



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Muistisairas käytösoireen takana

Kovapohja, Sanni

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Muistisairas käytösoireen takana (Kuuden hoitajan kokemuksia
muistipotilaan käytösoireista ja niiden kohtaamisesta hoivakodissa)

Kovapohja, Sanni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2016

Sanni Kovapohja

Muistisairas käytösoireen takana

Vuosi 2016 Sivumäärä 41

Tämä opinnäytetyö on tehty kuvaamaan muistisairauksien yhteydessä esiintyviä yleisimpiä käytösoireita, niiden ilmenemistä ja hoitoa. Tutkimus toteutettiin Hoivakoti Iltarauhassa, joka tarjoaa hoivapalveluita ikäihmisille ja muuten ympärivuorokautista hoitoa vaativille asiakkaille. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuuden hoitajan kokemuksia muistisairaalan potilaan käytösoireiden kohtaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli myös kartoittaa hoitajien näkemyksiä siitä, mitkä tekijät lisäävät muistisairaalan potilaan käytösoireita ja mitkä vastaavasti taas vähentävät niitä. Yhtenä tutkimusongelmana oli myös, miten muistisairaalan käytösoireet vaikuttavat toisiin ei-muistisairaisiin asukkaisiin hoivakotiympäristössä, jossa hoidetaan molempia ryhmiä.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön teoriatieto on peräisin useista eri muistisairauksia ja käytösoireita käsittelevistä teoksista. Teoriaosuudessa käsitellään Alzheimerin tautia, vaskulaarista dementiaa, Lewyn-kappale tautia sekä otsalohkorappeuman aiheuttamaa dementiaa. Toinen kantava teema teoriaosuudessa on tavallisimmat käytösoireet. Kappaleissa käsitellään masennusta ja apatiaa, levottomuutta ja aggressiivisuutta, persoonallisuuden muutoksia ja psykoottisia oireita sekä unihäiriöitä. Työn teoriaosuudessa käsitellään myös käytösoireiden hoitoa eri näkökulmista ja aikaisempia tutkimustuloksia aiheesta.

Aineisto on kerätty kyselylomakkeella. Lomake on liitteenä opinnäytetyön raportissa. Tutkimustuloksista tehtiin sisällönanalyysi, jonka avulla aineisto voitiin analysoida. Tutkimuksessa selvisi, että käytösoireet ilmenevät usein silloin, kun muistisairaalla potilaalla on jokin hätänä tai hänen perustarpeensa eivät ole tulleet tyydyttyiksi. Vastaajilla oli kokemus, että käytösoireita voidaan lievittää hyvin yksinkertaisilla ja tavallisilla asioilla, mutta toisaalta käytösoireiden arviointi on monimutkaista ja kokonaisvaltaista työtä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä ottamalla esimerkiksi tuloksista ja käyttämällä niitä toimintatapoja, jotka huomattiin käytösoireita vähentäviksi. Tutkimuksella voidaan myös herättää hoitohenkilökunnan ajatuksia ymmärtämään ei-muistisairaiden asukkaiden näkökulmaa käytösoireisiin.

Asiasanat: Käytösoireet, dementia, vanhustyö, muistisairas, Alzheimerin tauti

Sanni Kovapohja

Behavioral symptoms associated with diseases of the memory

Year	2016	Pages	41
------	------	-------	----

This thesis describes the most common types of behavioural symptoms associated with diseases of the memory and also the occurrence and treatment of them. The study was carried out in Hoivakoti Iltarauha, which provides care services for the elderly and others requiring 24-hour care. The aim of this study was to investigate the experiences of six nurses when facing the behavioural symptoms of a dementia patient. The aim of this study was to also map out the nurses' views on what factors increase the dementia sufferers behavioural symptoms and what factors reduce them. One of the research questions also was how the dementia patient's behavioural symptoms affect other non-demented residents in a care home, which cares for both groups.

This thesis was carried out as a qualitative study. The theory of the thesis comes from a variety of publications on diseases of the memory and their behavioural symptoms. The theoretical part deals with Alzheimer's disease, vascular dementia, dementia with Lewy bodies, as well as frontotemporal dementia. A key theme of the theoretical part is the most common behavioural symptoms, such as depression and apathy, anxiety and aggression, personality changes and psychotic symptoms, as well as sleep disorders. The theoretical part of the thesis also looks at the treatment of the behavioural symptoms from different perspectives and includes some results of previous research on the subject.

The data was collected from a questionnaire and the form is attached to the thesis report. The content and results of the data enabled analysis. The study found that the behavioural symptoms often occur when the patient is distressed or their basic needs have not been met. The respondents felt that behavioural symptoms can be relieved by very simple and ordinary things, but on the other hand, assessing symptoms is complicated and comprehensive work. The results of the thesis can be utilised in the workplace by using the practice that was discovered to have reduced the behavioural symptoms. This research can also be used to increase the ability of the care staff to understand how non-dementia patients may view the dementia patient's behavioural symptoms.

Keywords: Behavioral symptoms, dementia, work with the elderly, Alzheimer's disease

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Väestön ikärakenteen kehitys ja muistisairaudet yhteiskunnassa.....	6
2.1	Alzheimerin tauti.....	7
2.2	Vaskulaarinen dementia.....	7
2.3	Lewyn kappale- tauti.....	7
2.4	Otsa-ohimolohko rappeumat.....	8
3	Muistipotilaan yleisimmät käytösoireet.....	8
3.1	Masennus ja apatia.....	9
3.2	Levottomuus ja aggressiivisuus.....	9
3.3	Persoonallisuuden muutos ja psykoottiset oireet.....	10
3.4	Muutokset seksuaalisessa käyttäytymisessä ja uni-valverytmin häiriöt.....	10
4	Käytösoireen syitä.....	11
4.1	Somaattisten syiden huomioiminen käytösoireen aiheuttajana.....	11
4.2	Agnosia käytösoireen takana.....	12
5	Käytösoireiden hoito.....	12
5.1	Lääkehoito.....	13
5.2	Lääkkeetön hoito.....	14
6	Tutkimuksen tarkoitus ja aikaisempia tutkimustuloksia.....	16
7	Tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimusmenetelmät.....	16
7.1	Aineiston keruu.....	17
7.2	Aineiston analyysi.....	18
8	Tutkimustulokset.....	19
8.1	Auttamismenetelmät käytösoireen kohtaamiseen.....	21
8.2	Käytösoireita lisäävät tekijät.....	25
8.3	Käytösoireita vähentävät tekijät.....	28
8.4	Käytösoireiden vaikutus ei-muistisairaisiin asukkaisiin hoivakotiympäristössä.....	30
9	Pohdinta.....	32
9.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	32
9.2	Johtopäätöksiä ja aiheita jatkotutkimukselle.....	33
	Painetut lähteet:.....	35
	Sähköiset lähteet:.....	36
	Liitteet.....	38

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuoda esiin hoitajien ajatuksia muistisairaana käytösoireista. Pääaiheena työssä on muistisairauden aiheuttamat käytösoireet sekä niiden hoito, mutta pohjustuksena niille käydään työssä läpi myös yleisimmät muistisairaudet. Tässä työssä käytösoireilla tarkoitetaan muistipotilaan psyykkisiä oireita, jotka ovat potilaalle haitallisia (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 90).

Käytösoireet voivat ilmetä poikkeavana käytöksenä, joka häiritsee muistisairaana normaalia elämää. Hoivakotiympäristössä ne rasittavat muistisairaana ja heidän omaistensa lisäksi myös hoitohenkilökuntaa. Käytösoireiden oikeanlainen kohtaaminen vaatii hoitajalta vankkaa käsitystä siitä, mistä käytösoireet johtuvat. On tärkeää, että hoitaja hallitsee käytösoireiden hoidon kokonaisuuden, joka muodostuu sekä lääkehoidosta että lääkkeettömästä hoidosta (Hartikainen & Lönnroos 2008, 126). Kokonaisuuden hallinta vaatii hoitajalta perehtymistä itse potilaaseen, potilaan muistisairauteen, käytösoireiden ilmenemiseen sekä niiden hoitoon.

Ikääntyneen hoitotyössä, niin kuin jokaisessa hoitotyössä on tärkeää, että ihmisen fyysisten tekijöiden lisäksi otetaan huomioon hänen psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Tutkimukset, joissa lähtökohtana ovat olleet ikääntyneen omat kokemukset hyvästä hoidosta ja elämänlaadusta hoivakotiympäristössä, ovat osoittaneet, että hoitohenkilökunta painottaa vanhuksen hyvän elämänlaadun painopisteinä mahdollisimman hyvää fyysistä kuntoa, kun taas ikääntyneet itse kokevat psyko-sosiaalisilla tekijöillä olevan enemmän merkitystä elämänlaatuun. Tutkimusten mukaan, hoitohenkilökunnan kiire vaikuttaa vanhusten kokemukseen hyvästä hoitotyöstä, mutta toisaalta hoitohenkilökunnan lisäämisellä ei ole ollut vaikutusta hoitotyön laatuun vanhusten näkökulmasta, sillä hoitotyössä on edelleen keskitytty vanhuksen fyysiseen olemukseen, eikä niinkään psyko-sosiaaliin tekijöihin. (Parviainen 1998, 30-31.)

2 Väestön ikärakenteen kehitys ja muistisairaudet yhteiskunnassa

Suomalainen ikärakenne on jo vuosia ollut muutoksessa. Väestön ikääntyessä ja syntyvyyden vähentyessä, kasvaa luonnollisesti ikääntyneiden määrä Suomessa. Vuoden 2013 lopussa suomalaisista 19,4 % oli yli 65 vuotiaita. Kun ne sairaudet, joihin suomalainen väestö ennen kuoli, voidaankin hoitaa tai parantaa, elää väestö yhä vanhemmaksi. Näin ollen myös muistisairaudet ehtivät edetä ja niiden esiintyvyys väestössä kasvaa yhä enemmän. (Erkinjuntti ym. 2015, 35.) Seuraavissa alaluvuissa käydään läpi yleisimpiä muistisairauksia yhteiskunnassa ja niiden pääpiirteitä. Muistisairauksien aiheuttamien käytösoireiden hoitoon perehdytään tarkemmin kappaleessa 5.

2.1 Alzheimerin tauti

Kaikista eurooppalaisista muistisairauteen sairastuneista noin 60% sairastuu Alzheimerin tautiin (Erkinjuntti ym. 2015). Alzheimerin taudin oireilu alkaa usein lähimuistin huonontumisella. Tautiin sairastuneella on vaikeuksia oppia ja painaa mieleen uusia asioita. Tyypillistä on, että hitaasti alkavat oireet lisääntyvät tasaisesti. Tästä huolimatta jokaisen sairaus etenee yksilöllisellä tavalla. Toisaalta oirekuva voi pysyä pitkään hallinnassa, mutta toisaalta se voi edetä hyvinkin nopeasti. Alzheimerin tautia sairastavalla potilaalla voi ilmetä käytösoireita, joiden hoidossa on läikehoidosta todettu olevan jonkin verran hyötyä. Alzheimerin taudin kesto ensimmäisistä oireista kuolemaan voi vaihdella kahdesta vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen, mutta keskimäärin se kestää kaksitoista vuotta. Alzheimer-potilaan yleisin välitön kuolinsyy on aspiraatiopneumonia. (Remes 2013.)

2.2 Vaskulaarinen dementia

Verisuoniperäinen dementia eli vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin muistisairaus Suomessa. Vaskulaarisen dementian syitä voivat olla useat eri aivoverenkiertosairaudet, kuten aivoinfarktit ja aivoverenvuodot, oireettomat infarktit sekä aivojen syvien osien hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Vaskulaarisessa dementiassa ensioireena on usein toiminnanohjauksen heikentyminen. Nämä oireet alkavat usein ennen muistin heikentymistä. Potilaalla voi olla myös ongelmia kävelyssä, halvauslöydöksiä tai puheentuoton häiriöitä riippuen siitä, mikä aivoalue on vaurioitunut. Oirekuvalle on tyypillistä, että se etenee askel kerrallaan ja voi pahentua jopa päivissä tai viikoissa. Toisaalta taas voi olla päiviä, että vaskulaarista dementiaa sairastavan potilaan toimintakyky on parempi kuin aikaisemmin. Keskeistä vaskulaarisen dementian hoidossa on uusien aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisy ja riskitekijöiden hoito. Lääkehoitoa vaskulaariseen dementiaan ei ole olemassa. Potilasta voidaan kuntouttaa yksilöllisten tarpeiden mukaan ja kannustamalla häntä terveellisiin elämäntapoihin. (Atula 2015.)

2.3 Lewyn kappale- tauti

Kolmanneksi yleisin dementian syy Suomessa on lewyn kappale-tauti. Noin 15 % kaikista dementia tapauksista johtuu kyseisestä sairaudesta. Tarkkaa syytä Lewyn kappale-tautiin ei tiedetä, mutta on todettu, että sairastuneella on tapahtunut muutoksia hermosoluissa, joiden

välittäjäaineina ovat dopamiini ja asetyylikoliini. Lewyn kappale-taudille tyypillisiä oireita ovat muistihäiriö ja kognitiivisten kykyjen sekä tarkkaavuuden vireyden vaihtelut. Potilaalla voi esiintyä myös liikkumisvaikeuksia kuten jäykkyyttä, hitautta tai karkeaa lepovapinaa. Lewyn kappale-tautia sairastavat potilaat saavat myös usein näköharhoja, jotka voivat olla hyvinkin yksityiskohtaisia. Lewyn kappale-taudissa hoito perustuu lääkehoitoon ja lääkkeettömään hoitoon. Lääkkeettömän hoidon kulmakivenä on potilaan fyysisestä toimintakyvystä huolehtiminen. Fyysinen kunto säilyy parhaiten, kun potilaan aktiivista elämää tuetaan ja hänelle mahdollistetaan riittävästi virikettä toimintakykyä ylläpitämään. (Sulkava 2016.)

2.4 Otsa-ohimolohko rappeumat

Otsa-ohimolohko rappeumien yleisin alatyyppejä on otsalohkodementia, jonka esiintyvyys on 5 % kaikista muistisairauksista yhteiskunnassa (Erkinjuntti & Remes 2013). Otsalohkodementiaan sairastutaan yleensä 45- 65 vuoden iässä. Sairauden kesto voi vaihdella potilaskohtaisesti, mutta keskimääräinen sairausaika on 8 vuotta. Otsalohkodementiaa sairastavalle potilaalle on ominaista persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Potilaalla voi ilmetä estottomuutta ja huolettomuutta, joka voi ilmetä esimerkiksi sopimattomina ehdotuksina toiselle henkilölle. Myös seksuaalisuuden korostuminen on yleinen oire. Potilas voi olla myös hyvin tahditon ja arvostelukyvytön. Otsalohkodementiassa ilmenee myös apaattisuutta ja aloitekyvyttömyyttä, mutta toisaalta potilas reagoi ärsykkeisiin helposti. Potilas saattaa esimerkiksi pakonomaisesti tyhjentää pöydältä lasin, vaikka se olisi jonkun toisen. (Erkinjuntti ym. 2015, 173-174.)

Muita otsa-ohimolohkorappeuman alatyyppejä ovat etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia, joihin tyypillisesti sairastutaan myös suhteellisen nuorena. Ne alkavat usein salakavalasti ja etenevät hitaasti. Molemmille tyypeille on tavallista puhumiseen liittyvät ongelmat. Sujumatonta afasiaa sairastavalla esiintyy usein puheentuoton vaikeuksia ja hän saattaa puhua lyhyin lausein, koska kielen ymmärtäminen on muuttunut haastavaksi. Toisaalta taas semanttista dementiaa sairastava henkilö saattaa puhua paljonkin, mutta henkilön on vaikea löytää oikeita sanoja ja niin hän saattaa puhua pitkiäkin lauseita, joilla ei ole minkäänlaista merkitystä. (Erkinjuntti & Remes 2013.)

3 Muistipotilaan yleisimmät käytösoireet

Muistisairaana käytösoireilla tarkoitetaan psykologisia oireita, jotka ovat potilaalle haitallisia. Noin 90 % muistipotilaista kärsii jossain vaiheessa sairauttaan käytösoireista. Yleisimpiä käy-

tösoireita dementiaa sairastavalla potilaalla ovat persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt sekä apatia ja masennus. Tavallisia oireita ovat myös levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet kuten kuulo ja näkö harhat, syömishäiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. (Erkinjuntti ym. 2015, 90 -91.) Käytösoireet ovat yksi dementoituneen potilaan hoitotyön haasteista. Käytösoireiden syyt ovat moninaiset, ja niiden syntyyn voivat vaikuttaa useat eri tekijät. Käytösoireen perimmäinen syy on dementoiva sairaus, joka aiheuttaa aivoissa neurokemiallisia ja -patologisia muutoksia. Ikääntyneen aiemmilla psyykkisillä häiriöillä ja persoonallisuushäiriöillä voi myös olla vaikutusta käytösoireiden syntyyn. (Tiikkainen & Voutilainen 2010, 239.)

3.1 Masennus ja apatia

Muistisairaista noin 25 % kärsii lievästä ja noin 5-15 % vaikeasta masennuksesta (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet, 2010). Muistisairaalla masennus voi johtua sekä oman tilan tiedostamisesta että tunnetiloja säätelevien keskushermoston välittäjäainejärjestelmien rappeutumisesta. Muistisairaahan henkilön voi olla vaikea ilmaista masennustaan, ja se voikin ilmetä vain levottomana käyttäytymisenä, pelokkuutena ja passiivisuutena. Masennus ja apatia ovat käsitteitä, jotka sekoitetaan helposti toisiinsa. Apatialla tarkoitetaan tunneelämän latistumista, jolloin henkilö ei koe iloa tai suruja enää yhtä voimakkaasti kuin aikaisemmin. Apatia on hyvin tavallinen käytösoire ja se koetaan usein omaisten puolesta rasittavammaksi kuin esimerkiksi jatkuva yliaktiivisuus. Apaattinen henkilö on aloitekyvytön ja välinpitämätön, eikä hänellä ole enää mielenkiintoa esimerkiksi aikaisempiin harrastuksiin. (Alhainen ym. 2006, 128-129.)

3.2 Levottomuus ja aggressiivisuus

Levottomuus ja aggressiivisuus ovat yleensä muistisairauden myöhäisiä oireita, joita ilmenee noin 50-60 % muistisairaista (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet, 2010). Ne ovat usein yhteydessä heikentyneeseen älylliseen tasoon ja huonontuneeseen kykyyn selvittää päivittäisistä toiminnoista. Yleistä levottomuus ja aggressiivisuus ovat miespuolisilla henkilöillä, joilla dementoituminen on alkanut varhaisessa vaiheessa. Aggressiivisuus voi olla sekä sanallista että fyysistä. Levottomuus taas ilmenee usein vaelteluna, jatkuvana puhumisena ja saman asian kyselemisenä, tavaroiden keräämisenä ja piilotteluna sekä hypistelemisenä. Levottomuuden ja aggressiivisuuden hoitoon voidaan vaikuttaa lääkehoidolla. (Alhainen ym. 129.)

3.3 Persoonallisuuden muutos ja psykoottiset oireet

Muistisairauden yhteydessä voi muistisairaalla ilmetä persoonallisuuden muutoksia, jotka aiheuttavat poikkeavaa käytöstä. Muistisairaana aikaisemmat luonteenpiirteet voivat korostua muistisairauden edetessä. Toisaalta voi olla niinkin, että aikaisemmat piirteet katoavat ja tilalle tulee aivan uusia ja erilaisia luonteenpiirteitä. On tärkeää muistaa, että erityisesti läheisille muistisairaana persoonallisuuden muutos voi olla hyvin raskasta. Aikaisemmin kiltti ja hyväntahtoinen ihminen voikin muistisairauden myötä muuttua ilkeäksi, äkkipikaiseksi ja tahditomaksi ihmiseksi. Erityisesti otsalohkorapheetumista johtuvissa muistisairauksissa persoonallisuuden muutos on selkeä ja varhainen oire. (Alhainen ym. 2006, 130.)

Muistisairauteen voi liittyä myös psykoottista oireilua. Noin 25 -50 % muistisairaista ilmenee harha-ajatuksia ja aistiharhoja (Käypähoito, Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset), 2010). Toisin kuin skitsofreniassa, muistisairauden aiheuttamat psykoottiset oireet ovat hyvin tavallisia ja arkisiin asioihin liittyviä. Potilas voi esimerkiksi epäillä puolison pettäneen häntä tai että hänen tavaroitaan varastetaan. Muistisairaalla voi esiintyä myös hallusinaatioita eli aistiharhoja minkä tahansa aistin alueella. Etenkin näköharhat ovat yleisiä henkilöillä, joilla on heikentynyt näköaisti. (Alhainen ym. 2006, 130 -131.)

3.4 Muutokset seksuaalisessa käyttäytymisessä ja uni-valverytmin häiriöt

Dementoiva sairaus voi muuttaa potilaan seksuaalista käyttäytymistä. Käytösoireet seksuaalisuudessa voivat ilmetä yliaktiivisuutena kuten jatkuvana lähentelynä ja kosketteluna. Toisaalta ne voivat ilmetä seksuaalisena lamaantumisenä niin, että muistisairaana seksuaaliset tarpeet ikään kuin häviävät. Seksuaalinen yliaktiivisuus voi kohdistua puolisoon tai muuhun henkilöön kuten hoitohenkilökuntaan. Sairauden myötä parisuhde voi muuttua vähitellen ikään kuin hoitosuhteeksi ja näin latistaa puolisoisten välistä seksuaalista kanssakäymistä. (Alhainen ym. 2006, 132-133.)

Muistisairauden edetessä voi muistisairaalla ilmetä myös vuorokausirytmien muutoksia. Usein käy niin, että muistisairas saattaa nukkua päivällä useita päiväunia ja vastaavasti valvoa yöllä. Tämä johtuu siitä, että unen laatu öisin heikkenee. Yöuni saattaa olla katkonaista ja jäädä siksi hyvin lyhyeksi. Yöunen voi liittyä myös painajaisia ja painajaisten jälkeistä pelkoa, mitkä myös osaltaan voivat huonontaa yöunen laatua. Yöunen laadun heikkenemisen myötä muistisairas nukkuu väsymystään päivällä pois, mikä voi häiritä muistisairaana päivittäisiä askareita ja päivärytmiä. (Alhainen ym. 2006, 131.)

4 Käyttösoireen syitä

Muistisairauteen sairastuminen on usein kova psyykinen isku potilaalle. Elämänkulun ja elämän rajallisuuden ymmärtäminen sekä muistisairauteen sopeutuminen voivat jo itsessään aiheuttaa ahdistusta muistisairaassa ihmisessä. On tärkeää, ettei ihmistä leimata muistisairauden takia, vaan että hänet otetaan edelleen huomioon omana persoonana. Pelko ja turvattomuus ovat tunnetiloja, jotka saattavat synnyttää häiriöitä muistisairaahan ihmisen käyttäytymisessä. Huoli siitä, ettei ole enää kykenevä hallitsemaan omaa elämää saattaa purkautua jatkuvina kyselyinä esimerkiksi siitä missä on ja miksi on juuri kyseisessä paikassa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 125.)

Käyttösoireen taustalla voivat olla aiemmat psyykkiset häiriöt ja päihdeongelmat. Myös tunne-elämän epävakaus, epäluuloisuus ja huolestuneisuus ovat luonteenpiirteitä, jotka voivat muistisairauden edetessä vaikuttaa käyttösoireiden syntyyn ja ilmetä aiempaa voimakkaammin luonteenpiirteinä. Muistisairaus vaikuttaa ihmisen kykyyn kontrolloida käytöstään. Esimerkiksi ärtymys saattaa ilmetä hyvinkin voimakkaana aggressiona, kun sama tunnetila olisi terveenä ollessa ilmennyt lievänä kiukkuisuutena. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118-119.) Käyttösoire voi olla siis muistisairaahan ihmisen tapa puolustaa omaa fyysistä tai henkistä reviiiriään. Muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen voi olla merkki hoitajalle reviiirin ylittämisestä. Ihmisen turhautuminen, nolatuksi tuleminen ja liian vaativan tilanteen aiheuttama ahdistus saattavat myös laukaista käyttösoireen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 125.)

4.1 Somaattisten syiden huomioiminen käyttösoireen aiheuttajana

Muistisairaahan käyttösoireen takana voi olla jokin somaattinen ongelma. Esimerkiksi kipu tai matala verenpaine voivat aiheuttaa poikkeavaa käytöstä. Myös huono ravitsemustila voi ilmetä käyttösoireiluna, jos muistisairas on nälkäinen eikä osaa ilmaista sitä sanallisesti. Äkillinen sekavuustila, joka johtuu esimerkiksi infektiosta voi aiheuttaa potilaan käytöksessä muutoksia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 125.) Muistisairaahan ihmisen käyttösoireiden arviointi on tärkeää, sillä somaattiset ongelmat ilmenevät usein muutoksena normaalissa käyttäytymisessä. Dementoituneen ihmisen kyky kertoa huonosta olosta on saattanut heikentyä, joten fyysinen paha olo voi ilmentyä aggressiivisena ja levottomana käytöksensä. Myös lääkkeiden sivu- ja haittavaikutukset voivat olla yhteydessä muistisairaahan

käyttösoireisiin, joten on tärkeää, että muistisairaahan lääkelista tarkistetaan aika ajoin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118-119.)

4.2 Agnosia käyttösoireen takana

Muistin heikkenemisen lisäksi on tavallista että muistisairaalla esiintyy myös vaikeuksia toiminnan ohjauksessa, liikesarjojen suorittamisessa, hahmottamisessa ja kielellisissä toiminnoissa. Koska muistisairaalla potilaalla voi olla vaikeuksia käsitellä saatuja ohjeita ja toimia niiden mukaisesti, aiheuttaa tämä usein levottomuutta potilaassa. Muistisairaahan ihmisen vaikeus hahmottaa erilaisia asioita, aiheuttaa helposti virhetulkintoja. Agnosia eli hahmottamisen häiriö on yleinen muistipotilaan oire (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 233). Agnosiasta kärsivällä henkilöllä voi olla vaikeuksia esimerkiksi tunnistaa omia tai läheisen kasvoja. Tämän vuoksi muistisairas henkilö voi jutella omalle peilikuvalleen tai vastaavasti televisiossa esiintyvillä henkilöillä, koska ei kykene hahmottamaan, että katselee omaa peilikuvaansa tai että television hahmot eivät ole samassa tilassa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82.) Siksi television tapahtumat voivat vaikuttaa hyvinkin voimakkaasti muistisairaaseen ihmiseen, sillä hän ei hahmota todellisuuden rajaa. Esimerkiksi sotaan liittyvät ohjelmat voivat aiheuttaa muistisairaassa ahdistusta ja pelkoa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 119.)

Levoton ihminen touhuilee usein paljon, ja kadottaa herkästi tavaroitaan. Tämä voi aiheuttaa muistisairaassa henkilössä epäluuloisuutta toisia kohtaan. Muistisairas saattaa vilpittömästi uskoa, että joku on varastanut hänen tavaroitaan, koska ei itse muista niitä liikutelleensa levottomuuden yhteydessä. Muistipotilaan hoitotyössä onkin erityisen tärkeää, ettei virhetulkintoja leimata harhoiksi, vaan ymmärretään että ne ovat agnosiasta johtuvia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 119.)

5 Käyttösoireiden hoito

On tärkeää, että käyttösoireita hoidetaan silloin kun ne ovat haitaksi muistisairaalle. Käyttösoireet voivat vaikuttaa potilaan kykyyn huolehtia päivittäisistä arjen toiminnoista ja voivat aiheuttaa jopa vaaratilanteita hänelle tai muille henkilöille. Käyttösoireet voivat tehdä myös sosiaalisesta vuorovaikutuksesta haastavaa. (Käypähoito, Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käyttösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset), 2010.) Tärkeää on, että käyttösoireet hoidetaan niin, että muistisairaahan ihmisen arki olisi mahdollisimman sujuvaa. Käyttösoireiden hoitoon voidaan käyttää sekä lääkehoitoa että lääkkeetöntä hoitoa. Lääkehoito ei ole koskaan yksittäinen hoitomuoto muistisairaahan käyttösoireisiin,

vaan se koostuu muistakin osa-alueista. Vain kokonaisvaltaisella hoidolla voidaan saada hyvä vaste hoidolle ja näin parantaa potilaan elämänlaatua. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 126.)

5.1 Lääkehoito

Ensisijainen lääkehoito muistipotilaalle on aina itse muistisairauden lääkehoito. Ikääntyneen elimistö kestää eri tavalla lääkityksiä kuin nuoremman ihmisen, joten hoidon tarpeellisuutta ja tuloksia tulee arvioida säännöllisesti noin 3-4 kuukauden välein. Lääkehoito aloitetaan ensin pienillä annoksilla, ja tarvittaessa annosta nostetaan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 126.)

Alzheimerin tautia sairastavalla voi ilmetä käytösoireita, joiden hoidossa on lääkehoidosta todettu olevan jonkin verran hyötyä. Alzheimerin taudissa lääkehoitona käytetään asetyylikoliiniesteraasientsyymien estäjistä donepetsiilia, rivastigmiinia ja galantamiinia. Myös memantiinin käytöstä on havaittu olevan hyötyä kohtalaisessa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa. Lääkehoidon tarkoitus on ylläpitää potilaan toimintakykyä mahdollisimman hyvänä. (Remes 2013.) Lewyn kappale-taudissa hoitona voidaan käyttää samoja asetyylikoliiniesteraasientsyymien estäjiä kuin Alzheimerin taudissa, mutta annostus on usein pienempi. Lääkehoidon tarkoituksena tässä taudissa on potilaan käytösoireiden ja harhojen väheneminen. Pienestä annoksesta memantiinia voi myös olla hyötyä potilaan hoidossa. Jos potilaalla ilmenee haitallista parkinsonismia, voidaan sitä hoitaa pienellä annoksella levodopaa. Levottomat jalat-oireyhtymää voidaan taas hoitaa pienillä annoksilla dopamiiniagonistia. (Sulkava 2016.)

Otsa-ohimolohkorappeumiin ei ole olemassa suoranaista lääkehoitoa. Sairauden yhteydessä ilmeneviä käytösoireita kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja psykoottisuutta voidaan hoitaa niiden hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä. Olennaista hoidossa on, että omaiset ja hoitohenkilökunta osaavat suhtautua sairauteen oikealla tavalla ja näin tukea sairastunutta henkilöä. (Alhainen, Erkinjuntti, Huovinen & Rinne 2006, 124.) Levottomuuden ja aggressiivisuuden hoitoon voidaan myös vaikuttaa lääkehoidolla. Tavallisimpia lääkkeitä tällaisessa tilanteessa ovat psykoosiläkkeet ja mielialantasaajat, joilla voidaan lievittää potilaan voimakkaita tunnetilojen purkauksia. (Alhainen ym. 2006, 128-129.) Masennuksen hoitoon käytetään hermovälittäjäaineeseen serotoniiniin vaikuttavia lääkkeitä. Apatian hoidossa taas koliiniesteraasin estäjistä on todettu olevan apua. Myös pienistä annoksista mirtatsapiinia, moklobemidia tai venlafaksiinia voi olla hyötyä. Lääkeaineiden annostukset tehdään aina yksilöllisesti masentuneisuuden mukaan. Serotoniinin takaisinottoon vaikuttavia lääkkeitä voidaan käyttää myös pitkäaikaisen ahdistuksen sekä levottomuuden ja aggressiivisuuden hoitoon. Bentsodiatsepiinillä voidaan hoitaa lyhytkestoista ja satunnaista

ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta. (Käypähoito, Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset), 2010.)

Tarkoituksena on, että psyykenlääkkeiden käyttö on tilapäistä, ja että potilaalla käytetään vain yhtä valmistetta kerrallaan. Tilapäisten masennusoireiden sekä vaikeiden levottomuus- ja psykoosioireiden hoitoon voidaan käyttää edellä mainittuja psyykenlääkkeitä, mutta ne eivät kuitenkaan sovellu monenkaan yleisen käytösoireen hoitoon, kuten esimerkiksi jatkuva kuljeskelu, tavaroiden keräily ja kätkeminen. Psyykenlääkkeillä ei ole todettu olevan vaikutusta myöskään tarkoituksettomaan pukeutumiseen ja riisuutumiseen, huuteluun, esineiden syömiseen, hyperseksuaalisuuteen eikä itsensä vahingoittamiseen kuten repimiseen ja raapimiseen. Psykelaakkeen vastetta on hyvä arvioida noin kuukauden päästä sen aloituksesta, jolloin hoidon vaste näkyy parhaiten. (Muistisairaudet 2010.)

Muistisairaana unilääkityksenä on suositeltavaa käyttää keskipitkävaikutteisia valmisteita. Valmisteet, joissa on käytetty bentsodiatsepiinia, ovat hyvä esimerkki tällaisista unilääkkeistä. On myös hyvä ottaa huomioon, että valmisteet eivät kertyisi ikääntyneen ihmisen elimistöön. Elimistöön kertymättömistä unilääkkeistä hyviä esimerkkejä ovat syklopyrrolonit, kuten tsopikloni ja tsolpideemi. (Käypähoito, Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset), 2010.)

5.2 Lääkkeetön hoito

Muistipotilaan käytösoireiden lääkkeetön hoito pohjautuu hyvään arvioon ja kartoitukseen käyttäytymisen syistä. On tärkeää, että muistipotilaan perustarpeet tulee täytetyksi. Hoitajan tulee huolehtia potilaan arkirutiineista kuten hygienian hoidosta, ruokailusta ja aktiviteetista. Muistipotilaan hoitotyössä kuntouttava työote on avainasemassa, sillä arkirutiinien toteuttaminen ylläpitää muistipotilaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Muistipotilasta ei tule siis perusteettomasti rajoittaa, eikä tehdä hänestä turhaan avutonta, vaan tukea selkeällä ohjauksella hänen omaa toimintakykyään. (Koponen 2010.) Lääkkeettömällä hoidolla on suuri rooli potilaan käytösoireiden hoidossa. Tärkeintä on, että hoitaja ymmärtää käytösoireen taustatekijöitä ja muistaa, että käytösoireen takana on muistisairaus. Käytösoireita voidaan pitää ikään kuin viestinä muistisairaana omasta mielen maailmasta. Käytösoireet voivat olla myös muistisairaana ihmisen tapa purkaa pahaa oloa, kun muita keinoja ei ole. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 121.)

Sairauden alkuvaiheessa muistisairauden toteaminen saattaa aiheuttaa ihmisessä ahdistusta ja häpeää. Voi herätä kysymyksiä, miksi juuri minä sairastuin ja jääkö nyt muiden armoille. Nämä ovat asioita, jotka varmasti pyörivät diagnoosin saaneen ihmisen päässä. Sairastuminen voi aiheuttaa muistisairaalle syrjäytymistä. Aktiivinenkin ikääntynyt saattaa muistisairauden ja yhä heikkenevän toimintakyvyn takia jäädä pois aiemmista harrastuksista ja sosiaalisista tapahtumista. Alentunut kyky ilmaista itseään ja tunteitaan aiheuttavat turhautumista ja muistisairas henkilö voi ajatella, että pääsee helpommalla kun vähentää sosiaalisia kontakteja. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, että muistisairasta ihmistä kannustetaan ja tuetaan aktiivisuuteen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 121.)

Muistisairaahan uni-valverytmin pitäminen mahdollisimman tasaisena ja säännöllisenä on myös tärkeää. Hoidossa on olennaista pyrkiä pitämään muistisairas päivisin hereillä erilaisten aktiviteettien ja virikkeiden avulla. Näin päiväunet jäävät vähemmälle ja unta riittää yöksi. Yöunen laatua voidaan yrittää parantaa vaikuttamalla nukkumisympäristöön. On tärkeää, että muistisairas saa nukkua hämärässä ja hiljaisessa huoneessa. Toisaalta taas on tärkeää, että päivällä aktiviteettiä lisätään tarpeeksi kirkkailla valoilla ja äänillä. (Alhainen ym. 2006, 131.)

On hyvä, että potilaan kanssa tekemisissä olevat henkilöt ymmärtävät sairauden luonteen ja mahdollisen persoonallisuuden muutoksen sairauden tuomana haasteena. Potilaan elinympäristöä voidaan muokata esteettömäksi ja turvalliseksi asua. On myös tärkeää, että potilaan oikeustoimikelpoisuudesta huolehditaan ja hänelle hankitaan edunvalvoja, sillä edennyt muistisairaus ei aina näy vieraille ihmisille. Jos potilas asuu omaisen kanssa kotona, on tärkeää huolehtia myös omaisen jaksamisesta järjestämällä muistisairaalle esimerkiksi päivätoimintapaikka tai hoitajakso, jonka aikana omainen saa levätä. (Alhainen ym. 2006, 124.)

Muistipotilaan omaisten tukeminen ja ohjaus on tärkeää käytösoireisen potilaan hoidossa. Tieto käytösoireiden taustoista helpottaa omaisia ja hoitohenkilökuntaa niiden hoidossa ja ehkäisyssä. Lääkelistan tarkistaminen on keskeistä käytösoireen syyn selvittämisessä. Potilaalla voi esimerkiksi olla lääkitys, joka altistaa käytösoireelle tai vastaavasti hänellä voi olla liian alhainen kipulääkitys. Kivusta kertominen voi muistipotilaalle olla haastavaa, joten muu oireilu tulee ottaa huomioon kipulääkityksen arvioinnissa. Merkityksellisten kokemusten luominen potilaalle mielekkään tekemisen muodossa, esimerkiksi viriketoiminnan avulla, on todettu myös vähentävän käytösoireita. Erilaisilla terapiamuodoilla voidaan myös helpottaa potilaan käytösoireita. Tällaisia terapiamuotoja ovat muun muassa erilaiset luovat terapiat, muistelu sekä vuorovaikutustapojen ja käyttäytymisen hallintaa tukevat terapiamuodot. (Koponen 2010.)

6 Tutkimuksen tarkoitus ja aikaisempia tutkimustuloksia

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselylomakkeen avulla kuuden hoitajan näkemyksiä ja kokemuksia muistisairaana asukkaan käytösoireista ja niiden kohtaamisesta hoivakotiympäristössä. Tutkimuskysymysten avulla selvitettiin, minkälaisia käytösoireita hoitajat ovat kohdanneet työssään. Kyselyssä selvitettiin myös, minkälaisilla asioilla hoitajat kokevat olevan merkitystä käytösoireiden määrälle. Pohdinnan aiheena oli, vaikuttaako esimerkiksi kiireinen ympäristö käytösoireiden määrään, ja voiko ympäristöllä olla merkitystä käytösoireiden syntyyn. Kyselyssä selvitettiin myös hoitajien kokemuksia auttamismenetelmistä käytösoireiden kohtaamisessa, ja vaikuttavatko heidän mielestään käytösoireet muihin ei muistisairaihin asukkaisiin hoivakotiympäristössä.

Aikaisempaa tietoa muistisairaiden käytösoireista ja tutkimustuloksia löytyi aihetta käsittelevistä oppaista ja teoksista. Artikkelissaan Brecher ja West (2016) käsittelevät muistisairaana käytösoireiden ja kivun yhteyttä. He kertovat, että noin 12 -76 % dementiapotilaista sairautteen liittyy kipua. Kuitenkin muistisairaana kyky ilmaista oireita ja kipua sanallisesti on huonontunut. Näin ollen voi tämä johtaa potilaan levottomaan ja aggressiiviseen käyttäytymiseen. Artikkelin mukaan levottomuus, ärtyneisyys ja sekavuus sekä muutokset ruokahalussa voivat olla merkkejä dementiaa sairastavan potilaan kivusta. On tärkeää, että potilaalle tehdään perusteellinen tutkimus ja kartoitetaan johtuuko käytösoire kivusta vai esimerkiksi psyykkisestä oireilusta. Ummetus, infektiot ja painehaavat voivat artikkelin mukaan olla myös syitä potilaan käytösoireisiin. Artikkelissa mainittiin myös, että potilailla, jotka ovat yli 85 vuotiaita, epäillään käyttävä opioideja kipulääkityksenä niiden haittavaikutusten vuoksi. Kuitenkin tutkimuksen mukaan matala-annoksinen pitkävaikutteinen opiaatti voisi vähentää levottomuutta potilailla, joilla levottomuus on vaikeaa. (Brecher & West, 2016.)

7 Tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, jossa aineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat kehittyvät vähitellen tutkimusprosessin aikana (Aaltola & Valli 2015, 74). Tutkimusmenetelmänä kvalitatiivinen menetelmä sopi tämän opinnäytetyön toteuttamiseen, sillä tarkoituksena oli tutkia ilmiötä, johon ei ole yksiselitteisiä vastauksia, vaan jokaisella hoitajalla on oma kokemuksensa tutkittavasta asiasta. Tämän tutkimuksen kysely toteutettiin Hoivakoti Iltarauhassa työskenteleville hoitajille. Hoivakoti Iltarauha on Joensuussa sijaitseva yksityinen palveluntuottaja, joka tarjoaa sekä palveluasumista että tehostettua ympärivuorokautista palveluasumista ikääntyneille tai muuten hoivaa tarvitseville henkilöille.

Idea opinnäytetyön aiheeseen lähti opiskelijan taholta, mutta työelämä vastaanotti idean avoimin mielin ja näin tutkimus päästiin toteuttamaan. Opinnäytetyön tekemisestä sovittiin alustavasti työelämän edustajan kanssa suullisesti keväällä 2016. Aiheen mukautuessa lopulliseen muotoonsa tehtiin tutkimuksesta aiheanalyysi. Kun aiheanalyysi oli hyväksytty, oli suunnitelman kirjoittamisen vuoro. Alkuperäisen aikataulun mukaan suunnitelman oli tarkoitus olla valmis toukokuussa 2016, mutta lopullisen muotonsa se sai vasta syyskuussa 2016. Suunnitelmasta löytyi alustava teoriaosuus, joka pysyi melko samanlaisena myös lopullisessa työssä. Tämän lisäksi suunnitelmasta löytyi itsearviointi, kuvaus tutkimusmenetelmistä sekä tutkimuksessa käytetty kyselylomake. Suunnitelman tekemisen venyessä työn toteuttamiselle jäi vähemmän aikaa kuin alun perin oli ajateltu, mutta kokonaisuudessaan työ saatiin toteutettua suunnitellussa ajassa.

7.1 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa kysymykset on rajattu teoreettisen viitekehyksen mukaan, joka tässä opinnäytetyössä tarkoittaa muistisairauksia yhteiskunnassa sekä muistisairauden aiheuttamia yleisimpiä käytösoireita ja niiden hoitoa. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli antaa kohderyhmälle vapaus pohtia aiheetta omasta näkökulmasta, sillä ajatuksena oli, että jokaisella hoitajalla voi olla erilainen kokemus muistisairaahan asukkaan käytösoireista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75.) Hoitotyössä toimintatapoja on yhtä monta kuin on toimijoitakin, joten tutkimuskysymysten avoimuus on perusteltua. Kysymykset muodostettiin teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Kysymykset muotoiltiin oikeanlaiseen muotoon, niin että vastaukset olisivat mahdollisimman laajoja.

Otannaksi valikoitui kuusi henkilöä, joista jokaisella on kokemusta muistisairaahan potilaan hoitotyöstä. Lukumääränä kuusi ajateltiin olevan sopiva määrä yhden henkilön toteuttamaan opinnäytetyön laajuiseen tutkimukseen. Seuraava pohdinnan aihe oli, ketkä hoitohenkilökunnasta valittaisiin vastaajiksi. Asiaa pohdittiin yhdessä hoitohenkilökunnan esimiehen kanssa. Hänen perustelujensa mukaan vastaajiksi valikoitui henkilöitä, joilla oli kertynyt kokemusta muistipotilaan hoitotyöstä. Osa vastaajista oli käynyt myös lisäkoulutuksia muistisairaahan potilaan hoitotyöstä ja ikääntyneen hoitotyöstä. Yhdellä vastaajista oli myös muistihoitajan koulutus. Valikointiin vaikutti myös esimiehen aikaisemmat kokemukset heidän monipuolisesta kirjaamisesta ja toiminnastaan muistisairaahan potilaan hoidossa. Näin pyrittiin takaamaan mahdollisimman hyvät ja laadukkaat vastaukset. Jokainen vastaajista vastasi kyselyyn itsenäisesti. Haastattelemalla jokaisen vastaajan erikseen, olisi ollut mahdollisuus esittää lisäkysy-

myksiä ja saada näin arvokasta lisäaineistoa. Rajallisen aikataulun puitteissa päädyttiin kuitenkin kyselylomakkeeseen. Kuitenkin jokainen vastaajista vastasi kyselyyn laajasti ja kuvailen, mikä teki kerätystä aineistosta mielenkiintoisen ja arvokkaan. Kyselylomake löytyy opinäytetyön liitetiedostoista. Tutkimuksen lopullinen vastaajamäärä oli suunnitelman mukaisesti kuusi henkilöä. Puolet kyselyyn vastanneista oli koulutukseltaan lähihoitajia ja puolet sairaanhoitajia. Työkokemusta hoitoalalta vastaajilla oli keskimäärin 17,1 vuotta. Kyselylomake jaettiin hoitajille ajalla 24.9. -2.10 täytettäväksi. Sen jälkeen saaduista tutkimusmateriaaleista tehtiin aineiston analyysi.

7.2 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineisto on analysoitu käyttämällä laadullista analyysia, jossa tutkittavaa ilmiötä käsitellään kokonaisuutena (Alasuutari 2011, 38). Laadullinen analyysi tukee tätä tutkimusta, sillä tarkoitus oli tutkia hoitajien kokemuksia muistisairaana käytösoireista ja tehdä näistä kokemuksista yhteenveto ja saada vastaus siihen, miten hoitajat kokevat muistisairaana käytösoireet kyseisessä hoitoyksikössä. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä käytetään induktiivista päättelyä, jonka tarkoituksena on edetä yksittäisten havaintojen perusteella yleiseen käsitykseen muistisairaana potilaan käytösoireista (Sarajärvi & Tuomi 2009, 95). Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi, joka muodostuu aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelystä ja lopuksi teoreettisten käsitteiden luomisesta. Kahden ensimmäisen vaiheen avulla voidaan aineisto kirjoittaa auki ja sen jälkeen etsiä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia eri vastaajien vastauksista. Näin voidaan tehdä johtopäätöksiä aineiston avulla ja saada jonkinlainen tulos tutkimukselle. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi aloitettiin lukemalla jokainen vastauslomake yksityiskohtaisesti ja tarkasti läpi. Sen jälkeen jokainen vastauslomake kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneella. Lomakkeet oli täytetty käsin selkeällä käsialalla, joten kaikki materiaali saatiin onnistuneesti tallennettua. Aineiston analysoinnissa edettiin vastauslomake kerrallaan. Kaikkien vastauslomakkeiden vastaukset luokiteltiin kysymysten perusteella, niin että yläluokkina toimivat kyselylomakkeen kysymykset. Näin saatiin ikään kuin yksi iso vastauslomake, josta löytyi jokaisen kyselyn vastaukset kunkin kysymyksen alta. Luokittelun jälkeen voitiin vastauksista ryhmitellä yhteneväisyydet ja eroavaisuudet. Sen jälkeen voitiin pohtia, mitä käytösoireita oli kohdattu eniten, minkälaisia auttamismenetelmiä hoitajat omasivat käytösoireiden kohtaamiseen ja minkälaisista asioista he kokivat olevan hyötyä käytösoireiden kohtaamisessa. Näiden lisäksi käytiin vastauksista läpi mitkä asiat lisäävät käytösoireita ja mitkä taas vähentävät niitä sekä miten muistisairaana käytösoireilu vaikuttaa toisiin ei-muistisairaisiin asukkaisiin hoivakotiympäristössä. Tämän jälkeen alkoi lopullinen puhtaaksikirjoitusvaihe, jossa aineisto koottiin lopulliseen muotoonsa. Lopuksi voitiin tehdä johtopäätökset saaduista

tutkimustuloksista. Opinnäytetyö esiteltiin opinnäytetyön julkaisuseminaarissa Laurean ammattikorkeakoulussa Hyvinkäällä 14.11.2016.

8 Tutkimustulokset

Jokainen vastaajista oli muistisairaana hoitotyössä kohdannut potilaan taholta levottomuutta ja aggressiivisuutta. Nämä käytösoireet kuvailtiin useimmiten haastavimmiksi kohdata, sillä ne esiintyvät hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Aggressiivisuutta kohdattiin vastaajien mukaan tilanteissa, joissa oli kyse hygienian hoidosta. Aggressiivisuus ilmeni kiroiluna, potkimisena, puremisena, nyrkeillä huitomisena ja huutona. Vastauksista voisi päätellä, että tilanteet, joissa hoitaja menee muistisairaana intiimialueelle, aiheuttavat jonkinlaisen puolustusreaktion muistisairaassa ja näin laukaisevat käytösoireen. Eräässä vastauksessa kuvailtiin aggressiivisuuden ilmenemistä näin:

”Aggressiivisuus. Esiintyy yleensä pesutilanteissa tai hoitotoimenpiteen aikana. Kiroilu, potkiminen, pureminen, nyrkeillä heiluminen, huuto.”

Persoonallisuuden muutoksen hoitajat kokivat enemmän omaisia kuin hoitohenkilökuntaa rasittavaksi käytösoireeksi. Hoitajien mukaan omaiset ovat kertoneet, että esimerkiksi rauhallinen ja kiltti ihminen on muuttunut muistisairauden myötä aggressiiviseksi ja kiroilevaksi. Useat hoitajista kuvailivat, että hoitokotiin tullessa persoonallisuuden muutos on jo tapahtunut, joten hoitohenkilökunnan on haasteellista havaita sitä. Ehkä juuri siksi se rasittaa omaisia hoitohenkilökuntaa enemmän, sillä omaiset joutuvat kamppailemaan tunteiden kanssa, joita persoonallisuuden muutos tuo mukanaan. Hoitajat eivät ehkä koe persoonallisuuden muutosta käytösoireena, sillä he eivät aina tiedä minkälainen persoona asukas on ollut terveenä ollessaan. Eräs vastaajista kertoi persoonallisuuden muutoksen ilmenemisestä näin:

”Hoitaja näkee yleensä tilanteen vasta sitten kun muutos on jo tapahtunut.”

Yhteistyö omaisten kanssa tällaisessa tilanteessa on tärkeää, niin että hoitajat voisivat saada kuvan siitä, mikä muistisairaana persoonallisuudessa johtuu käytösoireesta ja mikä on hänen omaa luonnettaan. Eräs hoitajista kuvaili persoonallisuuden muutosta, joka ilmenee korostuneena itsekkyytenä ja potilaan kokemuksena siitä, että on ainoa joka tarvitsee apua. Tällainen muutos herättää hoitajissa negatiivisia tunteita, sillä hoidettavia on aina useita. Onkin tärkeää, että hoitaja osaa tulkita tällaisen muistisairaudesta johtuvaksi, eikä näin leimaa ihmistä itsekkääksi. Eräs hoitaja kertoi tällaisesta tilanteesta hyvin kuvaavasti, ettei muistisairaana käyttäytymistä saisi laittaa enää *”entisen ihmisen”* piikkiin. Persoonallisuuden muutos

tuotiin vastauksissa esille jatkuvana käytösoireena. Vaikka persoonallisuuden muutos on alkanutkin yleensä jo ennen hoivakotiin muuttoa, voi se muistisairauden edetessä vielä hoivakodissakin edetä. Muutkin käytösoireet koettiin vastauksissa niin, että ne voivat pahentua, mutta ajan kuluessa ja sairauden edetessä myös lievittyä.

Uni-valverytmin häiriöt hoitajat mainitsivat myös yleisenä käytösoireena. Tavallista oli, että potilaat nukkuvat paljon päivällä ja vastaavasti valvovat öisin. Yksi hoitajista kuvaili, että joillain muistisairailta levottomuus alkaa juuri illan hämärtyessä. Vastauksista ilmeni, että levottoman muistisairaahan vuorokausirytmien ylläpitäminen on haastavaa. Levotonta muistisairasta, joka on vielä kävelykykyinen, on vaikea saada pysymään vuoteessaan. Näin muistisairas asukas voi mennä yliväsyneeksi, kun ei enää itse ymmärrä rauhoittua lepäämään, niin että energiaa riittäisi päivittäisiin toimiin.

Jokainen vastaajista oli havainnut seksuaalisia käytösoireita muistipotilaan hoidossa. Seksuaaliset käytösoireet kuvailtiin yliseksuaalisuutena, joka ilmeni epäasiallisena puheena tai lähentelynä. Myös hoitajan rintoihin ja pakaroihin tarttumista ja sukupuolielinten esittelyä oli kohdattu muistisairaahan taholta. Yliseksuaalisuus oli kohdistunut erityisesti hoitajiin, mutta yksi vastaajista oli kohdannut tilanteita, missä se kohdistui myös toisiin asukkaisiin. Hän kuvaili asiaa näin:

”Joillakin esiintyy ylikorostunutta seksuaalisuutta, se voi ilmetä epäasiallisena puheena tai kosketteluna ja kohdistua muihin asukkaisiin tai hoitajaan.”

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus olivat myös käytösoireita, joita hoitajat olivat kohdanneet muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Useat hoitajista olivat kohdanneet masentuneisuutta, jolloin muistisairas asukas helposti vetäytyy omiin oloihin ja kokee yhteiset viriketuokiot vastenmielisinä. Toisaalta taas masentuneisuus ja ahdistuneisuus kerrottiin ilmenevän yksinäisyyden pelkona. Yksi hoitajista kuvaili ahdistuneisuutta näin:

”Pelottaa jäädä yksin, huudetaan hoitajaa hereillä ollessa melkein tauotta.”

Ahdistuneisuus ja masentuneisuus olivat ilmenneet vastaajille siis takertumisena ja turvattomuutena mutta toisaalta vetäytymisenä. Muistisairaahan äkillisiä mielialan muutoksia ja yleistä sekavuutta oli myös kohdattu. Myös kovaäänisyys mainittiin kohdattuna käytösoireena. Ahdistuneisuutta ilmeni myös tilanteissa, jotka liittyivät potilaan harhoihin. Eräs hoitajista kuvaili sitä näin:

”Monet kertovat ahdistuneina näkemistään tai kuulemistaan asioista (esim. tulipalo, lapsen itku) joita ei todellisuudessa tapahdu.”

Jokainen vastaajista oli maininnut myös erilaiset harhat kohdattuna käytösoireena. Näkö- ja kuuloharhoja oli kohdattu jonkin verran. Yleisempää oli epäluuloisuus toisia ihmisiä kohtaan, joka on saattanut ilmetä erilaisina pelkoina, kuten pelkona myrkyttämisestä ja pelkona siitä että omassa huoneessa majoilee kutsumattomia vieraita. Epäluuloisuuteen vastaajat liittivät tavaroiden kuljettamisen paikasta toiseen ja itselle kuulumattomien tavaroiden omimisen. Tavaroiden rikkominen oli myös mainittuna. Eräs vastaajista oli kohdannut myös muistisairaana käytösoireena harhaisen käsityksen omasta itsestään. Tämä oli ilmennyt niin, että muistisairas luulee pystyvänsä tekemään asioita, joita ei enää vuosiin ole kyennyt tekemään, kuten kotitaloustyöt. Vastauksista ilmeni myös, että muistisairas saattaa kuvitella olevansa edelleen työelämässä mukana tai kokea liikuntakykynsä normaaliksi, vaikka se ei todellisuudessa näin olisi. Harhaisuutta oli kuvailtu eräässä vastauksessa näin:

”Harhaisuus; Varkausepäilyt, omassa huoneessa majoilee kutsumattomia vieraita, luulee pystyvänsä tekemään asioita, joita ei enää vuosiin ole tehnyt (kävely, taloustyöt)”

8.1 Auttamismenetelmät käytösoireen kohtaamiseen

Muistisairaana asukkaan käytösoireiden kohtaamisessa keskeisimpänä auttamismenetelmänä hoitajat kokivat hyvät vuorovaikutustaidot. Jokainen vastaajista mainitsi empaattisen suhtautumisen potilaaseen sekä aidon välittämisen ja ystävällisyyden. Kyselystä ilmeni, että on tärkeää antaa muistisairaalle tunne siitä, että hän on tasa-arvoinen toisten kanssa, eikä muistisairaus tee hänestä sen tyhempää tai ala-arvoisempaa ihmistä. Eräs vastaajista pohti näin muistisairaana kohtaamista:

”Osata välittää aidosti ja tasa-arvoisesti (olla vierellä kulkija, ehkä yläpuolella)”

Vastauksesta käy ilmi, että hoitajan tulisi antaa muistisairaalle kokemus siitä, että hän on tasa-arvoinen toisten kanssa, mutta toisaalta hoitajan tulee olla ”yläpuolella” ja huolehtia muistisairaana tarpeista, kun hän ei siihen enää itse kykene. Kannustava ja rohkaiseva työote mainittiin toisessa lomakkeessa, mikä myös luo muistisairaalle tasa-arvon tunnetta. Tasa-arvon tunteen kerrottiin taas herättävän luottamusta hoitajan ja muistisairaana välille.

Rauhallinen käytös oli empaattisuuden rinnalla toinen tärkeäksi koettu auttamismenetelmä. Hoitajat kokivat, että on olennaista pysyä itse rauhallisena tilanteissa, joissa asukas on pelossa. Vastauksista kävi myös ilmi, että tärkeää on malttaa istua edes hetkeksi muistisairaana vierelle ja olla läsnä. Rauhallisuuteen liitettiin myös asukkaan nimeltä puhuttelu ja asioiden

rauhallinen selittäminen ennen hoitotoimenpiteitä. Eräissä vastauksessa kerrottiin, että puhuminen selkeästi ja ymmärrettävästi auttoi pääsemään tilanteissa eteenpäin. Näin rauhallisuus välittyi myös muistisairaalle asukkaalle. Kiire olikin asia, jonka hoitajat kokivat häiritseväksi. Eräs hoitajista kuvaili sitä näin:

”Yritän pysytellä itse rauhallisena. Vaikka melkein aina on kiire, en anna sen välittyä asukkaalle.”

Edellä mainituilla keinoilla hoitajat pyrkivät hankkimaan asukkaan luottamuksen. Ristiriitailanteista eräs hoitaja mainitsi, että ei provosoi muistisairasta, eikä rupea väittelemään hänen kanssaan. Muistisairaahan hienovarainen ohjailu koettiin tärkeäksi, niin että asukkaalle jää tunne, että ratkaisut ovat hänen omiaan, vaikka hoitaja olisikin ohjailullaan vienyt asioita haluamaansa suuntaan. Hoitajien mukaan oli ilmennyt tilanteita, joissa muistisairaahan aggressiivisuuden vuoksi hoitotoimenpiteet eivät onnistuneet. Tällaisissa tilanteissa hoitajat kertoivat parhaimmaksi tavaksi jättää asia myöhemmin tehtäväksi ja yrittää uudestaan sitten kun muistisairaahan kiukku on unohtunut. Asiaa kuvailtiin eräissä vastauslomakkeissa näin:

”Osata tarttua hetkeen, esim jos jokin asia ei juuri nyt onnistu, se voi toisena hetkenä onnistua. Kärsivällisyyttä.”

Tällainen tilannetaju, heittäytyminen ja kärsivällisyys koettiin järkeväksi, sillä hetken päästä tilanne voi olla aivan toinen. Mielialan muutos voi vaikuttaa siihen, että asia meneekin eteenpäin ongelmitta, kun tilanteen annetaan rauhoittua. On tärkeää, että hoitaja huolehtivana osapuolena ohjailee parhaansa mukaan muistisairasta asukasta. Kyselyssä kävi ilmi, että on kuitenkin tärkeää antaa asukkaalle tunne että hän on arvokas ja päättää omista asioistaan, vaikka hän ei enää siihen todellisuudessa täysin kykene:

”Annetaan asukkaalle tunne että hän on arvokas ja päättää omista asioistaan.”

Jokainen vastaajista kertoi laulamisen olevan merkittävä auttamismenetelmä. Laulaminen auttamismenetelmänä on rauhoittavaa ja vie ajatukset pois epämiellyttävästä tilanteesta. Musiikin käyttö, esimerkiksi mieleisen musiikin soittaminen levyltä, koettiin myös muistisairasta rauhoittavaksi. Laulamisen merkitystä kuvailtiin näin:

”Joskus asukkaat pitävät laulamisesta, se rauhoittaa ja vie ajatukset pois epämiellyttävästä tilanteesta”

Luovista menetelmistä mainittiin myös tanssiminen ja huumorin käyttö. Useat vastaajista mainitsivat koskettamisen tärkeänä apuvälineenä, jos se on mieleistä asukkaalle. Koskettamisella tarkoitettiin silittämistä ja halaamista, joilla voidaan antaa muistisairaalle tunne, että hänestä välitetään aidosti. Asiaa kuvailtiin eräässä vastauksessa näin:

”Silittäminen, halaaminen, tanssiminen voi rauhoittaa, jos se on mieleistä asukkaalle.”

Muistelun merkitys tuotiin ilmi useissa vastauksissa. Muistisairaana elämänkaaren tunteminen on tärkeä apuväline monelle vastaajista. Erityisesti levottomissa tilanteissa ajatusten johdattelu toiseen asiaan on helppoa muistisairaana elämästä keskustellen. Tutuista asioista ja henkilöistä puhuminen koettiin turvallisuutta luovana tekijänä. Eräs hoitajista koki muistisairaana käytöksen ja puheiden ymmärtämisen helpommaksi, kun tunsi asukkaan taustatietoja ja elämäntarinan:

”Kun tuntee asukkaan menneisyyttä, voi keskustelua ohjata mielenkiintoisiin asioihin.”

Kyselyissä mainituista auttamismenetelmistä monet liittyivät levottomuuden ja aggressiivisuuden poistamiseen. Turvallinen ja häiriötön ympäristö, jossa asukas voi liikkua itsenäisesti mainittiin tärkeänä tekijänä. Tilanteissa, joissa ilmenee levottomuutta, huomioitiin asukkaan paikan vaihdon merkitys esimerkiksi yleisistä tiloista omaan huoneeseen, jolloin muistisairaana rauhoittuminen onnistuu paremmin.

Hoitajien mainitsemista auttamismenetelmistä vain pieni osa koski potilaan somaattista puolta. Huonoihin ruokahaluihin avuksi mainittiin mieleisten ruokien ja juomien tarjoilu, sekä ruokailupaikan valinta. Lääkehoito mainittiin auttamismenetelmänä kivun ja levottomuuden hoitoon ja unirytmien korjaamiseen. Pääasiassa kuitenkin vastauksissa kiinnitettiin huomiota potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen puoleen. Eräässä vastauksessa mainittiin potilaan fyysisestä oireilusta näin:

”Ymmärrys siitä, että käytösoire on syy jostakin epämukavuudesta (esim. kipu, pelko, matala RR, matala verensokeri)”

Huomio kiinnittyi myös erään hoitajan vastaukseen, jossa hän mainitsi, ettei hallitse mitään virallisia auttamismenetelmiä käytösoireiden kohtaamiseen ja hallintaan. Näyttöön perustuvia auttamismenetelmiä koettiin siis olevan huonosti saatavilla. Toisaalta taas hoitajien kertomat menetelmät tuntuivat juuri niiltä parhaimmilta arjen auttamismenetelmiltä, sillä vastauksissa niiden käyttö perusteltiin hyvin.

Kyselyssä selvitettiin auttamismenetelmien hallinnan lisäksi, minkälaisista asioista hoitajat kokevat olevan hyötyä muistisairaana käytösoireiden kohtaamisessa. Tärkeänä pidettiin teoriatiedon tuntemista, sillä silloin voidaan tunnistaa käytös sairaudesta johtuvaksi:

”Teoriatiedosta on hyötyä, että tunnistaa käytöksen sairaudesta johtuvaksi.”

Myös ymmärrys siitä, että käytösoire on syy jostakin epämukavuudesta kuten kivusta, pelosta, matalasta verenpaineesta tai matalasta verensokerista mainittiin tärkeänä asiana. Teoriatieto yleisesti muistisairauksista ja niiden kehittymisestä oli hyvä apuväline. Eräs hoitajista korosti teoriatiedon tuntemista myös anatomiasta ja fysiologiasta tärkeäksi. Kyseinen vastaaja mainitsi esimerkkinä muistisairauden aiheuttamat mahdolliset näkökentän muutokset, jolloin värit näyttävät erilaisilta ja hahmottaminen huonontuu. Tämä voi ilmetä esimerkiksi niin, että muistisairaana on vaikea löytää ovia tai että hän näkee mustia aukkoja lattiassa, jossa on mustia laattoja. Eräs hoitajista totesi, että asukkaaseen tutustuminen on tärkeää ja kuvaili sitä näin:

”Oppia tuntemaan mikä epämukavuus kenenkin kohdalle aiheuttaa käytösoireita”

Yksi hoitajista kuvaili, että muistisairaana potilaan kanssa on tärkeää ensin rakentaa luottamus. Hän kuvaili asiaa näin:

”Tärkeää on ensin rakentaa luottamus, istua viereen ja puhua selkokieltä.”

Mainituista asioista lempeä kosketus ja puhetyyli rauhoittavat asukasta ja auttavat luottamuksen syntymistä hoitajan ja muistisairaana välille. Yksi hoitajista totesi, ettei muistisairaana saa vaatia liikaa, sillä liian vaikeat tehtävät lisäävät levottomuutta. Kehumisesta ja kannustamisesta oli myös positiivista kokemusta. Myös huumori, ystävällisyys, koskettaminen, lempeys ja kärsivällisyys tulivat esille käytösoireiden kohtaamista helpottavina tekijöinä. Mahdollisimman häiriötön ympäristö ja kontaktin ottaminen asukkaaseen rauhallisesti tulivat kyselyssä esille. Erään hoitajan mukaan ei-sanaa ei tulisi käyttää. Hoitaja jatkaa, että jos tulisi tilanne, jossa sitä tavallisesti käyttäisi, niin silloin olisi järkevää ohjata muistisairaana huomio vain muualle kyseisestä tilanteesta. Käytösoireiden kohtaamista kuvailtiin myös näin:

”Välillä on hyvä kysyä, miksi? Asettua potilaan asemaan ja yrittää katsella asioita hänen näkökulmastaan.”

Toisin sanoen hoitaja tarkoitti, että on hyvä kysyä itseltään miksi muistisairas käyttäytyy juuri niin kuin käyttäytyy. Tämä oli erään hoitajan näkökulma siihen, miten voisi ymmärtää ja olla

muistisairaana tukena. Toinen vastaaja toi käytösoireiden kohtaamista helpottavia tekijöitä esille näin:

”Ehkä suurin hyöty on tietää asukkaasta mahdollisimman paljon taustatietoa. Elämäntarinan kartoittaminen, valokuvat ja omaisten kanssa juttelu antaa tietoa henkilölle tärkeistä asioista, myös mahdollisista ikävistä asioista, joita on tapahtunut.”

Elämänkaaren tunteminen tuotiin esille jokaisessa vastauksessa. Vastauksissa kuvailtiin, että on hyvä tietää muistisairaana mieliruoat, tavat ja tottumukset kotona asumisen ajalta. Kun tuntee asukkaan menneisyyttä, voi keskustelua ohjata mielenkiintoisiin asioihin. Asian merkitystä kuvailtiin myös näin:

”Kun tuntee asukkaan hyvin, osaa olla lisäämättä levottomuutta tai aggressiivisuutta turhaan omalla käytöksellään, pienetkin asiat voivat olla merkityksellisiä ja joskus jonkun hoitajan olemus voi muistuttaa jotakuta henkilöä menneisyydestä (Tästä voi olla hyötyä, mutta myös haittaa, jos henkilö oli epämiellyttävä)”

Toisaalta hoitaja voi muistuttaa jotakin ihanaa ihmistä, kuten äitiä, mutta toisaalta taas tuoda mieleen jonkun epämiellyttävän henkilön ja näin aiheuttaa asukkaassa negatiivisia tunteita. Potilaan luonteenpiirteiden tuntemista pidettiin myös tärkeänä, sillä erään hoitajan mukaan *”jokaisella on omat piirteensä ja kikat, jotka toimivat yleensä”*. Näillä kikoilla hoitaja tarkoittaa tietoa siitä, millä asioilla asukasta on helppo ohjalla käytösoireista pois. Tärkeänä pidettiin myös, että hoitaja tuntee omat rajansa. Jos omat keinot loppuvat tai näyttää siltä että asukas vain ärsyyntyy, voi kysyä apua toiselta hoitajalta ja tarvittaessa vaihtaa hoitajaa. Työyhteisön tuki kuvailtiin tällaisessa tilanteessa merkitykselliseksi työntekijän jaksamisen kannalta.

8.2 Käytösoireita lisäävät tekijät

Vääränlaisella ympäristöllä koettiin olevan suuri merkitys muistisairaana käytösoireita lisäävänä tekijänä. Kyselyn mukaan jo se, että samassa yksikössä hoidetaan sekä muistisairaita että ei-muistisairaita ikääntyneitä, voi lisätä muistisairaana epämukavuutta ja käytösoireita. Ympäristön virikkeellisyydellä ja vastaavasti virikkeettömyydellä koettiin myös olevan vaikutusta muistisairaana käytösoireiluun:

”Liian paljon virikkeitä arjessa saa myös muistisairaana oirehtimaan sekä liian vähäinen virikkeellisyys.”

Vastauksista ilmeni, että liian hälyisä ympäristö aiheuttaa muistisairaassa levottomuutta, mutta toisaalta täysin virikkeetön ympäristö aiheuttaa passiivisuutta. Ympäristö, joka ei tarjoa mitään katseltavaa, koettavaa tai tehtävää toi käytösoireita esille. Hälyisän ympäristön aiheuttajina mainittiin televisio, hoitajan kovaääninen puhe, kolina ja toisen asukkaan huuhtelu.

Kyselyn mukaan suuri hoitoyksikkö ja pitkät käytävät koettiin levottomuutta aiheuttavina tekijöinä. Hoivayksikköön tullessa muistisairaahan toimintaympäristö muuttuu täysin, mikä voi hämmentää muistisairasta. Ympäristöön ilmaantuu uusia ärsykeitä ja entisen ympäristön ärsykkeet jäävät pois. Myös uudet hoitajat, vieraat tilat ja huonekalut aiheuttavat muistisairaassa hämmennystä. Erilaiset värit ja äänet voivat vastaajien mukaan aiheuttaa levottomuutta muistisairaassa. Eräs vastaajista kertoi tärkeäksi asiaksi, ettei muistisairaahan huonetta vaihdeta enää sen jälkeen, kun hän on kotiutunut hoivayksikköön ja omaan huoneeseensa. Tällainen huoneen vaihdos aiheuttaisi hänen mukaansa vain turhaa ahdistusta ja sekavuutta asukkaassa. Ympäristötekijöistä tuotiin esille myös liiallinen huoneilman kylmyys ja kuumuus:

”Liian kylmä tai kuuma huoneilma pahentaa oireita, esim haluttomuus liikkua, nousta vuoteesta”

Myös kesäisin kuumuus, kirkas auringonpaiste ja häikäisy koettiin levottomuutta lisäävinä tekijöinä. Hoitajien mukaan on tärkeää huomioida asukkaan vaatetus ilman lämpötilan mukaan. Myös vääränlainen valaistus voi aiheuttaa muistisairaassa sekavuutta. Eräs hoitaja kuvaili, että kirkkaat valot ja varjot voivat luoda muistisairaalle aistiharhoja.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että ihmisillä, joiden kanssa muistisairas on vuorovaikutuksessa, on myös vaikutusta käytösoireiden ilmenemiseen. Hoitajien kiireinen käytös vaikuttaa kyselyn mukaan asukkaaseen. Hoitaja voi oman kiireen takia ajattelelmattomuudessaan kiirehtiä asukasta, mikä voi olla muistisairaalle asukkaalle ahdistavaa. Eräessä vastauksessa todettiin, että tällaisessa tilanteessa käy usein niin, että kiirehtiminen vain pitkittää toimintaa. Myös hoitajan kovat otteet hoidettaessa voivat laukaista ahdistusta ja aggressiota. Kyselyn mukaan aggressiota ilmeni myös tilanteissa, jotka liittyivät muistisairaahan epämiellyttävään muistoon. Sitä kuvailtiin eräessä vastauksessa näin:

”Jokin ominaisuus toisessa ihmisessä, hoitajassa tai toisessa potilaassa voi laukaista aggression”

Ympäristön vaikutusta yksinäisyyteen oli myös pohdittu. Turvattomuuden tunnetta oli vastaajien mukaan aiheutunut sekä muistisairaahan ollessa yksin että isossa väkijoukossa. Tämän koet-

tiin riippuvan yksilöstä. Omaisten vierailujen kerrottiin myös laukaisseen käytösoireita. Samalla tavalla, jos omaiset eivät vierailleet muistisairaana luona koettiin sen ylläpitävän muistisairaana turvattomuutta ja levottomuutta:

”Omaisten käynti tai käymättömyys. Ikävä, omaisten turhautuminen”

Hoitajien mukaan vuorovaikutus omaisten kanssa aiheuttaa ikävän ja kaipuun tunteita muistisairaassa. Tällaisessa tilanteessa myös omaiset voivat helposti turhautua, jos kokevat muistisairaana taholta liiallista takertumista ja näin provosoida muistisairaana käytösoireita.

Kyselyssä korostui käytösoireiden aiheuttajana muutokset potilaan terveydentilassa ja potilaan huono fyysinen terveydentila. Ulostus- ja virtsaamistarve sekä nälkä ja jano mainittiin tekijöinä, jotka voivat lisätä muistisairaana käytösoireilua, erityisesti levottomuutta ja aggressiivisuutta. Hoitajat kokivat tärkeinä potilaan perustarpeista huolehtimisen, ja he huomioivat käytösoireiden synnyn jo aivan ruohonjuuritasolta. Eräs vastaajista ajatteli näin käytösoireiden lisääntymisestä:

”Jos hoitajat eivät kunnolla huolehtineet muistisairaana perusasioista (Wc-käynnit, ruokailu, hygienia..)”

Toisaalta taas vastaajat ottivat huomion, että levottomuus voi aiheuttaa sen, ettei muistisairas malta pysähtyä ruokailemaan ja näin ollen nälkä ja jano voivat olla seurausta käytösoireesta. Samalla tavalla malttamattomuus pysähtyä päivälevolle voi aiheuttaa ylimääräistä väsymystä muistisairaassa. Päivittäiset toimet voivat olla epämiellyttäviä tilanteita muistisairaille. Vastauksista ilmeni, että vessassa käynti tai kuivittaminen voivat tuoda esille aggressiivisuutta ja vastustusta muistisairaana taholta. Kipurien ja infektioiden kuvailtiin pahentavan sekavuusoireita ja aiheuttavan asukkaalle yleistilan laskua ja kaatuilua. Eräs vastaajista toi esille myös suuhygienian tärkeyden muistisairaana potilaan hoidossa:

”Jos suun kuntoa ei tarkkailla, voi hampaiden ja limakalvojen vaivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta.”

Muistisairaana lääkelistan säännöllinen tarkistaminen koettiin tärkeäksi, niin että sieltä voidaan huomioida vanhentuneet, sopimattomat ja merkityksettömät lääkitykset. Tästä esimerkkinä mainittiin sopimaton Alzheimer lääkitys. Eräs hoitajista mainitsi myös, että muistisairaana rajoittaminen kaatumisriskin vuoksi voi lisätä käytösoireita. Muistisairaana sitominen turvavyöllä geriatriseen tuoliin koettiin aiheuttavan aggressiivisuutta ja huutelua asukkaassa.

8.3 Käyttöoireita vähentävät tekijät

Rauhallinen oli sana, joka toistui vastauslomakkeissa yhä uudelleen, kun kysymyksessä oli muistisairaahan käyttöoireita vähentävät tekijät. Hoitajat kuvailivat, että ympäristön tulisi olla rauhallinen. Myös hoitajan käytöksen tulisi olla rauhallista. Hoitajan tulisi osata käyttää sopivasti ääntä, ottaen huomioon minkälainen kuulo potilaalla on. Eräs hoitaja oli kuvannut tätä hyvin:

”Hoitajien rauhallinen käytös. Sopivasti ääntä, niin että muistisairas kokee olevansa turvassa eikä ole jäänyt yksin.”

Hoitajat pitivät myös tärkeänä, että ennen hoitotoimenpiteitä potilaalle kerrotaan rauhallisesti ja selkeästi mitä aiotaan tehdä. Läsnäolo arjessa ja pienet pysähdykset potilaan vierelle ja muutaman sanan vaihtaminen voivat rauhoittaa muistisairasta asukasta. Hoitajien pieni vaihtuvuus luo myös turvallisuuden tunnetta. Eräs hoitaja kuvaili turvallisuudentunteen luomista näin:

”Turvallisuuden tunnetta lisää kun hoitaja käyttäytyy niin, että tuntee potilaan, puhuu tuista ihmisistä, koskettaa, halaa ja rauhoittelee.”

Tämä onnistuu parhaiten silloin, kun hoitajalla on muistisairaahan elämäntarina tiedossa ja sitä kautta esimerkiksi muistisairaahan lempimusiikki. Silloin hoitaja voi hyrällä asukkaahan lempilaulua rauhoittavasti tuoden asukkaalle hyvää mieltä tai muistella esimerkiksi muistisairaahan lapsuutta yhdessä hänen kanssaan.

Mielekkäiden virikkeiden merkitystä korostettiin myös useissa vastauksissa. Eräs hoitaja kuvaili käyttöoireita vähentäviä tekijöitä näin:

”Tutut ihmiset, arkirutiinit, entisten harrastusten jatkaminen, jos vielä onnistuu ohjatusti, päivätoiminta, mielekäs tekeminen”

Monen hoitajan mielestä on tärkeää, että muistisairas saisi harrastaa asioita, joista pitää ja joihin vielä kykenee. Hoitajan rooli tällaisessa tilanteessa on olla tukemassa muistisairaahan harrastemahdollisuuksia. Laulaminen koettiin yleisesti mielekkääksi viriketoiminnaksi. Eräs hoitaja kuvaili tilannetta, jossa muistisairas osasi laulunsanoja, vaikka ei normaalisti juurikaan puhunut enää. Ohjattu päivätoiminta ja mielekäs tekeminen koettiin yleisesti ottaen tärkeäksi kaikissa vastauksissa. Eräs hoitajista korosti kuitenkin, että virikkeiden järjestämisessä tulee ottaa huomioon asukkaahan sairauden vaihe ja järjestää hänelle sellaista virikettä,

mihin hän vielä kykenee. Liian haastava harraste voi aiheuttaa muistisairaassa vain ahdistusta, jos hän ei suoriudu vaaditusta tehtävästä. Mahdollisuutta ulkoiluun pidettiin myös tärkeänä:

”Mahdollisuus ulkoilla, jos pitää siitä”

Ympäristön merkitys muistisairaahan käytösoireita vähentävänä tekijänä koettiin myös merkitykselliseksi. Tärkeää on, että asukkaan huone ja yleiset tilat on sisustettu selkeästi, niin että ympäristö olisi mahdollisimman viihtyisä ja turvallinen asukkaalle. Asukkaan omaan huoneeseen on hyvä tuoda hänelle tuttuja esineitä, niin että hän tuntisi olonsa kotoisammaksi. Edellä mainittuja asioita kuvailtiin näin:

”Mahdollisimman vähän muutoksia, huoneessa tuttuja asioita, mutta turvallisesti”

Eräs hoitaja pohti asiaa, että ympäristön tulisi olla sellainen, jossa asukas voi toimia itsellensä ominaisella tavalla. Esimerkiksi katsoa televisiota, kuunnella musiikkia tai olla vain hiljaisuudessa, jos niin haluaa. Myös hyvällä valaistuksella koettiin asuinympäristössä olevan merkitystä käytösoireiluun. Eräs vastaajista mainitsi, että muistisairaiden huoneissa ei tulisi käyttää loisteputkivalaisimia, jotka häikäisevät asukasta. Kyselyssä ilmeni, että turvallisessa ympäristössä tuttujen ihmisten ja arkirutiinien parissa, on muistisairaahan helpompaa elää normaalia elämää ja jatkaa entisten harrastusten parissa.

Muistisairaahan asukkaan fyysisestä terveydentilasta huolehtiminen nousi myös esille käytösoireita vähentävänä tekijänä. Eräs vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan pitäisi oppia tunnistaamaan asiat, jotka voivat vaikuttaa muistisairaahan fyysiseen terveydentilaan. Tällaisia asioita olivat hänen mielestään esimerkiksi ravinnonsaanti ja riittävä lepo. Erään vastaajan mukaan muistisairas asukas tulisi ottaa huomioon yksilönä ja hänellä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaan päivärytmiin:

”Mahdollisuus vaikuttaa omaan päivärytmiin. Voi nukkua pitempään tai katsoa tv:tä huoneessa jos ei nukuta, voi käydä suihkussa illalla, jos aamulla ei jaksa jne.”

Asukkaalla, jolla on vaihtelevat ruokahalut tulisi olla mahdollisuus syödä yksilöllisesti silloin kun ruoka maistuu. Kyseinen hoitaja korosti myös, että muistisairaahan asukkaan ravitsemuksesta tulisi huolehtia ja jos ruokahalua ei ole, sitä tulisi lisätä mieleisillä ruoilla, juomilla ja pienillä herkuilla.

Fyysisistä tekijöistä tuotiin esille myös mahdollisten kipujen ja infektioiden hyvä hoito. Toisaalta taas tuotiin esille perusasioita, kuten muistisairaahan ohjaaminen vessaan säännöllisesti.

Eräs vastaajista mainitsi myös muiden sairauksien tunnistamisen ja niiden hyvän hoidon käytösoireita vähentävänä tekijänä. Myös lääkityksen tarkistaminen mainittiin, niin kuin jo käytösoireita lisäävissä tekijöissä.

8.4 Käytösoireiden vaikutus ei-muistisairaisiin asukkaisiin hoivakotiympäristössä

Viimeisessä kysymyksessä selvitettiin miten muistisairaahan käytösoireilu vaikuttaa toisiin ei-muistisairaisiin asukkaisiin hoivakotiympäristössä. Muistisairaahan levottomuuden, vaeltelun ja ääntelyn hoitajat kokivat toisia asukkaita väsyttävänä asioina. Eräs hoitaja kuvaili asiaa näin:

”Riippuu paljon käytösoireestakin, äänekkyyks häiritsee ehkä eniten”

Hoitajien mukaan ne herättävät muissa asukkaissa oudoksuntaa ja ahdistusta. Aggressiivisuuden hoitajat kuvailivat pelkoa luovana käytösoireena. Pelkoa ei-muistisairaille asukkaille voi aiheuttaa myös se, että muistisairas harhautuu väärään huoneeseen päivällä kun huoneessa ei ole ketään tai vastaavasti yöllä, kun huoneen asukas on jo nukkumassa. Eräs hoitajista kuvailikin näin:

”Yöt voivat olla rauhattomia jos osastolla on valetelevia ja huutelevia potilaita.”

Ylimääräinen meteli ja pelontunne voivat viedä toisen asukkaan yöunet. Tällaisen käytöksen kuvailtiin aiheuttavan jopa aggressiota muissa asukkaissa. Muistisairaahan vaeltelu voi aiheuttaa myös ristiriitoja asukkaiden kesken. Ei-muistisairaalla voi olla pelkoa tavaroiden häviämisestä tai siitä, että muistisairas tekee pahaa. Eräs hoitaja kuvaili sitä näin:

”Pelätään oman turvallisuuden puolesta, myös omien tavaroiden häviäminen tai rikkoutuminen pelottaa.”

Muistisairaiden kohtaaminen päivittäin voi aiheuttaa ei-muistisairaassa henkilössä myös pelkoa ja huolta omasta tulevaisuudesta. Ei-muistisairasta asukasta voi erään vastauksen mukaan mietityttää mahdollinen oma dementoituminen. Muistisairauteen sairastuminen ja muistin menettäminen ajatuksena ovat ahdistavia kelle tahansa. Silloin kyky kontrolloida omaa elämää hiipuu ja väistämättä käy niin, että jää toisten ihmisten armoille. Siksi on ymmärrettävää, että tulevaisuus huolestuttaa ei-muistisairasta.

Yksi hoitajista kuvaili joidenkin ei-muistisairaiden asukkaiden suhtautumista muistisairaisiin huumorin avulla ja ymmärtäen, mutta hänen mukaansa tällainen suhtautuminen oli melko vä-

häistä. Hoitaja jatkoi vastauksessaan, että toisaalta ymmärtäväinenkin asukas kyllästyy ja väsy, jos muistisairas toistaa asioita ja kertoo samat tarinat monta kertaa. Toinen hoitaja kuvaili asiaa kuitenkin näin:

”Suurin osa ei ymmärrä sen olevan sairauden oiretta ja paheksuvat, pelkäävätkin.”

Muistisairaahan käytösoireet voivat aiheuttaa arvostelua. Jopa halveksuvaa asennetta voi ilmetä ei-muistisairaiden taholta. Tämä johtuu varmasti osin teorian tiedon puutteesta ja turhautumisesta.

Eräs hoitaja kiinnitti vastauksessaan huomiota myös yleiseen hygieniaan. Hän mainitsi, että muistisairaat saattavat sotkea ja tuhria yleisiä tiloja, jos hoitajat eivät ehdi puuttua asiaan ajoissa. Ruokapöydässä muistisairas saattaa näpelöidä likaisilla käsillä ruokia. Hoitajat olivat havainneet, että tällainen käytös inhottaa ja suututtaa ei-muistisairaita asukkaita. Eräs hoitaja kuvaili tällaista tilannetta näin:

”Voi tulla halu ”kouluttaa” tai kostaa jos on kokenut jotain epämiellyttävää muistisairaahan taholta.”

Tällaisiin asioihin hoitajalla on hyvä mahdollisuus vaikuttaa nopealla reagoinnilla ja näin tehdä kanssakäymisestä muistisairaiden ja ei-muistisairaiden välillä mielekkäämpää. Eräessä vastauksessa kuvailtiin myös, että on asukkaita, jotka olettavat etteivät sairaat ihmiset kuule tai ymmärrä mitä heistä puhutaan aivan vieressä. He saattavat puhua hyvinkin loukkaavasti samassa tilassa tai hoitopaikassa olevasta ihmisestä. Hoitaja kuvaili asiaa myös näin:

”Hehän eivät koe olevansa ”vaitiolovelvollisia” asioista, joita näkevät tai kuulevat. He saattavat kokea jonkinlaista ylemmydentunnetta, kun eivät ole vielä itse ”höperöitä”.”

Hoitajien mielestä pitkällä aikavälillä toiset asukkaat väsyvät muistisairaahan asukkaan käytösoireisiin, jotka ilmenevät jatkuvana kyselynä ja avuntarpeen pyytämisenä. Eräs hoitaja kuvaili, että muistisairas muuttuu yhteisössä ikään kuin näkymättömäksi, kun kukaan ei enää reagoi jatkuviin avunpyyntöihin. Asukas, jolla ei ole muistisairautta voi eristäytyä omaan huoneeseen, eikä halua olla tekemisissä muistisairaiden kanssa. Muistisairaahan tilanteen ymmärtäminen voi olla toisille asukkaille haastavaa. Yhdessä vastauksessa kuvailtiin, että ei-muistisairaat voivat nauraa muistisairaalle tai väheksyä häntä, koska muistisairas ei ole samanlainen kuin muut. Moni vastaajista totesikin, että muistisairaat ja ei-muistisairaat olisi hyvä hoitaa omissa yksiköissään, sillä samassa yksikössä asuminen aiheuttaa helposti kiusallisia tilanteita.

9 Pohdinta

Ikääntyneiden hoitotyössä kohtaa monenlaisia muistisairauksia sairastavia ihmisiä. On tavallista, että muistisairailta esiintyy jonkinlaisia käytösoireita jossakin vaiheessa sairauttaan (Erkinjuntti ym. 2015, 90 -91). Aiheen tähän opinnäytetyöhön sain tehdessäni töitä ikääntyneiden ja muistisairaiden kanssa. Muistipotilaiden hoidossa kaipasin apuvälineitä käytösoireiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Muistipotilas saattaa jatkuvasti kysellä ”Missä olen” tai vastavasti vaellella jatkuvasti ja valittaa jotain oiretta. Tällaiset tilanteet koin hyvin ahdistaviksi, enkä tiennyt miten niihin tulisi suhtautua. Opinnäytetyötä tehdessäni olenkin oppinut, että käytösoire on ikään kuin muistisairaahan ihmisen tapa reagoida tilanteisiin, jotka aiheuttavat hänelle ahdistusta. Tilanteen voivat olla aivan samanlaisia, jotka aiheuttaisivat ahdistusta ei-muistisairaallekin ihmisille. Terve ihminen vain osaa suhtautua näihin tilanteisiin järkevämmin. Mielestäni joissakin käytösoireissa on myös taustalla kykenemättömyys käsitellä ahdistavia tunteita. Käytännön hoitotyössä olen huomannut, että muistisairaahan kanssa toimiminen on sujuvaa, kun työskentely on johdonmukaista. Koen, että jos muistisairaalle yrittää väkisin selittää mitä nyt tehdään ja miksi, saattaa se tuottaa hänessä ahdistusta. Toisaalta taas arkisissa tilanteissa, kuten ruokapöytään saattaessa, voi lehmistä puhuminen muistisairaahan henkilön kanssa tehdä menosta sujuvampaa. Tällöin hoitajan ei tarvitse jatkuvasti vastata muistisairaahan kysymyksiin siitä mihin olemme menossa. Ja miksi pitäisikään? Pääasia kuitenkin on, että muistisairaalla on turvallinen ja rauhallinen olo.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Sairaanhoitajan käsikirjassa mainitaan sairaanhoitajan eettisissä velvollisuuksissa, että sairaanhoitajat vastaavat oman alansa asiantuntijuudesta sekä huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä (Puttonen 2015). Tämä opinnäytetyö toimii siis sairaanhoitajan etiikan mukaan hoitotyön kehittäjänä. Henkilökohtaisella tasolla tämä opinnäytetyö on kehittänyt työn tekijän asiantuntijuutta ja osaamista muistisairaahan hoitotyössä ja käytösoireiden kohtaamisessa. Opinnäytetyön tilaajan kannalta työ kehittää taas työyhteisön asiantuntijuutta. Työelämältä pyydettiin palaute Laurean virallisella opinnäytetyön palautelomakkeella. Palautelomakkeesta kävi ilmi, että opinnäytetyön toteutusvaiheessa yhteistyö oli keskustelevaa ja sujuvaa. Työelämän edustajan mukaan tätä opinnäytetyötä on tarkoitus hyödyntää henkilöstön kouluttamisessa. Palautelomakkeessa työelämäedustaja kuvaili että materiaalia voidaan hyödyntää uusien tai muuten vähemmän työkokemusta omaavien hoitajien ammattitaidon kehittämiseen. Näin voidaan kehittää työyhteisön asiantuntijuutta. Työyhteisössä yksilön asiantuntijuuden kehittyminen on myös kuitenkin jokaisen työyhteisön jäsenen omasta panostuksesta kiinni. Opinnäytetyö tulee julkiseksi

Theseus-tietokantaan, jolloin sen tutkimustulokset tulevat jokaisen sairaanhoitajan saavutettavaksi.

Tässä työssä tutkimuksen kohteena olivat hoitajat. Jos tutkimuskysely olisi tehty hoitajien sijaan itse muistisairaille tai ikääntyneille, olisi heidät luettu haavoittuvaan tutkimusryhmään (Nikander & Zechner 2006). Tällöin tutkimusmateriaali olisi täytynyt säilyttää salassa, niin ettei vastaajien intimitteetti vaarantuisi. Hoitajia haastateltaessa tulee silti käyttäytyä hienotunteisesti ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen, niin kuin tässäkin työssä. Vastaukset käsiteltiin niin, ettei niitä voida identifioida yksittäiseen henkilöön.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat laajasti työn teoreettista viitekehystä. Useat kyselyssä mainitut käytösoireet, auttamismenetelmät ja käytösoireita lisäävät tekijät nousivat esille jo teoreettisen viitekehysten kokoamisvaiheessa. Tällä voidaan perustella, että tutkimuksen tulokset antavat luotettavaa tietoa, sillä ne puoltavat kirjallisuudesta löytyvää tietoa ja aikaisempia tutkimustuloksia. Kyselyssä mukana olleista hoitajista suurin osa vastasi kysymyksiin hyvin kuvailevasti ja näin ollen tutkimusaineisto oli tuloksellista ja siitä oli helppoa ryhtyä tekemään analyysiä. Uutena tietona opinnäytetyö tuo esiin ei-muistisairaiden asukkaiden suhtautumista muistisairaankäytösoireisiin hoivakotiympäristössä. Varsinaista muuta uutta tietoa tutkimustulokset eivät tuoneet esille.

Tämä opinnäytetyö kokoaa tietoa muistisairaiden käytösoireista ja niiden hoidosta. Näin se voi olla apuvälineenä ja tiedonlähteenä sekä omaisille että hoitohenkilökunnalle. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön laajuiseksi tutkimukseksi otanta tässä tutkimuksessa oli sopiva, mutta toisaalta on aina huomioitava, että suuremmalla otannalla voisi saada enemmän laadukasta tietoa. Jokainen vastauslomake otettiin huomioon ja saatu aineisto käsiteltiin huolellisesti. Aineistosta ei poistettu materiaalia ja se pyrittiin käsittelemään neutraalisti, niin ettei tutkimustulokseen pääsyt vaikuttamaan tutkimuksen tekijän oma kokemus tutkitusta ilmiöstä.

9.2 Johtopäätöksiä ja aiheita jatkotutkimukselle

Hoitohenkilökunnan on hyvä tiedostaa käytösoireen perimmäinen syy, niin että siihen voidaan tarttua. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat sitä käsitystä, että käytösoireiden hoidossa tärkeintä on poistaa juuri tuo oireen synnyttävä syy. Syy voi olla hyvinkin yksinkertainen. Muistisairaankäytösoireiden ilmaantuminen ilmoittaa esimerkiksi janon tunteesta tai tarpeesta käydä vessassa, voi aiheutua hänelle levottomuutta ja aggressiivisuutta. On siis tärkeää, että heidän perustarpeista huolehditaan. Arkirutiinit voivat kokemuksen perusteella lisätä turvallisuuden tunnetta. Työelämässä olen havainnut että kun levottoman muistisairaankäytösoireiden ilmaantuminen käydessä vessassa,

saattaa hän rauhoittua todella paljon ja muuttua levolliseksi. Tämä kävi ilmi myös tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista. Tärkeää on myös tuntee näyttöön perustuvaa teorian tietoa muistisairauksista, niin että muistisairasta potilasta voidaan hoitaa kokonaisuutena hyvin.

Vastauksia litteroidessa heräsi ajatus siitä, pitäisikö muistisairaant ja ei-muistisairaant ikäänntyneet hoitaa eri yksiköissä. Tämä koettiin hoitajien taholta parhaaksi vaihtoehdoksi sekä muistisairaiden että ei-muistisairaiden kannalta. Toteutetun tutkimuksen mukaan hoitajien kokemus asiasta oli, että asuminen samassa yksikössä aiheuttaa stressiä molemmille osapuolille. Tutkimuksen mukaan muillakin ympäristötekijöillä kuten valolla, äänillä ja lämpötilalla koettiin olevan suora yhteys käytösoireiden ilmenemiseen. Tämän opinnäytetyön tuloksena selvisi, kuinka psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on fyysisten tekijöiden rinnalla merkitystä muistisairaant käytösoireiden määrään. Tässä opinnäytetyössä esille nousee juuri se, kuinka tärkeää on, että potilas huomioidaan kokonaisuutena. Opinnäytetyön kyselyn mukaan myös yksilölliset tarpeet tulisi huomioida. Pohdintaa herättääkin se, voiko isossa yksikössä vaikuttaa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tähän vaikuttaa varmasti hoitohenkilökunnan luovuus ja ammattitaito muistisairaant hoitotyössä. Tämä tutkimus herätti monenlaisia ajatuksia ja jatkotutkimusaiheita muistisairaant hoitotyöstä ja käytösoireista. Asiaa voitaisiin tutkia hoitohenkilökunnan lisäksi omaisten näkökulmasta. Samassa hoivayksikössä asumista ei-muistisairaiden kanssa voitaisiin tutkia myös muistisairaitten näkökulmasta, kuinka se vaikuttaa heidän arkeensa. Tarttumapintaa uusille opinnäytetöille ja tutkimukselle aiheesta varmasti riittää vielä tulevaisuudessakin. Onhan muistisairaant mielenkiintoinen ja yhteiskunnassa yhä enenevä potilasryhmä.

Painetut lähteet:

Aaltola, J. & Valli, R. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Alhainen, K., Erkinjuntti, T., Huovinen, M & Rinne, J. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Parviainen, T. 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammer-paino Oy.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYproOy.

Sähköiset lähteet:

Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Viitattu 10.5.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00883&p_haku=alzheimers

Brecher, D. & West, T. 2016. Underrecognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. American journal of hospice & palliative medicine. Viitattu 3.10.2016.

<http://ajh.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/33/3/276.full>

Erkinjuntti, T. & Remes, A. 2013. Otsa-ohimolohkorappeuma. Viitattu 13.6.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01875&p_haku=otsalohkodementia

Koponen, H. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Viitattu 15.5.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524#s1

Nikander, P. & Zechner, M. 2006. Ikäetiikka - elämänkulun ääripäät, haavoittuvuus ja eettiset kysymykset. Viitattu 3.11.16.

http://people.uta.fi/~pirjo.nikander/nikander_zechneryp5_2006.pdf

Puttonen, J. 2015. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Viitattu 3.11.16.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Remes, A. 2013. Alzheimerin tauti. Viitattu 10.05.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00883&p_haku=alzheimers

Sulkava, R. 2016. Lewyn kappale-tauti. Viitattu 11.05.2016.

<http://www.oppiporssi.fi.nelli.laurea.fi/op/ger00805/do#q=lewyn>

Käypähoito, Muistisairaudet 2010. Viitattu 12.05.2016

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00834&p_haku=lewyn

Käypähoito, Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset) 27.5.2010. Viitattu 5.9.2016

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=1537ED46916EA73FB2D15D38004D43F0?id=nix01592>

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake	39
-----------------------------	----

Liite 1: Kyselylomake

Hei!

Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaalan asukkaan käytösoireista ja niiden hallinnasta.

Noin 90 % muistipotilaista kärsii jossakin vaiheessa sairauttaan käytösoireista. Muistisairaalan käytösoireilla tarkoitetaan psykologisia oireita, jotka ovat potilaalle haitallisia. Yleisimpiä käytösoireita dementiaa sairastavalla potilaalla on persoonallisuuden muuttuminen, uni-valvetrytmin häiriöt sekä apatia ja masennus. Tavallisia oireita ovat myös levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet kuten kuulo ja näkö harhat, syömishäiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 90-91.)

Vastaa kysymyksiin oman kokemuksesi perusteella. Kiitos!

Terveisin Sanni Kovapohja

Koulutus:

Työkokemus vuosina hoitoalalta:

Minkälaisia käytösoireita olet kohdannut muistisairaalan potilaan hoitotyössä?

Minkälaisia auttamismenetelmiä omaat muistipotilaan käytösoireiden kohtaamiseen?

Minkälaisista asioista koet olevan hyötyä käytösoireiden kohtaamisessa?

Minkälaisten asioiden koet lisäävän muistipotilaan käytösoireita? (Esim. asuinympäristö, harrastukset, viriketoiminta, ulkopuolisten ärsykkeiden määrä ja potilaan fyysinen terveydentila.)

Minkälaisten asioiden koet vähentävän muistipotilaan käytösoireita? (Esim. asuinympäristö, harrastukset, viriketoiminta, ulkopuolisten ärsykkeiden määrä ja potilaan fyysinen terveydentila.)

Koetko muistisairaana käytösoireilun vaikuttavan toisiin ei muistisairaisiin asukkaisiin?