassa ja toteutuksessa. Erityisesti suunnitelmien tarkistukseen ja toteutuksen kirjaamisen yhtenäistämiseen haluttiin kiinnittää huomiota. Hyvä toimintatapa olisi, että hoitotyön suunnitelmiin tehdyt muutokset tarkistettaisiin ajoittain. Jo suunnitelmien laadintavaiheessa omahoitajan tulisi luetuttaa suunnitelma myös yhdellä tai useammalla hoitajalla. Toteutuksen kirjaamista voisi joidenkin vastausten perusteella pelkistää, jotta olennaiset asiat eivät pääse hukkumaan suunnitelmaan. Toisaalta osa hoitajista kertoi kirjaamisen olevan puutteellista. Kaikkien tulisi kirjata toteuttamansa hoitotyö.

6 POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelu

Psykososiaalisten hoitomuotojen käyttö käytösoireisten muistipotilaiden hoidossa on lisääntynyt viimevuosien aikana. Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, että vanhuspsykiatrian osastolla työskentelevät muistipotilaiden hoitajat tunnistivat psykososiaaliset hoitomuodot melko hyvin ja myös käyttivät niitä hoitotyössä. Psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät hoitotyön suunnitelmissa mainintoina musiikista, liikkumisesta, luovasta toiminnasta, käsillä tekemisestä, mieleisistä tekemisistä, muistelusta sekä läsnäolosta ja keskustelusta.

Tutkimuksissa on aiemminkin tullut ilmi, että muistipotilaiden hoitotyössä käytettäviä psykososiaalisia hoitumuuotoja ovat nimenomaan musiikki, liikkuminen ja muistelu sekä luova toiminta eri muodoissaan (Eloniemi-Sulkava 2008; Mähönen 2001). Muita tutkimusten mukaan muistipotilaiden hoidossa käytettäviä psykososiaalisia hoitumuuotoja, kuten valohoitoa, aromaterapiaa, lemmikkiterapiaa, luku-, runo- ja pelituokioita tai leivontaa ei ilmeisesti toteutettu opinnäytetyön kohteena olleella vanhuspsykiatrian osastolla (Koponen 2011; Mähönen 2001). Toisaalta osastolla toteutettavaan luovaan toimintaan voi sisältyä monenlaisia virikkeitä.

Psykososiaaliset hoitomuodot toteutuivat hoitotyössä vaihtelevasti. Toteutukseen vaikuttavina tekijöinä nähtiin viikko-ohjelma, hoitajan ammatillinen osaaminen, tilannetekijät sekä hoitotyön kirjaukset. Mähösen (2001) tutkimuksessa oli saatu vastaavia tuloksia siitä, että hoitajien ammatillisella osaamisella on vaikutusta psykososiaalisten hoitomuotojen toteutukseen, koska pidempi työkokemus ja lisäkoulutus näyttivät lisäävän toiminnallisten hoitomenetelmien käyttöä.

Mähösen (2001) tutkimuksessa tuli myös ilmi, että osaston luonne vaikutti toiminnallisten menetelmien käyttöön. Vanhuspsykiatrian osastolla, johon opinnäytetyö kohdistui, oli ilmeisesti melko myönteinen asenne psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttöä kohtaan, koska toteutukseen vaikuttaviksi tekijöiksi ei noussut hoitajien asenteet vaan tilannetekijät, hoitotyön kirjaukset ja hoitotyön suunnitelman pohjalta laadittu viikko-ohjelma.

Restoraattori on eräänlainen polkulaite, josta on olemassa erilaisia malleja. Siirrettävä restoraattori voidaan kiinnittää joko vuoteeseen tai lattialle, mikä mahdollistaa myös vuodepotilaan kuntoutuksen. Ensisijaisesti laitetta poljetaan istuen, jolloin saadaan samalla pystyasennon tuoma hyöty ja luontevat liikeradat. (Karvinen 1999, 92–93.) Vanhuspsykiatrian osastolla, jonne kysely kohdistui, käytettiin ahkerasti restoraattori-kuntoutuslaitetta. Restoraattori ei ole varsinaisesti psykososiaalinen hoitomuoto, koska sitä poljetaan yksin. Keskeisellä paikalla ollessaan restoraattori kuitenkin aktivoi muis-tipotilaita pois huoneistaan ja muiden seuraan.

Opinnäytetyön perusteella voidaan vetää johtopäätös, että myös osastolle hankituilla psykososiaalisten hoitomuotojen toteuttamista helpottavilla välineillä on vaikutusta hoi-tomuotojen toteutumiseen. Restoraattori-kuntoutuslaite oli selkeästi onnistunut hankin-ta, vaikka se ei suoranaisesti psykososiaalinen hoitomuoto olekaan. Välineitä hankitta-essa on tulevaisuudessakin hyvä miettiä, että ne tulevat varmasti tarpeeseen eivätkä jää käyttämättömiksi. Monet psykososiaalisista hoitomuodoista ovat sellaisia, että niitä pys-tyy toteuttamaan ilman mitään erikoisvälineitä.

Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutumisesta hoitotyön suunnitelmien pohjalta oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Parhaimmillaan hoitotyön suunnitelma lisännee hoitoprosessin laadukkuutta. Tämän edellytyksenä on kuitenkin hoitotyön suunnitelmi-en huolellinen laatiminen ja riittävän usein tapahtuva tarkistus. Opinnäytetyössä ilmi tulleilla hoitoprosessin laadukkuutta vähentävillä tekijöillä on luultavasti keskinäinen yhteys. Ajanpuutteen takia suunnitelmiin ei ehditä perehtyä ja keskitytään vaan toteut-tamaan hoitotyötä, jolloin toteutettava hoitotyö eroaa suunnitelmasta.

Hoitotyön suunnitelmien laadinnassa ja toteutuksessa ilmeni erilaisia kehittämistarpeita. Hoitajien vastauksista nousi konkreettisia hoitotyön kehittämiskeinoja. Lisäresurssit, kuten tietokoneet ja henkilökunta, nähtiin joidenkin vastausten perusteella mahdollisuu-tena kiireen vähentämiseen. Lisäresurssien saamiseen yksittäisen hoitajan voi olla vai-kea vaikuttaa, mutta hoitajilla oli kuitenkin myös heistä itsestään lähteviä kehittämis-keinoja. Osaamisen vahvistamiseen ja yhtenäisten ohjeiden luomiseen voidaan luulta-vasti vaikuttaa osaston sisällä.

Tässä opinnäytetyössä esiin tulleista kehittämiskeinoista osaamisen vahvistaminen ja toteutukseen vaikuttavista tekijöistä ajanpuute ovat tulleet ilmi aiemmissa tutkimuksis-

sa. Myös Taiwanilaisen tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta koki musiikin käyttämisen esteeksi hoitotyössä ilmenevän ajanpuutteen. Hoitajilla oli myös liian vähän tietoa siitä, miten he voivat musiikkia hyödyntää. Tietojaan ja taitojaan lisätäkseen hoitohenkilökunta tarvitsi lisäkoulutusta. Tässä opinnäytetyössä tarve lisäkoulutukseen ei tullut suoraan ilmi hoitajien vastauksista, mutta se on varmasti yksi keino osaamisen vahvistamiseen. Lisäkoulutus tarjoaa mahdollisuuden kertaukseen ja uuden opetteluun. (Sung ym. 2011.)

6.2. Eettiset kysymykset

Opinnäytetyössä on pyritty sen eri vaiheissa noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita, joita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Aiheen valinnalle pyrittiin löytämään oikeutus, eikä liikkeelle lähdetty pelkän uteliaisuuden perusteella. Opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että aiheesta olisi laajempaa hyötyä hoitotyölle, vaikka aihe nousikin työelämän tarpeesta. Aiheemme ei ollut erityisen arkaluontoinen eikä opinnäytetyössä aiheutettu uhkaa siihen osallistuneille, koska aihetta käsiteltiin yleisellä tasolla eikä salassapitovelvollisuutta rikottu. (Kylmä & Juvakka 2007, 144–145, 147.)

Haitan aiheuttamista vältettiin ja pyrittiin siihen, että opinnäytetyöstä olisi hyötyä myös siihen osallistuneille. Kyselyyn vastaaminen saattoi tarjota hoitajille mahdollisuuden oman toimintansa tietoisempaan tarkasteluun ja kehittämisideoiden kertomiseen, mikä voitiin kokea voimaannuttavana. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustui hoitajien tietoiseen suostumukseen ja hoitajille tarjottiin myös mahdollisuus kysymyksiin ja informaatioon opinnäytetyöhön liittyen. (Kylmä & Juvakka 2007, 147–150.)

Jokaiselle opinnäytetyöhön vastanneelle turvattiin nimettömyys ja kaikkia osallistuneita kohtaan on pyritty olemaan tasapuolisia ja oikeudenmukaisia. Opinnäytetyöllä ei ole tarkoituksena lisätä työyhteisön ristiriitoja vaan kehittää entistä toimivampia yhteistyömuotoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 152.) Hoitajat saivat vastata nimettömästi kyselyyn, jotta heitä ei voida tunnistaa vastausten perusteella. Kyselyyn vastanneet hoitajat puolestaan huolehtivat itse siitä, etteivät he vaarantaneet salassapitovelvollisuutta potilastietojen osalta. Yksittäisten potilaiden taustatietoja ei kerätty. Tutkimuslupa haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Myös tulosten raportoinnissa ja aineiston analysoinnissa on pyritty toimimaan eettisesti hyväksyttävällä tavalla. Analyysissa tavoiteltiin sitä, että kyselyyn vastanneiden hoitajien ajatukset säilyttävät alkuperäiset merkityksensä analysointivaiheen läpi. Tulokset on raportoitu mahdollisimman avoimesti, rehellisesti ja tarkasti. Opinnäytetyössä pyrittiin olemaan totuudenmukaisia, mutta silti suojelemaan vastaajia tunnistamisen vaaralta. (Kylmä & Juvakka 2007, 153–155.)

6.3. Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä on uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus kriteeriä voidaan lähestyä myös käsitteen työn vastaavuus kautta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Vastaavatko tutkijoiden tuottamat tulkinnat tutkittavien alkuperäisiä ajatuksia (Tuomi & Sarajärvi 2011, 138)? Luotettavuutta olisi lisännyt, jos tutkimuksen tulokset olisi palautettu vastaajille ja pyydetty heitä arvioimaan niitä (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Vahvistettavuuden kriteeri taas olisi täytynyt paremmin, jos ulkopuolinen henkilö olisi tarkastanut opinnäytetyöprosessin toteutumista ja arvioinut tuloksia. Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty siihen, että jokainen lukija pystyy itse analyysiesimerkkien avulla seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä ja siinä tehtyä päättelyä. Myös aineiston keruu on pyritty selvittämään mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2011, 138–139, 141.)

Opinnäytetyön luotettavuutta vähensi saatujen vastausten pieni määrä ja voidaan myös miettiä, oliko valittu tutkimusmenetelmä tähän opinnäytetyöhön sopivin. Kyselylomake on perinteisesti kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluva aineiston keruumenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 75). Tähän opinnäytetyöhön olisi todennäköisesti sopinut paremmin muutaman ihmisen haastattelu tai avoimempia kysymyksiä ja laajempia teemoja sisältävä kyselylomake.

Se, että kyselylomakkeessa olisi pitänyt olla avoimempia kysymyksiä, huomattiin aineistoa analysoitaessa. Sisällönanalyysiin parhaiten sopivat vastaukset saatiin kehittämisideoita ja kehittämistarpeita kartoittavaan avoimeen kysymykseen, joka antoi tarpeeksi tilaa vastaajien omille näkökulmille (Kylmä & Juvakka 2007, 131). Kyselyloma-

ketta laadittaessa ajateltiin, että kysymällä samasta aiheesta eri tavoin saataisiin monipuolisempia vastauksia kuin vain yhdellä kysymyksellä. Näin ei kuitenkaan käynyt ainakaan näin pienellä vastaajamäärällä. Silti saadut vastaukset riittivät sisällönanalyysiin, kun analysoinnin aikana yhdisteltiin samaan teemaan kuuluvia kysymyksiä.

Tutkimuksen luotettavuuskriteereistä refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyössä tavoiteltiin tietoisesti sitä, että aiemmat ennakko-oletukset ohjailisivat mahdollisimman vähän opinnäytetyöprosessin etenemistä. Kyselylomaketta laadittaessa ja vastauksia analysoitaessa on pyritty toimimaan puolueettomasti (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136). Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tulee muistaa, että työllä on ollut tavoitteena tuoda tietoa työelämän esittämiin tarpeisiin ja ajatus muistipotilaiden hoitotyön suunnitelmien sisällön selvittämisestä on lähtöisin heiltä.

Tulosten siirrettävyys on myös yksi luotettavuuden kriteeri (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2011, 138). Saadut tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä kaikkiin muistipotilaiden hoitoyksiköihin, koska toiminta osasto-olosuhteissa on erilaisista kuin esimerkiksi kodinomaisessa ympäristössä. Kodinomaisessa ympäristössä voi helpommin toteuttaa päivittäisen hoitotyön lomassa joitakin psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten aiemmissa tutkimuksissa ilmi tullutta puutarhanhoitoa ja kotiaskareisiin osallistumista (Connell ym. 2007; Saarnio & Isola 2010, 329, 332). Toisaalta opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan olettaa, että osastolla saattaa olla helpompaa toteuttaa eri ammattihenkilöiden ohjaamia ryhmiä ja terapioita.

Työ käsitteli erityisesti musiikkia ja liikkumista psykososiaalisina hoitomuotoina, joten niitä kartoitettiin laajemmin. Sen vuoksi hoitajat keskittyivät vastatessaan pääosin musiikkiin ja liikkumiseen, ja tässä opinnäytetyössä saattoi jäädä ilmenemättä joitakin muita osaston hoitotyön suunnitelmissa näkyviä psykososiaalisia hoitomuotoja. Toisaalta yhdellä kysymyksellä kartoitettiin kaikkia mahdollisia hoitomuotoja. Näin pyrittiin saamaan vastauksiin kaikki psykososiaaliset hoitomuodot, vaikka psykososiaalinen olisi ollut vastaajille vieras käsite.

Kyselylomakkeeseen liittyvä ja saatujen vastausten luotettavuutta heikentävä tekijä oli, että hoitajien kokemukset hoitotyön suunnitelmien hyödyistä ja kehittämistarpeista eivät välttämättä olleet yhteydessä psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Näiden kysymysten

kohdalla maininta psykososiaalisista hoitomuodoista oli jätetty pois kyselylomakkeesta. Kuitenkin lisäresurssien, osaamisen vahvistamisen ja yhtenäisten ohjeiden voidaan olettaa helpottavan myös psykososiaalisten hoitomuotojen toteuttamista.

Mähösen (2001) tutkimuksen mukaan psykososiaalisten hoitomuotojen käyttäminen näytti olevan yhteydessä vastaajien työkokemukseen. Pitkä työkokemus näytti lisäävän toiminnallisten menetelmien käyttöä (Mähönen 2001). Myös tähän opinnäytetyöhön osallistuneilla hoitajilla oli pääosin pitkä työkokemus ja voidaankin pohtia, olisivatko vähemmän muistipotilaiden parissa työskennelleiden hoitajien vastaukset olleet samansuuntaisia. Voi olla, että vähän työkokemusta omaavat eivät olisi maininneet esimerkiksi läsnäoloa psykososiaalisena hoitomuotona.

Tarkasteltaessa opinnäytetyöprosessin luotettavuutta tutkimusprosessin vaiheiden kautta, voidaan todeta että opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät on onnistuttu melko hyvin nimeämään jo heti opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Niitä ei ole prosessin edetessä jouduttu tarkentamaan. Tulokset kuvailivat ymmärrettävästi psykososiaalisten hoitomuotojen näkymistä käytösoireisten muistipotilaiden hoitotyön suunnitelmissa sekä hoitomuotojen toteutumista yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolla. Opinnäytetyö siis vastasi tarkoitukseensa. Se kuinka hyvin tavoitteeseen, kehittää käytösoireisen muistipotilaan hoitotyötä, päästiin, tulee ilmi vasta tulevaisuudessa. Asioiden esille nostaminen ainakin tarjoaa mahdollisuuden hoitotyön kehittämiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 130–132.)

6.4. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Mielenkiintoinen huomio, joka opinnäytetyöhön saatujen vastausten perusteella on tehtävissä, oli potilaiden ja omaisten vähäinen osallistuminen hoitotyön suunnitelmien laadintaan. Potilaita ja omaisia voisi ottaa hoitotyön suunnitelmien laadintaan enemmänkin mukaan. Tämä kehittämissuositus olisi hyvä huomioida monessa muistipotilaan hoitoon osallistuvassa yksikössä. Vaikka vaikeassa muistisairauden vaiheessa olevan potilaan kuuleminen saattaa olla hankalaa, niin pitäisi ainakin lievemmissä muistisairauden vaiheissa olevien potilaiden hoitotyön suunnitelmien laadintaan osallistuminen mahdollistaa.

Jatkossa voisi tutkia hoitotyön suunnitelmia myös muistipotilaiden ja omaisten näkökulmasta. Mitä mieltä he ovat suunnitelmien sisällöstä ja erityisesti suunnitelluista psykososiaalisista hoitomuodoista. Muistipotilaiden hoitoneuvottelujen järjestämisestä ja niissä esille nousevista asioista olisi mielenkiintoista saada lisää tutkimustuloksia. Tässä opinnäytetyössä ei hoitajilta kysytty heidän kokemuksiaan hoitoneuvotteluista eivätkä hoitajat sivunneet niitä vastauksissaan.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla psykososiaalisten hoitomuotojen toteutumisen tarkempi tarkastelu tietyn ajanjakson aikana tehtyjen kirjausten perusteella. Näin saataisiin varmasti yksityiskohtaisempaa tietoa osastolla toteutettavista hoitomuodoista, koska kirjauksista olisi helpompaa tarkistaa toteutusta kuin vain muistelemalla jälkikäteen. Lyhyt ajanjakso kirjausten tarkastelussa takaisi myös sen, että saadut vastaukset kertoisivat nimenomaan osaston sen hetkisestä tilanteesta.

Kolmas tämän, erityisesti musiikkiin ja liikkumiseen keskittyneen, opinnäytetyön pohjalta noussut jatkotutkimusaihe on tanssin käytön mahdollisuuksien tutkiminen muistipotilaiden käytösoireiden hoidossa. Tanssissa yhdistyvät molemmat hoitomuodot, sekä musiikki että liikkuminen. Tällä hetkellä tanssin käytöstä muistipotilaiden käytösoireiden hoitamisessa oli vielä niukasti tutkimusnäyttöä saatavilla, vaikka yksittäisiä tutkimuksia sen vaikutuksista nimenomaan muistipotilaiden käytösoireisiin on jo tehty.

LÄHTEET

- Alanen, H. & Leinonen, E. 2012. Psykoosilääkkeiden käyttöä muistipotilaiden hoidossa tulee harkita kriittisesti. *Suomen Lääkärilehti* 6/2012 (67), 428–430.
- Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaiseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Dakheel-Ali, M., Regier, N., Thein, K. & Freedman, L. 2010. Can agitated behaviour of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *Jags* 8/2010 (58), 1459–1464.
- Connell, B., Sanford, J. & Lewis, D. 2007. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia. *Journal of housing for the elderly* 3-4/2007 (21), 195–209.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käyttöoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. *Dementiauutiset* 2/2008, 14–16.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käyttöoireet: hoidon haaste. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. 1. painos. Helsinki: Edita, 117–129.
- Eronen, J., Rantanen, T. & Bonsdorff, M. 2011. Iäkkäiden henkilöiden fyysinen aktiivisuus ja eriarvoisuus. *Gerontologia* 2/2011, 131–135.
- Gerdner, L. 2010. Individualized music for elders with dementia. Evidence-based guideline. *Journal of gerontological nursing* 6/2010 (36), 7–16.
- Hammar, L., Emami, A., Götell, E. & Engström, G. 2011. The impact of caregivers' signing on expression of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical nursing* 20/2011, 969–978.
- Hegyvary, S. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvensalo, M. & Leinonen, R. 2007. Liikuntaneuvonta. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkanen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. 1. painos. Helsinki: Edita, 234–242.
- Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A., Härkönen, B., Viramo, P. & Winblad, I. 2008. Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *Jags* 4/2008 (56), 771–772.
- Ihanus, J. & Vuorinen, V. 2000. Tanssiterapiasta. Teoksessa Heikkilä, T., Paloheimo, L. & Taipale, I. (toim.) *Mieli ja taide*. 1. painos. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry.

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Jalonen, A. 2001. Omaishoitajien kokemuksia parisuhteen muuttumisesta puolison dementoivan sairauden aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Johnson, R. & Taylor, C. 2011. Can playing pre-recorded music at mealtimes reduce the symptoms of agitation for people with dementia? *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 12/2011 (18), 700–710.
- Kapiainen, P. 2010. Musiikilla voi kuntouttaa vanhuksia. *Vanhustyö* 2/2010, 32.
- Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. 1. painos. Helsinki: Edita, 15–30.
- Karvinen, E. 1999. Iloisesti ikääntyen. Ikääntyvien liikunnalliset harjoitteet. 2. painos. Lahti: VK-kustannus Oy.
- Koponen, H. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja niiden hoito. *Yleislääkäri* 2/2011 (26), 17–20.
- Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soinen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 485–497.
- Korte, K. 2005. Kuntouttavaa dementiahoitoa. Muisti ja kuntoutus -projekti 2003-2005. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja 2005:2. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry.
- Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 547–563.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Lampila, A. 2008. Iäkkään liikuntasuunnitelma. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. 1. painos. Helsinki: Edita, 334–341.
- Loman, S. 2011. Tanssi- ja liiketerapia. Teoksessa Malchiodi, C. (toim.) *Ilmaisuterapiat*. 1. painos. EU: UNIpress.
- Lönroos, E. 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. 1. painos. Helsinki: Edita, 278–287.
- Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 13.8. 2010. Luettu 9.5.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

- Mähönen, T. 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus. Opinnäytetutkielma.
- Numminen, A. 2005. Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. Sibelius-Akatemia. Väitöskirja.
- Palomäki, U. 2004. Dementoituneen omaiset. Hoitoon osallistujina ja hoitohenkilökunnan voimavarana. *Sairaanhoitaja* 8/2004 (77), 14–16.
- Parkkila, P. 2010. Lauluvirkuissa kaikilla on laulussa kymppi. *Vanhustyö* 2/2010, 33–34.
- Pirttilä, T. 2006. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. 2. painos. Helsinki: Tammi, 11–21.
- Pitkälä, K. & Raivio, M. 2010. Mitä näyttää muistisairaiden kuntoutuksen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 2/2010, 44–51.
- Rannikko, A. 2010. Musiikista sisältöä laitoshoidossa olevien arkeen. *Vanhustyö* 4/2010, 46.
- Rantanen, T. 2008. Kunnan kohotusta korkeassa iässä: lisää elämää vuosiin. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. 1. painos. Helsinki: Edita, 322–333.
- Rautsila, T. 2006. Tavoitteellinen kuntoutus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. 2. painos. Helsinki: Tammi, 94–107.
- Ravelin, T. 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Väitöskirja.
- Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. *Soveltava liikunta*. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 168. Tampere: Tammerprint Oy.
- Rylatt, P. 2012. The benefits of creative therapy for people with dementia. *Nursing standard* 33/2012 (26), 42–47.
- Saarenheimo, M. 2008. Liikunta ja psykososiaalinen hyvinvointi vanhuudessa. Teoksessa Leinonen, R. & Havas, E. (toim.) *Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä*. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä: Puna-Musta Oy, 111–118.
- Saarenheimo, M. 2012. Muistaakseni laulan. *Vanhustyö* 1/2012, 18–19.
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 4/2010, 323–332.

- Stähle, R. 2013. Namipaloja ja rapsutuksia. Kotkassa uskotaan koira-avusteisen terapian voimaan. *Tehy* 2/2013, 40–43.
- Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10/2008 (vsk 63), 9–21.
- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet* 1.painos. Helsinki: Duodecim, 536–548.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 4. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry.
- Sung, H., Chang, A. & Lee, W. 2010. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical nursing* 19/2010, 1056–1064.
- Sung, H., Lee, W. Chang, S. & Smith, G. 2011. Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical nursing* 20/2011, 1776–1783.
- Suoniemi, K. 2008. Havaintokyky, musikaalisuus ja musiikinkuuntelukokemukset. Empiirinen tutkimus audittiivisen ajattelukyvyn, aktiivisen musiikkiharrastuksen sekä iän ja sukupuolen yhteydestä päivittäisiin musiikinkuuntelukokemuksiin. Tampereen yliopisto. Musiikintutkimuksen laitos. Väitöskirja.
- Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatriassa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Särkämö, T. & Huotilainen, M. 2012. Musiikkia aivoille läpi elämän. *Suomen Lääkärilehti* 17/2012 (67), 1334–1339.
- Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A: 10. Helsinki: Miina Sillanpään säätiö.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita.
- Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 91–99.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. painos. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Strandberg, T. 2010. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet 1.painois. Helsinki: Duodecim, 498–504.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet 1. painos. Helsinki: Duodecim, 28–36.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani –Näkökulmia omahoitajuuteen. 1. painos. Helsinki: Tammi, 9–30.

Witzke, J., Rhone, R., Backhaus, D. & Shaver, N. 2008. How sweet the sound. Research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. *Journal of gerontological nursing* 10/2008 (34), 45–52.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen tiedote ja suostumus

1(2)

TIEDOTE

Hei, Sinä hoitohenkilökunnan jäsen!

Teemme hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyötämme Tampereen ammattikorkeakoulussa. Aiheenamme on psykososiaalisten hoitomuotojen, erityisesti musiikin ja liikkumisen, käyttö käytösoireisilla muistipotilailla. Tutkimuksen teossa tarvitsemme Sinun ammattitaitoasi. Tutkimme aihetta osastonne hoitotyönsuunnitelmiin liittyvien vastausten perusteella. Kaikki vastaukset osastoltanne ovat arvokkaita.

Haluamme korostaa, että kyselyssä ei ole väärää vastauksia. Musiikin ja liikkumisen lisäksi psykososiaalisiin hoitomuotoihin voidaan katsoa kuuluvaksi esimerkiksi kaikki virikkeitä painottavat hoitomuodot, joita hoitajat toteuttavat yhdessä potilaiden kanssa. Musiikin ja liikkumisen käyttö hoitomuotoina voi näkyä monin eri tavoin.

Opinnäytetyö valmistuu kevään 2013 aikana, ja tulemme kertomaan sen tuloksista osastollenne. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti ja huolehdimme siitä, ettei ketään tunnisteta vastausten perusteella.

Toivomme, että vastaat kyselyyn 5. joulukuuta 2012 mennessä ja palautat vastauslomakkeen sekä suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta sopimaamme paikkaan. Haemme lomakkeet osastoltanne vastausajan päätyttyä.

Kiitos mielenkiinnostasi!

Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Jasmine Noutia, jasmine.noutia@health.tamk.fi,

Maarit Pirinen, maarit.pirinen@health.tamk.fi

SUOSTUMUS**Psykososiaaliset hoitomuodot käytösoireisilla muistipotilailla**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää psykososiaalisten hoitomuotojen näkymistä osastomme potilaiden hoitotyön suunnitelmissa sekä psykososiaalisten hoitomuotojen toteutumista päivittäisessä hoitotyössä. Olen myös saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä sen tekijöille.

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

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Kyselyyn vastaajan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Kyselylomake muistipotilaiden hoitajille

Koulutukseltani olen:

- lähihoitaja
- sairaanhoitaja
- mielenterveyshoitaja
- jokin muu, mikä _____

Työkokemukseni muistipotilaiden hoitotyöstä on

- 1-2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Olen toiminut omahoitajana

- kyllä en

Olen laatinut hoitotyön suunnitelmia

- kyllä en

Hoitotyön suunnitelmien laadinta osastollasi

1. Keitä yleensä osallistuu hoitotyön suunnitelmien laadintaan?

2. Missä vaiheessa hoitajaksoa hoitotyön suunnitelmat laaditaan?

(jatkuu)

2(4)

3. Kauanko hoitotyön suunnitelmien laadintaan käytetään aikaa?

4. Onko osastollasi selkeät ohjeet hoitotyön suunnitelmien laadintaan?

Käyttöoireisten muistipotilaiden hoitotyön suunnitelmissa näkyvät hoitomuodot

1. Miten hoitotyön keinot, joissa musiikki hoitomuotona on mukana, näkyvät laatimissasi hoitotyön suunnitelmissa? Mitä musiikkiin liittyviä sanoja voi tällöin esiintyä hoitotyön suunnitelmissa?

2. Miten hoitotyön keinot, joissa liikkuminen hoitomuotona on mukana, näkyvät laatimissasi hoitotyön suunnitelmissa? Mitä liikuntaan liittyviä sanoja voi tällöin esiintyä hoitotyön suunnitelmissa?

3. Mitä muita hoitomuotoja kirjaat hoitotyön suunnitelmiin?

4. Miten psykososiaaliset hoitomuodot näkyvät muiden laatimissa hoitotyön suunnitelmissa?

(jatkuu)

Psykososiaalisten hoitomuotojen toteutuminen päivittäisessä hoitotyössä

1. Miten toteutat laatimiasi hoitotyön suunnitelmia psykososiaalisten hoitomuotojen osalta?

2. Miten muut toteuttavat laatimiasi hoitotyön suunnitelmia psykososiaalisten hoitomuotojen osalta?

3. Miten koet muiden laatimien hoitotyön suunnitelmien toteuttamisen psykososiaalisten hoitomuotojen osalta?

4. Millaista hyötyä koet hoitotyön suunnitelmista olevan hoitotyön toteutuksessa?

5. Toteutuuko päivittäisessä hoitotyössä joitakin sellaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, joita ei ole kirjattu hoitotyön suunnitelmiin?

(jatkuu)

Millaisia kehittämistarpeita näet hoitotyön suunnitelmien laadinnassa ja toteutuksessa?

Mitä kehittämissideoita tulee mieleesi?

Liite 3. Aineiston analyysin eteneminen

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Musiikkiryhmiin osallistuminen	Musiikkiryhmät	Musiikki	Hoitomuodot
Musiikkityyli mieltymykset	Musiikkimieltymykset		
Tieto rauhoittavasta musiikista			
Aiemmat musiikkiharrastukset	Musiikkiharrastukset		
Laulaminen Soittaminen Musiikin kuuntelu	Musiikin käyttömuodot		
Liikkumisryhmiin osallistuminen	Liikuntaryhmät	Liikkuminen	
Yksilöliikkuminen			
Liikkuminen ja toimintakyky sekä niiden muutokset	Liikunta- ja toimintakyky		
Liikkumista haittaavat tekijät			
Liikuntasuunnitelma ja jumppaohjeet	Liikuntasuunnitelma		
Liikkumisen apuvälineet			
Sisäliikunta Ulkoilu Jumppa Pallon heitto Lihaskojoittelu Kävely Tanssi	Liikkumismuodot		

Luova toiminta Käsillä tekeminen Mieleinen tekeminen Muistelu Läsnäolo Keskustelu	Muut psykososiaaliset hoitomuodot	Muut hoitomuodot	
Perushoito Kuntouttava työote Fysioterapia Lääkehoito	Muut kuin psykososiaaliset hoitomuodot		
Hoitotyön suunnitelman pohjalta laaditun viikko-ohjelman toteuttaminen Hoitotyön suunnitelman toteuttaminen Omapotilaan kanssa toimiminen	Viikko-ohjelman toteuttaminen	Viikko-ohjelma	Toteutukseen vaikuttavat tekijät
Ryhmään osallistumisen edistäminen	Hoidolliset ryhmät		
Hoitajan persoonan käyttö työvälineenä	Persoonaa työvälineenä	Ammatillinen osaaminen	
Hoitajan työtavat Spontaanius päivittäisessä hoitotyössä	Työtavat		
Tilannesidonnaisuus Käytettävissä oleva aika	Tilanne ja aika	Tilannetekijät	
Potilaan voinnin jatkuva arvio Potilaan psyykinen ja fyysinen kunto	Potilaan vointi		
Toteutuksen havaintojen kirjaaminen Tehty hoitotyön suunnitelma	Hoitotyön suunnitelmien ja toteutuksen kirjaaminen	Hoitotyön kirjat	

<p>Auttaa hoitotyötä</p> <p>Ohjaa ja helpottaa toteutusta</p> <p>Antaa keinoja toteutukseen</p>	Ohjaa toteutusta	Suunnitelma ohjaa hoitoprosessia	Hoitoprosessin laadukkuus
<p>Antaa tietoa kohtaamiseen</p> <p>Antaa tietoa voinnin kohentamiseen</p>	Antaa tietoa		
<p>Luo tavoitteita</p> <p>Auttaa yhteistyötä potilaan kanssa</p>	Yhteiset tavoitteet		
<p>Oleellista hyötyä</p> <p>Lisää hoitotyön laatua</p>	Lisää laadukkuutta		
<p>Liian vähän aikaa suunnitelmiin syvennymiseen</p> <p>Liian pitkiä suunnitelmia</p>	Ajanpuute vaikeuttaa suunnitelmaa perehtymistä	Ajanpuute	
<p>Aika suunnitelmien toteuttamiseen riittämätön</p> <p>Pyrkimys hoitotyön suunnitelmien toteuttamiseen ajan puitteissa</p>	Ajanpuute vaikeuttaa toteutusta		
<p>Osa suunnitelmista hyödyttömiä</p> <p>Käytännössä toteutetaan suunnitelman ulkopuolisia asioita</p>	Suunnitelmasta puuttuu toteutettavia asioita	Toteutus eroaa suunnitelmasta	

Kirjaamiseen tarvittavia tietokoneita tulisi olla enemmän	Tietokoneita lisää	Lisäresurssit	Kehittämiskeinoja
Kiire häiritsee Lisää aikaa suunnitelmien laadintaan ja toteutukseen	Kiireen vähentäminen		
Henkilökuntaa lisää potilastyöhön Ryhmiä ja virikkeitä enemmän	Lisää henkilökuntaa toteutukseen		
Selkeää ohjeistusta suunnitelmien laadintaan ja toteutukseen Keskeisimmät asiat suunnitelmista helposti hahmotettaviksi	Selkeät ohjeet	Osaamisen vahvistaminen	
Hoitotyön suunnitelmien laadinnan ja toteutuksen kertaus	Kertaus		
Suunnitelmien tarkistuttaminen useammalla hoitajalla Suunnitelmiin tehtyjen muutosten tarkistus	Suunnitelmien tarkistukseen lisää huomiota	Yhtenäiset toimitavat	
Kaikki kirjaavat toteutusta	Toteutuksen kirjaamisen yhtenäistäminen		

Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

TAULUKKO 2. Tutkimukset joita on käytetty

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Bäckmand (2006)</p> <p>Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuden, mielialaan ja toimintakykyyn</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia ja analysoida pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden sekä urheiluryhmän yhteyksiä ja vaikutuksia toimintakykyyn ja mielialaan keski-ikäisillä sekä iäkkäillä miehillä.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuvata keski-ikäisten ja iäkkäiden entisten huippu-urheilijoiden persoonallisuuden piirteitä sekä mielialaa ahdistuneisuuden ja depressiivisyyden suhteen 2. Tutkia pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden vaikutusta keski-ikäisten ja iäkkäiden miesten mielialaan 3. Tutkia pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden vaikutusta keski-ikäisten ja iäkkäiden miesten fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn 4. Tutkia pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden vaikutusta keski-ikäisten ja iäkkäiden miesten mielialan ja toimintakyvyn muutoksiin 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Koko Suomi</p> <p>N= 2448 entistä huippu-urheilijaa, 1712 verrokkia</p> <p>Kysely</p> <p>Tilastollinen analyysi, SPSS</p>	<p>- Entiset urheilijat eroavat tiettyjen persoonallisuudenpiirteiden ja masentuneisuuden osalta verrokeista.</p> <p>- Fyysinen aktiivisuus oli yhteydessä mielialaan ja fyysiseen toimintakykyyn.</p> <p>- Urheilulajien merkitys mielialaan ja toimintakykyyn vaihteli lajeittain.</p> <p>- Mielialalla on merkitystä toimintakykyisyyteen.</p>
<p>Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein & Freedman (2010)</p> <p>Can agitated behaviour of nursing home residents with dementia be prevented with the use of</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida erityyppisten virikkeiden vaikutusta hoitokotien muistisairaiden asukkaiden levottomaan käyttäytymiseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Seitsemän hoitokotia Marylandissa Yhdysvalloissa</p> <p>N= 193 muistisairasta asukasta</p> <p>Erityyppisiä virikkeitä kokeiltiin</p>	<p>- Kaikki kokeillut virikkeet voitiin yhdistää huomattavasti vähentyneeseen fyysiseen levottomuuteen ja kaikki paitsi käsittelyvirikkeet (puristelu pallot, palapelit, rakennuspalikat ym.) vähentyneeseen kokonaislevottomuuteen.</p> <p>- Elävä sosiaalinen virike (oikeat vauvat,</p>

<p>standardized stimuli</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>			<p>koirat ja ihmiset) yhdistettiin vähentyneempään levottomuuteen kuin musiikin kuuntelu, omaan ammattiin, harrastuksiin ja kiinnostuksen kohteisiin pohjautuvat virikkeet, työnteko (kirjekuorien liimaaminen ja lajittelu sekä pyyhkeiden taittelu), jäljitely sosiaalinen virike (elävän näköiset vauvanuket, lapsennäköiset nuket, plyysieläimet, robotieläimet, lykätty video) sekä käsitteilyvirikkeet.</p> <p>- Askartelu (kukkien asettelu ja huopakynillä värittäminen) ja suurilla painokirjaimilla painetun sanomalehden lukeminen molemmat yhdistettiin huomattavasti enemmän vähentyneeseen levottomaan käyttäytymiseen kuin työnteko, jäljitellyt sosiaaliset virikkeet ja käsitteilyvirikkeet.</p> <p>- Musiikki ja omaan ammattiin, harrastuksiin ja kiinnostuksen kohteisiin pohjautuva virike yhdistettiin vähentyneempään levottomuuteen kuin jäljitellyt sosiaaliset virikkeet ja käsitteilyvirikkeet.</p>
<p>Connell, Sanford & Lewis (2007)</p> <p>Therapeutic</p>	<p>Tarkoituksena oli hankkia alustavaa tietoa ulkoaktiiviteettiohjelman vaikutuksista hoitokotien muistisairaiden asukkaiden uneen ja</p>	<p>Kvantitatiivinen, kokeellinen tutkimus</p> <p>Hoitokoti</p> <p>N= 20 muistisairasta asukasta (10 asukasta/ aktiviteettiryhmä)</p>	<p>- Ulkoaktiiviteetti näytti merkittävästi parantavan maksimaalista unen pituutta.</p>

<p>effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>käyttäytymiseen sisäaktiiviteetti-ohjelmaan verrattuna.</p>	<p>Nukkumista monitoritiin kymmenen päivän ajanjakso ennen koetta ja kokeen aikana. Käyttöoireita arvioitiin hoitajien tutkitaville tekemillä haastattelulla. Molemmat aktiiviteetti ohjelmat toteutettiin maanantaista perjantaihin kahden viikon ajan.</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>- Molemmat sisä- ja ulkoaktiiviteetti paransivat merkittävästi unen kokonaisaika.</p> <p>- Ulkoaktiiviteetilla oli merkittävä negatiivista kiihtymistä vähentävä vaikutus.</p>
<p>Gerdner (2010)</p> <p>Individualized music for elders with dementia</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata strategia helpottaa muistisairaiden levottomuutta yksilöityä musiikkia käyttämällä.</p> <p>Tavoitteena oli vähentää ja ehkäistä muistisairaiden levottomuuden toistumistiheyttä ja ankaruutta välikohtauksissa.</p>	<p>Näyttöön perustuva suositus</p> <p>Teoriaohjaava sisällysanalyysi</p>	<p>- Yksilöity musiikki on suhteellisen halpa ja vähäistä ajankäyttöä edellyttävä väliintulo.</p> <p>- Perheenjäsenen tiedot saattavat auttaa yksilöidyn musiikin valinnassa.</p> <p>- Näillä ohjeilla voidaan toteuttaa yksilöityä musiikkia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yksilöidyn musiikin valinta tehdään potilaan mieltymyksen mukaan. 2. Ihanteellinen vaikuttavuus saavutetaan toteuttamalla interventio vähintään 30 minuuttia ennen vanhuksen tavallista levottomuuden huipputasoa. 3. Soita valittu musiikki niin, että se kestää noin 30 minuuttia sellaisessa paikassa, jossa potilas viettää suurimman osan ajastaan. Äänenvoimakkuus tulee säätää sopivaksi. 4. Jatkuvaa arviota musiikki interventioon vasteesta tulisi toteuttaa. Jos vanhus alkaa osoittaa lisääntyvää levottomuutta

			<p>musiikin aikana, musiikki tulisi pysäyttää välittömästi. Seuraava musiikin valinta tulisi tehdä perheen avustuksella ja soittaa toisena päivänä.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ihan kaikille musiikki ei sovi.
<p>Hammar, Emami, Götell & Engström (2011)</p> <p>The impact of caregivers' signing on expression of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia muistipotilaiden aamutoimitilanteita, joiden aikana oli toteutettu musiikkiterapeuttista hoitotapaa.</p> <p>Tutkimusongelmana oli, mitä eroja havaitaan aamutoimitilanteissa, joissa lauletaan tai ei lauleta.</p> <p>Tavoitteena oli kuvata laulun vaikutusta muistipotilaiden tunneilmaisuun aamutoimien aikana.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin hoitokodissa Ruotsissa</p> <p>N= 10, 66–92 -vuotiaita miehiä ja naisia</p> <p>Videotarkkailu</p> <p>Analysoitiin kahdeksan kuvattua aamutoimitilannetta, joista puolissa oli käytetty musiikkiterapeuttista hoitotapaa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laulaminen aamutoimien yhteydessä vähensi vastustavaa käyttäytymistä ja tarraamista sekä lisäsi tavanomaista valppautta. - Laulaminen tuo muistipotilaalle lisää miellyttäviä kokemuksia aamuihin.
<p>Hokkanen, Rantala, Remes, Härkönen, Viramo & Winblad (2008)</p> <p>Dance and movement therapeutic methods in management of dementia</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida tanssi- ja liiketerapian soveltuvuutta muistipotilaiden kognitiivisen tason tai käyttösoireiden parantamiseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen, satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus</p> <p>Terveyskeskus Nivalassa, Suomessa</p> <p>N=29 muistipotilasta</p> <p>Yhdeksän viikon välein toteutettua interventiota, jossa käytettiin tanssi- ja liiketerapiaa toteutettiin koeryhmälle ja vaikutuksia verrattiin kontrolliryhmään joka teki tavallisia hoitokodin aktiviteetteja</p> <p>Tilastollinen analyysi, SPSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muistiin tanssi- ja liiketerapia interventiolla ei ollut vaikutusta. - Käyttösoireet pysyivät melko vakaina, mutta itsestä huolehtimiskyky ja IADL näyttivät jossain määrin parantuvan. - Tanssi- ja liiketerapia näyttää tarjoavan vaihtoehdon muistisairaiden hoitoon vaikuttaessaan kognitioon ja itsestä huolehtimiskykyyn.
<p>Jalonen (2001)</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien kokemuksia</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parisuhde ennen puolison

<p>Omaishoitajien kokemuksia parisuhteen muuttumisesta puolison demen-toivan sairauden aikana</p> <p>Pro gradu -tutkielma</p>	<p>parisuhteen muuttumisesta puolison demen-toivan sairauden aikana sekä kuvata, kuinka omaishoitajien sekä sairastuneiden puolisoiden roolit muuttuvat demen-toivan sairauden edetessä.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten omaishoitajat kokevat demen-toivan sairau-den muuttuneen parisuhdet-ta ja puolisoiden rooleja? 2. Mitä parisuhteella ym-märretään? 3. Miten parisuhde on muuttunut puolison demen-toivan sairauden aikana? 4. Millaisia rooleja puo-lisoilla on ollut ja miten puolison demen-toiva sairaus on muuttanut näitä rooleja? 	<p>Helsinki</p> <p>N=11 omaishoitajaa</p> <p>Teemahaastattelu</p> <p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>sairastumista oli ollut hyvin perinteinen roolijakoineen ja tehtävineen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dementoiva sairaus muutti parisuhdetta. - Osa omaishoitajista koki parisuhteen muuttuneen velvollisuudeksi ja työksi. - Sairastuneen puolison persoonallisuus saattoi muuttua. - Parisuhde oli enemmän kuin hoitosuhde, koska siihen liittyi kiintymystä ja tunteita. - Vaikka hoitaminen koettiin raskaana, parisuhde koettiin hyvin onnelliseksi.
<p>Johnson & Taylor (2011)</p> <p>Can playing pre-recorded music at mealtimes reduce the symptoms of agitation for people with dementia?</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia ruoka-aikoina muistisairaille soitetun rentouttavan äänitetyn musiikin merkitystä levottomuusoireiden vähenemiseen.</p> <p>Tehtävänä oli selvittää syitä, miksi musiikkia voidaan käyttää levottomuuden vähentämiseen.</p> <p>Tavoitteena oli koota jo tutkittua tietoa yhteen ja kuljettaa neuvoja eteenpäin tutkimustyöhön ja käytäntöön.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Eurooppa ja Pohjois-Amerikka</p> <p>N= 16 tutkimusta</p> <p>Tietokantahakuja hakusanoilla demen-tia ja musiikki ja ruoka-aika ja ruokailu</p> <p>Teoriaohjaava sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sopivan rentouttavan musiikin käyttö voi auttaa vähentämään joidenkin potilaiden aggressiivista käytöstä. - Mieltymysten musiikkiin pitää muistaa olevan henkilökoh-taista ja musiikin käyttöä on arvioitava yksilöllisellä tasolla.
<p>Mähönen (2001)</p> <p>Hoitotyön menetelmät demen-toituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata demen-toituvien vanhusten haasteellista käyttäytymistä ja sen esiintymisen useutta tutkimuksen kohteena olevilla vanhustenhoito-osastoilla hoitotyöntekijöiden ja laitosapulaisten näkökulmasta sekä hoitotyön</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Pohjoissavolaisen sairaalan kuusi pitkäaikaisosastoa, yksi sairaalan demen-tiaosasto ja palvelukeskuksen demen-tiaosasto</p> <p>N = 97 hoitotyöntekijää ja laitosapulaista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dementoituvien haasteellista käyttäytymistä esiintyi osastolla päivittäin. - Yleisimmät muodot olivat levottomuus, toistuva kysely ja pyytely sekä huutelu. - Erilaisia

<p>Opinnäytetut- kielma</p>	<p>menetelmien käyttöä haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa.</p> <p>Ongelmat: 1. Minkä verran ja millaista dementoituvien vanhusten haasteellista käyttäytymistä ilmenee tutkimuksen kohteena olevilla vanhustenhoito-osastoilla? 2. Minkä verran ja millaisia hoitotyön menetelmiä hoitotyöntekijät ja laitospäiväläiset käyttävät dementoituvan vanhuksen haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa? 3. Miten taustamuuttajat (ikä, sukupuoli, koulutus, työsuhteen luonne, työkokemus hoitotyössä tai terveydenhuollossa, työkokemus vanhustyössä, osaston luonne, dementoituvien hoitotyötä koskeva lisäkoulutus, jaksaminen dementoituvien hoitotyössä) ovat yhteydessä haasteellisen käyttäytymisen ilmenemiseen ja hoitotyön menetelmien käyttöön?</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake, jossa oli myös avoimia kysymyksiä.</p> <p>Tilastollinen analyysi, SPSS</p> <p>Sisällön analyysi avoimien kysymysten kohdalla</p>	<p>ennaltaehkäiseviä ja tyynnyttäviä hoitotyön menetelmiä oli käytössä.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ennaltaehkäisevistä hoitotyömenetelmistä käytetyimmät olivat dementoituvan fyysisen hyvinvoinnin varmistamisen lisäksi muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa tehtävään yhteistyöhön perustuvat menetelmät. - Erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä käytettiin usein. - Tyynnyttävistä hoitomenetelmistä käytetyin oli kosketaminen ja lähellä olo. - Suojelevia hoitotyön menetelmiä käytettiin ennaltaehkäiseviä ja tyynnyttäviä menetelmiä vähemmän. - Myös haasteellisen käyttäytymisen huomioimatta jättämistä käytettiin.
<p>Numminen (2005)</p> <p>Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi</p> <p>Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää laulutaidottomuutta ilmiönä ja tarkastella aikuisen laulamaan oppimista.</p> <p>Tehtävät: 1. Laulutaito ja laulaminen kulttuurisena ilmiönä 2. Laulaminen subjektiivisena kokemuksena 3. Laulamisen yhteydessä olevat kognitiiviset prosessit 4. Laulaminen fysiologise- na ilmiönä</p>	<p>Kvalitatiivinen toimintatutkimus</p> <p>Lauletaan-projekti, Helsingin teologinen tiedekunta</p> <p>N= 10 laulutaidottomaksi leimattua, vuosina 1945-1979 syntyneitä aikuisia</p> <p>Ryhmä- ja yksilöopetusta puolentoista vuoden ajan</p> <p>Laulamisen ja lukemisen videointi sekä Karman musikaalisuudesta projektin aluksi ja lopuksi, kysely laulutaidosta</p> <p>Teoriaohjaava sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laulutaidottomuus ei ole yksilön pysyvä ominaisuus ja laulutaitoa voi kehittää lähtötasosta riippumatta myös aikuisiällä. - Projektilla oli positiivisia vaikutuksia laulutaidon lisäksi itseilmaisuu- den, esiintymisvarmuuteen ja itseluottamukseen

<p>Ravio (2008)</p> <p>Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata ja arvioida tanssiesityksen käyttöä auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä vanhusten, omaisten, hoitajien ja lähihoitajaopiskelijoiden näkökulmasta.</p> <p>Tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuvata ja arvioida, miten dementoituvat vanhuksat kokevat hoitoyhteisöihin tuodut tanssiesitykset. - Kuvata tanssiesitystä auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä dementoituvien vanhusten, omaisten, hoitajien ja lähihoitajaopiskelijoiden arvioimana. - Kuvata millainen tanssiesityksen tulee auttamismenetelmänä olla dementoituvien vanhusten hoitotyössä. <p>Tavoitteena oli tuottaa tutkimustietoa tanssiesityksen hyödyntämisestä dementoituvien vanhusten hoitotyössä sekä laajentaa hoitotieteen tietoperustaa ja hoitotyön toimintoja dementoituvien vanhusten hoitotyössä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Kainuulainen dementoituvien vanhusten hoitokoti, jonne kokoontui vanhuksia kahdesta eri hoitokodista</p> <p>N= 13 dementoituvaa vanhusta, 4 omaista, 7 hoitajaa, 3 lähihoitajaopiskelijaa</p> <p>Dementoituvien vanhusten yksilöhaastattelut, videointi, sykemittaukset sekä omaisten, hoitajien ja lähihoitajaopiskelijoiden ryhmähaastattelut</p> <p>Laadullinen, induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tanssiesityksen katsominen on dementoituvalla vanhukselle aktiivinen tapahtuma. - Tanssiesityksen herättämät tunteet ja muistot ja yhteisyys toisten kanssa saavat aikaan prosesseja, joilla on myönteistä hoidollista merkitystä. - Psykososiaalisena auttamismenetelmä tanssiesitys on vuorovaikutuksellinen, hyvinvointia edistävä ja vanhuksen voimavaroja esille nostava ja sillä voidaan tukea dementoituvan vanhuksen normatiivista kehitystä. - Dementoituvan vanhuksen yksilöllisten tarpeiden tulee olla tanssiesityksen hyödyntämisen lähtökohtana
<p>Rylatt (2012)</p> <p>The benefits of creative therapy for people with dementia</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida luovien terapioiden, kuten tanssin, draaman, musiikin ja liikkumisen, käyttöä muistipotilailla.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin organisaatiossa, joka tuottaa päivähoito- ja sairaalahoitopalveluja</p> <p>N=10 hoitohenkilökunnan jäsentä</p> <p>Nauhoitusten havainnointi</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Luovan terapian käyttämisen tuloksena luova itseilmaisuus, vuorovaikutus, mielihyvän ja nautinnon kokeminen sekä yleinen sitoutuminen muistipotilailla parantui.
<p>Saarnio & Isola (2010)</p> <p>Hoitajien</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata dementoituvien vanhusten hoitotyössä toimivien henkilöiden kokemuksia</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin vuosina 2004 ja 2009 terveyskeskusten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteiksi vanhuksen hoitotilanteisiin

<p>kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>tilanteista, joissa dementoituva vanhus käyttäytyy haasteellisesti.</p> <p>Tehtävänä oli selvittää vastausta siihen, millaiset tilanteet hoitavat henkilöt kokevat haasteellisiksi, mikä aiheuttaa tilanteet, kuinka he ovat toimineet niissä tilanteissa, jotka he kokivat selvittäneensä onnistuneesti ja mikä heitä oli auttanut siinä.</p>	<p>vuodeosastoilta ja kunnallisista ja yksityisistä vanhainkoteista</p> <p>N = 339, vuonna 2004 kerättyä kertomusta ja 114, vuonna 2009 kerättyä kertomusta</p> <p>Kysely, jossa avoimia kysymyksiä</p> <p>Induktiivinen ja deduktiivinen sisällysanalyysi</p>	<p>liittyvän vastustamisen, muihin asukkaihin ja hoitajiin kohdistuvan häirinnän ja aggressiivisuuden.</p> <p>- Hoitajat tunsivat onnistuvansa haasteellisiksi kuvaamisessaan tilanteissa hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapaa. Eduksi toimintatapojen käytössä koettiin vanhuksen elämänhistorian tunteminen, hoitajan pitkä työkokemus ja teoreettinen tieto muistisairauksista.</p> <p>- Hoitajan pysyvä työsuhte samalla osastolla tukee hoitajan mahdollisuuksia onnistua haasteellisissa tilanteissa.</p>
<p>Sung, Chang & Lee (2010)</p> <p>A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa hyväksi havaituista ja toimivista lääkkeettömistä hoitomenetelmistä.</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää mieluisen musiikin kuuntelun vaikutusta hoitokodissa asuvien muistisairaiden ahdistuneisuuteen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin hoitokodissa</p> <p>N=29 koeryhmän muistisairasta, 23 kontrolliryhmän muistisairasta</p> <p>Havainnointi</p> <p>Aineisto analysoitiin</p>	<p>- Mieleisen musiikin käytöllä voidaan ehkäistä muistipotilaiden ahdistuneisuutta.</p>
<p>Sung, Lee, Chang & Smith (2011)</p> <p>Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan asenteita, odotuksia ja musiikin käyttöä muistisairailta vanhuksilla pitkäaikaisessa laitoshoidossa.</p> <p>Tehtävänä oli selvittää, mitkä ovat hoitokodin henkilökunnan asenteet</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin pitkäaikaishoidosta Taiwanissa</p> <p>N=241 hoitohenkilökunnan jäsentä</p> <p>Kysely</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastointi-ohjelman avulla</p>	<p>- Useimmilla hoitotyöntekijöistä on positiivinen asenne musiikin käyttöä kohtaan muistisairaiden vanhusten hoidossa.</p> <p>- Käytännötyössä musiikkia käyttävät vain harvat.</p>

<p>long-term care facilities</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>musiikin käyttöä kohtaan muistisairailla vanhuksilla, mitkä ovat hoitokodin henkilökunnan odotukset musiikin käytöstä muistisairailla, miten hoitokodin henkilökunta toteuttaa musiikin käyttöä käytännötyössä ja mitkä tekijät vaikuttavat hoitokotien henkilökunnan musiikin käyttöön muistisairailla vanhuksilla.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Suurin osa tutkista mielsi, että heillä oli suppeat tiedot ja taidot musiikin käyttämisestä. - Yli puolilta tutkimukseen osallistuneista puuttui mahdollisuuksia ja aikaa käyttää musiikkiterapiaa käytännössä. - Hoitohenkilökunnan huomattiin tarvitsevan enemmän koulutusta voidakseen käyttää musiikkia muistisairaiden hoitotyössä.
<p>Suoniemi (2008)</p> <p>Havaintokyky, musikaalisuus ja musiikin kuuntelukokemukset</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää päivittäiseen musiikinkuunteluun liittyvien tunneintensiteettien ja havaintokykyjen yhteyttä auditiivisen ajattelun erottelutarkkuuteen ja muistitoimintojen prosessointikykyihin.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Onko testiryhmien auditiivisissa havaintokyvyissä merkittäviä musiikin perusrakenteen ajattelu- ja muistityvyn välisiä eroja, ja onko kuuntelukokemusten päivittäisillä tunneintensiteeteillä ja havaintokykyjen erottelutarkkuudella tilastollisesti merkittävää yhteyttä? 2. Onko iällä ja musiikkiharrastuksella merkitsevää yhteyttä oppilaiden, kuorolaisten tai kontrolliryhmän raportoimien perustunteiden, sekundaaritunteiden tai psykososiaalisten kuuntelukokemusten intensiteetteihin? 3. Korreloiko musikaalisella kykytestillä mitattujen osatestien pistemäärät 	<p>Kvantitatiivinen, empiirinen tutkimus</p> <p>Tampereen alueella</p> <p>N= 201 oppilasta, 120 kuorolaulajaa, 70 kontrolliryhmäläistä</p> <p>Kuuntelutesti ja lomakekysely</p> <p>Tilastollinen analyysi, SPSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Musiikin rakenteseen kohdistuvat erottelukyvvyt poikkesivat toisistaan heikon ja hyvän havaintokykyluokan välillä. - Musiikin kuuntelun aiheuttama tiedostamaton tunnereaktio saa todennäköisesti alkunsa musiikin rakenteen yksityiskohdista. - Toisaalta kaikilla kuuntelijoilla on päänsääntöisesti oma mielimusiikkinsa ja musiikkimakunsa, joka vastaa kuuntelutottumuksia. - Osa musiikin tuomasta tyydyttävästä kokemuksesta saattaa selittyä tunnekokemuksen fysiologisella yhteisvaikutuksella. Musiikin kuuntelulla ja harrastuksella on yleinen vaikutus henkiseen hyvinvointiin, koska ne

	<p>merkitsevästi musiikin aktiivisen harrastamisen, audiitiivisen ajattelukyvyyn, muistikykyjen ja tietoisuuteen liittyvien nuottien ja soitujen nimeämiskykyjen välillä?</p> <p>4. Onko sukupuolten välillä musiikillisen kykytestin tulosten tai päivittäisten kuuntelukokemusten intensiteetteihin liittyviä tilastollisesti merkitseviä eroja?</p> <p>5. Onko musiikin eri tyyliin liittyvien kuuntelumieltymyksien ja tunnekokemusten välillä huomattavia eroja?</p>		<p>lisäävät sosiaalisuutta, alentavat stressiä, parantavat masennusta ja lievittävät yksinäisyyttä. Todennäköisesti henkilöt joilla on hyvä musiikin erottelukyky, pystyvät saamaan musiikista enemmän hyvänolontunnetta ja turvallisuudentunteita päivittäisiin tapahtumiin ja käyttämään musiikin merkitystä sosiaalisessa kommunikoinnissa.</p>
<p>Suontaka-Jamalainen (2011)</p> <p>Muistisairaankäyttöoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa</p> <p>Pro-gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata muistisairaiden potilaiden käyttöoireita ja toimintakykyä vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa hoitointervention alussa ja sen päättyessä.</p> <p>Tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Millaiset ovat vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettavan muistisairaankäyttöoireet hoitoon tullessa ja hoidosta lähtiessä? - Millainen on muistisairaankäyttöoireiden toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa tullessa ja hoidosta lähtiessä? <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistipotilaiden kuntoutumista edistävän hoidon kehittämiseksi.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrisella osastolla</p> <p>N= 85 muistipotilasta</p> <p>Haastattelu ja haavainnointi</p> <p>Tilastollinen analyysi, SPSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tyypillisimmät käyttöoireet olivat apatia, masentuneisuus, levottomuus ja aggressiivisuus sekä harhaluulot. - Laitoshoidosta tulleilla oli enemmän käyttöoireita kuin kotihoidosta tulleilla. - Vaikeasti dementoituneilla levottomuus ja aggressiivisuus olivat yleisempiä kuin lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavilla. - Käyttöoireet vähenivät merkittävästi hoitointervention kuluessa. - Ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevilla oli huono liikkumiskyky ja heikko suoriutumisen WC-toiminnoista. - Käyttöoireiden aiheuttama stressi hoitajalle koettiin laitoshoidossa

			suuremmaksi kuin kotihoidossa.
<p>Särkämö, Laitinen, Numminen, Tervaniemi, Kurki & Rantanen (2011)</p> <p>Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli kartoittaa, voidaanko muistisairaiden ja heidän omaistensa ja hoitajiensa yhteisellä, säännöllisellä musiikki-toiminnalla edistää muistisairaiden, omaisten ja hoitajien hyvinvointia.</p> <p>Tehtävänä oli selvittää, onko lievää ja keskivaikeaa muistisairautta sairastaville vanhuksille ja heidän omaisilleen ja hoitajilleen suunnatulla lauluvalmennuksella ja elämänkaarimusiikki-valmennuksella vaikutusta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) muistisairaiden kognitiiviseen toimintakykyyn, mielialaan ja elämänlaatuun 2) omaisten psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen 3) hoitajien työhyvinvointiin. <p>Tavoitteena oli kehittää uusi, musiikkipohjainen hoiva- ja kuntoutusmenetelmä, jota voitaisiin helposti käyttää osana kuntoutusta ja muistisairaiden päivittäistä hoitoa.</p>	<p>Kvantitatiivinen, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin viidessä vanhusten hoito- ja palveluyksikössä Helsingin ja Espoon alueella</p> <p>N= 89 lievästi tai keskivaikeasti muistisairasta henkilöä yhdessä tukihenkilön kanssa</p> <p>Tutkittavat jaettiin satunnaistetusti kolmeen ryhmään, lauluvalmennusryhmä, elämänkaarimusiikkiryhmä ja verrokkiryhmä.</p> <p>Tilastollinen analysointi</p>	<p>- Musiikki-toiminnalla oli pitkäkestoisia positiivisia vaikutuksia muistisairaana mielialaan, elämänlaatuun ja muistiin sekä omaisen psyykkiseen hyvinvointiin.</p> <p>- Musiikki-valmennus, jossa käytetään tuttua musiikkia ja joka painottaa muistisairaana ja omaisen tai hoitajan välistä vuorovaikutusta, vaikuttaa olevan hyödyllinen ja muistisairaiden kuntoutukseen hyvin soveltuva menetelmä.</p> <p>- Lauluvalmennukseen osallistuneiden muistisairaiden kielellinen ja omaelämäkerrallinen muisti paraniivat ja omaisten kokema psyykinen kuormitus väheni enemmän kuin muissa ryhmissä.</p> <p>- Elämänkaarimusiikilla oli ryhmistä eniten vaikutusta osallistuneiden muistisairaiden elämänlaadun kohentamiseen.</p>
<p>Witzke, Rhone, Backhaus & Shaver (2008)</p> <p>How sweet the sound. Research evidence for the use of music in Alzheimer dementia</p>	<p>Tarkoituksena oli tuottaa näyttöön perustuva yhdistelmä aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta musiikkiintervention käytöstä Alzheimerin taudin aiheuttamassa levottomassa käytäytymisessä.</p> <p>Tavoitteena oli aiempien</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>N=17 tutkimusta</p> <p>Tietokantahakuja sanoilla musiikki, musiikki terapia, dementia, Alzheimerin tauti ja levottomuus</p> <p>Laadullinen sisällönanalyysi</p>	<p>- Yksilöllinen musiikki on edullinen, yksinkertainen ja potilaalle vähäriskinen vaihtoehto perinteisille hoitotavoille.</p> <p>- Musiikki voi olla esitettyä tai äänitettävää.</p> <p>- Musiikin käyttö</p>

<p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>kokemusperäisten tutkimusten yhdistelyn lisäksi koota laajamittainen aiemmin julkaistu tieto ja tarkastella näitä tuloksia esitellen tasojä näytöstä, joka tukee tai ei tue musiikki intervention levotonta käyttäytymistä vähentävää vaikutusta Alzheimerin taudissa.</p>	<p>saattaa vaikuttaa Alzheimer potilaiden elämänlaatuun positiivisesti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Näyttöön perustuva hoitotyö ottaa huomioon potilaan mieltymykset, kliiniset olosuhteet ja saavutettavissa olevat terveydenhuollon mahdollisuudet tehdä päätöksiä potilaan hoitoa koskien.
--------------------------	---	---