

Janita Laine

MUISTIPOTILAAN KUNTOUTTAVAN OSASTON TOIMINNAN
ARVIOINTI OMAISTEN NÄKÖKULMASTA

Hoitotyön koulutusohjelma
2015

MUISTIPOTILAAN KUNTOUTTAVAN OSASTON TOIMINNAN ARVIOINTI OMAISTEN NÄKÖKULMASTA

Laine, Janita
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2015
Ohjaaja: Hytönen, Elsa
Sivumäärä: 42
Liitteitä: 1

Asiasanat: muistisairaus, kuntouttava hoitotyö, muistiosasto, omainen ja arviointijakso.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä Porin perusturvakeskuksen muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta ja arviointijaksosta. Tavoitteena oli saada tietoa miten muistipotilaan arviointijakso vastasi omaisten odotuksia ja koota ehdotuksia osaston toiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyön aihe otettiin opinnäytetyöaihepankista ja tarkemmin aiheesta sovittiin muistipotilaan kuntouttavan osaston osastonhoitajan kanssa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat muistipotilaan kuntouttavan osaston potilaiden omaiset. Aineisto koottiin kyselylomakkeilla muistipotilaan kuntouttavan osaston potilaiden omaisilta. Kyselyyn vastasi yhdeksän omaista. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimien kysymysten vastaukset sisällön analyysillä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että omaiset olivat tyytyväisiä muistipotilaan kuntouttavan osaston henkilökunnan toimintaan heidän ja heidän läheistensä kanssa. Omaiset kokivat saaneensa tietoa läheisensä sairaudesta keskimäärin hyvin ja osastojakso vastasi omaisten odotuksiin hyvin. Omaisten kehitysehdotuksista nousi eniten esiin jatkohoidon järjestämistä koskevista asioista kertominen, osaston toiminnasta kertominen ja viriketoiminnan lisääminen osastolle. Tärkeä kehitysehdotus tulevaisuutta ajatellen oli omaishoitajien ja muistisairaana arkea tukevista tukimuodoista kertominen kotiutuessa. Arviointijakso tuki muistipotilaan toimintakykyä melko hyvin, päivittäisissä toiminnoissa pärjääminen parani ja uusi lääkitys vähensi käytöshäiriöitä. Liiallinen puolesta tekeminen saattoi myös heikentää toimintakykyä.

Tutkimuksen tuloksista nousseita jatkotutkimushaasteita voisivat olla esimerkiksi viriketoiminnan kehittäminen virketoimintaan osallistuvien ja heidän omaistensa näkökulmasta sekä omaishoitajien ja muistisairaana arjen tukimuotojen kokoaminen selkeäksi oppaaksi.

EVALUATION OF THE DEPARTMENT REHABILITATING MEMORY DISORDER PATIENTS FROM THE RELATIVES' PERSPECTIVE

Laine, Janita

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2015

Supervisor: Hytönen, Elsa

Number of pages: 42

Appendices: 1

Keywords: memory disorders, rehabilitation nursing, memory department, relative and evaluation period

The purpose of this thesis was to find out relatives' experiences of the memory disorder patients' rehabilitation department of the Basic Security Centre in Pori. The aim was to find out, how the evaluation period of the memory disorder patient met the relatives' expectations and to collect development suggestions in order to develop the functions of the department. The topic of the thesis was taken from the bank of thesis topics and the topic was then demarcated with the sister of the memory disorder patients' rehabilitation department.

The target group consisted of the relatives of the patients who were treated in the memory disorder patients' rehabilitation department. The data were collected with a questionnaire which included both structured and open questions. Nine relatives answered the questionnaire. The structured questions were analyzed statistically and the open questions with content analysis.

The results show that the relatives were satisfied the staff and their function both with the patients and the relatives. On average, they felt that they had received adequate information of their relative's disease and the period in the department met their expectations well. The most important suggestions for development included giving information of further treatment, information of the department and increase of stimulating activities in the department. In addition, an important suggestion in terms of the memory disorder patient's future pointed out that more information should be given on how the memory disorder patient can be supported in everyday activities and what forms of support are available, when the patient is discharged. The evaluation period supported the patient's functional capacity rather well. The patients coped better with daily activities and new medication decreased behaviour disorders. On the other hand, available services could also decrease functional capacity.

Further studies could focus on, e.g. development of stimulating activities, in particular, from the patients' and relatives' perspective. The available benefits and support services could be gathered and a guide could be compiled, where they are presented clearly.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Muistisairaus	6
2.1.1	Alzheimerin tauti	7
2.1.2	Aivoverenkierron sairaudesta johtuva muistisairaus.....	9
2.1.3	Lewyn kappale – tauti	10
2.1.4	Otsa – ja ohimolohkorappeuma.....	11
2.1.5	Parkinsonin taudin muistisairaus	12
2.2	Muistipotilas	13
2.3	Muistisairaahan omainen	14
2.4	Muistipotilaan kuntouttava hoitotyö	16
2.5	Muistipotilaan kuntouttava osasto	17
2.6	Arviointijakso	19
2.7	Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin	21
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	23
4.2	Aineiston kerääminen	24
4.3	Aineiston analysointi	26
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
5.1	Taustatiedot vastaajista	28
5.2	Omaisten mielipiteitä osaston toiminnasta	30
5.3	Omaisten ehdotuksia osaston kehittämiseksi.....	31
5.4	Arviointijakson antama tuki muistisairaalle	32
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
6.2	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	35
	LÄHTEET.....	39

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje ja kyselylomake

1 JOHDANTO

Muistisairautta sairastavien ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä. Nykyään yhä useampi omainen huolehtii muistisairaana läheisensä päivittäisistä toiminnoista. Kun muistisairaus etenee, niin usein se johtaa lopulta laitoshoidon, kun hoidon tarve lisääntyy. (Koivula 2013, 37.)

Muistisairauden vaikutukset ulottuvat koko perheeseen, vaikka muistisairas kykenisi selviytymään arjen toiminnoista itse. Helposti muistisairaana omaisilta katoaa aika omiin harrastuksiin ja ystävyys-suhteisiin. Näiden ylläpitoa kyetään tukemaan esimerkiksi intervallijaksoilla laitoksissa, muistisairaiden päivähoitopaikoilla ja sairaalajaksoilla. Omaisten jaksaminen muistisairaana kanssa on joskus vaativaa ja siksi heitä on tärkeää tukea muistisairaana hoidossa. (Kallioma 2012)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, se valittiin Porin Perusturvakeskuksen opinnäytetyöaiheista vuosille 2014–2015. Opinnäytetyössä arvioidaan muistipotilaan kuntouttavan osaston toimintaa omaisten näkökulmasta. Aiheesta oli keskusteltu osaston palaverissa ja siellä oli päädytty tähän aiheeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä Porin perusturvakeskuksen muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta ja arviointijaksosta. Tavoitteena oli saada tietoa miten muistipotilaan arviointijakso vastasi omaisten odotuksia sekä koota ehdotuksia osaston toiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyön asiasanat ovat muistisairaus, kuntouttava hoitotyö, muistiosasto, omainen ja arviointijakso.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Muistisairaus

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyalueita. Näitä tiedonkäsittelyalueita ovat esimerkiksi kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus ja näönvarainen hahmottaminen. Usein etenevät muistisairaudet johtavat dementia-asteiseen tiedonkäsittelyyn ja muistin heikkenemiseen. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale-tauti, etenevä sujumaton afasia ja Parkinsonin taudin muistisairaus. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 79.)

Edellytyksiä pitkälle työuralle ja aktiiviselle arjen elämiselle ovat muisti- ja tiedonkäsittelytaidot. Vuonna 2013 Suomessa tehdyn väestötutkimuksen mukaan vaikeasta ja keskivaikeasta muistisairaudesta kärsiviä oli noin 93 000 henkilöä. Sen lisäksi 100 000:lla arvellaan olevan jokin lievempi muistisairaus sekä tiedonkäsittelytaitojen lievää heikentymistä arviolta 200 000 ihmisellä. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 5.)

Muistisairaudet luetaan nykyään kansantauteihin. Joka kolmas 65-vuotias on kertonut kärsivänsä jonkinlaisista muistin oireista. Melko suuri osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Muistisairauksien diagnosointi ja niiden hoidon arviointi vaativat erityisosaamista sekä kokemusta. Diagnosoinnin perusteina ovat lääkärin tekemä kliininen haastattelu, laboratoriotestit, erilaiset muistitestit ja aivojen kuvantaminen. (Käypähoidon www-sivut 2014.)

Etenevät muistisairaudet ovat nykyään kansantaloudellinen ja –terveydellinen haaste yhteiskunnassa. Muistisairauksia sairastavien määrä tulee kasvamaan vuosien saatossa, kun suuret ikäluokat ikääntyvät. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati vuonna 2012 Kansallisen muistiohjelman, jossa on tavoitteet aivoterveysten edistämiseen ja muistisairauksien varhaiseen toteamiseen sekä hoidon turvaamiseen. Muistiohjelma ohjaa taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävään hoito- ja palvelujärjestelmään. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014a.)

Muistisairaiden lisääntyminen yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa kasvattaa sosi-
aali- ja terveydenhuollon menoja. Muistisairauteen liittyvät kustannukset ovat riip-
puvaisia sairauden vaiheesta ja asteesta. On arvioitu, että 85% muistisairauksiin liit-
tyvistä kustannuksista koostuu ympärivuorokautisesta hoidosta, jota melko moni
muistisairas tarvitsee. Yhden muistisairaahan hoito maksoi vuonna 2008 keskimäärin
Pohjois-Euroopassa 36 000 euroa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut
2014b.)

Alzheimer's Disease Internationalin raportissa on arvioitu, että maailmanlaajuisesti
muistisairauksien kustannukset ovat noin 600 miljardia dollaria vuonna 2010. Valta-
osa näistä kustannuksista syntyy Pohjois-Amerikassa ja Euroopassa. Raportissa arvi-
oidaan, että vuoteen 2030 mennessä 65,7 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti sai-
rastaa jotakin muistisairautta. Vuoteen 2050 mennessä luvun arvioidaan kasvavan jo
115,4 miljoonaan sairastuneeseen. (Wimo & Prince 2010, 2-3.)

2.1.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin rappeuttava muistisairaus, Yhdysvalloissa se yleensä
todetaan kahdella kolmesta tapauksesta, jossa epäillään jotakin muistiongelmaa. Se
on luokiteltu progressiiviseksi ja kuolemaan johtavaksi sairaudeksi. Yhdysvalloissa
Alzheimerin tauti on neljänneksi yleisin kuolemaan johtavissa sairauksissa. (Katz-
man & Bick 2000, 1.)

Alzheimerin tauti on Suomessa yleisin dementiaa aiheuttava muistisairaus. Arviolta
70 000 ihmistä Suomessa sairastaa kyseistä tautia. Suomessa ilmenee vuosittain noin
13 000 uutta demencianasteista muistisairautta. (Käypähoidon www-sivut 2010.)

Alzheimerin taudin erilaisten oireiden ilmenemistä edeltää ainakin 20 vuotta kestävä
vaihe jossa ei ole oireita. Vaihe tarjoaa mahdollisuuksia jarruttaa hidasta tau-
dinetenemisprosessia tai silloin kyetään jopa estämään taudin puhkeaminen. Tässä
muistisairaudessa hermosolujen tuhoutuminen alkaa sisemmän ohimolohkon alueel-
ta, ja sieltä se leviää vähitellen isoaivokuorelle. Tyypillisiä neuropatologisia muutok-
sia ovat isoaivokuoren soluvälitilan beeta-amyloidiplakit ja hermosolujen sisäiset

hyperfosforyloituneesta tau-proteiinista koostuvat hermosäievyhdyhdet. Hermosäievyhdyhdet ovat epänormaaleja hermosolujen sisäisiä säiekimppuja. Hyperfosforyloitu nut tau-proteiini ei kykene sitoutumaan sille kuuluviin mikrotubuluksiin, jolloin se kertyy hermosoluun. Tästä aiheutuu mikrotubulusten toimintahäiriö joka vaurioittaa hermosoluja, jotka lopulta rappeutuvat ja kuolevat. (Erkinjuntti ym. 2015, 100-103.)

Taudin kulku on jaettu neljään vaiheeseen: varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Taudin kulku on useilla melko samanlainen, mutta etenemisnopeus ja oireet saattavat vaihdella. Alzheimerin oireita ei aina osata yhdistää itse sairauteen, vaan niitä saatetaan luulla normaaliin ikääntymiseen liittyviksi oireiksi. Tyypillisiä oireita Alzheimerin taudissa ovat tapahtumamuistin ongelmat, uusien asioiden oppimisen vaikeutuminen, väsymys, ahdistus, masentuneisuus ja pärjäämättömyys tutuissa arjen toiminnoissa. Kun sairaus etenee, niin oireetkin lisääntyvät; toimintakyky alenee, lähimuisti heikkenee, suunnistaminen ja hahmottaminen vaikeutuvat, ajan ymmärtäminen vaikeutuu, puheen tuottaminen heikkenee, ja käytöshäiriöt sekä aggressiivisuus lisääntyvät. (Härmä & Juva 2013, 3-5.)

Alzheimerin tauti diagnosoidaan yleensä aivo-selkäydinnesteestä otettavalla kokeella, erilaisilla muistitesteillä ja pään kuvantamisella. (Erkinjuntti ym. 2015, 131.)

Alzheimerin tautiin sairastumiseen voivat vaikuttaa perinnölliset tekijät sekä ympäristötekijät. Korkea ikä ja lähisuvun sairastuminen ovat isoimmat riskitekijät Alzheimerin taudissa. Taudin ilmaantuvuus kaksinkertaistuu 65 ikävuoden jälkeen. Ikääntymiseen liittyvät biologiset prosessit ovat mahdollisesti yhteydessä taudin patologiin muutoksiin. Joka kolmannella sairastuneista on suvussa muita muistisairastapauksia. Pitkän seuranta-ajan tutkimuksen perusteella on esitetty, että korkea verenpaine, ylipaino ja korkea kolesteroliarvo keski-ässä lisäävät riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Myös ruokavaliolla on viime aikaisten löydösten perusteella merkitystä sairastuneisuuteen. Ruokavalio joka sisältää runsaasti tyydyttyneitä rasvoja, lisää Alzheimerin taudin riskiä. (Erkinjuntti ym. 2015, 437-440.)

Taudin oireita voidaan lievittää lääkkeillä. Lääkkeet lisäävät keskittymiskykyä, koventavat toimintakykyä ja vähentävät käytösoireita. Lääkkeet eivät paranna sairautta, mutta pystyvät hidastamaan sen etenemistä. Lääkkeiden avulla pitkäaikaishoitoon

siirtymisen on arvioitu siirtyvän noin vuodella. Lääkkeinä Alzheimerin tautiin käytetään donepetsiiliä, galantamiinia, rivastigmiiniä ja memantiinia. Näitä lääkkeitä käytetään myös muiden muistisairauksien hoidossa. (Juva 2013.)

2.1.2 Aivoverenkierron sairaudesta johtuva muistisairaus

Aivoverenkierrosairaus on Suomessa toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Ne jaotellaan isojen ja pienten suonien tauteihin. Pienten suonien taudissa tyypillistä on toiminnanohjauksen häiriö, johon yleensä liittyy älyllisten toimintojen hidastuminen. Tässä toiminnanohjauksen häiriössä ominaista on toiminnan aloittamisen, suunnitelmallisuuden, järjestelmällisyyden ja toiminnan jaksottamisen puuttuminen. Muistioireet ovat tässä muodossa vähemmän korostuneita. Tällaista tautia sairastavan oppiminen on tehotonta, heillä esiintyy asioihin juuttumista, mutta unohtaminen on taas vähäisempää. Käyttöoireita ovat masennus, psykomotorinen hidastuminen ja persoonan muutokset. Lääkäri voi myös todeta potilaalla tyypillisiä neurologisia oireita kuten kävelyn, virtsaamisen tai tasapainon häiriöitä. (Käypähoidon www-sivut 2010a.)

Pienten suonien taudissa oireiden alkaminen on vaihtelevaa. Yleensä potilaalla on ollut TIA-kohtaus, hetkellistä kävelyvaikeutta tai sekavuutta joka ei selity aivohalvaukseen viittaavilla löydöksillä. Hiljainen eteneminen on yleisempää kuin äkillinen, ja oireet etenevät suurimmalla osalla potilaista tasaisesti ilman pahenemisvaiheita. Oireet vaihtelevat ja toisilla potilailla saattaa olla pidempiä jaksoja, jolloin oireita on vähemmän. Pienten suonien taudissa todetaan aivojen TT-kuvassa lukuisia laakuunainfarkteja syvässä valkeassa ja harmaassa aineessa tai laaja-alainen valkean aineen verisuoniperäinen muutos. (Käypähoidon www-sivut 2010a.)

Suurten suonien taudissa on tyypillistä epätasainen suoriutuminen neuropsykologisissa tutkimuksissa. Varhaisessa vaiheessa oireita ovat puheen häiriöt, kömpelys, hahmotushäiriöt, muistioireet ja toiminnanohjauksen häiriöt. Löydöksinä tässä taudissa ovat näkökenttäpuutokset, suunpielen roikkuminen, kävelyn häiriöt ja toispuolinen halvaus. Oireet alkavat nopeasti, pahenevat portaittain ja vaihtelevat eri henki-

löillä. Aivokuvassa löydetään yleensä useita aivokuoren alueen infarkteja. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 74-75.)

Aivoverenkiertosairaudesta johtuvan muistisairauden hoidossa pitää keskittyä sen syihin sekä hoitaa jo todettuja sairauksia. Hoidossa tulee myös kiinnittää erityistä huomiota mahdollisten vaaratekijöiden, kuten epilepsian ja rytmihäiriöiden, hoitoon. Tautiin on kokeiltu Alzheimerin taudin lääkkeitä (memantiini, donepetsiili ja galantamiini) ja niillä on saatu lupaavia tuloksia. Koska aivoverenkierronhäiriön aiheuttamasta muistisairaudesta ei ole tarpeeksi vielä tutkimuksia, niin tämä tauti ei ole virallinen käyttöaihe lääkkeelle Euroopassa tai Yhdysvalloissa. Tilanteen seuranta, esimerkiksi kuuden kuukauden välein, on tarpeen, koska aivoverenkiertosairauksiin kuuluu myös kohonnut riski sairastua Alzheimerin tautiin. (Erkinjuntti ym. 2015, 142-144.)

2.1.3 Lewyn kappale – tauti

Lewyn kappale on aivoissa sijaitsevien hermosolujen sisään kertyvä valkuaisainerypä. Sen löysi Frederic Lewy, joka oli neuropatologi. Hän teki löydöksen mikroskooppisissa tutkimuksissaan 1900-luvulla. Sitä miksi valkuaisainetta kertyy aivoihin, ei vielä kukaan tiedä. Suurimpia riskitekijöitä on 60 vuoden ikä, mutta tautia esiintyy myös työikäisellä väestöllä ja se on yleisempää miehillä. Tautiin liittyy muistisairaus, joka on kolmanneksi yleisin Suomessa. Noin 10-15 prosenttia kaikista muistisairauksista liittyy Lewyn kappale-tautiin. (Joutjärvi 2014.)

Lewyn kappale – tauti alkaa yleensä hitaasti. Ensimmäisinä oireina voivat olla älyllisten toimintojen heikentyminen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan suuretkin vaihtelut. Taudille on tyypillistä toistuvat näköharhat ja ne saattavat olla hyvinkin yksityiskohtaisia sekä todentuntuksia. Harhojen syyksi on esitetty, että Lewyn kappale – tauti vaivaa aivojen näköhavainnosta vastaavaa niskalohkoa, jolloin sen mekanismit ovat häiriintyneet ja aivoihin pääsee jo aiemmin tallentuneita näköhavaintoja. Taudissa on myös Parkinsonin taudin piirteitä, joihin kuuluvat liikkeiden hidastuminen, kävelyhäiriöitä ja jäykkyyttä. Kaatumiset, sekavuuskohtaukset, tajunnanmenetykset ja käyttöhäiriöt ovat myös tyypillisiä tässä taudissa. Yleensä muistiongelmien alkavat kehittyä

tyä vasta kun tauti etenee. Se etenee hiljalleen ja johtaa lopulta omatoimisuuden menettämiseen, vuodehoitoon ja kuolemaan keskimäärin kymmenessä vuodessa. (Atula 2012.)

Tauti diagnosoidaan tyypillisen taudinkuvan perusteella, aivojen tt-kuvassa ei välttämättä havaita muutoksia. Parantavaa hoitoa tautiin ei ole olemassa, mutta sen etenemistä voidaan hillitä Alzheimerin –tautiin tarkoitetuilla lääkkeillä. Lääkityksellä voidaan saada harhat minimiin, sekavuutta vähennettyä ja apua hahmotushäiriöihin. Liikkumisen ongelmiin voi saada apua fysioterapiasta ja Parkinsonin –tautiin tarkoitettua lääkityksestä. (Härmä & Juva 2013, 3-5.)

2.1.4 Otsa – ja ohimolohkorappeuma

Frontotemporaalinen degeneraatio on Alzheimerin taudin jälkeen toiseksi yleisin aivojen pinnallisia osia vaurioittava ja dementiaan johtava muistisairaus. Ensioireita ovat kielelliset ongelmat, persoonan muutokset ja toiminnanohjauksen häiriöt. Alkuvaiheen oireistosta puuttuu Alzheimerille tyypillinen muistihäiriö, jolloin taudin tunnistaminen ja toteaminen on hankalaa. Tämän tyyppinen oireisto etenee nopeammin kuin Alzheimerin tauti ja se on jopa 30-50%:lla perinnöllinen. Neuropatologiset ja geneettiset tutkimukset ovat tuoneet lisää ymmärrystä oirekuvaltaan monimuotoiseen tautiin. Frontotemporaalista degeneraatiota tulisi epäillä työikäisellä, jolla esiintyy neuropsykiatrisia oireita ja persoonan muutoksia. Persoonan muutosten myötä toimintakyky ja elämänhallinta saattavat heikentyä. Potilas saattaa selvittää hyvin MMSE-testistä (Mini Mental State Examination-testi), vaikka muuten elämä saattaa olla hyvinkin kaoottista. (Remes 2010.)

Oireyhtymään yksi johtava syy on myös geeniperimä, josta on osattu jo tunnistaa geenivirheitä. Yksi tällainen virhe on valkuaisaineen virheellinen rakentuminen ja kertyminen, joka johtaa aivojen hermosolujen vaurioon. Tämä oireyhtymä painottuu usein otsa- tai ohimolohkojen alueelle ja sen mukaisia ovat oireet, oireet jaotellaan otsalohko- ja ohimolohkotyypisiin oireisiin. Ohimolohkojen tärkeä tehtävä on huolehtia puheen tuottamisesta ja ymmärtämisestä. Jos sairaus painottuu ohimolohkojen alueelle, niin se aiheuttaa puheen ongelmia. Vaikka ohimolohkorappeuma luetaan

muistisairauksiin, niin muistivaikeudet kehittyvät näillä potilailla suhteellisen myöhään ja ydinoireena ovat puheen tuottamisen etenevät ongelmat. (Ohje potilaille ja läheisille...2010.)

Ohimolohkopainotteisessa muodossa (etenevä sujumaton afasia) potilaalle kehitty hiljalleen puheen tuottamisen vaikeuksia ja sanoja ei tahdo löytyä, oireena on myös sanojen ymmärtämättömyys. Sairaus etenee ja sen mukana kielellinen kommunikointi heikkenee tasaisesti ja lopulta se saattaa olla lähes olematonta. Myöskin potilaan kirjalliset taidot heikkenevät siinä määrin, että potilas ei välttämättä osaa enää kirjoittaa eikä lukea. Myös kasvojen ja esineiden tunnistaminen saattaa vaikeutua. (Ohje potilaille ja läheisille...2010.)

Etenevän sujumattoman afasian diagnostiset kriteerit ovat kielen tuottamisessa esiintyvät kielioppivirheet ja työläs sekä katkeileva puhe, johon sisältyy äännevirheitä ja sanojen vääristymiä. Toisen näistä kriteereistä tulee täyttyä. Lisäksi diagnoosiin vaaditaan lauseiden ymmärtämisen vaikeus. Potilaalla on kuitenkin voinut säilyä yksittäisten sanojen ymmärtäminen sekä kasvojen tunnistaminen voi vielä onnistua. Kuvantamistutkimukset saattavat tukea diagnoosia. (Erkinjuntti ym. 2015, 176-177.)

2.1.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tautiin liittyy taudin edetessä 30 prosentilla potilaista henkisen toimintakyvyn heikentymistä. Yleensä vaikeudet tiedonkäsittelyssä eivät ole niin suuria kuin Alzheimerin –taudissa. Parkinsonin –tauti on sairaus, joka aiheuttaa kemiallisia muutoksia keskushermostossa, mutta syytä siihen miksi, ei tunneta. Tauti aiheuttaa tiettyjen hermosolujen katoamista aivoista, jolloin dopamiini -välittäjäaineen tuotanto vähenee. Dopamiini toimii hermoimpulssien välittäjänä solujen välillä ja sen puute on suurin syy potilaan liikkeiden häiriöihin. (Erkinjuntti ym. 2008, 96.)

Taudin alkuvaiheessa esiintyy lepovapinaa, liikkeiden hitautta ja lihasjäykkyyttä. Kun tauti etenee, niin kuvaan tulevat myös tiedonkäsittelyongelmat ja muistamisen vaikeudet. Parkinsonin taudissa aivokuoren alueelle kehitty Lewyn kappaleita, joita pidetään pääasiallisena syynä tiedonkäsittelyongelmille. Parkinsonin taudissa poti-

laan aivoihin voi muodostua myös Alzheimerin taudille tyypillisiä muutoksia aivoihin. Suomessa on arviolta 10 000 Parkinsonin tautia sairastavaa ihmistä ja heistä 3000:lla on muistioireita eli Parkinsonin taudin muistisairaus. Ikääntyminen lisää selvästi muistisairauden kehittymisen riskiä Parkinsonin taudissa. Potilailla jotka ovat sairastuneet Parkinsonin tautiin jo nuorella iällä, muistisairaus on harvinainen. (Käypähoidon www-sivut 2010b.)

2.2 Muistipotilas

Muistipotilas-käsite on yleensä synonyyminä muistisairas-käsitteelle. Muistipotilaaksi luokitellaan yleensä iäkäs potilas, jolla on oireita muistin suhteen. Muistisairaus voi olla diagnosoimaton tai diagnosoitu. Muistisairauden lisäksi muistipotilaalla voi olla myös muitakin sairauksia. (Noutia & Pirinen 2013, 9.)

Ikääntyvä ihminen yleensä huolestuu, kun tapahtumat, sovitut menot ja nimet alkavat unohtua. Yleensä tällainen unohtelu silloin tällöin on täysin normaalia ja liittyy ikääntymiseen, mutta kun unohtelu on jatkuvaa ja haittaa elämää, niin on syytä selvittää liittyykö muistamattomuuteen mahdollisesti jokin muistisairaus. Normaali vanhus on vielä oppimiskykyinen ja kykenee omaksumaan uusia asioita, tosin omaksuminen on hitaampaa kuin nuoremmalla henkilöllä. Jos vanhalla ihmisellä ei ole muistisairautta, niin älyllisten toimintojen muutokset ovat melko vähäisiä ikääntyessä. Jos taustalla kuitenkin vaikuttaa muistisairaus, niin älylliset toiminnot saattavat heikentyä. Muistisairauksia voidaan testata erilaisilla testeillä. Pääosin diagnoosi perustuu kuitenkin kliiniseen kuvaan oireista ja erilaiset testaukset antavat tarkempaa tietoa muistisairauden diagnosointiin. (Erkinjuntti ym. 2008, 21-23.)

Jos potilaalla todetaan viitteitä muistisairaudesta ja diagnoosia ei vielä pystytä tekemään, niin potilasta tulisi seurata 6-12 kuukautta diagnoosin varmistamiseksi. Diagnoosista riippuen lääkäri suunnittelee potilaan hoitoa yhdessä potilaan kanssa ja hoitoa tuetaan erilaisilla muistilääkkeillä, jos vain mahdollista. Lääkehoidon tavoitteena on ylläpitää potilaan kognitiivisia kykyjä ja omatoimisuutta. Myös tilan vakiinnuttaminen ja käytöshäiriöiden hillitseminen on tavoite lääkehoidossa. (Käypähoidon www-sivut 2014.)

Muistisairailta jotka asuvat ympärivuorokautisessa hoidossa, on suurentunut virheravitsemuksen riski. Se saattaa johtua monista eri tekijöistä, kuten pureskelun ja nielemisen ongelmista, vaikeuksista valita ruoka tai käytösoireista. Huono ravitsemus muistisairaalalla saattaa johtaa moniin muihin ongelmiin, kuten painehaavaumien kehittymiseen, heikentyneeseen haavan paranemiseen, kuivumiseen, pneumoniaan, kaatuiluun ja virtsatieinfektioihin. Muistisairailta on myös suurempi riski painon putoamiseen, koska he vaeltavat ja se kuluttaa valtavia määriä energiaa päivässä tai he saattavat kokonaan kieltäytyä syömästä. Ympärivuorokautisessa muistisairaiden hoidossa riittävän ravitsemustilan takaaminen muistisairaalalle on yksi merkittävä haaste. Riittävän ravinnonsaannin takaamiseksi muistisairaahan päivittäiseen ravintoon saateetaan lisätä täydennysravintojuomia. Juomat ovat maito- tai mehutyyppejä juomia, jotka ovat mahdollisimman helposti syötäviä. Potilaat eivät kuitenkaan aina kovin helposti hyväksy näitä valmisteita osaksi päivittäistä ravinnonsaantiaan. (JBI-suositus 2010a.)

2.3 Muistisairaahan omainen

Yleensä omainen käsitetään perheenjäseneksi tai lähisukuun kuuluvaksi henkilöksi. Lähikäsitteitä omaiselle ovat sukulainen, perhe ja läheinen. Omainen voi myös olla jokin henkilö jolla on keskeinen asema ihmisen ihmissuhdeverkostossa. (Hakala & Pajunen-Aulis 2009, 8.)

Muistisairaahan edessä ja potilaan voimien huonontuessa omaisten merkitys hoitoon liittyvissä päätöksissä kasvaa, koska päätöksiin osallistuminen tulee vaikeaksi ilman muistisairaahan etuja ajavaa osapuolta. Usein omaisia pidetään parhaana vaihtoehtona huolehtimaan hoitohenkilökunnan ja muistisairaahan sairastavan kanssa, että päätökset hoidosta vastaavat potilaan toiveita. Nykyisin omaisten rooliin muistisairaahan hoidossa kiinnitetään paljon huomiota. Henkilökunnan ja omaisten suhde on tärkeä ja jos suhde on hyvä, niin se helpottaa omaisten osallistumista hoitoon liittyvissä päätöksissä. On huomattu, että kun omaiset ovat mukana hoidollisissa päätöksissä, niin se on vaikuttanut muistisairaahan hoitotuloksiin. Omainen voi omalta osaltaan auttaa hoitavaa henkilökuntaa ymmärtämään muistisairaahan henkilöhistoriaa, joka on avainasemassa muistisairaahan autonomiaa kunnioittavassa päätöksenteossa.

Omaisten rooli on tärkeä korkealaatuisen hoidon toteutumisessa. Sen vuoksi hoitolaitoksissa tulisi helpottaa omaisten osallistumista päätösten tekemiseen ja tiedon jakamiseen. (JBI-suositus 2014.)

Omaisella voi olla kielteinen suhtautuminen muistisairaahan sairauteen. Joskus muistisairaahan hoitaminen kotona aiheuttaa erilaisia ongelmia, joihin omaisen kaipaa erityistä tukea. Tuki ei saisi keskittyä vain rahalliseen muotoon, vaan omaista olisi tuettava henkisesti sekä fyysisesti, jotta hän jaksaisi arjessa muistisairaahan kanssa. Erilaisissa tutkimuksissa on havaittu, että omaisten tukeminen tukee muistisairaahan hoidossa jaksamista. Omaishoitajien taakkaa muistisairaahan hoidossa auttaa hetkittäinen irtautuminen hoidollisesta vastuusta kotona. (JBI-suositus 2010b.)

Kun läheinen ihminen sairastuu muistisairauteen, on muistisairaahan persoonan muutokset yksi raskain muutos sairastuneen omaiselle. Omaiselle saattaa tulla ajatuksia ettei tunne enää sairastunutta läheistään, kun herttainen ja ihana ihminen voi muuttua ilkeäksi ja kiroilevaksi persoonaksi. Tällaiset muutokset johtuvat siitä, että sairastunut ei enää sairauden edetessä kykene hallitsemaan tunteitaan. Silloin olisi tärkeää, että omaisen tietäisi ettei muistisairas tahallaan käyttäydy huonosti. Omaisen voi kokea syyllisyyttä, kun muistisairaahan hoidollinen vastuu siirtyy muulle taholle kuin omaiselle itselleen. Syyllisyyden tunnetta saattaa lisätä entisestään se, että muistisairas on usein kovin vastahakoinen lähtemään kotoaan muualle hoitoon. Muistisairaahan hoito kotona ympärivuorokautisesti on raskasta omaiselle, koska sairastunut läheinen saattaa käyttäytyä kuin lapsi ja velvoittaa omaisen jatkuvaa läsnäoloa. Silloin olisi parempi tehdä päätös luovuttaa hoitovastuu ulkopuoliselle taholle ennen kuin omaisen itsekkin sairastuu uupuessaan hoitamiseen. Usein omaishoitajat jäävät yksin muistisairaahan omaisensa hoidossa. Vanhat ystävät saattavat pelätä kyläilemistä, koska eivät enää osaa suhtautua sairaaseen ihmiseen. Omaishoitaja saattaa syrjäytyä omaaloitteisesti oman ahdistuksen ja häpeän vuoksi. (Kauhanen & Vatanen 2011, 13-14.)

Muistisairaahan käytöksen muutokset ovat asioita, jotka eniten mietityttävät omaisia ja se onkin aihe josta kysytään paljon. Muutoksia käytöksessä ovat muun muassa äkkikipaisuus, aggressiivisuus, lyöminen, kiroilu ja niin edelleen. Parhaiten omaisen voi auttaa tällaisissa tilanteissa olemalla rauhallinen eikä provosoidu tällaisesta käytöksestä; muistisairas hermostuu entistä enemmän jos omaisen hermostuu. Omaisen oli-

si hyvä silti kertoa muistisairaalle millaisia tuntemuksia huono käyttäytyminen hänessä herättää. On sanottu, että muistisairaana omainen kokee sairastuneen läheisensä kanssa kolme kuolemaa. Ensimmäinen on se, kun muistisairaus todetaan ja sairaan läheisen persoona muuttuu, eikä hän tunnu enää samalta ihmiseltä kuin ennen. Toinen on kun omainen luovuttaa muistisairaana hoidon kodin ulkopuoliselle taholle. Omaishoitajasta tämä päätös voi tuntua yhteisen elämän päätökseltä. Todellisuudessa tämä päätös antaa mahdollisuuden uudenlaisen suhteen kehittymiselle. Kun omaishoitaja ei enää ole väsynyt eikä jatkuvasti huolestunut, niin muistisairaana kanssa oleminen saattaa olla antoisampaa ja hänelle jaksaa olla paremmin läsnä. Yhdessäolon aikana voi keskittyä esimerkiksi parisuhteeseen, kun arkiset asiat eivät ole enää omaisen hoidettavana. Viimeinen luopuminen on muistisairaana läheisen kuolema. Omainen saattaa tarvita ammattiapua hyväksyäkseen sairauden etenemisen ja kuoleman kohtaamiseen. Omaiselle on hyvä kertoa, että kuolema on ainut ”parantava” ja sairastuneen vapauttava tapahtuma hänen elämässään. (Sulkava, Eloniemi, Erkinjuntti & Hervonen 1993, 108–109.)

2.4 Muistipotilaan kuntouttava hoitotyö

Suppeimmillaan kuntoutuksen voidaan ajatella liittyvän vain fyysisen kunnon kuntouttamiseen ja sen ylläpitämiseen. Kuntoutusta voidaan kuitenkin määritellä monella tavalla ja määritelmät ovat aina tulkinnanvaraisia, sekä katsantokannasta riippuvaisia. Laajassa ajattelutavassa kuntoutuksen katsotaan olevan monimuotoinen ja jatkuva prosessi, jossa ihmisen elämänlaatu ja itsetuntemus parantuvat. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 8-9.)

Toimintafilosofiana kuntouttavassa hoitotyössä on tietynlainen toimintatapa, jolla hoitaja työskentelee potilaan kanssa. Tämä työote liittyy kaikkiin päivittäisiin toimintoihin joita potilas suorittaa. Kuntouttava hoitotyö on kokonaisuus johon kuuluu kaikki osa-alueet potilaasta; sosiaalinen, fyysinen, psyykinen ja henkinen. Lähtökohtana kuntouttavalle hoitotyölle on terveyslähtöisyys, tavoitteellisuus hoitotyössä ja moniammatillinen yhteistyö. Hoitaja joka edistää potilaan kuntoutumista auttaa, ylläpitää, aktivoi ja edistää potilaan omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa. (Kelahä 2006, 72–73.)

Kuntouttava työote on työskentelyä tavalla, joka tukee ihmisen omaa toimintakykyä, eikä kaikkia asioita tehdä hänen puolestaan, vaikka se saattaisikin olla niin helpompaa. Muistisairaiden kanssa kuntouttavan työotteen käyttäminen on hyvin tärkeää. Kinestetiikka ja ergonomia ovat tärkeitä muistisairaiden kanssa, koska niiden avulla pystytään hyödyntämään monipuolisesti hoitajan ja muistisairaana voimavaroja. Kuntouttava työote on hoitotapa ja –asenne, kun työskentelee muistisairaiden kanssa. Tässä korostuvat muistisairaana yksilöllisyyden huomioiminen ja sen kunnioittaminen. Olennaista on myös muistisairaana itsenäisyyden tukeminen, voimavarojen tunnistaminen ja niiden käyttö sekä ylläpito. Hoitotyön suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus edistävät muistisairaana kuntoutumista. Jokainen ihminen pyrkii säilyttämään itsemääräämisoikeutensa ja itsenäisyytensä, ja sen takia on tärkeää tukea potilaana itsenäisyyttä kuntouttavalla työotteella. (Tuukkanen 2013, 4-5.)

2.5 Muistipotilaana kuntouttava osasto

Muistipotilaana kuntouttava osasto sijaitsee Maantienkadulla Porin Perusturvakeskukseen kuntoutus- ja sairaalapalveluiden osasto T3:n yhteydessä. Osasto siirtyi 1.9.2014 uusiin tiloihin vanhan sairaalan puolelta. Osastolla on 14 potilaspaikkaa ja kaikki huoneet ovat yhden hengen huoneita. Osastolla työskentelee seitsemän lähihoitajaa ja seitsemän sairaanhoitajaa, sekä satunnaisesti sijaisia sekä varahenkilöitä. Osastolla on tavoitteena potilaana arviointi- ja hoitajaksolla kuntouttavan hoitotyön avulla mahdollistaa iäkkään potilaana selviytyminen edelleen kotona. Jakson aikana pyritään rakentamaan turvaverkkoa omaisten, kotihoidon tai jonkin muun tahon kanssa, muistien muistipotilaana itsemääräämisoikeus. Osastojakson aikana järjestetään jatkohoitoa ja seurantaa. Yleensä hoitajaksot ovat 1-4 viikon pituisia, riippuen potilaana tilanteesta. (Muistipotilaana kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

Osastolle tullaan aina lääkärin läheteellä, kun kotona tai asumisyksikössä arjessa selviytyminen on hankalaa. Myös omaisen väsyminen muistisairaana hoitamiseen on yksi syy tulla hoitoon. Muilta osastoilta saatetaan myös siirtää muistipotilaita arviointijaksolle muistiosastolle, kun hoitaminen tavallisella osastolla on hankalaa esimerkiksi aggressiivisuuden tai vaeltelun vuoksi. (Muistipotilaana kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

Kun potilas saapuu osastolle niin henkilökunta ja lääkäri keskustelevat potilaan ja omaisten kanssa potilaan muistihistoriasta. Potilaille tehdään muistikysely jonka avulla kartoitetaan muutoksia esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissa ja avuntarpeessa. Osastolla tehdään myös MNA-testi, joka kartoittaa potilaan ravitsemuksen tilaa, jos pisteytys on huono, niin osastolla aloitetaan ravitsemuksen seuranta ja mahdollisen virheravitsemuksen korjaaminen ravitsemusterapeutin avulla. Tarkoituksena olisi, että ravitsemustila säilyisi hyvänä myös kotiutuksen jälkeen. Tämä mahdollistetaan omaisten ja potilaan ravitsemusohjauksella. Tulorutiineihin kuuluu myös laboratoriotestien ottaminen muun muassa infektioiden poissulkemiseksi sekavuuden syynä. Osastolla tehdään myös muistitestejä, kuten MMSE ja CERAD, jotka ovat tärkeitä osia hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. (Muistipotilaan kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

Osaston ovi on lukittuna potilaiden turvallisuuden vuoksi. Potilaat saavat kuitenkin poistua sovitusti osastolta omaisten kanssa. Potilailla on osastolla käytössään Viva-go-turvaranneke ja Care-kello, jonka avulla he voivat kutsua hoitajan paikalle. Ranneke kerää tietoa potilaan aktiviteetista ja ilmoittaa muutoksista. (Muistipotilaan kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

Hoito osastolla tähtää muistisairaana ja omaisten hyvinvointiin, oireiden etenemisen hidastamiseen, toimintakyvyn ylläpitoon ja mielekkäaseen elämään. Lääkehoito on muistisairaana kohdalla tärkeää, mutta ensisijaista on kuitenkin lääkkeetön hoito. Lääkehoidolla pyritään lievittämään muistisairaana oireita ja mahdollisesti hidastamaan taudin etenemistä. Erilaiset musiikki- ja toimintaterapiat tukevat muistisairaana elämänlaatua ja osastolla pyritään päivittäin järjestämään erilaisia viriketuokioita. Tuokioilla saadaan osittain vähennettyä potilaiden levottomuutta. (Muistipotilaan kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

Henkilökunta ohjaa ja on muistisairaana omaisten tukena koko osastojakson ajan. He vastaavat kysymyksiin ja antavat ohjausta mitä tehdä osastojakson jälkeen, jotta elämänlaatu ja jaksaminen pysyisivät hyvinä. Osastojaksolla pidetään yleensä hoitolaveri, jossa on läsnä lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja mahdolliset yhteistyötahot. Kotiutuksen jälkeen omaisia informoidaan tukitoimenpiteistä ja paikoista

joista voi hakea tukea arkeensa. (Muistipotilaan kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla.)

2.6 Arviointijakso

Arviointijaksoksi käsitetään yleensä noin 7-14 päivän mittainen jakso sairaalan osastolla. Jakson aikana selvitetään ongelmat, asumismuoto, tukipalvelut ja niiden riittävyys, lääkitys ja potilaan kunto. Tarkoituksena on saada potilaalle kohdennettua apua, jotta hän pärjäisi ilman sairaalahoitoa mahdollisimman pitkään. Arviointijaksot mahdollistavat myös omaishoitajien lepoetken. (Forssan kaupungin www-sivut 2013.)

Arviointijaksolla voidaan joskus myös tehdä lähete fysioterapeutille, joka voi arviointijakson aikana käydä osastolla arvioimassa potilaan fyysistä toimintakykyä. Arviointijaksolle voi tulla myös potilas jolla on jo aiemmin diagnosoitu muistisairaus, mutta sairauden tila on pahentunut huomattavasti ja potilas sekä omaiset tarvitsevat lisää tukitoimia pärjätäkseen kotona. Arviointijaksolla voidaan todeta ettei potilas enää pärjää kotona, ja hänelle tehdään hakemus jatkohoitopaikkaa varten. Silloin potilas voi mahdollisesti jäädä osastolle odottamaan jatkohoitopaikkaa. (Raahen www-sivut 2014.)

Muistisairaudesta kärsivän arviointijaksolla kartoitetaan kotona pärjäämistä, kotiavun lisäämistä, omaishoitajan jaksamista, lääkityksen sopivuutta, fyysistä toimintakykyä ja tehdään erilaisia muistitestejä ja kyselyitä toimintakyvystä. Näiden kartoitusten avulla kyetään muodostamaan jonkinlainen näkemys muistisairaahan tilanteesta kotona ja hoidossa keskittymään suurimpiin ongelma-kohtiin. Mahdollisesti arviointijakson jälkeen potilas voi palata kotiin, jos ongelma on ollut vaikkapa lääkityksen puolella ja se asia saadaan korjaantumaan. Arviointijaksolla voidaan hoitaa myös jotakin muuta sairautta kuin muistiin liittyvää, jos muu sairaus haittaa elämää vakavimmin. (Erkinjuntti ym. 2015, 507-515.)

Mini-Mental State Examination (MMSE) on yksi muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu minitesti. Testin suorittaminen kestää noin 10-15 minuuttia, riippuen potilaan muistin tilasta. MMSE on helppo tehdä ja se antaa numeerisen arvon doku-

mentoitavaksi. Testi soveltuu dementia-asteisen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Testi ei sovellu lievän muistisairauden seulomiseen. Testissä olevat tehtävät kertovat kielellisistä kyvyistä, mieleen painamisesta, orientoitumisesta, tarkkaavaisuudesta, laskutaidosta, mieleen palauttamisesta ja hahmotuskyvystä. Kokonaispistemäärä testistä on 30 ja virheelliset vastaukset vähentävät pisteitä. Yleensä 24 pistettä ja sen alle on poikkeava tulos. Jos tulos on 25-30 pistettä, mutta tutkittavalla on kuitenkin selkeä muistisairauden oire, niin silloin tehdään jatkoselvittelyjä, kuten CERAD-testi. Monet tehtävät testissä vaativat kielellistä osaamista, koulutustaso ja sosiaalinen asema saattavat siis vaikuttaa tuloksiin. Jos tutkittava on harjaantunut älyllisten kykyjen käytössä, saattaa hän saada normaalin tuloksen vaikka hänellä olisi selkeästi alentunut toimintakyky muuten. Pelkkä MMSE-testi ei riitä diagnoosin tekemiseen, mutta se antaa osviittaa muistin tilasta. (Viramo, Rosenvall & Erkinjuntti 2014.)

Neurologeista ja neuropsykologeista koostuva työryhmä muokkasi yhdysvaltalaisesta CERAD-testistä suomalaisen version ja antoi sen käytöstä suosituksia. Vuonna 2010 päivitettyissä Käypähoito –suosituksissa CERAD-testin käyttö esitetään osana perusselvitystä, jonka tarkoituksena on löytää hoitoa edellyttävät tilat, tunnistaa oirekuvaltaan tyypilliset muistisairaudet ja erikoislääkärin arviota edellyttävät tilat. On katsottu ettei MMSE-testi ole tarpeeksi herkkä tunnistamaan muistisairauksien varhaisvaiheiden muutoksia, CERAD:n katsottiin soveltuvan paremmin ensivaiheen arviointimenetelmäksi. CERAD:n tehtäväsarjaan kuuluvat erilaiset tehtävät arvioivat välitöntä ja viivästettyä muistia, hahmottamista, nimeämistä, toiminnan ohjausta ja sen sujuvuutta. Tehtävät ottavat huomioon keskeiset älyllisen suoriutumisen osa-alueet, jotka yleensä muistisairauden alkuvaiheessa heikkenevät. CERAD:n avulla pystytään arvioimaan esimerkiksi terveyskeskuksissa potilaat sellaisiin, joille tarkemmat tutkimukset ovat tarpeellisia tai muistisairaus ei ole todennäköinen. CERAD:ia voivat käyttää muistihoitajat, muu terveydenhuollon henkilökunta ja psykologit. Tutkimus kestää kokonaisuudessaan noin 45-60 minuuttia. CERAD:n käyttö on yksinkertaista, mutta edellyttää perehtymistä ohjeisiin. (Ceradin www-sivut 2014.)

2.7 Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin

Turun Yliopistossa tehdyn pro gradu-tutkielman tarkoituksena oli arvioida muistipotilaiden ja omaisten näkemyksiä hoito- ja palvelukäytännöistä sekä miten hoitoa voitaisiin kehittää. Tutkimuksessa havaittiin, että muistipotilaan ja omaisen selviytymistä arjessa helpottivat muistipotilaan hoidon koordinointi, palvelujen helppo saataavuus, moniammatillinen työryhmä, hyvä tiedonkulku ja omaisten sekä potilaiden kunnioittava kohtelu. Muistisairauden havaitseminen ajoissa ja toimintakykyä tukeva hoito tuki selviytymistä kotona pidempään. (Röberg 2012, 6.)

Tampereen yliopistossa tehty väitöskirja tutki laitoshoidon mahdollisuuksista auttaa omaishoitajaa vanhuksen huolenpidossa. Tutkimusaineistoa kerättiin postikyselyllä. Tuloksista selvisi, että omaishoitajat tarvitsevat laitosjaksoja jaksakseen arjessa sairaan omaisensa kanssa. Hoitajaksot vapauttivat omaishoitajan hetkeksi hoitovastuusta ja omaishoitaja sai aikaa hoitaa omia asioitaan vailla murheita sairaasta läheisestään. Omaishoitajille oli erittäin tärkeää saada sairas läheisensä ongelmatilanteissa hoitajaksolle laitokseen. (Helin 2008, 5, 29, 55.)

Jyväskylän yliopistossa on tehty pro gradu-tutkielma omaishoitajien kokemuksista puolisonsa vuorohoidosta laitoksessa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa omaishoitajien kokemuksista puolison hoidosta laitoksessa ja käytännön tavoitteena oli kerätä tietoa laitoshoidon kehittämistä varten. Tutkimusaineisto kerättiin kahdeksasta eri haastattelusta. Kaikki haastateltavat olivat omaishoitajia puolisoilleen. Jokainen vastaaja koki vuorohoidon tärkeäksi osaksi omaa jaksamistaan. Kahden kohdalla hoito oli välttämätön apu, neljän kohdalla hyvä apu ja kahden kohdalla välttämätön pakko. Tutkimuksen mukaan vuorohoidolla on tärkeä merkitys omaishoitajien tukemisessa ja arjessa jaksamisessa. (Ylirinne 2010, 31, 38, 47.)

Vuonna 2013 tehtiin opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulussa, jossa kysyttiin Kuusama-Kodin asukkaiden omaisten näkemyksiä hoidon laadusta. Omaisille tehtiin kysely, jossa oli kolme avointa kysymystä ja loput strukturoituja. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Kuusama-Kodin henkilökunnalle, jota he voisivat hyödyntää hoidon laadun kehittämisessä. Kyselylomakkeita oli lähetetty 22, joista 15 palautettiin. Kyselyyn vastanneet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoidon laatuun, avoimien kysy-

mysten pohjalta kehitettävää löytyi viriketoiminnan järjestämisessä. (Kamberg & Kivela 2015, 19-24.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä Porin perusturvakeskuksen muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta ja arviointijaksosta. Tavoitteena oli saada tietoa miten muistipotilaan arviointijakso vastasi omaisten odotuksia ja koota ehdotuksia osaston toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia mielipiteitä omaisilla on muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta?
2. Miten muistipotilaan kuntouttavan osaston toimintaa voisi kehittää omaisten näkökulmasta?
3. Miten arviointijakso tuki muistipotilaan arjessa selviytymistä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aihe valittiin Satakunnan ammattikorkeakoulun aihepankista vuoden 2014 lokakuussa. Opinnäytetyön tarkempi aihe sovittiin muistipotilaan kuntouttavan osaston osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyön suunnitteluseminaari pidettiin 17.12.2014 ja suunnitelmaa hiottiin sen jälkeen vielä hieman. Tutkimuslupahakemus lähetettiin Porin perusturvakeskuksen johtavalle lääkärille 4.2.2015, tutkimuslupa saatiin 4.2.2015 ja sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin helmikuun alussa.

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan kvantitatiivinen, mutta siinä hyödynnetään myös kvalitatiivista menetelmää kahden avoimen kysymyksen muodossa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen ideana on saada tietoa joka on yleistettävissä. Määrällinen yleinen ja yleistettävissä oleva tutkimusaineisto on kriteereiltään tilastollis-matemaattinen. Tässä tutkimusmuodossa tietoa käsitellään tilastollisina yksikköinä, joista eri menetelmin voidaan poistaa subjektiiviseen tulkintaan viittaavat tekijät. (Virtuaaliammattikorkeakoulun www-sivut 2015.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä edustaa tutkimusta, joka tehdään makrotasolla. Se edellyttää suuria määriä yksittäisiä havaintoja, mutta havaittavien kohteiden määrä voi olla hyvinkin pieni, esimerkiksi voidaan kysyä vain yhtä asiaa suurelta joukolta. Tilastoaineistoa voidaan hankkia itse, tai se voidaan etsiä esimerkiksi aikaisemmista tutkimuksista. Tilastoaines perustuu perusjoukosta valittuun otokseen, jonka nojalla voidaan tehdä päätelmiä tätä perusjoukkoa koskevista seikoista. Tähän tutkimustapaan liittyy aina tutkimuselementtien yhdistämistä, tilastollista seuraussuhteiden analysointia ja muuttujien mittaamista. Ihmisiä tutkittaessa ei tutkita yksilöitä vaan heitä yhdistellään eri tavoin sosiaalisiksi yksiköiksi. Tutkimus joka perustuu kyselyyn, kokoaa vastaukset pitkälle strukturoiduilla kysymyksillä. Tällainen data sopii hyvin tilastolliseen analyysiin, mutta jättää vähän varaa kriittiselle lähestymistavalle. (Anttila 2006, 233-236.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tuottaa ymmärtävää tietoa ja se vastaa kysymyksiin millainen, miten ja miksi. Laadullinen tutkimus on hyödyllinen kun tarvitaan tietoa asioista joita ei tunneta vielä kovin hyvin. Tai silloin kun on kyse monimutkaisista prosesseista. Laadullinen tutkimus nojaa aineistoonsa. Aineistoa voi kerätä esimerkiksi haastattelemalla tai kyselylomakkeilla. Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät voivat myös täydentää toisiaan. Laadullista tutkimusta voidaan lisäksi käyttää määrällisen tutkimuksen esikokeena testaamaan aiottujen mitattavien seikkojen tarkoituksenmukaisuutta ja mielekkyyttä. Sillä voidaan testata esimerkiksi kyselylomakkeen keskeisiä käsitteitä. Laadullinen tutkimus laajentaa ja

syventää kvantitatiivisen analyysin numeerisia tuloksia esimerkiksi haastatteluaineistojen avulla. (Anttila 2006, 184-185.)

Laadulliseen tutkimukseen on yleensä mielekästä käyttää kertomuksen rakennetta. Tässä muodossa kirjoitetussa selosteessa voidaan aloittaa empiirisistä havainnoista ja sen jälkeen siirtyä pohtimaan alkuperäistä ongelmanasettelua. Tämän jälkeen voidaan tulkita havaintoja ja miettiä niiden merkitystä. Lopussa nämä yleistykset kootaan teoreettiseksi kuvaukseksi. (Liukko 2013.)

4.2 Aineiston kerääminen

Kysely- eli survey-tutkimuksen tarkoituksena on saada koottua tietyltä joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin. Kyselyaineistot hankitaan tulkittaviksi ja analysoitaviksi. Tutkimus voidaan toteuttaa joko kvantitatiivisena tai kvalitatiivisena. Tutkimuksen tarkoituksena on koota yksityiskohtaista tosiasiatietoa, tehdä vertailuja ja määritellä ongelmia. Tutkimuksen kohteena on valittu kohderyhmä. Koska kyselytutkimuksessa käytetään tavallisesti kyselylomaketta, niin joudutaan miettimään tarkasti kyselyyn liittyvien muuttujien määrää ja sisältöä. Joukon, johon kysely kohdennetaan, pitäisi pystyä vastaamaan kaikkiin kysymyksiin helposti. (Anttila 2006, 260.)

Omaisten kohdalla on kannattavaa käyttää kyselylomakkeita, ne rohkaisevat ja auttavat ilmaisemaan tärkeää tietoa potilaasta ja hänen muististaan. Omaisten havainnot muistisairaana voinnista ovat yleensä hyvin paikkansa pitäviä, kun taas muistisairaana oma arvio saattaa olla oireita vähättelevä tai liioitteleva. Kyselyillä on merkitystä omaisille myös sen kautta, että he saavat kuvata omaa jaksamistaan ja purkaa tuntojaan, ja heidät otetaan todesta. (Erkinjuntti ym. 2010, 373.)

Kyselylomakkeen suunnittelussa on hyvä välttää määrittelyjä. Ei turvauduta jo olemassa oleviin kyselylomakkeisiin, vaan luodaan itse kohderyhmälle sopiva kysely. Lomakkeeseen on hyvä suunnitella avoimia ja suljettuja kysymyksiä, jotta voidaan arvioida molempien vastausten luotettavuutta. Kysymysten määrä tulee rajata. Liian

monta kysymystä hämmentää vastaajaa, mutta kysymyksiä ei saa olla liian vähääkään. Hyvä määrä suljettuja kysymyksiä on noin 5-30 ja avoimia muutama. Kyselylomakkeen tulee olla yksinkertainen, liian raskas ja pitkä lomake hämmentää vastaajaa ja vähentää vastaajan motivoituneisuutta vastata luotettavasti. Lomakkeeseen liitetään vastaajien henkilöllisyyttä koskevia tietoja todella vähän. Vain sen verran kuin on tarpeen tai mielellään ei lainkaan. Sukupuolen, iän, perheenjäsenten lukumäärän ja niin edelleen kyselyä kannattaa harkita tarkkaan, koska se lisää lomakkeen pituutta ja se saatetaan kokea turhana uteluna. Kysymysmuotona voidaan käyttää avointa tai suljettua kysymystä. Avoimeen kysymykseen vastaaja saa vastata mielensä mukaan, ja siihen jätetään tilaa vastaukselle. Siinä on vaihtoehto, johon vastaaja kirjoittaa vastauksensa tai siinä annetaan tilaa yksiselitteiselle vastaukselle. Suljettuja kysymyksiä käytettäessä ne voivat olla nominaaliasteikolla, järjestysasteikolla tai skaalatulla asteikolla vastattavia kysymyksiä. Kysymykseen vastaaja valitsee mieleisensä vaihtoehdon valmiiksi annetuista vaihtoehdoista. (Anttila 2006, 260-266.)

Tutkijan vastuulla on antaa vastaajalle tietoa miksi kyselyä tehdään ja mihin tarkoitukseen vastauksia käytetään. Yleensä tämä selittävä kappale löytyy kyselylomakkeen alusta. Hyviin tapoihin kuuluu, että vastaajalle vakuutetaan ettei hänen vastauksiaan luovuteta ulkopuolisille ja että vastaaja säilyy anonyyminä. Anonymiteetin säilymiseksi kyselykaavakkeet kerätään suljettuun laatikkoon, eikä kyselykaavakkeeseen tule mitään vastaajan henkilökohtaisia tietoja. Vain kyselyn tekijä tyhjentää vastauslaatikon. (Anttila 2006, 267.)

Muistipotilaan kuntouttavan osaston henkilökunta pyysi kotiutuvan potilaan omaista täyttämään kyselylomakkeen (LIITE1) osastolla. Henkilökuntaan kuuluva hoitaja antoi kyselylomakkeen omaiselle, kun potilaan kotiutumispäivä oli sovittu tai potilas oli lähdössä kotiin. Omaisen oli tarkoitus täyttää kyselylomake osastolla. Muutama lomake annettiin kuitenkin omaiselle kotiin täytettäväksi. Kyselylomakkeen alussa oli saatekirje (LIITE1), jossa kerrottiin mihin tarkoitukseen vastauksia käytetään, miksi kyselyä tehdään ja kuka vastauksia käsittelee. Osastolla oli kyselylomakkeille tarkoitettu palautuslaatikko hoitajien työpisteellä, palautuslaatikossa oli teksti jossa sen ilmoitettiin olevan kyselylomakkeiden palautuslaatikko. Kyselylomakkeita säilytettiin muistipotilaan kuntouttavan osaston hoitajien työpisteessä.

Aineistonkeruu toteutettiin osastolla ajalla 15.2.2015-31.3.2015. Kun luvat oli saatu, niin tulostettiin kyselylomakkeita ensin 10 kappaletta ja vietiin ne osastolle ja ohjeistettiin henkilökuntaa niiden jakamisesta. Muutaman viikon kuluttua vietiin kyselylomakkeita osastolle vielä viisi kappaletta lisää. Kyselylomakkeita vietiin osastolle 15 kappaletta ja yhdeksän (n=9) niistä palautui. Vastanneita oli vähän, joten tässä työssä tulokset esitetään frekvensseinä eikä prosentteina, koska prosentteina esittäminen voisi vääristää vastaustuloksia. Kuntouttavan osaston muistipotilaiden hoitajaksot ovat pidentyneet jonkin verran ja kyselylomake oli tarkoitettu kotiutuvien potilaiden omaisille, joten potentiaalisten vastaajien joukko oli melko pieni.

Aineistoa koottiin siis muistipotilaan kuntouttavan osaston potilaiden omaisilta kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 12 kysymystä. Kyselylomakkeessa oli neljä taustakysymystä, joilla koottiin tietoa potilaiden hoitajaksojen pituudesta, omaisen suhteesta potilaaseen, potilaan syistä tulla hoitajaksolle ja omaisten odotuksista hoitajaksolta. Taustakysymykset olivat kaikki suljettuja eikä niistä pysty päättämään vastaajan henkilöllisyyttä, joten vastaajan anonymiteetti säilyi. Neljä suljettua kysymystä kertoi omaisten mielipiteistä muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta. Yksi avoin ja yksi suljettu kysymys toivat esiin omaisten näkökulmaa osaston toiminnan kehittämiseen. Yksi suljettu ja yksi avoin kysymys kertoivat miten osastojakso tuki potilaan arjessa selviytymistä. Kolmeen suljettuun kysymykseen omaiset olivat vastanneet enemmän kuin yhdellä vastauksella. Kahdessa suljetussa kysymyksessä oli myös vaihtoehtona kirjoittaa vapaasti vastaus, jos mikään valmiiksi annetuista ei sopinut vastaajalle. Näihin oli vastannut yhteensä neljä vastaajaa.

4.3 Aineiston analysointi

Kun aineisto on saatu koottua, se on tarkistettava ensin. Tarkistetaan onko puuttuvia kohtia tai virheellisiä vastauksia. Tämän jälkeen voidaan aloittaa aineiston koodaus. Vastaukset koodataan numeroiden mukaisesti ja luodaan niistä taulukot. Taulukoista nähdään miten moni vastaaja on vastannut tietyllä tavalla. Taulukon luomisen jälkeen voidaan luoda graafinen esitys vastauksista. Suljettujen kysymysten kohdalla taulukon luominen on helppoa ja antaa kyselyn tekijälle hyvin vastauksia esitettyihin kysymyksiin. (Tanskanen 2003.)

Kun aineisto perustuu avoimiin kysymyksiin, niin sen voi analysoida kuten laadullinen aineisto analysoitaisiin. Eli käsittelemällä data tutkimuksen teoreettisten taustaoletusten antaman viitekehyksen mukaan. (Metodixin www-sivut 2014.)

Kvalitatiivista eli laadullista aineistoa voidaan analysoida sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tiedon tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvailemaan lyhyesti ja yleistävästi tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esiin. Sisällönanalyysissä on olennaista erottaa tutkimusaineisosta samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäiseksi pelkistetään, joka tarkoittaa sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistämisen jälkeen aineisto tulee ryhmitellä. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Silloin samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan samaksi luokaksi ja sille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Janhonen & Nikkonen 2011, 21-29.)

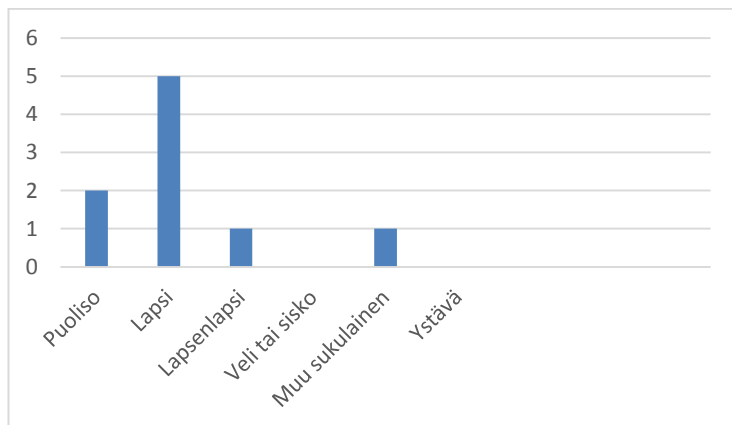
Kyselylomakkeista tarkistettiin ensin ovatko kaikki vastaukset esikoodatuissa kysymyksissä asianmukaisia eikä niissä ole virheitä. Sen jälkeen esikoodatuista kysymyksistä tehtiin yhteenveto, johon merkittiin kunkin vastaajan valitsema vastausvaihtoehto. Sen jälkeen vastausvaihtoehtoista luotiin taulukot ja niiden pohjalta graafiset esitykset Excel-ohjelmaa käyttäen. Omin sanoin vastatuista vastauksista kerrottiin sanallisesti.

Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin sisällön erittelyllä. Ensin avoimista kysymyksistä saatu aineisto pelkistettiin. Avoimista kysymyksistä erotettiin samanlaiset ja erilaiset vastaukset. Vastaukset jaoteltiin luokittain ja luokat nimettiin asiasisällön mukaisesti.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Taustatiedot vastaajista

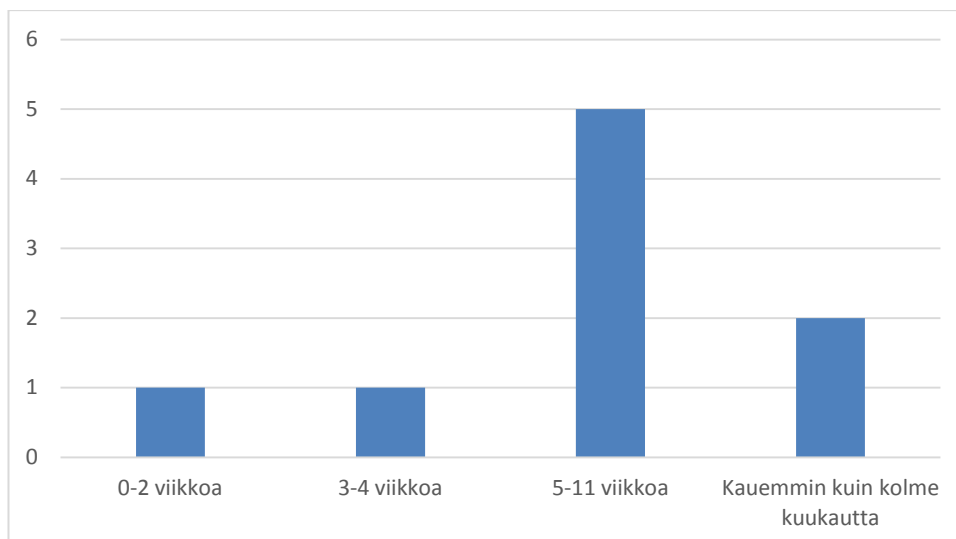
Vastaajista kaksi oli potilaan puolisoita, viisi lapsia, yksi lapsenlapsi ja yksi muu sukulainen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Omaisen suhde potilaaseen (n=9)

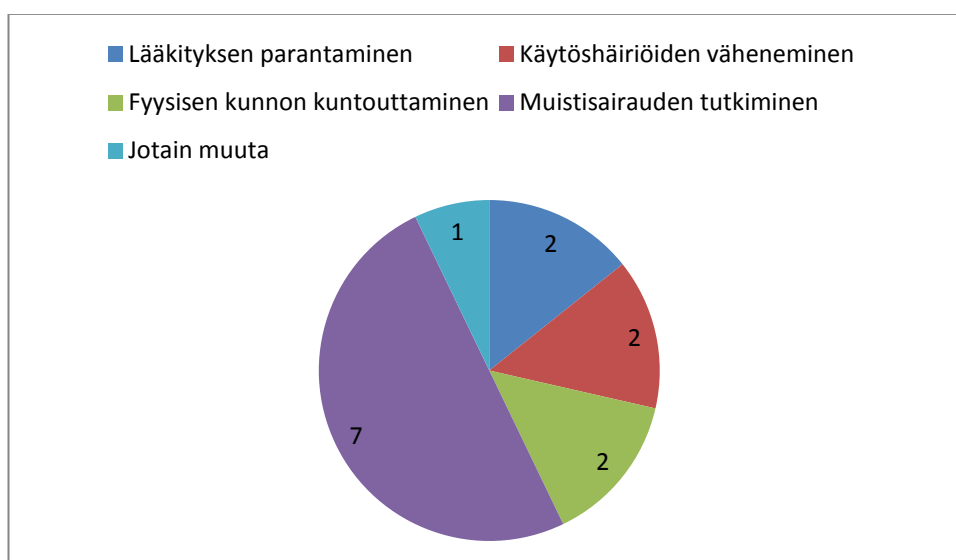
Neljällä potilaalla oli hoitojaksolle tulon syynä arviointijakso, neljällä kotona pärjäämättömyys, kahdella lisääntyneet käytöshäiriöt ja yhdellä lääkityksen tarkistaminen. Kolme vastaajista oli valinnut vastausvaihtoehdon jokin muu syy. Näitä syitä olivat kuntoutumisjakso osastolla, potilas oli löytynyt kaatuneena ulkoa ja joutunut sairaalaan sekä muistin nopea aleneminen. Yksikään vastaaja ei ollut valinnut vaihtoehtoa omaishoitajan uupuminen kotona hoitamiseen. Kolme vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vaihtoehdon.

Yhdellä potilaalla hoitojakson pituus oli 0-2 viikkoa, yhdellä 3-4 viikkoa, viidellä 5-11 viikkoa ja kahdella kauemmin kuin kolme kuukautta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Hoitojakson kesto osastolla (n=9)

Seitsemän omaisista odotti hoitojaksolta muistisairauden tutkimista, kaksi lääkityksen parantamista, jotta kotona pärjääminen helpottuisi, kaksi omaista käytöshäiriöiden vähentymistä ja kaksi fyysisen kunnon parantamista sekä kuntoutumista. Yksi vastaajista oli valinnut vaihtoehdon jotain muuta ja hän odotti päivittäisissä toiminnoissa pärjäämisen parantamista. Neljä vastaajista oli valinnut useamman kuin yhden vaihtoehdon. (Kuvio 3.)

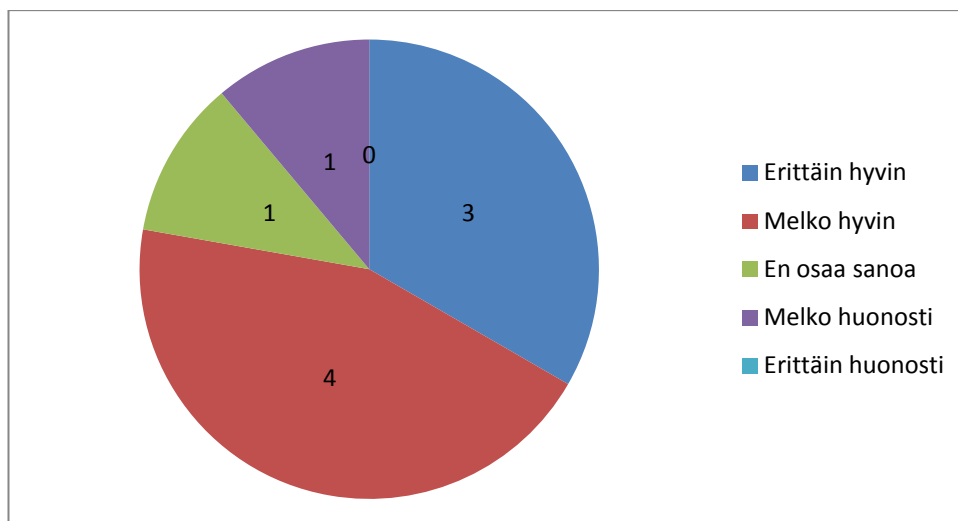


Kuvio 3. Omaisten odotuksia hoitojaksolta (n=9)

5.2 Omaisten mielipiteitä osaston toiminnasta

Osaston henkilökunnan omaisten mielipiteiden huomioonottamisen koki erittäin hyväksi kolme, melko hyväksi kolme ja kolme ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Vastaajista yksikään ei kokenut mielipiteitään otettavan huomioon melko huonosti tai erittäin huonosti.

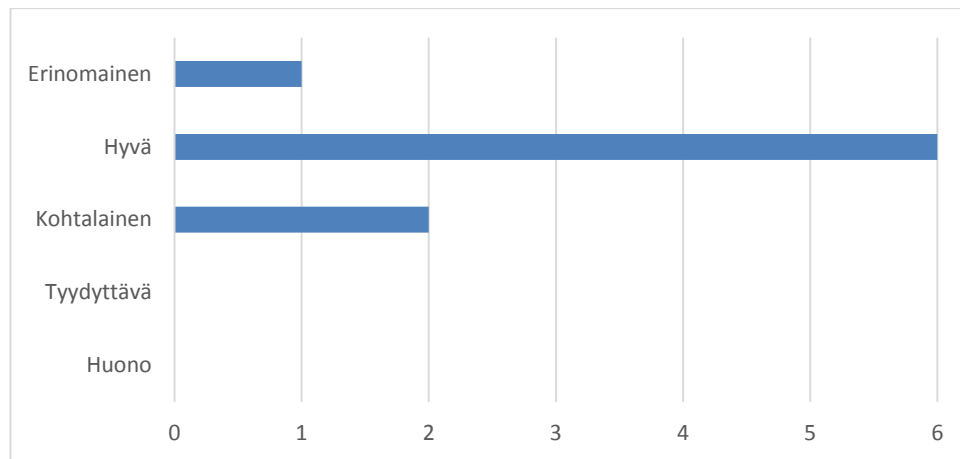
Tietoa potilaan sairaudesta koki saaneensa kolme vastaajista erittäin hyvin, neljä melko hyvin, yksi melko huonosti ja yksi vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Vastaajista yksikään ei kokenut saaneensa tietoa erittäin huonosti. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Omaisen tiedonsaanti potilaan sairaudesta (n=9)

Yhdellä vastaajista osastojakso vastasi odotuksia erittäin hyvin, viidellä melko hyvin ja kolme ei osannut sanoa. Yksikään vastaajista ei valinnut vaihtoehtoja melko huonosti tai erittäin huonosti.

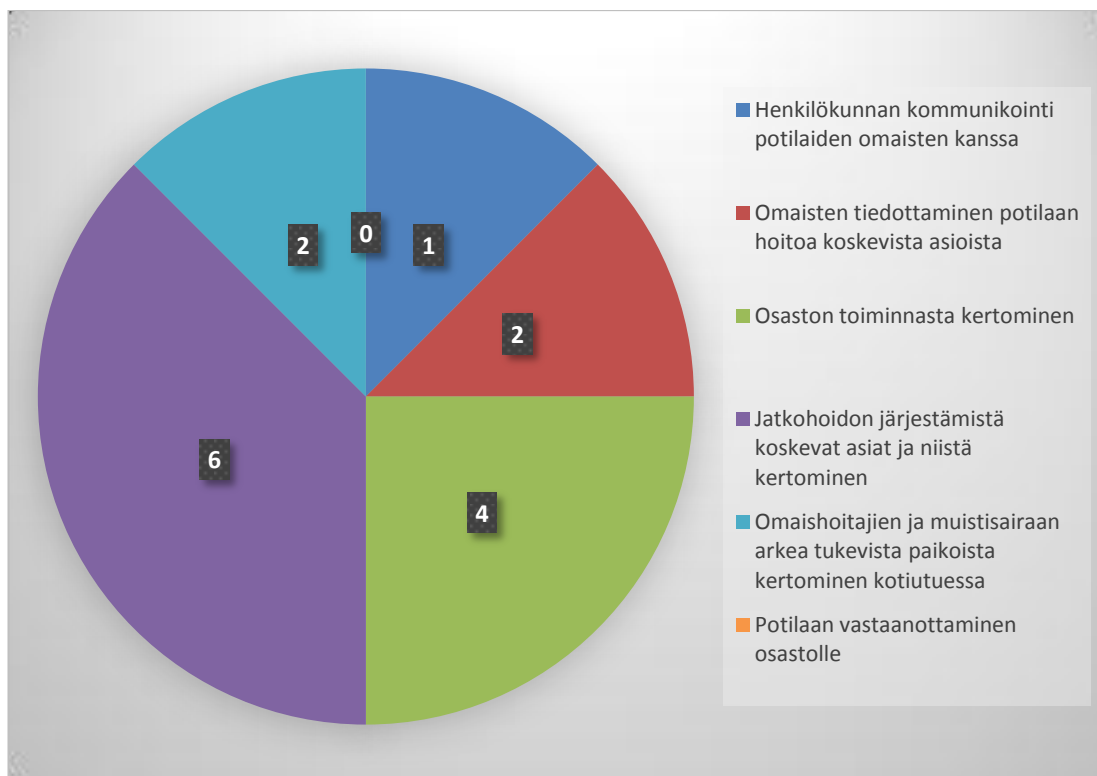
Omaisista pyydettiin antamaan arvosana hoidosta osastolla. Kuusi vastaajaa antoi arvosanan hyvä, kaksi kohtalainen ja yksi erinomainen. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Arvosana hoitajaksosta (n=9)

5.3 Omaisten ehdotuksia osaston kehittämiseksi

Kysymyksessä kymmenen vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme eri vaihtoehtoa osaston toiminnan kehittämiseksi. Vastaajista kuusi oli valinnut kehitettäväksi jatkohoidon järjestämistä koskevat asiat ja niistä kertomisen, neljä osaston toiminnasta kertomisen, kaksi omaishoitajien ja muistisairaalan arkea tukevista paikoista kertomisen kotiutuessa, kaksi omaisten tiedottamisen potilaan hoitoa koskevista asioista ja yksi henkilökunnan kommunikoinnin potilaan omaisen kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa, jossa kehitettävää olisi potilaan vastaanottamisessa osastolle. (Kuvio 6.)

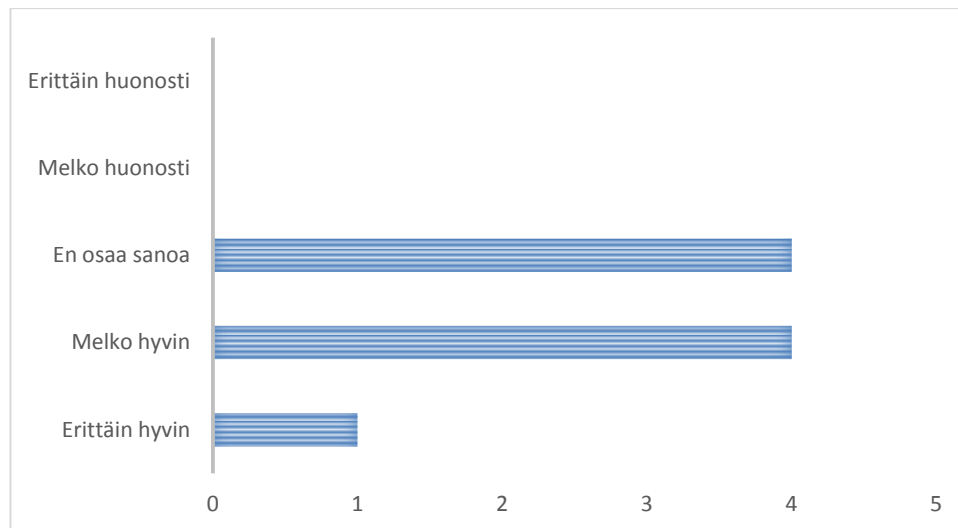


Kuvio 6. Omaisten mielipiteitä osaston kehittämiseksi (n=9)

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin omaisten mielipiteitä osaston toiminnan kehittämiseksi (n=7). Esiin nousi usealla vastaajalla ohjatun toiminnan lisääminen osastolla, kaivattiin lisää henkilökuntaa osastolle, toivottiin henkilökunnan kertovan omaishoitajille heidän omaa jaksamista tukevista paikoista ja lisää ulkoilua potilaiden kanssa. Yksi vastaaja kertoi osastolla olevan jo nyt hyvin ohjattua toimintaa, vaikka sitä saisi olla enemmänkin.

5.4 Arviointijakson antama tuki muistisairaalle

Omaisilta kysyttiin miten hyvin osastojakso tuki muistisairaalan omatoimisuutta ja selviytymistä arjessa. Yhden vastaajan mielestä erittäin hyvin, neljän mielestä melko hyvin ja neljä ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Yksikään vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa melko huonosti tai erittäin huonosti. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Osastojakson tuki omatoimisuuteen ja arjessa selviämiseen (n=9)

Avoimessa kysymyksessä ilmeni, että osastojakso paransi päivittäisissä toiminnoissa pärjäämistä, fyysinen kunto parani osastojaksolla, käytöshäiriöt vähenivät uuden lääkityksen myötä, yksi vastaajista osaa sanoa paremmin, kun on ollut potilaan kanssa kotona jonkin aikaa ja yhden mielestä todennäköisesti huononsi liian palvelun vuoksi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulokset saattavat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta taas eettisen kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Tällaista tutkimuksen ja etiikan yhteyttä kutsutaan tieteen etiikaksi. Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri. Tutkimusraportissa tämä konkretisoituu siinä millaisia lähteitä käyttää. Eettinen kestävyys on toinen tutkimuksen luotettavuuden puoli. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma on kohderyhmälle sopiva ja raportointi tehty hyvin. Hyvää tutkimusta ohjaa tutkijan eettinen sitoutuneisuus. Tutkijan etiikkaan kuuluu tutkittavien kunnioittaminen ja kysymysten muotoilu niin, että tukittava voi luottaa

anonymiteettinsa säilymiseen ja tutkimusmateriaalin luotettavaan käsittelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-126.)

Opinnäytetyön lähteinä pyrittiin käyttämään alle 10 vuotta vanhoja lähteitä sekä arvioimaan kriittisesti lähteitä ovatko ne työhön soveltuvia. Työssä käytettiin muutamia vanhempia lähteitä, mutta niiden tiedot eivät ole muuttuneet. Opinnäytetyössä käytettiin näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimusasetelma asetettiin kohderyhmälle sopivaksi ja kysymykset niin, että vastaajan anonymiteetti säilyy eikä vastaajaa voi tunnistaa vastauksien perusteella. Vastaajille kerrottiin saatekirjeessä (LIITE1) ettei tutkimusmateriaalia käsittele kuin tutkimuksen tekijä. Kyselylomakkeet (LIITE1) palautettiin hoitajien työpisteellä olleeseen suljettuun laatikkoon, jota ei ollut mahdollista avata sitä huomaamatta. Jokaiselle vastaajalle annettiin mahdollisuus jättää vastaamatta. Tutkimusmateriaalia säilytettiin opinnäytetyön valmistumiseen asti ja sen jälkeen se hävitettiin asianmukaisella tavalla.

Keskeinen osa tieteellistä tutkimusta on luotettavuuden arviointi, koska tutkimukselle on asetettu tiettyjä arvoja ja normeja, joihin tutkimuksen tulisi pyrkiä. Luotettavuuskysymyksissä keskeisiä käsitteitä ovat reliabiliteetti ja validiteetti arvioitaessa kvantitatiivisen tutkimuksen mittauksen luotettavuutta. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä halutaan mitata. Mittaria on osattava käyttää oikeaan kohteeseen ja oikealla tavalla, jotta saadaan luotettavaa tutkimustietoa. Validi mittari on tulos onnistuneesta operationalisoinnista. Tutkittavat ilmiöt voidaan operationalisoida hyvinkin erilaisiksi mittareiksi. Tässä voidaan myös epäonnistua, koska vastaaja ei esimerkiksi iästään johtuen ymmärrä tutkijan asettamia kysymyksiä. Mittarin validiteettia voidaan testata esitestauksella valitulla ryhmällä. (Kvantti-MOTV:in www-sivut 2015)

Reliabiliteetti kuuluu määrälliseen, kvantitatiiviseen tutkimukseen. Reliabiliteetilla viitataan perinteisesti käytettyyn tutkimusmenetelmään, jolla on kyky antaa tarkoitettuja tuloksia. Nykyään reliabiliteetti saattaa kaventua mittausvirheeksi, joka johtuu nykyään käyttämistämme tilasto-ohjelmista. Reliabiliteetin arvioinnin kannalta on tärkeää, että tutkimusaineisto on muokattu sellaiseen muotoon, että se on tutkimusta kommentoivien saatavilla ja tarkistettavissa. Tutkimusmenetelmä voi olla reliaabeli

vaikka tutkimus ei olisikaan validi eli pätevä. (Virtuaaliammattikorkeakoulun www-sivut 2015)

Kyselylomake (LIITE1) esiteltiin valitulla ryhmällä hoitotyön opiskelijoita ja sairaanhoitajia ennen kuin sitä käytettiin tutkimusaineiston keräämiseen. Kyselylomake oli myös asiantuntijatarkastuksessa. Kyselylomakkeen kieliasua tarkennettiin ja kysymyksiä muokattiin vastaamaan paremmin tutkimuskysymyksiin. Kaksi kysymystä poistettiin, koska kysymyksissä oli päällekkäisyyksiä. Kyselylomakkeita saatiin vastattuina niin vähän takaisin, että tutkimuksen validiteetti kärsi tästä. Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta tutkimus antaa kuitenkin suuntaa osaston toiminnan kehittämiseksi ja pääsääntöisesti kehitysehdotukset noudattivat samaa linjaa.

6.2 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä Porin perusturvakeskuksen muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta ja arviointijaksosta. Tavoitteena oli saada tietoa miten muistipotilaan arviointijakso vastasi omaisten odotuksia ja koota ehdotuksia osaston toiminnan kehittämiseksi.

Omaiset olivat tyytyväisiä muistipotilaan kuntouttavan osaston henkilökunnan toimintaan heidän ja heidän läheistensä kanssa. Omaiset kokivat saavansa tietoa läheisensä sairaudesta keskimäärin hyvin ja osastojakso vastasi omaisten odotuksiin hyvin. Omaisten kehitysehdotuksista nousi eniten esiin jatkohoidon järjestämistä koskevista asioista kertominen, osaston toiminnasta kertominen ja viriketoiminnan lisääminen osastolle. Yksi tärkeä kehitysehdotus tulevaisuutta ajatellen oli omaishoitajien ja muistisairaana arkeista tukevista paikoista kertominen kotiutuessa. Arviointijakso tuki muistipotilaan toimintakykyä melko hyvin, päivittäisissä toiminnoissa pärjääminen parani, uusi lääkitys vähensi käytöshäiriöitä ja jossakin tapauksessa huononsi liian palvelun vuoksi.

Työn tavoite saavutettiin melko hyvin, vaikka vastaajien määrä oli pieni. Tavoitteena oli saada enemmän vastauksia, mutta koska muistipotilaan kuntouttavan osaston potilaiden hoitajakset saattavat olla pitkiäkin, niin vastaajien joukko, joille kysely oli

kohdennettu, oli pieni. Kyselystä saatiin tietoa miten osaston toimintaa voitaisiin kehittää omaisten näkökulmasta ja tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuudessa osaston kehittämistyössä. Tavoitteena oli myös koota omaisten mielipiteitä osaston toiminnasta ja pääsääntöisesti palaute oli hyvää. Kyselylomakkeet oli täytetty asianmukaisesti ja niistä saatiin tutkimuksessa tarvittava tieto.

Leskisen ja Sulkavan (2013, 24-26) tekemässä haastattelututkimuksessa nousi samankaltaisia asioita esille. Omaisille suunnatussa haastattelussa kaivattiin lisää viriketoimintaa potilaille ja lisää henkilökuntaa, jotta potilailla olisi myös keskusteluseuraa osastolla. Omaishoitajien jaksamisen tukeminen intervallijaksoilla nousi tässä tutkimuksessa useasti esiin, omaishoitajat kokivat intervallijaksot hyvänä, koska saivat niiden aikana levätä. Mielenkiintoisena kehitysehdotuksena tutkimuksessa oli noussut esiin lemmikin hankkiminen osastolle, koska eläimen läsnäolo saattaisi rauhoittaa muistisairasta.

Tutkimusajan päätyttyä haettiin palautuslaatikko osastolta pois ja tutkimusaineiston analysointi alkoi. Aineiston vähyys vähensi tutkimuksen luotettavuutta ja vastaajien määrä olisi saanut olla isompi, jotta mielipiteitä osaston kehittämiseksi olisi saatu enemmän. Analysoinnin jälkeen kirjoitettiin opinnäytetyön teoriaosuus, jonka rajaaminen oli haasteellista, koska tietoa oli saatavilla paljon. Lähteiden kriittinen tarkastelu kehittyi kirjoittamisen myötä. Teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen työ lähetettiin opinnäytetyöohjaajalle tarkistettavaksi ja haettiin vinkkejä tutkimustulosten kirjoittamiseen. Tapaamisen jälkeen tarkennettiin teoriaosuutta, tutkimustulokset kirjoitettiin, luotiin niistä graafiset kuviot ja tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin.

Haasteena työssä oli vastaajien pieni määrä, koska työn luotettavuus kärsi siitä ja graafisten esitysten luominen oli haastavaa, koska vastaajista ei pystynyt laskemaan prosentteja. Pienestä vastaajamäärästä huolimatta työ antoi kuitenkin hyviä kehitysehdotuksia osastolle ja suuntaa sen kehittämiseksi. Isommalla vastaajajoukolla tutkimuksesta olisi kuitenkin saanut luotettavamman ja kehittämissuhteita olisi saatu mahdollisesti enemmän. Aiempiin samankaltaisiin tutkimuksiin vertailtaessa, huomasi että omaisille suunnatuissa kyselyissä vastausprosentti on melko pieni. Haastattelututkimuksiin osallistuminen taas on parempaa. Samankaltaisissa tutkimuksissa

kehitysideat osastoille noudattivat samaa linjaa; lisää viriketoimintaa. Työtä tehdessä ja tutkimusaineistoa analysoitaessa heräsi kysymys onko viriketoiminta vastaajalle vain helppo vastausvaihtoehto vai tarkoittavatko vastaajat sitä oikeasti? Olisi tärkeää selvittää, millaista viriketoimintaa omaiset toivoisivat muistisairaalle läheiselleen?

Työ antoi tekijälle paljon uutta tietoa muistisairauksista ja niihin johtavista syistä. Se tuki ammatillista kasvua ja auttoi ymmärtämään muistisairautta sairastavaa omaisen näkökulmasta. Läheisen sairastuminen on omaiselle vaativa prosessi jossa hän tarvitsee tukea hoitoalan ammattilaiselta. Kyselylomakkeen kysymyksissä piti ottaa huomioon vastaajan näkökulma, koska vastaaja kuitenkin tuottaa tutkimusaineiston ja jos kysymykset eivät ole ymmärrettäviä vastaajalle, niin tutkimusaineisto ei ole luotettavaa. Kyselylomakkeessa ei voinut käyttää ammattisanastoa. Sisällönanalyysi oli aiemmin melko vieras käsite, mutta opinnäytetyön tulosten analysoinnissa se tuli tutuksi.

Työtä tehdessä jatkotutkimushaasteiksi nousi viriketoiminnan kehittäminen viriketoimintaan osallistuvien ja heidän omaistensa näkökulmasta. Viriketoiminta kaipaisi uudistusta, koska uskoisin, että viriketoimintaan osallistujat kaipaisivat erilaisia aktiviteetteja ja nykyään ne noudattavat melko samaa kaavaa. Jatkossa voisi kehittää viriketoimintakansion, josta olisi helppo poimia erilaisia viriketuokioita.

Toinen jatkotutkimushaaste on omaishoitajien ja muistisairaana arjen tukemisen tutkiminen. Omaishoitajat ovat usein uupuneita työtaakkansa alla eikä heillä ole välttämättä tietoa paikoista, joista voisi saada apua. Omaishoitajille voisi kehittää oppaan, johon olisi koottu tietoa erilaisista arkea tukevista paikoista. Omaishoitajien vertaistuen tarvetta voisi myös tutkia ja kartoittaa.

Turun seudulla alkava omaishoitajien tukemiseksi aloitettava mentoroinnin pilotointiohjelma tarjoaa myös tulevaisuudessa uuden tutkimushaasteen. Siinä eläköityvät sairaanhoitajat ovat omaishoitajien tukena. Ensin omaishoitaja ja sairaanhoitaja tapaavat ja sen jälkeen heillä on vapaat kädet sopia tapaamistensa lukumäärät. Tavoitteena on auttaa omaishoitajia jaksamaan ja saada eläköityvien sairaanhoitajien ammattitaitoa hyödynnettyä. Tulevaisuudessa voisi teettää kyselytutkimuksen molem-

mille osapuolille tyytyväisyydestä tähän kokeiluun ja kokivatko molemmat saavansa siitä hyötyä.

LÄHTEET

- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. 2.p. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Atula, S. 2012. Lewyn kappale –tauti. Viitattu 18.4.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105
- Ceradin www-sivut. 2015. Viitattu 1.5.2015. <http://www.cerad.fi/fi/taustaa>
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. 3.uud.p. Porvoo: Bookwell Oy.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: Bookwell Oy.
- Forssan kaupungin www-sivut. 2013. Viitattu 2.12.2014. www.forssa.fi
- Hakala, M-L. & Pajunen-Aulis, M. 2009. Omaisen kokemuksia yhteistyöstä hoito-henkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä psykiatrisella sairaalajaksolla. AMK-opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.12.2014.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5462/Opinnaytetyo.pdf?sequence=1>
- Helin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 3.12.2014.
<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjatonasiakas.fi/files/Lyhytaikaisen%20laitoshoidon%20reaalimalli%20%28Sirpa%20Salin%2C%20v%C3%A4it%C3%B6skirja%29.pdf>
- Härmä, H. & Juva, K. 2013. Alzheimerin tauti – Tietoa ja tukea sairastuneille sekä heidän läheisilleen. Muistiliitto, RAY: Punamusta.
- Härmä, H. & Juva, K. 2013. Lewyn kappale –tauti – Tietoa ja tukea sairastuneille sekä heidän läheisilleen. Muistiliitto, RAY: Punamusta.
- Janhunen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Joanna Briggs Institute 2010a. Täydennysravintojuomat ympärivuorokautisessa hoidossa oleville muistisairaille ihmisille, Best Practise. 14(3). Käännös Suomen JBI-yhteistyökeskus: Sirpa-Liisa Hovi. Viitattu 19.4.2015. Saatavilla:
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennako_2010-3_0.pdf

Joanna Briggs Institute 2010b. Omaishoitajien auttaminen dementiaa sairastavien tukemisessa. Best Practise. 14(9). Käännös Suomen JBI-yhteistyökeskus: Lindfors Kirsi, Korhonen Anne. Viitattu 19.12.2014. Saatavilla:
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-9_0.pdf

Joanna Briggs Institute 2014. Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa, Best Practise. 18(2). Käännös Suomen JBI-yhteistyökeskus: Jylhä, Virpi, Siltanen, Hannele, Okkonen, Eila & Pohjanvuori, Anita. Viitattu 19.4.2015. Saatavilla:
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2014_02_1.pdf

Joutjärvi, M. 2014. Jäykkyyttä, harhoja ja painajaisia. Tehy 6. Viitattu 18.4.2015.
<http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2014/tehy-lehti-6-2014/jaykkyytta-harhoja-ja-painajaisi/>

Juva, K. 2013. Alzheimerin tauti. Teoksessa Lääkärinkirja Duodecim. Viitattu 1.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaana tukeminen – ohjeita läheisille. Lääkärinkirja Duodecim. Viitattu 1.12.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899

Kamberg, M. & Kivelä, S-C. 2013. Kuusama-Kodin asukkaiden omaisten näkemyksiä hoidon laadusta. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2015 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61007/KUUSAMA-KODIN%20ASUKKAIDENOMAISTEN%20NAKEMYKSIA%20HOIDON%20LAADUSTA.pdf?sequence=1>

Katzman, R. & Bick, T. 2000. Alzheimer Disease, The Changing View. California: Academic Press.

Kauhanen, A. & Vatanen, J. 2011. Opas muistisairaana omaiselle. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2015.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36952/OPPARI_VALMIS_1.11Kokonaan.pdf?sequence=1

Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Pro gradu– tutkielma. Oulun yliopisto.

Koivula, R. 2013. Muistisairaana ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla: Tutkimus toimijuudesta. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

KvantiMOTV:in www-sivut. 2015. Viitattu 3.5.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti>

Käypähoidon www-sivut. 2010a. Viitattu 17.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01593>

Käypähoidon www-sivut. 2010b. Viitattu 18.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01596>

Käypähoidon www-sivut. 2014. Viitattu 18.12.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Liukko, S. Opinnäytetyön raportointiohje. 2013. Viitattu 12.12.2014.

<http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/laadullinen-tutkimus/>

Metodixin www-sivut. Viitattu 13.12.2014.

http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/77_aineiston_kvalitatiivinen_analyysi

Muistipotilaan kuntouttavan osaston esittelyteksti osastolla

Muistisairauksien Käypähoito –työryhmä. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia). 2010. Duodecim- Terveyskirjasto 27.5.2010. Viitattu 17.4.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01594

Noutia, J. & Pirinen, M. 2013 Musiikki ja liikkuminen muistipotilaan hoitotyössä.

AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.12.2014.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56311/Noutia_Jasmine%20Pirinen_Maarit.pdf?sequence=1

Raahan www-sivut. 2014. Viitattu 18.12.2014.

http://www.ras.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/ras/embeds/raswwwstructure/14533_Asiakastiedote_2013_08.pdf

Remes, A. 2010. Frontotemporaalinen degeneraatio – diagnostinen ja hoidollinen haaste. Duodecim-lehti, 18. Viitattu 17.4.2015. <http://www.duodecimlehti.fi/>

Röberg, S. 2012. Tiedonkulku, vuorovaikutus ja yhteistyö ikääntyneen muistipotilaan hoidon ja palvelujen järjestämisessä – muistipotilaan ja omaisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja päättäjän näkökulmat. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Hyvä tutkimuskäytäntö. Viitattu

3.12.2014. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Sulkava, R., Eloniemi, U., Erkinjuntti, T. & Hervonen, A. 1993. Dementia, Opas omaisille ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. 7., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Tanskanen, M. 2003. Johdattelua tutkimusmentelmiin. Viitattu 13.12.2014.

https://www.uef.fi/documents/1160268/1160329/Johdattelua_tutkimusmentelmiin.pdf/922fa05b-b3a7-4e2f-8716-b99f763cc256

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2014a. Muistisairaudet. Viitattu

19.4.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2014b. Muistisairauksien kustannukset. Viitattu 19.4.2015

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>

Tuukkanen, E. 2013. Kuntouttava työote hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. AMK-opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.4.2015.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59831/tuukkanen_eija.pdf?sequence=1

Wimo, A. & Prince, M. 2010. Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2010, Global Economic Impact of Dementia. Viitattu 19.4.2015

<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010ExecutiveSummary.pdf>

Viramo, P., Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2014. Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä. Viitattu 2.5.2014. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE.pdf>

Virtuaaliammattikorkeakoulun www-sivut. 2015. Viitattu 3.5.2015.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa.

Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu

3.12.2014. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/Kokemuksia%20pson%20vuorohoidosta_pro%20gradu.pdf)

[asiakas.fi/files/Kokemuksia%20pson%20vuorohoidosta_pro%20gradu.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/Kokemuksia%20pson%20vuorohoidosta_pro%20gradu.pdf)

Hyvä omainen!

Olen hoitotyön opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötäni omaisten kokemuksista muistipotilaan kuntouttavalla osastolta. Kyselyn tarkoituksena on selvittää teidän kokemuksianne muistipotilaan kuntouttavan osaston toiminnasta. Vastauksia käsitellen luottamuksellisesti ja vastaaminen on vapaaehtoista sekä nimetöntä. Vastaamisenne kyselyyn olisi opinnäytetyöni kannalta arvokasta. Tuloksia voidaan hyödyntää osaston toiminnan kehittämisessä. Kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla.

Jos teille tulee kysyttävää kyselyyn liittyen, niin voitte ottaa yhteyttä sähköpostilla osoitteeseen janita.laine@student.samk.fi tai jättää yhteydenottopyynnön osastolle ja yhteystietonne.

Ystävällisin terveisin ja vastauksistanne kiittäen

Janita Laine

Sairaanhoidajaopiskelija

KYSELYLOMAKE

Ympyröikää mielipidettänne lähinnä oleva vastausvaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin voitte vastata niille varattuun tilaan, jos tila ei riitä niin voitte jatkaa vastausta kyselylomakkeen kääntöpuolelle.

1. Mikä on suhteenne potilaaseen?

- 1) Puoliso
- 2) Lapsi
- 3) Lapsenlapsi
- 4) Veli tai sisko
- 5) Muu sukulainen
- 6) Ystävä

2. Mikä oli omaisenne syy tulla hoitajaksolle?

- 1) Lääkityksen tarkistus
- 2) Lisääntyneet käytöshäiriöt
- 3) Kotona pärjäämättömyys
- 4) Omaishoitajan uupuminen kotona hoitamiseen
- 5) Arviointijakso
- 6) Jokin muu syy, mikä? _____

3. Kuinka pitkään omaisenne oli hoitajaksolla osastolla?

- 1) 0-2 viikkoa
- 2) 3- 4 viikkoa
- 3) 5-11 viikkoa
- 4) Kauemmin kuin kolme kuukautta

4. Mitä odotitte hoitojaksolta?

- 1) Lääkityksen parantamista, jotta kotona pärjääminen helpottuisi
- 2) Käytöshäiriöiden vähentymistä
- 3) Fyysisen kunnon kuntouttamista ja parantumista
- 4) Muistisairauden tutkimista
- 5) Jotain muuta, mitä? _____

5. Kuinka hyvin koitte osaston henkilökunnan ottavan mielipiteenne läheisenne hoidossa huomioon?

- 1) Erittäin hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) En osaa sanoa
- 4) Melko huonosti
- 5) Erittäin huonosti

6. Kuinka hyvin koitte saavanne tietoa omaisenne sairaudesta?

- 1) Erittäin hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) En osaa sanoa
- 4) Melko huonosti
- 5) Erittäin huonosti

7. Miten hyvin osastojakso vastasi odotuksianne?

- 1) Erittäin hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) En osaa sanoa
- 4) Melko huonosti
- 5) Erittäin huonosti

8. Kuinka hyvin osastojakso tuki omaisenne omatoimisuutta ja selviytymistä arjessa?

- 1) Erittäin hyvin
- 2) Melko hyvin
- 3) En osaa sanoa
- 4) Melko huonosti
- 5) Erittäin huonosti

9. Millaisen arvosanan antaisitte omaisenne hoidosta osastolla?

- 1) Erinomainen
- 2) Hyvä
- 3) Kohtalainen
- 4) Tyydyttävä
- 5) Huono

10. Miten osaston toimintaa voisi mielestänne kehittää? (Tässä voitte ympyröidä kolme vaihtoehtoa)

- 1) Henkilökunnan kommunikointi potilaiden omaisten kanssa
- 2) Omaisten tiedottaminen potilaan hoitoa koskevista asioista
- 3) Osaston toiminnasta kertominen
- 4) Jatkohoidon järjestämistä koskevat asiat ja niistä kertominen
- 5) Omaishoitajien ja muistisairaana arkea tukevista paikoista kertominen kotiutuessa
- 6) Potilaan vastaanottaminen osastolle

