

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitajan koulutusohjelma

2022

Tanja Korolainen ja Maria Neuvonen

Validaatio muistisaira kohtaamisessa

– kirjallisuuskatsaus



Opinnäytetyö AMK | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajan koulutusohjelma

2022 | 48 sivua

Tanja Korolainen ja Maria Neuvonen

Validaatio muistisairaahan kohtaamisessa

- kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä validaatiomenetelmän käytöstä ajankohtaista tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää muistisairaahan hoidon kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa kerättiin tietokannoista PubMed, Academic Search Elite ja Cinahl Complete sekä manuaalisella haulla. Rajaus tehtiin 2012–2022 julkaistuihin englanninkielisiin alkuperäistutkimuksiin. Katsaukseen valikoitui kuusi tutkimusartikkelia, joista tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Teoriaosuudessa käsitellään yleisimmät muistisairaudet ja niiden haasteet, vuorovaikutuksen merkitys muistisairaahan kohtaamisessa sekä validaatiomenetelmän periaatteet.

Katsauksen tuloksissa tulivat esiin positiiviset vaikutukset muistisairaahan henkiseen hyvinvointiin ja aktiivisuuteen sekä käyttösoireiden väheneminen. Validaatiomenetelmästä hyötyivät muistisairaiden lisäksi hoitohenkilökunta ja omaiset.

Tuoreita tutkimuksia validaatiomenetelmän käytöstä oli niukasti, joten tarvetta tutkimukselle olisi enemmän.

Asiasanat:

muistisairaus, kommunikointi, vuorovaikutus, validaatiomenetelmä

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in Nursing

2022 | 48 pages

Tanja Korolainen and Maria Neuvonen

The use of validation when encountering a person with dementia

- literature review

The aim of this thesis was to collect current research data on the use of the validation method, which can be used in the development of care for people with dementia.

This study was conducted as a descriptive literature review. The data was collected from PubMed, Academic Search Elite and Cinahl Complete and manually. The search results were limited to the years 2012–2022 published original studies in English. Six studies were selected to this review. The used method was data-oriented content analysis. The key concepts in the theoretical section are the most common memory disorders and their challenges, interaction with people with dementia and the principles of validation method.

The results demonstrate that validation method had positive impacts to the lives of patients with dementia as increased psychological well-being and activity. There were also fewer behavioral disturbances. Positive impacts included also nurses and relatives.

There were few recent studies on the use of the validation method, so the need for research would be greater.

Keywords:

dementia, communication, interaction, validation method

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Muisti ja muistisairaudet	8
2.1 Muisti	8
2.2 Muistisairaudet	9
2.3 Käyttösoireet	15
3 Vuorovaikutus	17
4 Validaatio	19
4.1 Naomi Feil	19
4.2 Validaatio	19
4.3 TunteVa® ja Integrative Validation (IVA) nach Richard®	22
5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	23
6 Opinnäytetyön toteuttaminen	24
6.1 Tutkimusmenetelmät	24
6.2 Aineiston haku ja arviointi	24
6.3 Aineiston analyysi	27
7 Tulokset	29
7.1 Muistisairaaseen liittyvät tulokset	29
7.2 Omaisiin liittyvät tulokset	31
7.3 Hoitohenkilökuntaan liittyvät tulokset	32
8 Pohdinta	35
8.1 Ehdotukset jatkotutkimuksille	37
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	38
8.3 Johtopäätökset	38
8.4 Ammatillinen kasvu	39

Lähteet	40
----------------	-----------

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit

Kuvat

Kuva 1. Aineiston valinnan eteneminen.	26
--	----

Kuva 2. Jako pää-, ylä- ja alaluokkiin.	29
---	----

Taulukot

Taulukko 1. Aineiston haku ja valinta.	25
--	----

Taulukko 2. Esimerkki ryhmittelystä.	28
--------------------------------------	----

Taulukko 3. Katsaukseen valitut artikkelit.	46
---	----

1 Johdanto

Maailman väestö ikääntyy ennennäkemättömällä vauhdilla eritoten kehittyneissä maissa ja WHO:n ennusteen mukaan vuoteen 2050 mennessä yli 60-vuotiaiden määrä on jo kaksinkertaistunut nykyisestä noin yhdestä miljardista kahteen miljardiin (WHO 2022). Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli kasvanut vuosituhannen alun 15 %:sta vuoden 2021 loppuun mennessä jo 23 %:in (Tilastokeskus 2022). Vaikka muistisairaudet eivät koskekaan ainoastaan vanhempia ikäluokkia, väestön ikääntyminen lisää muistisairaiden määrää maailmanlaajuisesti (THL 2022). Tämän vuoksi vanhuspalveluissa työskentelevän hoitohenkilökunnan koulutukseen, ammattitaitoon ja jaksamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Muistisairautta sairastavan käyttäytyminen ja persoonallisuus muuttuvat monin tavoin sairauden rappeuttaessa aivoja. Käyttöoireet ovatkin yleisiä kaikissa eri muistisairauksien muodoissa (Vataja 2017, 54–55.) ja ne heikentävät potilaan elämänlaatua sekä kuormittavat hoitohenkilökuntaa (Hölttä & Pitkälä 2019, 242–247). Muistisairaiden käyttöoireisiin lääkkeettömien hoitomuotojen tulisi olla ensisijaisia (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021).

Muistisairas ihminen elää usein menneisyydessä, sillä lähimuisti häviää ensimmäisenä. Tämä vaikuttaa toiminnanohjaukseen ja uuden oppimiseen sekä muistamiseen. (Juva 2021.) Muistisairaahan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa vaaditaan erityistä herkkyyttä ja valmiuksia toimia erilaisissa tilanteissa. On tärkeää pyrkiä hahmottamaan, miten muistisairas kokee erilaiset tilanteet tai mitä hän haluaa. Tunteet säilyvät läpi elämän muistisairaalla (Mönkäre 2017, 38–42) ja juuri tähän validaatio pureutuu; sanoittamaan tunteita ja käyttämään erilaisia tekniikoita. Näillä ylläpidetään muistisairaahan hyvinvointia, lisätään kommunikaatiota sekä selvitetään menneisyyden ristiriitoja, jotka vaikuttavat muistisairaahan tunteisiin ja käyttäytymiseen. (Feil 1992, 10–11.)

Validaatiomenetelmästä löytyy tutkimuksia 1990- ja 2000-luvulta ja näihin viitataan useissa katsauksissa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuitenkin etsiä tuoreita tutkimuksia validaatiomenetelmän käyttämisestä muistisairaahan kohtaamisessa. Katsauksessa esiin tulevaa tietoa voidaan hyödyntää muistisairaahan hoidon kehittämisessä.

2 Muisti ja muistisairaudet

2.1 Muisti

Aivot ovat monimutkaisin ja tärkein elin, mikä ihmisellä on. Muisti koostuu aivoissa useasta järjestelmästä, joilla on oma tehtävänsä. Lisäksi nämä järjestelmät toimivat myös rinnakkain ja yhteistyössä. (Kallio ym. 2020.) Muistissa sijaitsevat opitut tiedot ja taidot, kokemukset elämästä ja itsestä. Muisti tekee ihmisestä sen mikä hän on. Näin ollen muistisairauksissa häviää osa ihmisen persoonallisuudesta ja identiteetistä. (Hallikainen ym. 2019.) Jotta ihminen voi muistaa, tarvitaan mieleen painamista, säilyttämistä sekä tiedon mieleen palauttamista. Jos jokin näistä häiriintyy, voidaan puhua, että muistissa on häiriö. (Kallio ym. 2020.)

Muisti voidaan jakaa lyhyt- ja pitkäkestoiseen muistiin. Lyhytkestoiseen muistiin sisältyvät työmuisti ja sensorinen muisti, pitkäkestoiseen tieto- ja taitomuisti. Tieto- ja taitomuistissa on materiaalia ”tallennettuna” aina lapsuudesta lähtien. Vanhojen muistojen lisäksi siellä sijaitsevat muun muassa motoriset taidot, opitut tavat ja taidot. Lyhytkestoisessa muistissa asiat säilyvät vain väliaikaisesti: kärjistetyksi sanottuna se käsittelee, hakee ja siirtää tietoa ollen siten yhteydessä pitkäkestoiseen muistiin. (Kallio ym. 2020.)

Muistot ja opitut asiat kertyvät muistiin kerroksittain. Päälimmäisenä muistissa sijaitsevat viimeisimmät kokemukset ja muistot, pohjimmaisena lapsena opitut taidot, kokemukset ja muistot. Muistin heikentyminen alkaa päälimmäisistä kerroksista edeten siitä vanhempiin kerrostumiin. Tämän vuoksi muistisairas voi muistaa kymmeniä vuosia vanhoja asioita erittäinkin kirkkaasti, mutta ei välttämättä asiaa, joka tapahtui kymmenen minuuttia sitten. Häviämässä olevat muistot eivät kuitenkaan häviä kuin taikaiskusta, vaan ne voivat palata hetkittäin mieleen, kunnes häviävät kokonaan. (Hallikainen ym. 2019.) Myös normaali ikääntyminen muuttaa muistin toimintaa, mutta se ei heikennä normaalia päivittäistä toimintakykyä (Kallio ym. 2020).

2.2 Muistisairaudet

Suomessa on arvioitu olevan yli 190 000 muistisairasta ja määrä lisääntyy vuosittain noin 14 500:lla. Pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä 75 % sairastaa jonkinasteista muistisairautta. Työikäisiä 30–65-vuotiaita etenevää muistisairautta sairastavia arvioidaan olevan noin 7000. (THL 2022.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka "heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä sekä ajatustoimintoja niin paljon, että se haittaa päivittäisistä toimista selviytymistä" (THL 2022). Muistisairauksia on useita eri tyyppisiä ja yleisin niistä on Alzheimerin tauti. Muita tyypillisiä muistisairauksia ovat vaskulaarinen muistisairaus, Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. Myös muistisairauksien yhdistelmät ovat mahdollisia. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, jopa 70 %:lla etenevää muistisairautta sairastavista on Alzheimerin tauti (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021). Tauti jaotellaan kolmeen muotoon: tyypilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypilliseen. Hoito ja eteneminen ovat lähes samanlaisia kuitenkin kaikissa eri tyypeissä. Lisäksi Alzheimerin taudin vaiheet, eli oirekuvat, voidaan jakaa varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan taudin kuvaan. Elinajanodote vaihtelee muutamasta vuodesta liki kahteenkymmeneen vuoteen. (Hallikainen 2017, 226; Hallikainen 2019.)

Alzheimerin taudissa aivoalueet ja niiden väliset yhteydet vaurioituvat (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021). Aivojen tilavuus ja paino vähenevät ja erityisesti hippokampus surkastuu. Lisäksi aivoissa on havaittavissa plakkeja ja hermosolujen tuhoutumista. (Tienari ym. 2015, 101.) Alzheimerin tautiin sairastumisen varsinaista syytä ei tiedetä, mutta sairastumisriskiä lisäävät muun muassa epäterveelliset elämäntavat, korkea ikä, matala koulutustaso,

masentuneisuus ja yksinäisyys. Lisäksi geneettiset tekijät altistavat sairaudelle. (Muistiliitto 2022.)

Tauti ilmenee suurimmalla osalla tyypillisesti muistioireilla. Muisti on heikentynein osa-alue koko sairauden ajan. Tätä kutsutaan Alzheimerin tyypilliseksi muodoksi ja se on myös yleisin taudin muoto. Muistin heikentyminen aiheuttaa omatoimisuuden ja tiedonkäsittelyn huonontumista sekä käytösoireita. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Tyypillisen Alzheimerin taudinkuvan voidaan kärjistetysti kuvailla menevän seuraavanlaisesti: Varhaisen vaiheen Alzheimerin taudissa uuden oppiminen on työlästä, asioiden mieleen painaminen ei onnistu ja mieliala saattaa olla stressaantunut tai ahdistunut. Lievässä taudin muodossa toiminnanohjaus hidastuu ja sanoja joutuu hakemaan, päättelykyky ja muistaminen heikkenee lisää ja somaattisena oireena on usein laihtumista. Mieliala saattaa olla ahdistunut, ärtynyt tai masentunut. Rahankäytön hallinta voi aiheuttaa hankaluuksia, samoin arkiset asiat, jotka vaativat monia peräkkäisiä toimintoja. Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa eksyminen, sairaudentunnottomuus ja huono lähimuisti ovat tyypillisiä piirteitä. Sairastunut tarvitsee muistuttelua ja ohjausta arkisissa toimissa. Välineelliset arkitoiminnot, kuten pyykinpesu ja puhelimen käyttö eivät enää onnistu tai onnistuvat heikosti. Käyttäytymisen ongelmia ilmaantuu ja näitä voivat olla uni-valverytmin häiriöt, masennus, levottomuus tai harhaluulot sekä hallusinaatiot. Vaikeimmassa Alzheimerin taudissa somaattisina oireina ovat töpöttävä kävely, hauraus-raihnausoireyhtymä, ekstrapyramidaalioireita (esimerkiksi motoriikan hidastuminen, ilmeettömyys ja lihaskouristukset) ja primaariheijasteet, kuten tarttumisheijaste. Muita oireita ovat vaikeutunut puheentuotto ja puheen ymmärtäminen, inkontinenssi ja vaikea apraksia (vaikeus suorittaa aiemmin osattuja liikkeitä tai liikesarjoja). Sairastunut elää lapsuuden muistoissa eikä tunnista yleensä enää omaisiaan. Vaikeassa muodossa sairastunut tarvitsee apua käytännössä kaikessa, sillä muisti toimii hyvin satunnaisesti. Sairastunutta joudutaan usein syöttämään ja pukemaan, avun tarve vastaa n. 2–4-vuotiasta lasta. Käytösoireina saattaa ilmetä aggressiivisuutta, masennusta ja normaalista

poikkeavaa motorista käytöstä sekä vaeltelua. (Remes ym. 2015, 125–131; Hallikainen, 2019; Hallikainen, 2017, 227; Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Alzheimerin taudin epätyypillinen muoto voidaan jakaa otsalohko-oireiseen ja posterioriseen tautimuotoon. Näistä jälkimmäisessä tauti alkaa hahmottamisen sekä kasvojen tunnistamisen ongelmina. Myös tiedonkäsittelyn, kätevyuden ja lukemisen ongelmia ilmenee. Muisti pysyy melko pitkään normaalina. (Remes ym. 2015, 133.) Otsalohko-oireinen Alzheimer alkaa käyttäytymisen muutoksina sekä kielellisinä oireina, mutta muistioireet ilmaantuvat melko pian sairastumisen jälkeen. Epätyypillisen Alzheimerin taudin muodot ovat yleensä yleisempiä nuoremmilla, mutta myös ikäihmisten kohdalla mahdollisia. (Hallikainen, 2019.) Sekatyypinen Alzheimerin tauti ei vastaa oirekuvaltaan vain yhtä muistisairautta, vaan siinä on yleensä yhdistelmä Alzheimerista ja Lewyn kappale –taudista tai Alzheimerista ja vaskulaarisesta muistisairaudesta (Remes ym. 2015, 135).

Vaskulaarinen muistisairaus

Vaskulaarinen muistisairaus on Alzheimerin taudin jälkeen yleisin muistisairaus. Se tunnetaan myös nimellä aivoverenkiertosairauden muistisairaus ja vanhalta nimeltään se on ollut vaskulaarinen dementia. Vaskulaarinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin riippuen siitä missä suunnalla aivoja muutokset ovat. Valtaosa vaskulaariseen muistisairauteen sairastuvista kuuluu aivojen pienten suonien tautiin, 70 % ja loput suurten suonien. (Atula 2019; Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Toisin kuin Alzheimerin taudissa vaskulaarisessa muistisairaudessa muistihäiriöt eivät ole ensisijainen oire. Sairaus ilmenee alkuun tyypillisesti toiminnanohjauksen ja tiedonkäsittelyn heikentymisellä. Vaskulaarisen muistisairauden oireet eivät hiivi salakavalasti, kuten monissa muissa muistisairauksissa, vaan ne voivat alkaa jopa päivissä ja etenevät tasaisen sijaan portaittain. Alzheimerin tauti ja vaskulaarinen muistisairaus ovat toisinaan

samanaikainen sairaus (eli sekatyypinen Alzheimerin tauti) samojen riskitekijöidensä vuoksi (Atula 2019; Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021). Tällaisen yhdistelmän diagnosointi on välillä haasteellista ja sairastunut voi saada pelkän vaskulaarisen muistisairauden diagnoosin. Tällöin sairastunut jää kohdennetun hoidon ulkopuolelle. (Hallikainen 2019.)

Syyt sairastumiseen ovat samat kuin sydän- ja aivoverisuonisairauksilla, joten vaskulaariseen muistisairauden tärkein ennaltaehkäisykeino on terveelliset elämäntavat. Altistavia tekijöitä sairastumiselle ovat tupakointi, diabetes, runsas alkoholin käyttö, korkea kolesteroli ja erityisesti korkea verenpaine. Lisäksi sairastumisen taustalla voi olla aikaisemmin sairastettu aivoinfarkti, aivoverenkiertohäiriöt, hapenpuute tai aivoverenvuoto. (Atula 2019.)

Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale –tauti on etenevä ja rappeuttava muistisairaus, jossa elinajan odote sairastumisen jälkeen on n. 2–12 vuotta. Sairauden varsinaista syytä ei tiedetä, mutta nimensä mukaisesti siinä kertyy Lewyn kappale -nimisiä hermosolujen sisäisiä kertymiä aivokuorelle. (Rinne 2015, 165–166.) Lewyn kappale –taudissa toimintakyky laskee merkittävästi. Tyypillisiä oireita ovat aaltoileva vireystila, tiedonkäsittelyssä ja toiminnanohjauksessa ilmenevät oireet ja parkinsonismi. Lisäksi monilla ilmenee psykoottisia oireita, kuten näköharhoja ja harhaluuloja. (Hartikainen 2019.) Erityispiirteinä Lewyn kappale –taudille on, että sairastuneet ovat erityisen herkkiä neurolepti -lääkkeille ja he saavat voimakkaita parkinsonismin oireita niistä. Toinen poikkeuksellinen piirre on REM-unen aikainen aggressiivinen käytösoire. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Muistioireet eivät ole sairauden alkuun tyypillisiä, mutta muisti heikkenee sairauden edetessä. Jos sairauden alkuvaiheessa on myös muistin heikentymistä, viittaa tämä yleensä samanaikaiseen Alzheimerin tautiin. (Rinne 2015, 166; Hallikainen 2017, 233.) Tällöin puhutaan sekatyypisestä Alzheimerin

taudista. Näin on jopa puolella potilaista, joilla on Lewyn kappale- tauti. (Hartikainen 2019; Atula 2019.)

Lewyn kappale –taudin diagnosointi ja tunnistaminen on toisinaan vaikeaa ja moni saakin ensin joko Alzheimerin taudin, vaskulaarisen muistisairauden tai Parkinsonin taudin diagnoosin. Diagnoosi Lewyn kappale –taudista vahvistuu pääasiallisesti kliiniseen kuvaan ja muiden sairauksien erotusdiagnooseihin. On siis suuri riski, että sairautta ei diagnosoida oikein tai siinä kestää monia vuosia. (Hartikainen 2019; Rinne 2015, 167–170.)

Muita muistisairauksia

Parkinsonin tautiin liittyy tiedonkäsittelyn ja toiminnanohjauksen ongelmia muuta väestöä enemmän, jopa 60–70 %:lla Parkinsonia sairastavista on muistisairaus. Muistiin painaminen ja mieleen palautus ovat heikentyneet, mutta varsinaista nopeaa unohtamista ei ole, kuten Alzheimerin taudissa. Käyttäytymisen muutokset, kuten väsymys, aloitekyvyttömyys, persoonallisuuden muutokset ja psykoottiset oireet ovat tyypillisiä. (Rinne & Karrasch 2015, 158–160; Hallikainen 2017, 233.)

Otsa-ohimolohkorappeumiin luetaan muistisairaudet, jotka vaurioittavat aivojen otsa- ja ohimolohkoja. Nämä jaetaan neljään omaan ryhmäänsä, jotka eroavat oireiltaan ja etenemiseltään. Yleisin alatyyppejä otsa-ohimolohkorappeumissa on otsalohkodementia. (Remes 2019.) Otsalohkodementian keskeiset oireet liittyvät käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksiin. Sairastuneella voi esiintyä estottomuutta, huolettomuutta ja apatiaa. Toiminnanohjaus ja tiedonkäsittely heikkenee. Puheeseen voi tulla toistoa, sanavarasto niukkenee ja joillekin kehittyy mutismi eli puhumattomuus. Muistioireita ilmenee vasta myöhemmin. (Remes & Rinne 2015, 174–175.) Jos sairaus alkaa kielellisin oirein ja käytösoireet tai tiedonkäsittelyn ongelmat ovat vähäisiä, puhutaan otsa-ohimolohkorappeuman alatyypeistä: etenevästä sujumattomasta afasiasta ja logopenisestä afasiasta. Näissä puhe on hidasta ja takkuavaa, sanojen löytäminen, asioiden nimeäminen sekä lukeminen ja kirjoittaminen hankaloituvat.

Muisti heikkenee vasta taudin edetessä. Afasiat etenevät hitaasti. Neljäs alatyyppi on semanttinen dementia. Siihen sairastuneet säilyttävät muistin melko hyvin, mutta heille tulee nimeämis- ja ymmärtämisongelmia. Kasvoja ja esineitä on vaikeaa tunnistaa. Sairastuneet puhuvat sujuvasti, mutta puheen sisältö on yleensä kuulijalle täysin siansaksaa. (Remes & Rinne 2015, 176–178; Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

Muitakin sairauksia tavataan, jotka joko aiheuttavat suoraan tai välillisesti muistisairauden. Niitä ovat mm. alkoholisairauteen liittyvä muistisairaus, aivovammoihin liittyvä muistisairaus, prionitaudit ja hydrokefaliaan liittyvä muistisairaus. Lisäksi on joukko pienempiä perinnöllisiä sairauksia, jotka kulkevat muistisairauksien kanssa käsi kädessä. (Erkinjuntti ym. 2015.)

Lääkehoito

Muistisairauslääkkeet ovat yksi osa sairastuneen hoitoa. Ne hidastavat taudin etenemistä ja voivat helpottaa käytösoireita. Parantavaa lääkehoitoa ei kuitenkaan ole olemassa. Suomessa on käytössä neljä kliiniseen käyttöön hyväksyttyä muistisairauslääkettä: memantiini, rivastigmiini, donepetsiili ja galantamiini. Lääkkeiden vastetta tulee seurata säännöllisesti. Vasteen seurannan apuna ovat säännölliset kontaktit lääkärille ja muistikoordinaattorille, muistitestit, erilaiset mittarit ja hoitajien sekä omaisten näkemys. (Rinne ym. 2015, 455, 462, 466–468.)

Käytösoireisiin lääkehoito ei ole ensisijainen hoitomuoto, mutta toisinaan oireet ovat niin vaikeita, että se on aloitettava. Käytösoireisiin suunnattu lääkehoito pyritään usein pitämään tilapäisenä ratkaisuna ja se tulisi purkaa oireiden helpotettua. Masennuslääkkeet, uuden polven psykoosilääkkeet (esimerkiksi ketiapiini, risperidoni) ja bentsodiatsepiinit ovat käytetyimpiä lääkeryhmiä käytösoireissa. (Koponen & Vataja 2015, 474–485; Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021.)

2.3 Käyttöoireet

Käyttöoireita esiintyy jossakin vaiheessa jopa 90 %:lla muistisairaista potilaista (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021). Muistisairaiden käyttöoireisiin sisältyvät häiriöt käyttäytymisessä, persoonallisuudessa, motoriikassa ja tunne-elämässä sekä kognitiossa. Oireita ovat esimerkiksi vaeltaminen, ahdistuneisuus, apatia tai masennus, ärtyneisyys, häiriöt unessa tai ruokahalussa, estottomuus, verbaalinen tai fyysinen aggressiivisuus, huutaminen, toistot puheessa tai liikkeissä sekä harhaluulot tai hallusinaatiot. (Cloak & Al Khalili 2022.)

Edellä mainitut käyttöoireet voivat ilmetä lähes missä tahansa muistisairaudessa, mutta tietyt oireet ovat tyypillisempiä tietyissä muistisairauksissa. Otsaohimolohkorappeumissa tyypillisempiä ovat estottomuus ja muu sopimaton käyttäytyminen, apatia ja vaeltelu. Lewyn kappale –taudissa puolestaan tyypillisiä käyttöoireita ovat hallusinaatiot ja harhaluulot. Masennus on melko yleistä vaskulaarisessa muistisairaudessa. (Cloak & Al Khalili 2022.) Alzheimerin taudissa käyttöoireet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Alkuun varsinkin apatia ja ahdistus ovat tyypillisiä oireita. Sairauden edetessä levottomuus usein lisääntyy. Aggressiot ja hallusinaatiot ovat yleensä satunnaisia ja kausiluontoisia käyttöoireita ja ne ovat tyypillisiä vasta keskivaikeassa tai vaikeassa taudin muodossa. (Remes ym. 2015, 122–131.) Aina pelkkä muistisairaus ja sen aiheuttamat muutokset aivoissa eivät selitä käyttöoireita. Käyttöoireisiin on monia myötävaikuttavia tekijöitä. Syitä saattavat olla muut sairaudet, tyydyttämättömät tarpeet tai ympäristötekijät. (Vataja & Koponen 2015, 95.)

Myös hoitohenkilökunta voi laukaista käyttöoireita muistisairaalla, kuten ahdistusta ja aggressiota. Muistisairaana maailmassa asiat saattavat muuttua hämmentäväksi ja pelottaviksi ja esimerkiksi hoitaja voi muistuttaa menneisyydestä jotain epämiellyttävää henkilöä. Potilas voi tulkita hoitajan puheet ja tekemiset eri tavalla kuin on tarkoitus. Kiire ja pakottaminen hoitotyössä

ovat myös syitä, jotka saattavat laukaista esimerkiksi aggression muistisairaalla. (Mönkäre 2019.)

Käyttöoireiden ilmetessä tulisi ensisijaisesti pyrkiä lääkkeettömiin hoitovaihtoehtoihin. Tämä tarkoittaa hyvää perushoitoa, erilaisia terapiamuotoja ja aktiviteetteja sekä omaisten ja hoitohenkilökunnan ohjausta. (Koponen & Vataja 2016.) Ennen lääkehoitoa on poissuljettava myös mahdolliset muut syyt käyttöoireille, joita muistisairas ei osaa välttämättä sanoittaa. Näitä voivat olla esimerkiksi kipu, ummetus, virtsaumpi, rauhaton ympäristö tai infektiot. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021; Cloak & Al Khalili 2022.)

3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus tarvitsee vähintään kaksi osapuolta sekä jonkin viestin tai sanoman, joka kulkee osapuolten välillä (Mäkisalo-Ropponen 2012, 99). Vuorovaikutus on sanallisen sanoman lisäksi paljon muutakin. Siihen kuuluvat toisen osapuolen aito kohtaaminen, kuuntelu, tunneäly ja sanaton viestintä. Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet, katseet ja fyysinen etäisyys tai läheisyys. (Toivonen ym. 2020.)

Vuorovaikutus vaatii onnistuakseen sanoman ymmärtämisen ja että se tulkitaan oikein (Mäkisalo-Ropponen 2012, 99). Muistisairaana kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa sanattoman viestinnän merkitys kasvaa, kun sanallinen kommunikaatio vaikeutuu. Esimerkiksi hymy viestittää miellyttävästä asiasta ja kosketus välittämisestä. (Mönkäre 2019; Muistiliitto 2022.)

Muistisairaana hoidossa vuorovaikutustaidot korostuvat: ne ovat paitsi osa lääkkeetöntä hoitoa, niin myös keino helpottaa muistisairaana arkea ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Lisäksi vuorovaikutustaidot helpottavat hoitotyön toimintoja. Hyvä vuorovaikutus on olennainen osa hyvää hoitoa muistisairaana hoidossa. Vastuu vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin onnistumisesta on muistisairasta hoitavalla ihmisellä, ei sairastuneella. Tästä huolimatta vuorovaikutuksen osapuolet ovat tasa-arvoisia. Vuorovaikutukseen ei kuulu toisen väheksyminen tai muistamattomuudesta tai osaamattomuudesta kommentointi. (Mönkäre 2019.) Muistisairaana kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa kulmakiviä ovat kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen (Hallikainen ym. 2017,38).

Kun ihminen sairastaa etenevää muistisairautta eikä hän kykene ilmaisemaan itseään tai ymmärtämään toisen tarkoitusta, tarvitsee hän enemmän ohjausta kaikissa tekemisissä (Mönkäre 2019). Kun muistisairaana sanat häviävät ja tunneilmaisu sekä ymmärtäminen vaikeutuvat, heijastuvat nämä väistämättä vuorovaikutukseen (Mönkäre 2017, 39–47). Tämän vuoksi vuorovaikutus ja sen osaaminen on tärkeä osa-alue muistisairaana hoidossa. Hoitajan tulisi löytää työkaluja, joilla paikataan muistisairaana kognitiivisia puutteita ja hoitaville

henkilöille tulisi tarjota ohjausta, joka tukee vuorovaikutusta muistisairaansa kanssa. (Mönkäre 2019; Hölttä & Pitkälä 2019, 242–247.)

4 Validaatio

4.1 Naomi Feil

Validaatio on yhdysvaltalaisen Naomi Feilin (s.1932) muistisairaille kehittämä menetelmä, jonka yhtenä taustateorianä on psykoanalyttikko ja tutkija Erik Eriksonin elämänkaariteoria. Feil työskenteli vanhainkodissa ryhmätyöntekijänä ja yliopistossa asiantuntijaopettajana vuosina 1963–1980. Noina vuosina hänen työskennellessään iäkkäiden muistisairaiden parissa vanhainkodissa, koki hän tyytymättömyyttä työskentelymetodeihin, joita sovellettiin näihin muistisairaisiin. Feil koki, että tapa, jossa muistisairaita pyritään kaikin keinoin vetämään todellisuuteen ja tähän hetkeen, ei toiminut. Vuorovaikutus, tunteiden tunnistaminen ja tunnustaminen sekä muistelu toimivat Feilin mukaan huomattavasti paremmin. Näin syntyi validaatiomenetelmä. Vuonna 1982 hän julkaisi kirjansa, jossa kuvaili menetelmänsä: Validation: The Feil Method. Validaatiomenetelmä on levinnyt useisiin eri maihin ja se on rekisteröity tuotemerkki, V/F Validation®. Feil on tehnyt aktiivisesti töitä validaatiomenetelmänsä eteen, kuten elokuvia ja videoita, artikkeleita ja koulutuksia. (Feil 1992, 2, 6; Pohjavirta 2012; VTI 2022.)

4.2 Validaatio

Jotta validaation voi ymmärtää käsitteenä, pitää tuntea Erik Eriksonin elämänkaariteoria. Siinä on jaoteltu ihmisen eri ikäkausille yhteensä kahdeksan kehityskriisiä aina vauvaiästä vanhuuteen. Eriksonin elämänkaariteoriassa on ajatus, että selvittämätön kriisi estää elämässä eteenpäin menemisen. Vanhuksen kehityskriisi on hyväksyä elämänsä, tehdä tavallaan tilinpäätös eletystä elämästä. Jos eheyteen ei pääse, aiheuttaa se ahdistusta eletystä elämästä ja pelkoa kuolemasta. (Syed & McLean 2017.)

Muistisairas elää vahvasti tunteillaan kognitiivisten kykyjen heikentyessä. Heillä ei ole kykyä kontrolloida tunteita samoin kuin terveellä ja nuorella ihmisellä.

Validaatiossa muistisairaita ei pyritä saamaan nykyhetkeen tai kieltämään heidän tunteitaan, sillä he tekevät yhteenvetoa elämästään. Validaatiossa tavoitellaan muistisairaahan sisäisen maailman ymmärtämistä ja tätä kautta myös muistisairaahan käyttäytymisen syitä. Selvittämättömät asiat, tuskalliset muistot tai kokemukset ovat usein muistisairaahan käytöksen takana. Muistot, joissa muistisairas elää ovat hänen todellisuutensa, eivät harhaa tai lapsenomaista kuvitelmaa. Validaatiomenetelmä on vuorovaikutustapa, jonka tavoitteena on menneisyyden selvittäminen, hyvinvoinnin lisääminen ja ikäihmisen arvokkuuden ylläpitäminen. Validaatio ei sovellu orientoituneille ikäihmisille tai kehitysvammaisille eikä myöskään ihmisille, joilla on takana psyykinen sairashistoria. (Feil 1992, 10–19, 44, 28.)

Feil käyttää validaatiossa sellaista termiä kuin vanhat, disorientoituneet ihmiset. Tässä yhteydessä disorientaatio tarkoittaa taantumista, jota on tapahtunut fyysisesti ja sosiaalisesti. Disorientoituneet ihmiset eivät koe tarvetta miellyttää nykyajassa eläviä ihmisiä, sillä he palaavat mielikuviansa avulla aikaan, kun heidän ajatuksillaan ja teoillaan oli vielä merkitystä. Tällä tavoin he palauttavat omaa arvokkuuttaan ja tarkoitustaan elämälle. Nämä menneisyyden muistot luovat heidän elämälleen tarkoitusta, jota nykyajassa ei enää ole. (Feil 1992, 20–24.)

Feil on jakanut disorientoitumisen neljään eri vaiheeseen: 1. malorientaatioon, jossa muistisairas on vielä orientoitunut, mutta ei ole onnellinen, 2. ajan tajun hämärtymiseen, jossa looginen ajattelukyky alkaa hävitä, 3. toistuviin liikkeisiin, jossa toistuvat liikkeet korvaavat puheen, ja 4. sikiövaiheeseen, jossa muistisairas on vetäytynyt täysin sisäänpäin. Vaiheesta toiseen siirtyminen tarkoittaa enenevää vetäytymistä todellisuudesta ja fyysistä taantumista. (Feil 1992, 46–47.)

Disorientoituneet muistisairaajat eivät Feilin menetelmän mukaan pääse loppuun suorittaessaan Eriksonin teorian viimeistä tehtävää, eli he eivät pääse eheyteen ennen kuolemaansa. Feil kutsuu silti tätä vaihetta ”lopulliseksi päätösvaiheeksi”. Tässä vaiheessa ei olla tietoisesti vaan kyse on syvältä kumpuavasta inhimillisestä tarpeesta ehtiä selvittämään menneisyyden ristiriidat. Tämän

vuoksi nämä muistisairaat palaavat ja taantuvat täysin menneisyyteen. (Feil 1992, 19.)

Feilin menetelmässä on runsaasti erilaisia tekniikoita niin yksilö- kuin ryhmävalidaatiolle, ja ne antavat työkaluja työntekijälle sekä auttavat suhteen luomisessa muistisairaahan kanssa. Validaatiomenetelmää toteuttaessa otetaan siihen tiiviisti omaiset ja koko henkilökunta mukaan. Jokaisessa disorientaation vaiheessa on omat tekniikkansa muistisairaahan kanssa toimimiseen ja vuorovaikutuksessa olemiseen. Tekniikoita ovat esimerkiksi tunteiden sanoitus, kosketus, tunnetilojen peilaaminen, musiikki, kysymykset, muistelu ja kunnioittava puhe. (Feil 1992, 58–80.)

Validaatiomenetelmää käyttävän työntekijän pitää tuntea potilaansa ja tämän menneisyys, jotta voidaan seurata toimintakykyä ja sen muutoksia. Menneisyydestä on selvitettävä monia asioita, esimerkiksi perhesuhteet, disorientaation vaihe, sairaushistoria, tapa selviytyä kriiseistä ja työhistoria. Tietoa saadaksesen pitää työntekijän haastatella muistisairasta ja tämän sukulaisia sekä havainnoida potilasta. Potilasta haastatellessa on tärkeää kysyä ja muotoilla kysymys mahdollisimman tarkasti, jotta tämän on siihen helppo vastata. Tietyillä kysymyksillä kartoitetaan eri asioita menneisyydestä tai nykyisyydestä ja tietyillä havainnointituloksilla on omia merkityksiään. Feil kehottaa havainnoimaan disorientoituneiden symboliikkaa, liikkeitä, aisteja ja fyysisiä tunnusmerkkejä. Symboliikka tulee esiin, kun muistisairas kadottaa loogisen ajattelukykyänsä, tällöin esimerkiksi keinuva liike voi tarkoittaa turvallisuuden hakemista tai äitiyttä. Ryhmässä toteutettavaan validaatiomenetelmään valitaan tarkkaan jäsenet. Sinne valitaan eri luonteisia ja eri disorientaation vaiheessa olevia ihmisiä omaan ryhmäänsä. Ryhmän kokoaminen vaatii runsaasti alkutyötä istumajärjestystä ja keskusteluaiheita myöden. Jokaisella muistisairaalla on omat roolit, esimerkiksi aiemmin johtajana työssään toiminut, saa olla ryhmässä ns. puheenjohtaja tai innokas huonettaan alituisesti järjestelevä saa olla tuolien järjestäjä. Tavoitteena on vuorovaikutuksen lisäksi vahvistaa identiteettiä ja sosiaalisia kontakteja. Ryhmän toiminnassa on runsaasti tiettyjä rituaaleja ja tekniikoita, jotka ryhmänvetäjän tulee ottaa

huomioon. Nämä rituaalit tukevat validaatiomenetelmän toteutumista. (Feil 1992, 36–37, 48, 58–63, 81–93.)

4.3 TunteVa® ja Integrative Validation (IVA) nach Richard®

Suomessa toimii validaatiomenetelmä TunteVa®, jonka on rekisteröinyt Tampereen kaupunkilähetys. TunteVa® toimintamallia on hieman muokattu alkuperäisestä soveltumaan paremmin suomalaiseen hoitokulttuuriin, mutta periaatteet ovat samat kuin Feilin validaatiossa. TunteVa®-toimintamalliin on yhdistetty terapeutin yhteisöhoidon periaatteita. Tarkoituksena on, että hoitohenkilökunta ja muistisairaat osallistuvat yhdessä hoitoyksikössä järjestettäviin tapahtumiin ja tilanteisiin. (Pohjavirta 2012, 2, 38.)

Integrative Validation (IVA) nach Richard® on saksalaisen pedagogi ja psykogerontologi Nicole Richardin kehittämä ja vuonna 1993 rekisteröimä validaatiomenetelmä, johon hän sai innoituksen Naomi Feilitä. IVA pohjaa paljolti samoihin periaatteisiin kuin Feilin Validaatioterapia. Erona näiden kahden menetelmän välillä on, että IVA:ssa ei keskitytä muistisairaahan ratkaisemattomiin elämäntehtäviin. (Das Institut für IVA 2022.) Hoivahenkilön ei myöskään tarvitse ottaa huomioon dementian eri vaiheita, joten menetelmän oppiminen on helpompaa. Menetelmä on tarkoitettu kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen, eikä siihen kuulu ryhmätoimintoja. (Erdmann & Schnepf 2016.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja arvioida viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja tutkimuksia validaatiomenetelmän käytöstä muistisairaahan hoidossa/kohtaamisessa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää muistisairaahan hoidon kehittämisessä.

Tutkimuskysymys: Minkälaisia tuloksia validaatiomenetelmän käytöstä muistisairaahan kohtaamisessa on saatu?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Tutkimusmenetelmät

Kirjallisuuskatsaus on tärkeä keino kartoittaa, arvioida ja analysoida tietystä tutkimusaiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja olemassa olevaa kirjallisuutta järjestelmällisesti ja analyyttisesti (Coughlan ym. 2013, 3) ja sen avulla voidaan myös löytää ongelmia tai ristiriitaisuuksia valitusta aiheesta. Hoitotyön perustuessa yhä vahvemmin näyttöön, myös kirjallisuuskatsausten määrä on lisääntynyt ja erilaisia katsaustyyppejä on kehittynytkin jo 14, vaikkakin osa niistä eroaa vain hieman toisistaan. Katsauksen tyyppi määräytyy tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Päätyyppejä on kolme: kuvailevat eli narratiiviset katsaukset, systemaattiset katsaukset ja meta-analyysi. Vaikka katsaustyyppejä on useita, ne sisältävät kuitenkin samat vaiheet: aiheen valinnan, kirjallisuuden haun, arvioinnin, aineiston perusteella tehdyn synteesin sekä analyysin. (Stolt ym. 2016, 7–8.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa eli narratiivista katsausta.

Kirjallisuuskatsaus alkaa sen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittämisellä. Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Salon kaupungin vanhuspalvelut ja katsauksen tarkoituksena on etsiä tuoreempia tutkimuksia validaatiomenetelmän hyödyntämisestä muistisairaana kohtaamisessa ja hoidossa. Tutkimuskysymys on aseteltu tarpeeksi laajaksi, jotta siihen löytyisi riittävästi julkaistua aineistoa.

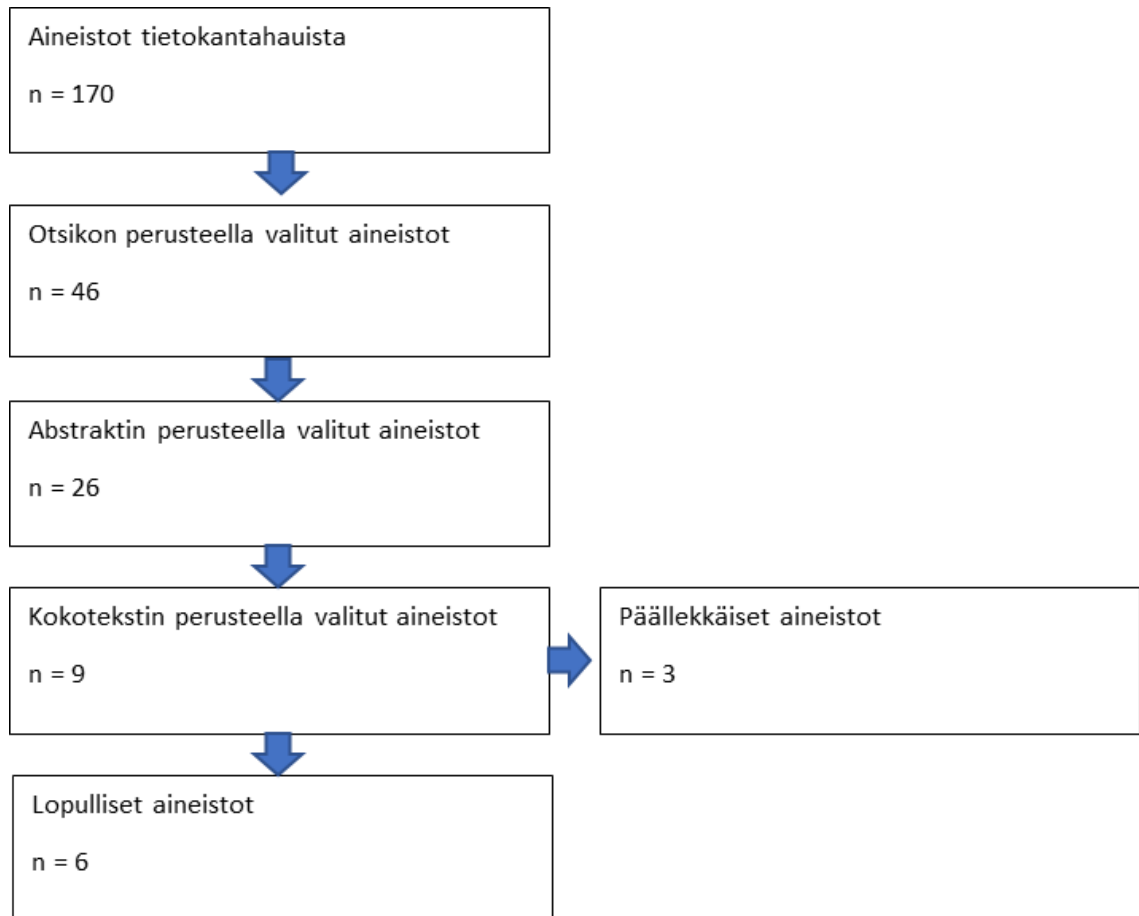
6.2 Aineiston haku ja arviointi

Katsauksen toisessa vaiheessa tehtiin kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Tämä on tutkimuksen kriittinen vaihe, koska siinä tehdyt virheet vaikuttavat katsauksen luotettavuuteen ja ne voivat johtaa vääristyneisiin johtopäätöksiin (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25). Tämän opinnäytetyön aineistona käytettiin alkuperäistutkimuksia. Alustavat haut suomalaisista tietokannoista eivät tuottaneet osumia, joten aineiston haku tehtiin tietokannoista PubMed, Academic

Search Elite ja Cinahl Complete käyttämällä hakusanoja validation therapy, validation method, dementia, alzheimer*, communicat* ja niistä Boolean operaattoreilla AND ja OR muodostettuja lausekkeita. Lisäksi käytettiin manuaalista hakua lähdeluetteloista sekä tieteellisten lehtien sisällysluetteloista. Mukaanottokriteereinä aineiston valinnassa olivat aikarajaus vuosien 2012–2022 välillä julkaistuihin tutkimuksiin ja kielenä englanti. Tutkimusartikkeleista oli myös oltava saatavilla maksuton kokoteksti, koska tälle katsaukselle ei ole rahoitusta. Aineiston tiedonhaun taulukosta 1. käy ilmi käytetyt tietokannat, hakutermit, kieli, hakupäivämäärä, rajaukset ja osumien määrä. Tietokantahauista lopulliseen katsaukseen hyväksyttiin kokotekstien perusteella kuusi tutkimusta. Aineiston valinnan eteneminen käy ilmi kuvasta 1.

Taulukko 1. Aineiston haku ja valinta.

Tietokanta ja haun pvm.	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Lopulliset valitut
CINAHL Complete 14.10.2022	"validation therapy" OR "validation method"	2012–2022 English Subject	22	15	8	2
CINAHL Complete 16.10.2022	"validation therapy" OR "validation method" AND dementia OR alzheimer* AND communicat*	2012–2022 English All text Academic Journals	76	17	11	2
Academic Search Elite 17.10.2022	"validation therapy" OR "validation method"	2012–2022 English Subject Academic journals Full text	36	3	2	0
PubMed 17.10.2022	("validation therapy" OR "validation method") AND (dementia OR alzheimer*)	2012–2022 English	36	11	5	5, joista 3 oli päällekkäisiä Cinahlin hakutuloksista valittujen kanssa



Kuva 1. Aineiston valinnan eteneminen.

Seuraava vaihe eli aineiston arviointi liittyy osiltaan jo valintavaiheeseen, koska siinä poissulkukriteerinä voi olla jo tietynlainen tutkimuksen laadun aste. Mukaan valituista tutkimuksista arvioitiin niiden heikkoudet ja vahvuudet, alkuperäistutkimusten tutkimusongelmat, kohdejoukot, otantamenetelmät, otoskoot sekä aineiston keruu- ja analyysimenetelmät. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28–29.) Painotukset arvioinneissa vaihtelevat sen mukaan ovatko tutkimukset kvantitatiivisia, kvalitatiivisia vai mahdollisesti molempia. Arvioinnin perusteella voi jo päätellä jotain jonkin ilmiön näytön asteen vaikuttavuudesta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28–30.) Valmiin katsauksen lukija on riippuvainen katsauksen tekijästä siinä mielessä, että katsauksen materiaalina käytetyt tutkimukset ovat lukijalle toissijaisia lähteitä ja tekijän vastuulla on tuoda esille näytöltään vankat tutkimukset samoin kuin ne tutkimukset, joissa on rajoitteita tai joita tulisi lukea tietyllä varovaisuudella (Coughlan ym. 2013, 69).

Katsaukseen valituista tutkimuksista kaksi oli kvantitatiivisia ja neljä oli laadultaan kvalitatiivisia, joista kolmessa oli kyseessä henkilökunnan koulutus validaatiomenetelmän käyttöön. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa aineistoa oli kerätty kyselyillä, haastatteluilla sekä videoimalla keskusteluja ja litteroimalla ne teksteiksi. Analyysimenetelminä oli käytetty sisällönanalyysia. Nämä neljä sisällytimme omaan analyysiimme. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa tuloksia arvioitiin tilastollisin menetelmin ja niiden tulokset kerromme erikseen. Validaatiomenetelmän käytöstä emme löytäneet muita satunnaistettuja vertailukokeita (CRT), joten vaikka näissä kahdessa tutkimuksessa käsiteltiinkin lääkkeettömien terapiamuotojen yhdistelmiä ja validaatio oli niistä vain yksi muiden mukana, otimme tutkimukset tarkasteluun jo niiden tutkimusmenetelmänkin vuoksi. Valitut tutkimukset ovat taulukossa 3 (liite 1), josta käy ilmi tekijät, julkaisuvuosi ja maa, tutkimusten tarkoitus, käytetyt menetelmät ja keskeisimmät tulokset.

6.3 Aineiston analyysi

Arviointia seuraa aineiston analyysi ja synteesi. Sen tarkoituksena on järjestää valittujen tutkimusten tulokset ja tehdä niistä yhteenveto. Käytettävä analyysimenetelmä riippuu valitusta katsausmenetelmästä, koska kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusten synteetit eroavat toisistaan. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30.) Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus eli tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä voidaan pitää sisällönanalyysia, vaikkakin se on käsitteenä niin laaja, että sitä voidaan pitää eräänlaisena teoreettisena kehyksenä eikä vain yksittäisenä metodina (Tuomi & Sarajarvi 2018, 103). Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa etsitään tekstin merkityksiä. Teksti voi olla mitä tahansa kirjalliseen muotoon tehtyä materiaalia, kuten artikkeli, haastattelu, kirje tai raportti. Tällä menetelmällä kuvataan ilmiöitä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Johtopäätösten teko jää kuitenkin kirjoittajalle, sillä sisällönanalyysillä aineisto saadaan vain järjestettyä, se ei tarjoa tulkintaa analysoitavasta aineistosta. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 117.)

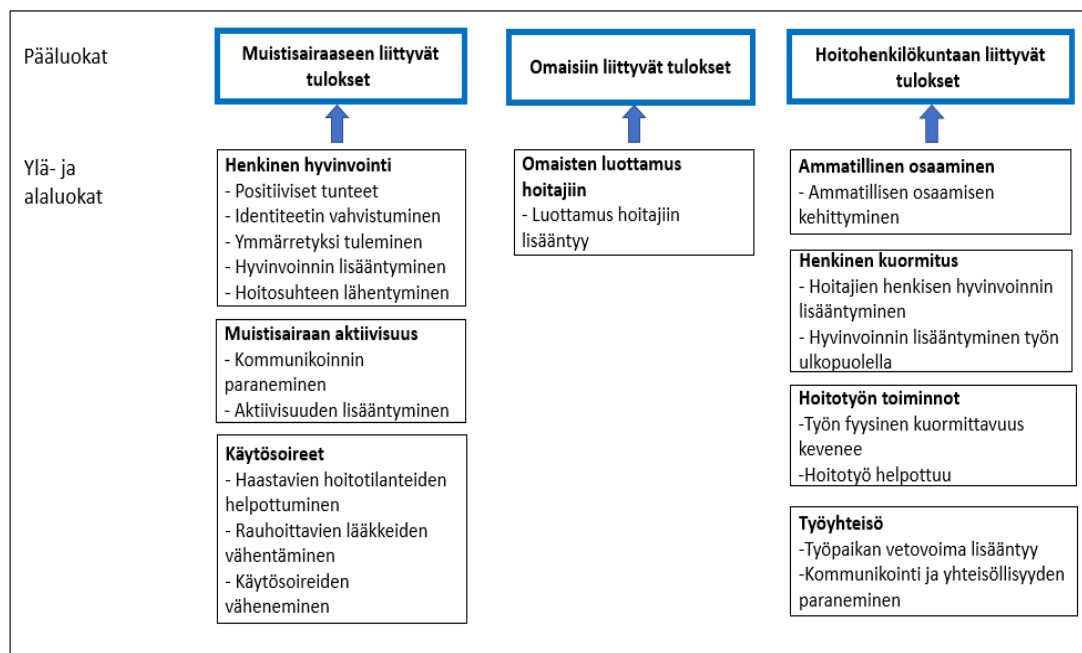
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai jopa useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Tämän katsauksen analysointi aloitettiin lukemalla valitut aineistot useaan kertaan. Tämän jälkeen aineistoista etsittiin tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja, jotka kirjoitettiin taulukkoon. Näille alkuperäisilmaisuille muodostettiin pelkistetyt ilmaisut, joista haettiin samaa tarkoittavia ilmaisuja ja ne ryhmiteltiin edelleen alaluokiksi. Luokittelua jatkettiin yhdistämällä alaluokkia yläluokiksi ja edelleen yläluokkia pääluokiksi (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki ryhmittelystä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>It felt good to be able to do a little bit more for the residents</i>	Työ tuntuu mielekkäältä			
<i>Less psychological stress</i>	Stressin väheneminen	Hoitajien henkisen hyvinvoinnin lisääntyminen	Henkinen kuormitus	Hoitohenkilökuntaan liittyvät tulokset
<i>It (Valida) was useful for their lives and to deal with their relatives</i>	Hyöty työn ulkopuolisessa elämässä	Hyvinvoinnin lisääntyminen työn ulkopuolella		
<i>Improved communication with colleagues and management</i>	Kommunikoinnin parantuminen työyhteisössä		Työyhteisö	
<i>Understanding and supporting colleagues</i>	Kollegoiden vertaistuki	Kommunikointi ja yhteisöllisyyden paraneminen		
<i>The employees are very happy to work there, which is also evident from low employee turnover</i>	Työyhteisön pysyvyys	Työpaikan vetovoima lisääntyy		

7 Tulokset

Aineiston analyysin edetessä esiin nousi selkeästi kolme pääluokkaa: muistisairaat, omaiset ja hoitohenkilökunta. Validaatiomenetelmän käytöstä saadut tulokset eivät koske siis vain muistisairasta, vaan ne koskevat laajemmin myös henkilökuntaa ja muistisairaahan omaisia (Kuva 2).



Kuva 2. Jako pää-, ylä- ja alaluokkiin.

7.1 Muistisairaaseen liittyvät tulokset

Henkinen hyvinvointi

Validaatiomenetelmällä on monia vaikutuksia muistisairaahan henkiseen hyvinvointiin. Validaatiomenetelmän periaatteiden mukaan hoitajan tulee perehtyä muistisairaahan menneisyyteen ja elämäntarinaansa esim. haastatteleamalla omaisia. Siten muistisairaahan käyttäytymiselle voi löytyä luonnollinen selitys esimerkiksi hänen harjoittamastaan ammatista ja hoitaja voi hyödyntää tätä tietoa keskusteluissa vahvistaen siten muistisairaahan identiteettiä. Katsauksen

tutkimuksissa hoitajat kertoivat saaneensa menetelmän avulla luotua muistisairaaseen läheisemmän ja luottavaisemman suhteen. (Erdmann & Schnepf 2016.) Heidän keskittyessä käsillä olevaan hetkeen, persoona sairauden takana tuli heille näkyvämmäksi (Söderlund ym. 2012). Muistisairas sai tuntea olevansa arvostettu ja kunnioitettu ihminen, mikä vahvistaa hänen identiteettiään. Muistisairas sai kokea myös hyvinvointia ja ilon hetkiä, tuntea kuuluvansa johonkin ja tulla lohdutetuksi surun hetkellä. Muistisairaahan tunteiden peilaaminen, sanoittaminen ja empatia loivat tunteen siitä, että joku ymmärtää heidän tilanteensa ja tunteensa. (Erdmann & Schnepf 2016.) Hoitajan ja muistisairaahan välisen kommunikoinnin ja vastavuoroisuuden lisääntyminen metodin myötä lisäsivät muistisairaahan hyvinvointia (Söderlund ym. 2016).

Muistisairaahan aktiivisuus

Validaatiomenetelmän käyttö paransi muistisairaiden kommunikointia ja lisäsi heidän aktiivisuuttaan. Hoitosuhteen lähentyminen menetelmän myötä lisää potilaan luottamusta hoitajaan ja luottamusta siihen, että häntä kuunnellaan (Söderlund ym. 2012). Tämä rohkaisee potilasta myös aloitteelliseen kommunikointiin. Validaatiokoulutuksen aikana hoitajat oppivat antamaan potilaan puheelle aikaa ja tilaa, mikä lisäsi heidän puheliaisuuttaan. Keskustelutilanteissa potilaat olivat rauhallisempia ja keskustelujen rakenne säilyi selkeämpänä, kun heitä ei keskeytetty tai hoputettu lisäkysymyksillä (Söderlund ym. 2016.) Hoitajat kertoivat joidenkin potilaiden muuttuneen fyysisesti ja sosiaalisesti aktiivisemmiksi ottamaan kontaktia muihin. Jotkut muuttuivat puheliaammiksi ja näyttivät kaipaavan ja myös nauttivan enemmän juttelusta. Potilaat vaikuttivat varmemmilta, eläväisemmiltä, aktiivisemmiltä ja kiinnostuneemmilta siitä mitä heidän ympärillään tapahtui. (Söderlund ym. 2012.) Rauhoittavien lääkkeiden käytön väheneminen lisäsi myös potilaiden toimintakykyä ja aktiivisuutta (Erdmann & Schnepf 2016).

Käyttöoireet

Hoitajat kertoivat validaatiomenetelmän käytön rentouttavan muistisairaita ja vähentävän aggressiivisuutta ja kiihtyneisyyttä. Tämä johti Erdmannin ja Schnepin (2016) mukaan rauhoittavien lääkkeiden kuten bentsodiatsepiinin ja neuroleptien, kuten risperidonin, käytön vähentämiseen. Tämä tulos käy kuitenkin ilmi vain hoitohenkilökunnan ja lääkärin haastatteluissa, eikä tutkimuksessa esitetty tarkkoja lukuja lääkemääristä. Tutkijat totesivat itsekkin, että niin hyvältä kuin tällainen tulos kuulostikin, asia vaatii tarkempia lisätutkimuksia. Vaikka validaatiomenetelmän käyttö ei kokonaan poistanutkaan käyttöoireita, niiden intensiteetti kuitenkin lieveni (Söderlund ym. 2012).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistona mukana olleissa kahdessa kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Dimitriou ym. 2022a; 2022b) tutkittiin eri lääkkeettömien terapiamuotojen yhdistelmien vaikutusta muistisairaana käyttöoireisiin, tarkemmin ärtyneisyyteen ja hallusinaatioihin eli aistiharhoihin. Arvioinnin mittarina käytettiin neuropsykiatrista haastattelua (NPI) sekä ennen että jälkeen kunkin menetelmän käyttöä. Arvioinnista vastasivat omaishoitajat. Tilastollisesti merkitsevää eroa NPI pisteissä eli tehokkaimmaksi yhdistelmäksi ärtyneisyyteen saatiin yhdistelmällä aromaterapia /hieronta – validaatioterapia /psykoedukaatio – musiikkiterapia. Aistiharhoihin taasen tilastollisesti merkitsevää eroa NPI pisteissä eli tehokkaimmaksi yhdistelmäksi saatiin yhdistelmällä validaatioterapia /psykoedukaatio – musiikkiterapia – muisteluterapia.

7.2 Omaisiin liittyvät tulokset

Luottamus hoitajiin lisääntyy

Omaisten kokemuksia validaation käytöstä saatiin haastatteluista. Positiivisia vaikutuksia kuvailtiin vapautumisella sukulaisen hoitamisesta ja huolesta heidän hyvinvoinnistaan. Omaiset tunsivat, että heidän sukulaisensa olivat hyvissä

käsissä hoivakodissa ja hyvinvointi näkyi myös heidän kohentuneessa mielialassaan. Omaiset ihailivat myös hoitajien rauhallista ja kärsivällistä asennetta hoitotilanteissa. (Erdmann & Schnepf 2016.) Dimitriou ym. (2022a; 2022b) vertailukokeissa tehokkaimpien terapiayhdistelmien huomattiin lieventävän eniten myös omaishoitajien kokemaa stressiä.

Omaisten suhtautumiseen ja kokemuksiin vaikuttaa myös heidän saamansa informaatio validaatiomenetelmästä ja sen käyttämisestä hoivakodissa. Omaisten on hyväksyttävä se, että hoitajat eivät korjaa ja ohjaa muistisairaana subjektiivista todellisuutta nykyhetkeen, kuten realiteettiterapiassa tehdään. Tämä voi joillekin omaisille tuntua vaikealta hyväksyä. (Erdmann & Schnepf 2016.)

7.3 Hoitohenkilökuntaan liittyvät tulokset

Ammatillinen osaaminen

Hoitajat kokivat validaatiomenetelmän koulutuksen kehittäneen heidän hoitotaitojaan ja siten ammatillista osaamistaan (Söderlund ym. 2012; Oliveira & Sousa 2021). Koulutuksen teoriaosuus lisäsi myös heidän tietämystään ja ymmärrystään dementiasta sairautena. Uudet tekniikat kehittivät hoitajien taitoja selviytyä haastavistakin hoito- ja konfliktitilanteista helpommin. (Oliveira & Sousa 2021.) Hoitajat tulivat myös tietoisemmiksi muistisairaiden jäljellä olevasta kyvystä kommunikoida ja potilaiden toimintakyvyn arviointi parani (Söderlund ym. 2016).

Henkinen kuormitus

Hoitohenkilökunnan henkinen hyvinvointi lisääntyi validaatiomenetelmän käytön myötä. Haastatteluissa hoitajat kertoivat olevansa vähemmän stressaantuneita ja kokevansa työpäivät vähemmän stressaaviksi (Söderlund ym. 2012; Erdmann & Schnepf 2016; Oliveira & Sousa 2021). Hoitajat tunsivat olonsa

onnellisemmaksi, vahvemmaksi, varmemmaksi ja voimaantuneeksi (Söderlund ym. 2012; Oliveira & Sousa 2021). Monet kokivat työnsä merkityksellisemmäksi ja saaneensa mielihyvää voituaan tehdä enemmän potilaiden hyväksi. Hoitajan ja potilaan välisen suhteen lähentyessä vaikeiden hoitotilanteiden hallinta helpottui, eivätkä hoitajat tunteneet enää pelkoa näissä tilanteissa. (Söderlund ym. 2012; 2016.) Hoitajien henkinen hyvinvointi lisääntyi myös työn ulkopuolella, kun monet pystyivät käyttämään validaatiomenetelmän keinoja apuna myös esimerkiksi omien vanhempiensa hoitamisessa ja he pystyivät ymmärtämään heidänkin käyttäytymistään nyt paremmin. Hoitajat kokivat myös menetelmän helpottaneen heitä erottamaan koti- ja työelämän toisistaan, eivätkä työasiat enää vaivanneet kotona ja päinvastoin. (Oliveira & Sousa 2021.)

Hoitotyön toiminnot

Hoitajien taitojen lisääntyminen vaikutti osaltaan hoitotyön toimintoihin sujuvoittamalla niitä, mutta hoitajat kokivat myös aidon läsnäolon ja keskittymisen hetkeen rauhoittavan asukkaita, mikä puolestaan säästi hoitotoimissa aikaa pitkällä tähtäimellä (Söderlund ym. 2012). Hoitovastustus ja väkivallan vaara vähenivät, mikä helpotti päivittäisistä hoitotoimista suoriutumista. Rauhoittavien lääkkeiden kuten bentsodiatsepiinin ja neuroleptien käytön väheneminen paransi potilaiden toimintakykyä, mikä kevensi hoitajien fyysistä kuormitusta päivittäisissä hoitotoimissa. (Erdmann & Schnepf 2016.)

Työyhteisö

Validaatiomenetelmän käytöllä todettiin olevan vain positiivisia vaikutuksia työyhteisöön ja sen toimivuuteen. Kommunikaation koettiin parantuneen kollegoiden kesken ja heiltä sai myös vertaistukea pulmatilanteissa (Oliveira & Sousa 2021). Kommunikaation koettiin parantuneen myös työntekijöiden ja esimiesten välillä. Hoitajien yleisellä tyytyväisyydellä ja hyvinvoinnin lisääntymisellä oli vaikutusta myös työpaikan vetovoimaan: työntekijöiden

vaihtuvuus oli alhaista hoivakodissa, missä validaatiomenetelmä oli ollut käytössä jo vuosia. (Erdmann & Schnepf 2016.)

8 Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota ja arvioida viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja tutkimuksia validaatiomenetelmän käytöstä muistisairaahan kohtaamisessa ja kuvata minkälaisia tuloksia sen käytöstä on saatu. Katsauksen tuloksia voidaan hyödyntää Salon vanhuspalveluissa hoidon kehittämistyössä.

Etenevässä muistisairaudessa ihmisen ilmaisu ja ymmärrys vaikeutuvat kognitiivisten kykyjen heiketessä (Mönkäre 2017, 39–47) ja katsauksen tulosten mukaan validaatiomenetelmän todettiin lisäävän potilaiden kommunikointia ja aktiivisuutta, kun hoitajat osasivat antaa tilaa ja aikaa keskustelulle. Hoitajan ja muistisairaahan välisen suhteen todettiin lähentyvän menetelmän myötä, mikä lisäsi muistisairaahan oma-aloitteista kommunikointia, lisäsi tunnetta arvostuksesta ja omasta identiteetistä. Tarve tulla nähdyksi ja huomioduksi kuuluu ihmisyyteen ja muistisairaallakin on siihen oikeus.

Käyttöoireita esiintyy jossakin vaiheessa jopa 90 %:lla muistisairaista potilaista (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositus, 2021). Lewyn kappale –taudissa tyypillisesti esiintyvät harhaluulot (Hartikainen 2019) helpottuivat Dimitrioun ym. (2022) tekemissä tutkimuksissa, joissa käytettiin eri lääkkeettömien terapiamuotojen yhdistelmiä. Katsauksen tulosten mukaan validaatiomenetelmän käyttö rentoutti ja rauhoitti potilaita sekä vähensi hoitovastustusta ja aggressiivisuutta. Tämä puolestaan vähensi hoitajien kokemaa stressiä, väkivallan pelkoa ja helpotti päivittäisten hoitotoimien sujuvuutta. Koponen ja Vataja (2016) suosittelivatkin ensisijaisesti lääkkeettömiä vaihtoehtoja, hoitohenkilökunnan ohjausta ja erilaisia terapiamuotoja käyttöoireiden hoitoon.

Tuloksissa esiin tullut rauhoittavien lääkkeiden käytön väheneminen kohensi muistisairaiden toimintakykyä, mikä puolestaan kevensi hoitajien fyysistä kuormitusta päivittäisissä hoitotoimissa. Hoitajien tunne siitä, että voi tehdä jotain enemmän potilaansa eteen ja edistää heidän hyvinvointiaan, toi hoitajalle itselleenkin mielihyvää ja työhön merkityksellisyyttä. Omaiset panivat merkille

hoitajien rauhallisuuden ja kärsivällisyyden hoitotoimissa ja he kokivatkin helpottuneisuutta havaitessaan, miten hyvissä käsissä heidän läheisensä on. Validaatiomenetelmän käytön vaikutukset olivat siis hyvin moniulotteisia, jolloin pieni teko tai muutos toimintatavassa ja asenteessa laittaa liikkeelle hyvän kierron.

Hoitoalan kärsiessä työvoimapulasta, hyvinvointialueiden ja yksityisen sektorin kannattaisi panostaa työntekijöidensä hyvinvointiin ja parantaa siten työpaikan vetovoimaa. Työntekijöiden henkisen rasittavuuden kokemisen syitä ovat kiire, muutokset alalla, tunne siitä, ettei voi vaikuttaa työhönsä sekä ristiriidat työpaikalla (TEHY 2020). Muistiliiton (2016) mukaan työn kehittäminen, osaamisen vahvistaminen ja muutosten hallinta lisäävät niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin hyvinvointia. Katsauksen tulosten mukaan validaatiomenetelmän käytöllä oli vaikutusta hoitajien henkiseen kuormittuneisuuteen ja työyhteisön hyvinvointiin. Tyytyväisyys työhön ja omiin taitoihin loi hyvän työilmapiirin ja lisäsi hoitajien pysyvyyttä työpaikassa. Lisäksi validaatiossa korostuva ihmisen kohtaamisen taito ei liity vain hoitotyöhön, vaan myös työpaikan ihmissuhteisiin.

Muistisairaiden hoitotyöhön liittyy paljon eettisiä pohdintoja ja tämän opinnäytetyön aihe on väestön ikääntyessä ja muistisairaiden määrän lisääntyessä erittäin ajankohtainen. Muistisairaat ovat sairautensa vuoksi erityisen haavoittuvassa asemassa ja heidän hoidossaan ovat läsnä lainsäädäntömme potilaan asemasta ja oikeuksista. Valviran selvityksessä (2016) peräti 93 % kyselyyn vastanneista työntekijöistä oli havainnut jonkinlaista kaltoinkohtelua vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä, joten ongelma on laaja. Opinnäytetyön aiheena oleva validaatiomenetelmä liittyy muistisairaahan potilaan yksilölliseen ja ihmisarvoiseen kohteluun. Katsauksen tulosten mukaan validaation käyttö paransi vuorovaikutusta ja lähensi hoitajan ja muistisairaahan suhdetta, joka osaltaan voi vähentää kaltoinkohtelun riskiä.

Esitämme kirjallisuuskatsauksen tulokset Teams-palaverissa Salon kaupungin vanhuspalveluille, joka toimii opinnäytetyön toimeksiantajana.

8.1 Ehdotukset jatkotutkimuksille

Katsauksessa mukana olleiden tutkimusten puutteina mainitaan mm. osallistujien pieni määrä (Oliveira & Sousa 2021), seurantatutkimusten puuttuminen (Dimitriou ym. 2022a; 2022b), videokuvattujen keskustelujen tulkinnanvaraisuus (Söderlund ym. 2016) ja tulosten perustuminen hoitajien kuvailuun vuorovaikutustilanteista ilman videomateriaalia (Söderlund ym. 2012). Validaatiometodin tutkimuksissa pienet otannat ovat olleet yleisiä, koska tutkimuksia tehdään usein yhdessä hoitoyksikössä kerrallaan. Muita puutteita ovat mm. tutkimusjoukkojen heterogeenisyys (ikä, sukupuoli, eri muistisairaudet, sairauden vaihe), arviointien subjektiivisuus ja samanaikaisesti käytettävien lääkitysten sivuuttaminen. Tutkimukset ovat yleensä myös kvalitatiivisia, jolloin ei saada esiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia menetelmän vaikutuksista. Verrattuna muihin terapiamuotoihin kuten musiikkiterapiaan ja muisteluterapiaan, validaatioterapian tutkimisessa vaaditaan hoitohenkilökunnalta erityistä koulutusta menetelmän tekniikoihin ja tämä asettaa omat rajoitteensa laajojen tutkimusten toteuttamiselle. Lisähaasteen pitkäaikaisiin tutkimuksiin tuo vielä se, että muistisairaus on etenevä aivosairaus, jolloin tutkimukseen osallistuvien muistisairaiden kunto huononee ajan myötä väijäämättä.

Validaatiomenetelmä kaipaisi enemmän korkeatasoista tieteellistä tutkimusta. Nyt tutkimusten määrä jäi suppeaksi ja vaikuttaa siltä, että validaatiota on eniten tutkittu 1990-luvulla, jonka jälkeen tutkimuksia on tehty erittäin vähän. Erityisesti suomalaiseseen hoitokulttuuriin liittyviä tutkimuksia kaipaisimme lisää. Koska lääkkeettömien hoitomuotojen kuten validaation, tulisi olla ensisijaisia hoitomuotoja, olisi kiinnostavaa tietää ovatko Suomessa validaatiomenetelmää käyttävät hoitoyksiköt pystyneet vähentämään käytösoireisiin tarkoitettua lääkitystä. Tutkimukseen valituista tutkimuksista yhdessä, Erdmann & Schnepf 2016, todettiin rauhoittavien lääkkeiden käytön vähentyneen, mutta lääkkeiden alkuperäistä menekkiä tutkimuksessa ei kuitenkaan kerrottu. Jäi siis epäselväksi, onko esimerkiksi Saksassa käytösoireiden lääkitseminen yleisempää kuin Suomessa.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä ja tutkijan on otettava ne työssään huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvien tutkimuseettisten periaatteiden noudattaminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan vastuulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ohjeen mukaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa käytettiin tieteellisen tutkimuksen ja eettisen kestävyuden mukaisia menetelmiä. Lisäksi kunnioitettiin muiden tekemää työtä käyttämällä viittauksia asianmukaisella tavalla. Tässä opinnäytetyössä ei tarvittu tutkimuslupia. Tällä tutkimuksella ei ollut rahoitusta eikä tekijöillä ole tutkimukseen vaikuttavia sidonnaisuuksia. (TENK 2012; ETENE 2012.)

Tämän katsauksen tiedonhaun strategia ja haku on kuvattu luotettavuuden lisäämiseksi. Aineiston valintaa rajasivat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka on kuvattu taulukossa 1. Katsauksessa käytetyt tutkimukset olivat eurooppalaisia alkuperäistutkimuksia ja ne oli vertaisarvioitu ennen julkaisua. Eri tietokantahauissa toistuivat osin samat tutkimukset ja lisäaineistoa yritettiin hakea myös manuaalisesti tutkimalla eri artikkeleiden lähdeluetteloita. Useissa lähteissä viitattiin 1990- ja 2000 –luvuilla tehtyihin alkuperäistutkimuksiin, mutta hylkäsimme ne jo julkaisuajankohdankin takia. Tämän katsauksen luotettavuutta lisää se, että tiedon hakuun, arviointiin ja analysointiin osallistuivat molemmat opinnäytetyön tekijät.

8.3 Johtopäätökset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella validaatiomenetelmän käytöllä on vaikutusta niin muistisairaisiin, heidän omaisiinsa kuin hoitohenkilökuntaankin. Tulosten mukaan validaatio toimii lääkkeettömänä vaihtoehtona käyttöoireiden lieventämiseen. Menetelmän käyttö tekee hoitohenkilökunnan työstä

mielekkäämpää, merkityksellisempää ja se lisää vuorovaikutusta muistisairaana ja hoitohenkilökunnan välillä. Hoitohenkilökunta kokee validaatiomenetelmän myötä muistisairaiden elämänlaadun parantuneen ja omaisten olevan tyytyväisempiä hoidon laatuun. Tulokset ovat kaikilta osin positiivisia.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet syvällisemmin muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista sekä erilaisista vuorovaikutustekniikoista. Oppimamme on tuonut uutta perspektiiviä ja tietoa, jota pystymme hyödyntämään työssämme sairaanhoitajina. Aihe on mielenkiintoinen, sillä muistisairaus ja siihen liittyvä vuorovaikutus ei ole vain pieni osaamisala erikoissairaanhoidossa. Muistisairaiden kohtaamisista tulee väistämättä hoitoalalla vastaan, on töissä sitten päivystyksessä tai vuodeosastolla. Itse validaatio oli meille menetelmänä täysin vieras ennen opinnäytetyötä, joten lähdimme tutustumaan siihen ilman ennako-odotuksia ja avoimin mielin. Koemme validaation olevan mielenkiintoinen ja potentiaalinen menetelmä muistisairaiden kanssa työskentelyssä ja olisimme itse valmiita tämän tutustumisen jälkeen osallistumaan validaatio-koulutukseen.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä olemme oppineet paljon tutkimuksen tekoon ja sen eri vaiheisiin liittyvistä prosesseista ja se on opettanut meille systemaattista työskentelyä ja kriittistä ajattelua. Työnjako on ollut selkeä ja reilu ja molemmat tekijät ovat perehtyneet koko aihealueeseen. Aikataulussa pysyminen on onnistunut hyvin ja olemme kommunikoineet läpi prosessin tiiviisti parimme kanssa, joten yhteistyö on ollut hedelmällistä.

Lähteet

Atula, S. 4.2.2019. Lewyn kappale-tauti. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105>

Atula, S. 5.2.2019. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.10.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106>

Cloak, N. & Al Khalili, Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. 21.7.2022. Viitattu 20.9.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>

Coughlan, M.; Cronin, P. & Ryan, F. 2013. Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care. Los Angeles: SAGE

Das Institut für IVA. Nicole Richard. Viitattu 18.10.2022. <https://www.integrative-validation.de/nicole-richard/>

Dimitriou, T-D.; Papatriantafyllou, J.; Konsta, A.; Kazis, D.; Athanasiadis, L.; Ioannidis, P.; Koutsouraki, E.; Tegos, T. & Tsolaki, M. 2022. Non-pharmacological interventions for the hallucinations in patients with dementia. A cross-over randomized controlled trial. J Clin Cases Rep. 5(4) 139–148

Dimitriou, T-D.; Papatriantafyllou, J.; Konsta, A.; Kazis, D.; Athanasiadis, L.; Ioannidis, P.; Koutsouraki, E.; Tegos, T. & Tsolaki, M. 2022. Assess of combinations of non-pharmacological interventions for the reduction of irritability in patients with dementia and their caregivers: a cross-over RCT. Brain Sci. 12(6) 691.

Erdmann, A. & Schnepf, W. 2016. Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study. Dementia, 15(5) 1184–1204.

Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

ETENE. Lausunto TENKin ohjeesta hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä (14.6.2012) Viitattu 22.9.2022. https://etene.fi/lausunnot_ja_kannanotot_2012

Feil, N. 1992. V/F, Validation: The Feil Method: How to Help Disoriented Old-old. Tarkistettu versio. Cleveland (Ohio): Edward Feil Productions

Hallikainen, M. 2.12.2019. Alzheimerin tauti. Teoksessa Muistisairaahan hoito. Toim. Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. Duodecim Oppiportti. Viitattu 10.11.2022 <https://www.oppiportti.fi>

Hallikainen, M. 2017. Parkinsonin taudin muistisairaus. Teoksessa Muistisairaahan Hoidon Hyvät Käytännöt. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M. 2017. Alzheimerin tauti. Teoksessa Muistisairaahan Hoidon Hyvät Käytännöt. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M. 2017. Lewynkappaletauti. Teoksessa Muistisairaahan Hoidon Hyvät Käytännöt. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. 2.12.2019. Muisti osana ihmisyyttä. Teoksessa Muistisairaahan hoito. Toim. Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. Duodecim Oppiportti. Viitattu 21.10.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04629>

Hartikainen, P. 2.12.2019. Lewynkappaletauti. Teoksessa Muistisairaahan hoito. Toim. Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. Duodecim Oppiportti. Viitattu 7.11.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/mho00333/do>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 3. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hölttä, E. & Pitkälä, K. 2019. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. Katsausartikkeli. Lääkärilehti. 5/2019 Vsk 74, s. 242–247. Helsinki. Viitattu 20.9.2022. [https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistisairauden-neuropsykiatristen- oireiden-hoito/](https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistisairauden-neuropsykiatristen-oireiden-hoito/)

Juva, K. 10.8.2021. Alzheimerin tauti. Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 20.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699/alzheimerin-tauti?q=lähimuisti>

Kallio, E.; Hokkanen, L.; Hietanen, M.; Hänninen, T. 5.2.2020. Muistihäiriöt. Teoksessa Kliininen neuropsykologia. Toim. Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Hokkanen, L. Helsinki: Duodecim. Viitattu 2.11.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04633>

Kallio, E.; Hokkanen, L.; Hietanen, M.; Hänninen, T. 5.2.2020. Muistin osavaiheet. Teoksessa Kliininen neuropsykologia. Toim. Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Hokkanen, L. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.11.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04633>

Kallio, E.; Hokkanen, L.; Hietanen, M.; Hänninen, T. 5.2.2020. Muistitoimintojen jaottelu ja neurobiologinen perusta. Teoksessa Kliininen neuropsykologia. Toim. Jehkonen, M.; Saunamäki, T.; Hokkanen, L. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.11.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04633>

Koponen, H. & Vataja, R. 15.9.2016. Käypä Hoito: Muistisairaiden käytösoireiden hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.11.2022. www.käypähoito.fi

Koponen, H.; Vataja, R. 2015. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Muistiliitto. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. 2022. Viitattu 2.11.2022. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet>

Muistiliitto. Alzheimerin tauti. 2022. Viitattu 2.11.2022. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti>

Muistiliitto. Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Viitattu 22.11.2022. <https://muistiliitto.vuolearning.fi/courses/hyvaen-hoidon-kriteeristoe/henkilöestoen-johtaminen-ja-tyoen-kehittaaminen>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 22.10.2022. www.käypähoito.fi

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Mönkäre, R. 2.12.2019. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Muistisairaahan hoito. Toim. Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. Duodecim Oppiportti. Viitattu 28.10.2022 <https://www.oppoportti.fi/op/mho00333/do>

Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutuksen ja ohjauksen periaatteet muistisairaahan hoidossa. Teoksessa Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Toim. Hallikainen, M.; Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus ja ohjaaminen. Teoksessa Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Toim. Hallikainen, M.; Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim. 1. painos.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Oliveira, M. & Sousa, L. 2021. VALIDA: A Validation Therapy-Training Program for Staff of a Residential Care Facility. The International Journal of Aging and Human Development 93(2) 786–802.

Pohjavirta, H. Onko Tänä Eilen: TunteVa®-opas Muistisairaita Hoitaville. 2012. 1. painos. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys.

Remes, A. 2.12.2019. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Muistisairaahan hoito. Toim. Hallikainen, M.; Immonen, A.; Mönkäre, R.; Pihlakari, P. Duodecim Oppiportti. Viitattu 28.10.2022 <https://www.oppoportti.fi/op/mho00333/do>

Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Remes, A.; Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J. & Karrasch, M. 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstapyramidaalisairaudet. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.;

Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.11.2022

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J.; Hallikainen, M.; Suhonen, J.; Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Syed, M. & McLean, K. 24.4.2017, editoitu versio 19.9.2019. Erikson's Theory of Psychosocial Development. Viitattu 13.11.2022 <https://psyarxiv.com/zf35d/>

Söderlund, M.; Cronqvist, A.; Nordberg, A.; Ternstedt, B-M. & Hansebo, G. 2016. Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. Scandinavian Journal of Caring Sciences 30, 37–47.

Söderlund, M.; Nordberg, A. & Hansebo, G. 2012. Implementation of the validation method: Nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease. Dementia 11(5) 569–587.

Tehy-lehti. 11.3.2020. Työuupumus ja väkivalta lisääntyivät sotealalla. Viitattu 15.11.2022. <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/tyouupumus-ja-vakivalta-lisaantyivat-sote-alalla>

TENK. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 (tekstiversio). Viitattu 22.9.2022. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012#Johdanto>

THL 2022. Muistisairaudet. Viitattu 24.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

THL 2022. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 14.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tienari, P.; Myllykangas, L.; Polvikoski, T.; Tanila, H. 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tilastokeskus 2022. Väestö ja yhteiskunta. Viitattu 14.9.2022. www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestorakenne

Toivonen, A.; Koponen, J.; Pyörälä, E. 14.5.2020. Sanaton vuorovaikutus ja tunteet. Teoksessa Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus. Duodecim Oppiportti. Viitattu 25.10.2022 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04635>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Valvira. Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valviran kysely 25.2.–18.3.2016. Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf. Viitattu 8.11.2022. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj78rokp_7AhXPDRAlHbGcCqgQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.valvira.fi%2Fdocuments%2F14444%2F1835702%2FSelvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf%2Fe530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c&usg=AOvVaw0Z8jflyD3NtkTjQc2r3C8X

Vataja, R. 2017. Käyttäytymisen muutosten ja taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen. Teoksessa Muistisairaahan Hoidon Hyvät Käytännöt. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T.; Remes, A.; Rinne, J.; Soininen, H. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

VTI - Validation Training Institute 2022. Facts & figures. Viitattu 25.9.2022. <https://vfvalidation.org/about-us/overview/>

VTI - Validation Training Institute 2022. Our team. Viitattu 15.11.2022. <https://vfvalidation.org/about-us/our-team/>

WHO 2022. Health topics. Ageing. Viitattu 14.9.2022. www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut artikkelit

Taulukko 3. Katsaukseen valitut artikkelit.

Tekijä, julkaisuvuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmät	Keskeiset tulokset
Oliveira, M. & Sousa, L. 2021 Portugali VALIDA: A Validation Therapy-Training Program for Staff of a Residential Care Facility.	Validaatioterapian koulutusohjelman suunnittelu, toteutus ja arviointi. Pilot –koulutus hoivakodin työntekijöille.	Koulutukseen osallistui 22 hoivakodin työntekijää Aveirossa, Portugalissa. Osallistujat vastasivat koulutusta koskevaan kyselyyn jokaisen kurssipäivän jälkeen ja osallistuivat ryhmähaastatteluun 6kk:n kuluttua koulutuksesta. Haastattelu litteroitiin ja siitä tehtiin narratiivinen analyysi.	Ammatillisella tasolla hoitajat kertoivat parantuneesta työilmapiiristä ja kommunikoinnista, ammatillisen osaamisen kehittymisestä, tiedon muistisairauksista lisääntyneen, muutoksista työskentelytavoissa yksilökeskeisempään suuntaan ja vähentyneestä stressistä. Myös konfliktitilanteista selviytyminen helpottui. Validaatiokoulutuksesta koettiin olevan myös hyötyä kodin ulkopuolella omien ikääntyneiden sukulaisten kanssa.
Erdmann, A. & Schnepf, W. 2016 Saksa Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study.	Integrative validation terapyn (IVA) käytön arviointi ammattilaisten ja omaisten näkökulmasta	Tutkijat keräsivät aineistoa ongelmakeskeisistä haastatteluista, hoitajien ja potilaiden vuorovaikutuksen observoinnista ja ryhmäkeskusteluista nauhoittamalla ja litteroimalla ne. Näistä tehtiin kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Tuloksista keskusteltiin ryhmäkeskusteluissa ja niistä muodostettiin lopullinen synteesi. Arvioinnissa käytetty menetelmä oli Fourth Generation Evaluation	Muistisairailla havaittiin aggressiivisuuden, levottomuuden ja lääkkeiden käytön (bentsodiatsepiini ja neuroleptit) vähentyneen. Asukkaat saivat kokemuksen arvostuksesta, ymmärretyksi tulemisesta, omasta identiteetistä, hyvinvoinnista ja ilosta. Hoitajat kertoivat hoitotoimien vastustamisen ja väkivallan uhan vähentymisestä, kommunikoinnin parantumisesta kollegoiden ja esimiesten kanssa, henkisen stressin vähenemisestä ja työtyytyväisyyden parantumisesta yleensä. Omaiset kokivat heidän läheisensä olevan hyvässä hoidossa ja tunsivat vapautuneensa hoitovastuusta.

(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)

Tekijä, julkaisuvuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmät	Keskeiset tulokset
Söderlund, M.; Cronqvist, A.; Nordberg, A.; Ternstedt, B-M. & Hansebo, G. 2016 Ruotsi Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method	Havainnoida ja tutkia muistisairaiden aloitteita ja reaktioita hoitajan kanssa käydyissä kahdenkeskisissä keskusteluissa validaatiokoulutuksen aikana.	Tutkijat keräsivät videomateriaalia neljän hoitajan käymistä kahdenkeskisistä, järjestetyistä keskusteluista neljän muistisairaana kanssa vuoden kestäneen koulutuksen aikana. Videot litteroitiin ja tekstiin lisättiin havainnot sanattomasta kommunikoinnista (katsekontakti, kosketus, nyökyttely, eleet, asennot ja orientaatio). Aineistosta tehtiin kvalitatiivinen analyysi.	Koulutuksen aikana hoitajien validaatiometodin mukaiset kommunikointitaidot paranivat, jolloin muistisairaant saivat enemmän aikaa ja tilaa keskustella haluamastaan aiheesta eikä heitä keskeytetty. Hoitajat tulivat tietoisemmiksi muistisairaana jäljellä olevista kommunikointikyvyistä ja he pystyivät tukemaan asukasta niissä. Tämä ja hoitaja-potilas – suhteen lähentyminen näyttivät lisäävän asukkaiden hyvinvointia ja hoitajat kokivat työnsä mielekkäämmäksi.
Söderlund, M.; Nordberg, A. & Hansebo, G. 2012 Ruotsi Implementation of the validation method: Nurses' descriptions of caring relationships with residents with dementia disease	Tutkimuksessa oli kaksi tavoitetta: 1. Kuvata hoitajien kokemuksia kommunikoinnista ja suhteesta muistisairaiden kanssa ennen ja jälkeen validaatiometodikoulutuksen hoivakodissa A ja 2. verrata niitä kokeneempien hoitajien kokemuksiin hoivakodissa B	Koulutukseen osallistuvat hoitajat (12) haastateltiin ennen ja jälkeen koulutuksen ja hoivakodin B hoitajat kerran. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin ja niistä tehtiin kvalitatiivinen sisällönanalyysi.	Hoitosuhteen syveneminen ja lähentyminen näytti lisäävän muistisairaana hyvinvointia. Läsäolo hetkessä rauhoitti asukkaita, joka vähensi hoitajien työpäivän stressiä. Luottava suhde lisäsi potilaan kommunikointia, aktiivisuutta ja osallistumista. Vaikeiden hoitotilanteiden hallinta helpottui. Käyttösoireiden intensiteetti pieneni. Hoitajat tunsivat itsensä onnellisemmiksi, varmemmiksi, vahvemmiksi ja vähemmän stressaantuneiksi.

(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)

Tekijä, julkaisu vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Dimitriou, T-D.; Papatriantafyllou, J.; Konsta, A.; Kazis, D.; Athanasiadis, L.; Ioannidis, P.; Koutsouraki, E.; Tegos, T. & Tsolaki, M. 2022 Kreikka</p> <p>Non-pharmacological interventions for the hallucinations in patients with dementia. A cross-over randomized controlled trial</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia voiko joku lääkkeettömien hoitojen yhdistelmä vähentää tehokkaasti hallusinaatioita muistisairailta ja myös vähentää omaishoitajien stressiä. Käytetyt menetelmät olivat validaatioterapia/psykoedukatio, muisteluterapia ja musiikkiterapia.</p>	<p>Tutkimus oli cross-over RCT. 60 potilasta jaettiin satunnaisesti kuuteen yhtä suureen ryhmään. Kaikki ryhmät kävivät läpi 3 menetelmää, mutta eri järjestyksessä. Kukin interventio kesti viisi päivää, jonka jälkeen oli kahden päivän palautumisaika. Käyttösoireen arvioinnissa käytettiin neuropsykiatrista haastattelua (NPI) sekä ennen että jälkeen kunkin menetelmän käyttöä. Datan analyysiin käytettiin Wilcoxonin testiä ja tilastoanalyysiin SPSS 25.0 ohjelmaa.</p>	<p>Tehokkain yhdistelmä hallusinaatioiden vähentämiseen on validaatioterapia/psykoedukatio – musiikkiterapia – muisteluterapia. Tämä yhdistelmä vähensi myös tehokkaimmin omaishoitajien kokemaa stressiä.</p>
<p>Dimitriou, T-D.; Papatriantafyllou, J.; Konsta, A.; Kazis, D.; Athanasiadis, L.; Ioannidis, P.; Koutsouraki, E.; Tegos, T. & Tsolaki, M. 2022 Kreikka</p> <p>Assess of combinations of non-pharmacological interventions for the reduction of irritability in patients with dementia and their caregivers: a cross-over RCT</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia voiko joku lääkkeettömien hoitojen yhdistelmä vähentää tehokkaasti ärtyneisyyttä muistisairailta ja myös vähentää omaishoitajien stressiä. Käytetyt menetelmät olivat aromaterapia/hieronta, validaatioterapia/psykoedukatio ja musiikkiterapia</p>	<p>Tutkimus oli cross-over RCT. 60 potilasta jaettiin satunnaisesti kuuteen yhtä suureen ryhmään. Kaikki ryhmät kävivät läpi 3 menetelmää, mutta eri järjestyksessä. Kukin interventio kesti viisi päivää, jonka jälkeen oli kahden päivän palautumisaika. Käyttösoireen arvioinnissa käytettiin neuropsykiatrista haastattelua (NPI) sekä ennen että jälkeen kunkin menetelmän käyttöä. Datan analyysiin käytettiin Wilcoxonin testiä ja tilastoanalyysiin SPSS 25.0 ohjelmaa.</p>	<p>Tehokkain yhdistelmä ärtyneisyyden vähentämiseen oli aromaterapia/hieronta - validaatioterapia/psykoedukatio - musiikkiterapia. Tämä yhdistelmä vähensi myös tehokkaimmin omaishoitajien kokemaa stressiä.</p>