

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Päivi Nikkilä

**ETENEVÄÄ MUISTISAIRAUTTA SAIRASTAVAN
KÄYTÖSOIREET JA HOITOTYÖN
LÄÄKKEETTÖMÄT AUTTAMISMENETELMÄT
- KIRJALLISUUSKATSAUS**

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

Päivi Nikkilä

Etenevää muistisairautta sairastavan käytösoireet ja hoitotyön lääkkeettömät auttamismenetelmät - kirjallisuuskatsaus, 37 sivua, 1 liite

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö, 2010

Ohjaaja: lehtori Riitta Kalpio

Opinnäytetyö käsitteli etenevää muistisairautta sairastavan käytösoireiden ilmenemismuotoja sekä lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä. Tavoitteena on saada lisää tietoa, mitkä ovat yleisimmät käytösoireet ja millaisia ovat tavallisimmat lääkkeettömät hoitotyön auttamismenetelmät. Menetelmänä käytän kirjallisuuskatsausta, jonka aineistona on sosiaali- ja terveysalan tietokannoista sekä manuaalisesti haetut kolme tutkimusta ja neljä artikkelia. Opinnäytetyössäni käyttämäni aineisto ajoittuu vuosille 2001 (2), 2004 (1), 2006 (3), 2008 (1). Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Hoitajan on tunnistettava muistihäiriöisen käytösoireet ja kyettävä ammatillisesti suhtautumaan dementoivaa sairautta sairastavaan henkilöön, sekä pyrittävä käyttämään hoitotyön keinoja hänen auttamisekseen.

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston mukaan etenevää muistisairautta sairastavan tavallisimpia käytösoireita ovat muiden muassa levottomuus, aggressiivisuus ja huutelu. Käytösoireiden ilmaantuessa tai pahentuessa tulee selvittää somaattisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden osuus. Muistisairaahan kohtaaminen rauhallisesti, kiireettömästi ja arvostavasti sekä rauhallinen ympäristö ja tieto dementoituvista sairauksista on jo osa ennaltaehkäisevää muistisairaiden hoitoa. Tutkimustulosten mukaan hoitotyöntekijät käyttävät ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvän henkilön. Tutkimuksissa korostettiin kuuntelun, muuhun toimintaan huomion kiinnittämisen ja virikkeiden merkitystä. Hoitoympäristön ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa. Hoitohenkilökunnan koulutus ja asenteet ovat avainasemassa hoidettaessa muistisairaita henkilöitä.

Avainsanat: Käytöshäiriöt, lääkkeetön hoito, etenevä muistisairaus, dementia

ABSTRACT

Päivi Nikkilä

Behavioural disorders of a patient suffering from progressive memory loss and non-medicine treatments. Literary Review. 37 pages, 1 appendix

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree programme in nursing and health care Nursing

Bachelor's Thesis, 2010

Tutor: Lecturer Riitta Kalpio

This thesis examines behavioural disorders of a patient suffering from progressive memory loss and their non-medicine treatment methods. The objective is to get more knowledge about the most common behavioural disorders and non-medicine treatment methods. The theory consists of a literary review gathered from social and health care databases, researches and articles. The material was analysed using qualitative content analysis.

Nurses have to recognize behavioural symptoms and be able to approach professionally to a patient suffering from a dementing illness, and also aim to use nursing methods for helping a patient.

According to the material of the literary review, the most common behavioural disorders are e.g. restlessness and verbal and physical aggression. When behavioural symptoms appear or get worse, the impact of somatic illnesses or other risk factors has to be examined. Calm behaviour, a peaceful environment and knowledge about dementing illnesses are a part of preventing treatment of the demented. The results of the literary review show that caregivers primarily use non-medicine treatment when meeting a patient with a challenging behaviour. In the studies the meaning of listening the patient, recreational activities and redirecting the patient's attention were emphasized. The atmosphere has to be open, flexible and easy-going. The training and attitude of the caregivers play an important role in taking care of demented people.

Keywords: Behavioural disorders, non-medicine treatment, progressive memory loss, dementia

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	7
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ	8
3.1 Aineiston analysointi	11
3.2 Analyysin vaiheet ja luokittelu	11
4 TULOKSET	17
4.1 Tavallisimmat etenevää muistisairautta aiheuttavat sairaudet	17
4.1.1 Alzheimerin tauti	17
4.1.2 Vaskulaarinen dementia.....	18
4.1.3 Lewyn Kappale - dementia.....	18
4.1.4 Frontotemporaalinen dementia	19
4.2 Etenevään muistisairauteen liittyvät käytösoireet.....	19
4.2.1 Käytösoireiden ilmeneminen	21
4.2.2 Psykkiset käytösoireet.....	22
4.2.3 Fyysiset käytösoireet	23
4.2.4 Sanalliset käytösoireet	24
4.2.5 Muita käytösoireita	24
4.3 Etenevää muistisairautta sairastavan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä	25
4.3.1 Psykkisten oireiden hoitotyön menetelmiä	26
4.3.2 Fyysisten oireiden hoitotyön menetelmiä	27
4.3.3 Sanallisia hoitotyön menetelmiä.....	27
4.3.4 Ennaltaehkäiseviä hoitotyön menetelmiä	28
4.3.5 Välinpitämätön ja rajoittava toiminta	29
5 POHDINTA	30
5.1 Luotettavuus	30
5.2 Yhteenveto.....	31
6 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSIA	33
TAULUKOT	34
LÄHTEET	35
LIITE	37
Liite 1 Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja artikkelit taulukoituna	

1 JOHDANTO

Kaikki älyllinen toiminta perustuu tavalla tai toisella muistiin. Muistin eri osatekijöiden monimutkainen yhteistoiminta edellyttää riittävää vireystilaa. Ilman muistia yksilöllä ei olisi identiteettiä tai elämänhistoriaa, läheisimmätkin ihmiset pysyisivät tuntemattomina ja käsitys maailmasta olisi vain havaintojen virtaa, mikä ei jäsenyisi meille ymmärrettävästi. Myös sanojen ja kielen ymmärtäminen sekä mielikuvien muodostaminen vaativat muistia. Muisti on tärkeä osa ihmisenä olemista, ja meillä jokaisella on kokemuksia myös muistin pettämisestä. Toistuessaan unohtaminen ja muistihäiriöt herättävät kysymyksiä ja huolta siitä, mistä muistin ongelmat johtuvat. Suurimmalla osalla unohtamisen taustalla on kiirettä, väsymystä ja keskittymisen tai motivaation puutetta. Osalla kuitenkin ongelmat johtuvat etenevästä muistisairaudesta, johon tärkeää saada ajoissa asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. (Muistiliitto 2009.)

Eteneviä muistisairauksia on kuvattu monin eri tavoin, tyypillistä kuvauksissa on muistin heikentymisen yhdistäminen ihmisen identiteetin menettämiseen. dementoivien sairauksien yhteydessä puhutaan usein persoonan muuttumisesta. Etenevät muistisairaudet murtavat tekijöitä, jotka liitetään yksilöllisyyden ilmentämiseen, kuten tavoitteellinen vuorovaikutus, muisti, orientaatio, toiminnanohjaus ja kontrolli. (Heimonen & Voutilainen 2006.)

Dementiassa on kyse oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Toimintojen heikentyminen rajoittaa muistisairaana itsenäistä, ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita syitä ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. (Erkinjuntti 2006,93.)

Joka kolmas yli 65-vuotias suomalainen ilmoittaa kärsivänsä muistiongelmista. Suurimmalla osalla heistä ei kuitenkaan todeta etenevää muistisairautta. Vuonna 2005 Suomessa oli arviolta 60 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta

oli lievästi heikentynyt, 35 000 kärsi lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeasta dementiasta. Vuosittain jonkin etenevän muistisairauden diagnoosin saa noin 13 000 suomalaista. Alle 65-vuotiaana muistisairauteen sairastuneita arvioidaan Suomessa olevan noin 7 000. Etenevän muistisairauden diagnoosi on masentava tieto. Motivaation herättäminen kuntoutumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen on alkuvaiheessa tärkeää. Itsemääräämisoikeuden toteutumista tulevana vuosina voi ennakoida esimerkiksi tekemällä hoitotahdon. Vuosien 2009 - 2012 aikana tullaan kiinnittämään huomiota muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukemiseen sairauden eri vaiheissa. Pelkästään EU:ssa arvioidaan tällä hetkellä olevan 7,3 miljoonaa muistisairasta ihmistä, kun aiemmin luvun arvioitiin olevan 6,5 miljoonaa. (Muistiliitto 2009.)

Tässä opinnäytetyössä esittelen tavallisimmat eteneviä muistisairauksia aiheuttavat sairaudet, muistisairaahan käytösoireita, niiden ilmenemistä ja hoitotyön auttamismenetelmiä. Tässä työssä keskityn selvittämään lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä muistisairaahan käytösoireiden hoidossa. Käytösoireet aiheuttavat läheisille ja hoitohenkilökunnalle herkästi epätietoisuutta, ahdistusta ja epävarmuutta. Muistisairaudet aiheena kiinnostaa, koska olen hoitotyötä tehdessäni kohdannut paljon eriasteisista muistihäiriöistä kärsiviä ihmisiä. Henkilökohtaista kiinnostusta aiheeseen lisää myös se, että lähipiirissäni on tällä hetkellä etenevää muistisairautta sairastava henkilö, jonka sairauden etenemisen vaiheissa olen mukana omaisena kulkenut. Aihe kiinnostaa myös yleisyytensä vuoksi. Aiheesta löytyy myös paljon tutkittua tietoa ja kirjallisuutta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä opinnäytetyössä tavoitteenani on löytää tutkittua tietoa muistihäiriöön liittyvistä käytösoireista ja hoitotyön auttamiskeinoista. Muistisairauksien yleisyyden vuoksi hoitotyöntekijänä tulen kohtaamaan muistisairaita sekä heidän omaisiaan. Tieto erilaisista muistihäiriöihin johtavista sairauksista ja niihin liittyvistä oireista ja häiriöistä auttaa minua hoitajana löytämään uusia keinoja auttaa ja kohdata muistihäiriötä sairastava potilas sekä löytämään lisää tietoa asiasta antamaan. Tavoitteenani on kehittää omaa asiantuntijuuttani sairaanhoitajana. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössäni käytän kirjallisuuskatsausta.

Opinnäytetyössäni on tarkoitus lyhyesti selvittää lääketieteellisestä näkökulmasta tavallisimmat muistisairauksia aiheuttavat sairaudet, esiintyvyys, niiden oireet sekä hoitotyön näkökulmasta muistisairauksiin liittyvät käytösoireet ja lääkkeettömät auttamismenetelmät. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat

1. Miten muistisairaahan käytösoireet ilmenevät?
2. Mitkä ovat lääkkeettömät hoitotyön auttamismenetelmät?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on keskittyä tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, lehti- ja aikakausi artikkeleihin, tutkimuselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Tarkoitus on selvittää, miten ja mistä näkökulmasta asiaa on aiemmin tutkittu sekä osoittaa tärkeimmät tutkimustulokset ja johtavat tutkijanimet. Katsauksen laatiminen kartuttaa myös menetelmätietoa asiasisällön lisäksi. Työtä tehdessä olemassa oleva tieto on eriteltävä ja arvioitava huolellisesti. Kirjoittajan on myös pyrittävä osoittamaan havaitsemansa näkemyserot, ristiriitaisuudet ja puutteet tutkimuksissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 108–109.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkimuskysymysten perusteella kootaan tietoa jo olemassa olevista tiedonlähteistä. Tavoitteena on kerätä kattavasti alkuperäistutkimuksia, jotta kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ei kärsi tiedon valikoitumisen takia. Tutkimustietoa arvioidaan kriittisesti ja pyritään jäsentämään loogisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee prosessimaisesti vaiheesta toiseen laaditun tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, -menetelmät, alkuperäistutkimusten hakusuunnitelma sekä sisäänotto- ja laatukriteerit. Tutkimuskysymys tai -kysymykset muodostuvat siitä, mihin kirjallisuuskatsauksella haetaan vastausta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakuja tehdään sekä sähköisesti että manuaalisesti niistä tietolähteistä, joista oletetaan saatavan keskeinen tieto tutkimuskysymysten kannalta. Alkuperäistutkimukset haetaan tutkimuskysymysten pohjalta ja valitaan ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti ensin otsikon ja tarvittaessa tiivistelmän tai koko tutkimuksen perusteella. Valittu alkuperäisaineisto analysoidaan ja esitetään

kirjallisuuskatsauksen tulokset. Tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin selkeästi ja luotettavasti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Koska muistisairauksien yleisyyden vuoksi aiheesta on paljon tutkittua tietoa, tutkimuksia ja kirjallisuutta, totesin kirjallisuuskatsauksen olevan hyvä keino saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Tiedonhakuja suoritin manuaalisesti Saimaan ammattikorkeakoulun kirjastosta sekä seuraavista tietokannoista: Terveysportti, Linda (yliopistokirjastojen yhteistietokanta) ja Terveyskirjasto. Useissa teoksissa viitataan myös englanninkielisiin lähteisiin, mutta koska suomenkielisenä löytyy paljon tietoa, päätin ajan ja kielitaidon rajallisuuden vuoksi jättää ulkomaiset lähteet pois.

Manuaalista hakua suorittaessani otin huomioon jo tietokannoissa esiintyneet julkaisut, kuten Duodecim, Suomen Lääkärilehti, Hoitotiede ja Sairaanhoidaja.

Kun olin valinnut suomen kielen aineistonhakukieleksi, määritin hakuprosessissa käytettävät hakusanat. Listasin otsikon pohjalta seuraavat sanat: muistihäiriöt, käytösoireet, dementia. Myöhemmin hakuprosessin aikana lisäsin hakusanoiksi myös sanat: haasteellinen käyttäytyminen, etenevä muistisairaus ja lääkkeetön hoito. Näiden sanojen avulla löysin suurimman osan sähköisen haun tuloksista sekä olivat myös apuna manuaalisessa haussa. Aineiston hausta on Taulukko 1.

Taulukko 1 Aineiston haku

Hakusanat	1.haku	muistihäiriöt käytöshäiriöt dementia
Rajaus		artikkelit vuosilta 2000 - 2008 muistihäiriö etenevä muistisairaus
Hakusanat	2.haku	haasteellinen käyttäytyminen etenevä muistisairaus lääkkeetön hoito
Terveysportti		artikkelivalinta – lehden sisällöstä, muistihäiriö = 502 rajaus muistihäiriö, sisältö, otsikko = 478

rajaus, etenevä muistisairaus = 2
valinta 1 artikkeli

muistihäiriön oireet =217
käytöshäiriöt = 7
valinta 2 artikkelia

Nelli terveyskirjasto teoksesta muistihäiriö ja käytösoireet = 8 artikkelia kolmesta
valinta 2 artikkelia

Linda haasteellinen käyttäytyminen = 5
valinta 2 tutkimusta

Kuopion yliopisto tutkimus julkaisut lääketieteellinen tiedekunta muistisairaudet, käytöshäiriöt = 9

Manuaalinen haku	lehdet:	sairaanhoidaja	3
		hoitotiede	4
		lääkärilehti	5
		duodecim	3

Poissulkukriteerit: Muistihäiriöpotilaan lääkkeellinen hoito. Käytösoireet liittyen psykiatrisiin sairauksiin, lapsiin tai nuoriin, päihteiden käyttöön tai aivovammoihin

Sisäänottokriteerit: 2000 luvulla julkaistut tutkimukset ja artikkelit. Aineiston käsiteltävä käytösoireita sekä lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit ovat seuraavilta kirjoittajilta:

Laitala (2008), Mähönen (2001), Kanala & Leinonen (2001), Eloniemi - Sulkava (2006), Vataja (2006), Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara (2004) sekä Käypä hoito (2006) suositus, Alzheimerin tauti.

Opinnäytetyöni aineisto koostuu kolmesta pro gradu tutkielmasta, kolmesta artikkelista ja käypä hoito suosituksesta. Aineistona käyttämistäni tutkimuksista ja artikkeleista olen luonut taulukot. (Liite 1)

3.1 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnilla tarkoitetaan tutkimuskysymyksiin vastaamista mahdollisimman kattavasta ja selkeästi. Analyysikeinoksi valitaan se, joka parhaiten vastaa aineiston vaatimuksiin. Valintaan vaikuttavat muun muassa tutkimusten lukumäärä, laatu ja heterogeenisyys eli epäyhtenäisyys. Tutkimukset kannattaa taulukoida analysoinnin helpottamiseksi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006,43.)

Opinnäytetyöni aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä: Kolmevaiheiseen prosessiin kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002,110.)

3.2 Analyysin vaiheet ja luokittelu

Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa analysoitava informaatio eli data voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto tai jokin muu asiakirja tai dokumentti, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002,111.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja / tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. (Tuomi & Sarajärvi 2002,112.)

Aineiston klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusteroinnin katsotaan olevan jo osa abstrahointiprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2002,114.)

Taulukoissa 2 ja 3 on kuvattu käytösoireiden pelkistetyt ilmaukset sekä alaluokat. Taulukossa 4 on alaluokista sanallinen vuorovaikutus, mieliala, päivittäiset toiminnot, liikkuminen ja itselle vahingolliset käytösoireet johdettu yhdistävä luokka, sanalliset, fyysiset ja psyykkiset käytösoireet.

Taulukoissa (Taulukko 5 ja Taulukko 6) on kuvattu hoitotyön auttamismenetelmien pelkistetyt ilmaukset sekä alaluokat. Taulukossa 6 on alaluokista sanallinen, fyysinen, psyykinen, ennaltaehkäisevä, välinpitämätön ja rajoittava toiminta johdettu yhdistävä luokka: Hoitotyön lääkkeettömät auttamismenetelmät.

Käyttöoireiden pelkistetyt ilmaukset ja niistä johdetut alaluokat.

Taulukko 2 Käyttöoireet

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Toistuva kysely Sanallinen aggressiivisuus Huutaminen Epäasiallinen iloisuus Kiroilu Itsekseen puhelu Itsetuhoisuus puheissa Toistuva pyytely Kirkuminen Uhkailu	Sanalliseen vuorovaikutukseen liittyvät käyttöoireet
Harhaluulot Aistiharhat Masentuneisuus/ alakuloisuus Ahdistuneisuus Kohonnut mieliala/ Apatia/ välinpitämättömyys Estottomuus Ärtäisyys/ mielialan vaihtelu Vetäytyminen Pahan tuulen puuskat Hallusinaatit Vihamielisyys, Epäluuloisuus Itsetuhoisuus	Mielialaan liittyvät käyttöoireet
Levottomuus Eritteillä sotkeminen Hoitotoimintojen vastustaminen Fyysinen aggressiivisuus Lähteminen Sylkeminen Epätarkoituksenmukainen pukeminen ja riisuminen Nukkumaanmenovaikeudet Yölliset heräämiset Ruokahalun ja syömisen häiriöt	Päivittäisiin toimintoihin liittyvät käyttöoireet

Taulukko 3 Käyttöoireet

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Eksyminen Tavaroiden kuljettelu Vaeltelu Poikkeava motorinen käytös	Liikkumiseen liittyvät käyttöoireet
Esineiden ja ympäristön tuhoaminen Poikkeava seksuaalinen käytös Ravinnoksi sopimattoman syöminen	Muistisairaalle vahingolliset käyttöoireet

Käyttöoireiden alaluokista johdettu yhdistävä luokka.

Taulukko 4 Käyttöoireet

ALALUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Sanalliseen vuorovaikutukseen liittyvät käyttöoireet Mielialaan liittyvät käyttöoireet Päivittäisiin toimintoihin liittyvät käyttöoireet Liikkumiseen liittyvät käyttöoireet Muistisairaalle vahingolliset käyttöoireet	Sanalliset, psyykkiset ja fyysiset käyttöoireet

Hoitotyön auttamismenetelmien pelkistetyt ilmaukset ja niistä johdetut alaluokat.

Taulukko 5 Auttamismenetelmät

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kysyminen, mikä on hätänä, Huumori Vuorovaikutus – muistelun ja laulun käyttö Positiivinen huomiointi Keskustelu, perustelu Vakuuttaminen, selkeä puhe, yksi asia kerrallaan Myönteisen palautteen antaminen Luovuuden käyttö Huomion kiinnittäminen muuhun Koko nimellä puhuttelu	Sanallinen toiminta
Laittamista istumaan geriatriseen tai muuhun tuoliin sidottuna Rajoittaminen ja kosketus Mukaan ottaminen päivittäisiin askareisiin Positiivisten toimintojen löytäminen, kuten päivittäinen ulkoilu Virkistys, kuntoutus Ohjaaminen Fyysinen perushoito Tarpeen ymmärtäminen ja siihen vastaaminen Tutut rituaalit Huoneeseen vieminen Syyn selvittäminen Lähellä oleminen	Fyysinen toiminta
Arvostava, ystävällinen asennoituminen Asiallinen suhtautuminen Elekieli Katsekontakti Persoonan käyttö Positiivisuus	Psyykkinen toiminta

Hoitotyön auttamismenetelmien pelkistetyt ilmaukset ja niistä johdetut alaluokat.

Taulukko 6 Auttamismenetelmät

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kahden kesken oleminen Toiminnan seuraaminen Ympäristön muokkaus Dementoivan taustan tarkistus Ammattitaito Asianmukainen lääkitys Ympäristön muokkaaminen Käyttöoireiden toteaminen, ymmärtäminen ja tiedon antaminen potilasta hoitaville henkilöille	Ennaltaehkäisevä toiminta
Huoneen oven sulkeminen tai lukitseminen ”En tee mitään” Hermostuminen Komentaminen Fyysisen voiman käyttö Karkea kielenkäyttö Kohtuuton rajoittaminen Toimintaan pakottaminen	Välinpitämätön ja rajoittava toiminta

Hoitotyön auttamismenetelmistä johdettu yhdistävä luokka.

Taulukko 7 Auttamismenetelmät

ALALUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Sanallinen toiminta Fyysinen toiminta Psyykinen toiminta Ennaltaehkäisevä toiminta Välinpitämätön ja rajoittava toiminta	Muistisaira hoitotyön lääkkeettömät auttamismenetelmät

Käyttöoireiden ja auttamismenetelmien yhdistävät luokat on selitetty laajemmin tulos osiossa.

4 TULOKSET

4.1 Tavallisimmat etenevää muistisairautta aiheuttavat sairaudet

Tavallisimmat etenevää muistisairautta aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale - tauti ja frontotemporaalinen dementia.

4.1.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus, jota reilusti yli puolet kaikista dementiapotilaista sairastaa. Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Alzheimerin tauti on tyypillisin vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vauriosta. Tauti alkaa muistihäiriöillä, ja muisti on koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006,126.)

Alzheimerin tauti etenee hitaasti vaiheittain, ja sen oireet lisääntyvät taudin edetessä. Asiat ja tavarat unohtuvat ja katoavat, ja potilas toistaa usein asioita. Osa sairastuneista on hyvin tietoisia omista ongelmistaan, osa heistä taas ei lainkaan huomaa omia vaikeuksiaan. Taudin yleisyys lisääntyy iän myötä, mutta se voi alkaa jo alle 50 vuodenkin iässä. (Heimonen & Voutilainen 2001.)

Alzheimerin tautia sairastavalla erityisesti lähimuisti ja uuden oppiminen vaikeutuvat. Sairastuneen on vaikea painaa mieleen vastikään tapahtuneita ja puhuttuja asioita tai oppia esimerkiksi uuden kodinkoneen käyttöä. Vanhat taidot säilyvät selvästi pitempään. Sairauden edetessä heikentyvät myös kielelliset toiminnot, ilmaantuu sanojen hakemista ja puheen ymmärtämisen vaikeutta sekä näönvarainen hahmottaminen, kuten ihmisten tai esineiden tunnistaminen tai ympäristössä liikkuminen vaikeutuvat. Oirekuvaan kuuluu toiminnan ohjauksen heikentyminen, mikä ilmenee organisointikyvyn heikentymisenä sekä toiminnan suunnittelun, aloittamisen ja toteuttamisen vaikeutena. Suurimmalla osalla sairastuneista on jossain sairauden vaiheessa psyykkisiä ja käyttäytymiseen liittyviä oireita. Masennus ja ahdistuneisuus ovat

yleisiä, mutta toisinaan esiintyy myös vaikeaa levottomuutta ja harhaluuloisuuttakin. (Juva 2008.)

4.1.2 Vaskulaarinen dementia

Noin 15 - 20 prosenttia kaikista dementiapotilaista sairastaa vaskulaarista dementiaa. Vaskulaarinen dementia eli verenkiertohäiriöistä johtuva, liittyy hyvin erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Vaskulaarisen dementian keskeisiä alatyyppejä on kolme, joita ovat kortikaalinen eli moni-infarkti dementia, jossa aivojen päävaltimoiden haaroihin muodostuu tukoksia. Kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttama dementia ja subkortikaalinen vaskulaarinen dementia eli pienten verisuonten dementia siinä, jossa aivojen syvien osien pienet valtimot ahtautuvat ja tukkeutuvat. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006,146 -147.)

Vaskulaarisen dementian oireet muodostuvat sen mukaan, mistä toiminnoista vaurioitunut aivoalue normaalisti toimiessaan vastaa. Paikalliseen aivoverenkiertoperäiseen vaurioon liittyviä oireita muistioireiden lisäksi ovat esimerkiksi kätevyuden heikkeneminen, alaraajojen jäykkyys ja kävelyn hidastuminen sekä puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen liittyvät oireet. Tautiin liittyy usein myös yleistä toiminnan hidastumista, mielialaan liittyviä oireita sekä keskittymis- ja tarkkaavuuskyvyn vaikeuksia. (Heimonen & Voutilainen 2001.)

4.1.3 Lewyn Kappale - dementia

Lewyn kappale - dementia on saanut nimensä hermosolujen sisällä mikroskoopilla havaittavien Lewyn kappaleiden perusteella, joita todetaan erityisesti aivokuoren hermosoluissa erotuksena Parkinsonin taudista, jossa vastaavia muutoksia todetaan aivojen tyviosissa, motorista toimintaa säätelevissä keskuksissa. Lewyn kappaleet muodostuvat poikkeavasta valkuaisaineesta, joka vaurioittaa hermosolua. (Heimonen & Voutilainen 2001.)

Lewyn kappale - dementia alkaa tavallisesti 50 - 80 vuoden iässä. Sairaus alkaa vähitellen, ja se on miehillä jonkin verran yleisempi kuin naisilla. Merkittäviä

muistihäiriöitä ei ole välttämättä havaittavissa sairauden alkuvaiheessa, mutta sairauden edetessä muisti heikkenee vähitellen. Tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelu on tyypillistä. Parkinsonismin oireita esiintyy 40 - 90 prosentilla potilaista. Näitä oireita ovat esimerkiksi lihasjäykkyys ja kävelyvaikeudet. Psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot sekä harhaluulot. Muita Lewyn kappale -dementian piirteitä ovat toistuvat kaatumiset ja pyörtyily, sekä tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriökohtaukset. (Rinne 2006,164.) Rauhoittavien lääkkeiden käytössä näiden potilaiden hoidossa on syytä olla varovainen, koska Lewyn kappale - tautia sairastavat potilaat ovat poikkeuksellisen herkkiä näiden lääkkeiden haittavaikutuksille. (Heimonen & Voutilainen 2001.)

4.1.4 Frontotemporaalinen dementia

Frontotemporaaaliseksi degeneraatioiksi kutsutaan tiloja, joissa rappeumaprosessi painottuu aivojen otsa- ja ohimolohkojen alueelle. Niitä tunnetaan useita erityyppisiä, frontotemporaalinen dementia on niistä tavallisin. Frontotemporaalinen dementia alkaa tyypillisesti 45 ja 65 ikävuoden välillä, siihen liittyy tyypillisesti persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksia. Tavallista on käytöksen estottomuus ja tahdittomuus sekä arvostelukyvyn heikentyminen, jotka saattavat johtaa ongelmatilanteisiin työyhteisössä. Frontotemporaaalisesta dementiaasta kärsivä potilas voi toisaalta vaipua aloitekyvyttömyyteen ja apatiaan. Tyypillistä on ärsykesidonnaisuus ja toimintojen suunnitelmallisuuden hajoaminen ja niiden loppuunsaattamisen vaikeus. Muisti saattaa olla varsin hyvin säilynyt, eikä muistihäiriön syvyys vastaa arkisessa elämässä kohdattujen vaikeuksien määrää. Hyvin tavallista jo varhaisvaiheessa on sairaudentunnon puuttuminen, mikä saattaa vaikeuttaa tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumista. Sairauden edetessä tulee usein ekstrapyramidaalioireita, hidasliikkeisyyttä ja kävelyvaikeuksia. (Viramo 2003.)

4.2 Etenevään muistisairauteen liittyvät käytösoireet

Käytösoireilla tarkoitetaan dementiapotilaan haitallisia psykologisia oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta, sekä käyttäytymisen muutoksia, kuten

vaeltelua ja yliseksuaalisuutta. Dementian oireista juuri käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitotyöntekijöitä eniten, ja ne ovat tavallisin syy potilaan joutumiseen laitoshoitoon. Kaikista dementiapotilaista noin 90 prosenttia kärsii jossakin sairautensa vaiheessa haitallisista käytösoireista. (Vataja 2006, 98.) Tässä opinnäytetyössä käsittelemissäni aineistoissa on käytetty myös käsitettä haasteellinen käyttäytyminen. Kanala & Leinonen (2001) kuvaavat tutkimuksessaan haasteellista käytöstä ympäristön tai sairauden aiheuttamana muutoksena dementoituvan käyttäytymisessä, mikä ilmenee aggressiivisena tai epäsosiaalisena sekä liikkumiseen, puhetapaan ja fysiologisiin toimintoihin liittyvänä käyttäytymisenä.

Dementia ei ole vain muistin ja muiden älyllisten toimintojen rappeutumista, eivätkä potilaan ja hänen omaistensa arkielämän ongelmat niinkään aiheudu muistivaikeuksista. Sairauden edetessä muutoksia alkaa näkyä potilaan käyttäytymisessä ja tunne – elämässä, esimerkiksi mielialan vaihteluina, aggressiivisuutena tai levottomuutena. Tällaisia dementian oireita kuvaamaan on vakiintunut termi nonkognitiiviset oireet eli käytösoireet. Käytösoireet heikentävät potilaan elämänlaatua, tapaturmariski kasvaa, samoin alttius joutua pahoinpidelleyksi tai pahoinpitelijäksi. Käytösoireita todetaan jossakin sairauden vaiheessa 90 prosentilla dementiapotilaista. (Erkinjuntti & Huovinen 2003,178.)

Käytösoireita syntyy herkästi tilanteissa, joissa muistisairas on myös somaattisesti sairas tai oudossa ympäristössä, kuten sairaalassa. On tärkeää, että kaikki muistisairaiden kanssa tekemisissä olevat yksiköt ja ammattilaiset osaavat tunnistaa käytösoireet ja hoitaa niitä asianmukaisesti tai järjestää asianmukaiset konsultaatiot. On pyrittävä välttämään sellaisia toimenpiteitä, jotka voivat lisätä käytösoireita. Hoitohenkilökunnan koulutus ja asenteet ovat avainasemassa. Käytösoireiden toteaminen, ymmärtäminen ja tiedon antaminen potilasta hoitaville henkilöille vähentää dementiaan liittyvää kärsimystä ja riittää lievimmissä käytösoireissa myös hoidoksi. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä 2001.)

Muistisairaana käytösoireet rasittavat dementiapotilaiden hoitajia enemmän kuin älyllisten tai päivittäisten toimintojen heikentyminen. Käytösoireet heijastuvat

usein omaishoitajien mielenterveyshäiriöinä, esimerkiksi masennuksena. (Erkinjuntti & Huovinen 2003.)

Käyttöoireiden hyvällä hoidolla voidaan merkittävästi parantaa paitsi potilaan, myös läheisten elämänlaatua, kun taas esimerkiksi varomaton lääkitys voi johtaa päinvastaiseen tulokseen. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä 2001.) Omaisten tukeminen ja ohjaaminen ymmärtämään haasteellista käyttäytymistä sekä motivointi osallistumaan dementoituneen elämään on tärkeä osa hoitotyötä (Ervasti, Hanhela, Kauppi, Rontti, Tolonen, Äijälä, Perttula & Vuokila – Okkonen, 2008.) Haasteellisesta käyttäytymisestä seuraa dementoituvan eristäytyneisyyttä ja yksinäisyyttä sekä henkilökunnan ja omaisten ahdistuneisuutta ja pelkoa. (Kanala & Leinonen 2001).

4.2.1 Käyttöoireiden ilmeneminen

Käyttöoireiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat tärkeä osa dementian hoitoa. Silti suuri osa näistä oireista jää edelleen hoitoa vaille. Tavallisia syitä siihen ovat, että oireita pidetään dementian "luonnollisena" osana, että potilaat tai omaiset pitävät oireita hävettävänä, eivätkä halua niistä kertoa tai että lääkäri ei muista oireista kysyä tai ei niitä tunnista. (Erkinjuntti & Pirttilä 2006.) Dementoituneelle ihmiselle on tärkeä, että hän saa lähiympäristössä kokea, että häntä arvostetaan ja hän on korvaamaton. (Kankare & Lintula 2004.)

Käyttöoireiden tutkiminen alkaa perusteellisella muistisairaana ja omaisen tai hoitajan haastattelulla, jolla pyritään selvittämään oireiden kesto, vaikeus, vuorokausivaihtelu ja oireistoa pahentavat tai helpottavat tekijät. Käyttöoireiden kehittymiseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila ja lääkitykset sivuvaikutuksineen, hoitoympäristö ja dementiasairauden luonne. (Erkinjuntti & Huovinen 2003.)

Eloniemi - Sulkavan (2006) mukaan tavallisimpia syitä käyttöoireisiin ovat epä mukavuus, huono olo, palelu, kipu

- infektiot
- matala verenpaine
- epäarvostava kohtelu, väärä lääkitys, hallusinaatiot

- tunneherkkyys
- käyttäytymisen normittomuus
- pelko, turhautuminen, itsearvostuksen uhka, kaaoksen tunteet, virhetulkinnat, väärinymmärrykset virikeherkkyys, sisäinen levottomuus.

Dementoituminen lisää vaaraa sekä laitostua että kuolla. Jäljellä olevan elinajan odote diagnoosin jälkeen vaihtelee huomattavasti eri dementoivien sairauksien välillä. Elinajan odotteeseen vaikuttavat potilaan ikä hänen sairastuessaan ja diagnoosin tekohetkellä, dementian etiologinen tekijä, potilaan sukupuoli ja muiden vaaratekijöiden olemassaolo. Yleensä dementian ennustetta pidetään parempana naisilla kuin miehillä. Tärkein ennusteeseen vaikuttava tekijä on kuitenkin dementoiva sairaus sinällään. Kaikista dementiapotilaista 40 - 50 % hoidetaan laitoksissa. Potilaan ikä ja dementian vaikeusaste vaikuttavat laitoshoidon todennäköisyyteen (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 32.)

4.2.2 Psyykkiset käytösoireet

Masennus voi olla dementian ensimmäinen oire, masennus on itsenäinen riskitekijä dementiapotilaan laitoshoidon joutumiselle. Koska masennuksen hoitoon on olemassa tehokkaita keinoja, on sen tunnistaminen erityisen tärkeää. Tyypillisiä dementiapotilaan masennukseen liittyviä piirteitä ovat esimerkiksi surullinen ahdistunut ilme, itkuisuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus, levottomuus, motoriikan hidastuminen, epämääräiset somaattiset vaivat, laihtuminen ja ruokahaluttomuus. Apatia on yleinen, mutta huonosti tunnettu ja mielletty käytösoire. Sillä tarkoitetaan tunne - elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. (Vataja 2006, 98.)

Käypä hoito suosituksen mukaan Alzheimerin taudissa esiintyvät käytösoireet määrittyvät taudin vaikeusasteen mukaan. Lievässä taudissa tyypillisimmät käytösoireet ovat apatia, vetäytyminen, lisääntynyt ärtyvyys, ahdistuneisuus ja masennus. Keskivaikeassa taudissa yleisimpiä käytösoireita ovat harhaluulot, hallusinaatiot, levottomuus ja masennus. Vaikeassa taudissa käytösoireita ovat levottomuus ja masennus.

Näkö- ja kuuloharhat sekä harhaluulot ovat tavallisia dementiapotilailla. Näitä psykoottisia oireita on keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla potilailla, mutta esimerkiksi Alzheimerin taudin loppuvaiheessa psykoottisia oireita ei enää esiinny, koska vaikeasti rappeutuneet aivot eivät kykene tuottamaan psykoottisia oireita. Dementian edetessä potilaiden persoonallisuuden jotkin piirteet, esimerkiksi saituus, mustasukkaisuus tai pelokkuus saattavat korostua tai voi ilmaantua aivan uusia piirteitä, esimerkiksi pahansisuihin voi muuttua kiltiksi. (Vataja 2006.) Vaikka persoonallisuuden muutoksista puhutaan usein dementian yhteydessä, on epäselvää, onko todella kyse potilaan peruspersoonallisuuden muuttumisesta. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijajyryhmä 2001.)

4.2.3 Fyysiset käytösoireet

Levottomuudella tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista aggressiivisuutta, äänekkyyttä tai motorista aktiivisuutta. Tyypillisiä levottomuusoireita ovat ”varjostaminen” eli hoitajan tai toisen potilaan perässä kulkeminen, tavaroiden keräily, hypistely tai purkaminen tai jatkuva vaeltelu ja askeltaminen. Dementiapotilaat saattavat saada myös lyhytkestoisia äkillisiä itkun- tai raivonpuuskia, kun kohtaavat kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen tilanteen. Tyypillisesti tällaisia tilanteita esiintyy päivittäisissä hoitotilanteissa, joihin liittyy koskettamista. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijajyryhmä 2001.)

Laitalan (2008) tutkimuksen mukaan haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuodot ovat levottomuus, aggressiivisuus, lähteminen, eritteillä sotkeminen, hoitotoimintojen vastustaminen ja sylkeminen. Näiden lisäksi ilmeni joitakin yksilöllisiä yksittäisinä esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja, kuten esimerkiksi huonekalujen jatkuva siirtely.

Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy dementian edetessä Aggressiivisen käyttäytymisen riskitekijöitä ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen dementian alkamisikä. Aggressiivisen käyttäytymisen voi laukaista

myös väärin tunnistaminen, kuten luulo, että omainen on vieras tunkeilija. (Vataja 2001.)

Mähösen (2001) mukaan suhteellisen yleisiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja olivat nukkumaanmenovaikeudet, passiivisuus päivittäisissä toiminnoissa ja kieltäytyminen ruuasta, juomasta tai lääkkeistä. Lisäksi muita oireita olivat muun muassa vaeltelu ja poikkeava motorinen käytös.

4.2.4 Sanalliset käytösoireet

Laitalan (2008) tutkimuksessa toistuva kysely on myös yleinen haasteellisen käyttäytymisen muoto. Toistuva kysely ilmeni siten että henkilö kyseli toistuvasti lapsiaan tai missä ollaan, koska ja miksi on tultu. Mähönen (2001) mainitsee tutkimuksessaan esille tulleita yleisiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja kuten levottomuuden, huutelun, pyytelyn, kirkumisen ja toistuvan kyselyn. Kanala & Leinonen (2001) mainitsevat sanallisina käytösoireina kiroilun, huutelun, itsekseen puhelun ja sanallisen uhkailun.

4.2.5 Muita käytösoireita

Seksuaalisia käytösoireita on noin joka kymmenellä dementiapotilaalla. Ne vaihtelevat rivosta kielenkäytöstä julkiseen masturbointiin tai fyysiseen seksuaaliseen ahdisteluun. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä 2001.) Seksuaaliset käytösoireet esiintyvät tavallisesti lyhyinä jaksoina, eivätkä hallitsevina oireina, kuten esimerkiksi levottomuusoireet. Jotkin oireet saatetaan tulkita virheellisesti yliseksuaalisuudeksi: esimerkiksi kyvyttömyys pukeutua tulkitaan paljasteluksi tai se, että potilas luulee hoitotyöntekijää omaksi vaimoksi, käsitetään ahdisteluksi. (Vataja 2006.)

Mähösen (2001) mukaan harvimminkin esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja olivat poikkeava seksuaalinen käytös, ravinnoksi sopimattoman syöminen ja dementoituvan oleminen vaaraksi itselleen. Muita havaittuja

haasteellisen käyttäytymisen muotoja olivat syljeskely, riisuuntuminen, omassa maailmassa eläminen.

Dementiapotilaiden uni - valverytmin häiriöt ovat psykoottisten oireiden ja levottomuusoireiden ohella tärkeimpiä laitoshoitoon johtavia käytösoireita. Potilaat eivät kärsi niinkään unen puutteesta vaan vuorokausirytmien muuttumisesta. Tyypillisin tutkimuksissa esiin tullut muutos unikäyttäytymisessä on dementiapotilaiden lisääntynyt vuoteessa vietetty kokonaisaika. Tämä tarkoittaa usein sitä, että potilaat nukkuvat paljon myös päiväsaikaan, jolloin yöunen suhteellinen määrä jää pieneksi. Yöllisiä heräämisiä on paljon, ja niihin liittyy usein pelokkuutta ja sekavuutta. (Vataja 2006, 102.)

4.3 Etenevää muistisairautta sairastavan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että dementiapotilaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Hoitoyhteisön ja – ympäristön avulla kompensoidaan puutteita ja tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään käytösoireiden ilmaantumista. (Koponen & Saarela 2006, 501.) Käytösoireiden hoidon tavoitteena on lyhentää käytösoireiden kestoa ja/tai harventaa esiintymistiheyttä, keventää hoitajan kokemaa stressiä, parantaa dementoituneen elämänlaatua, vähentää seurausvaikutuksia. On parempi tyytyä oireen lievittymiseen kuin pyrkiä oireen poistamiseen. (Viramo 2003.) Dementoituneen käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. lääkehoidot ovat vasta toissijaisia (Alhainen, Viramo & Sulkava 2004.)

Eloniemi - Sulkavan (2006) mukaan käytösoireiden ilmetessä on syytä tarkistaa potilaan lääkitys. Kivun lääkehoito sekä lääkkeetön hoito. On myös tarkistettava matalan verenpaineen, sokeritasapainon, ravitsemuksen sekä huonovointisuuden hoito syynmukaisesti.

Geriatrinen asiantuntemus ja sairauteen liittyvä erityisosaaminen on oleellista, mutta yhtä tärkeää on hoitoa toteuttavan ammattilaisen asennoituminen ja tapa tehdä työtään. (Pitkälä 2008).

Mähösen (2001) tutkimuksen mukaan dementoituvien hoitotyötä koskevan lisäkoulutuksen todettiin olevan yhteydessä siihen, miten usein he havaitsivat joitakin haasteellisen käyttäytymisen muotoja. Hoitotyön ammatillisessa ja täydennyskoulutuksessa tulisikin kehittää työntekijöiden valmiuksia kohdata dementoituvien haasteellista käyttäytymistä, esimerkiksi lisäämällä tietoa erilaisista hoitotyön menetelmistä näiden tilanteiden kohtaamisessa.

4.3.1 Psykkisten oireiden hoitotyön menetelmiä

Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyvässä tutkimuksessa, tuloksena löydettiin kolme edistyksellisen hoitotyön toiminnan yläkategoriaa: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta (Isola ym. 2004.)

Persoonan käyttö jakaantuu ihmisenä olemiseen, huumorin ja luovuuden käyttöön haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Ihmisenä oleminen merkitsee sitä, että hoitotyötä dementoituvien parissa tehdään ihmisenä, eikä pelkässä työntekijän roolissa. Huumorin käytön koettiin laukaisevan tiukkoja tilanteita, esimerkiksi aggressiivisuuskohtauksia. Luovuutta tutkimuksessa kuvattiin esimerkiksi tilanteeseen ”heittäytymisenä”, jolloin löydetään tilanteeseen sopivat sanat tai teot, joilla ratkaistaan tilanne. (Isola ym. 2004.)

Järkipäristämiseen perustuvaa toimintaa olivat perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Perustelussa ei torjuta dementoituvan esittämää asiaa suoralta kädeltä, vaan pyritään keskustelemaan asiasta. Perusideana on se, että keskustellaan niin kuin aikuisen kanssa keskustellaan. Vakuuttaminen on sitä, että näyttämällä konkreettisesti tai puhumalla pyritään dementoituvalle osoittamaan asian olevan kunnossa. Ohjaamisessa on oleellista katse- ja kosketuskontakti, elekieli ja kahden kesken oleminen. Käsittelyssä voi olla vain yksi asia kerrallaan. Dementoituvan toiminnan seuraaminen ja myönteisen palautteen antaminen on myös oleellista. (Isola ym. 2004)

Kun muistin huononeminen, muistin vääristyminen ja virheelliset muistumat sekoittuvat arjen tilanteisiin, pyritään ymmärtämään muistisairaana tunne ja tarve ja vastataan siihen. Viestitään positiivisia tunnekokemuksia, luodaan turvallinen ja arvostava ympäristö. Muistetaan sanattomien viestien tärkeys. Käyttäytymisen normittomuuksissa ja seksuaalisissa käytösoireissa otetaan asiallinen suhtautuminen, joka ei vahvista käytösoireita, tärkeää on myös arvostava asennoituminen. (Eloniemi - Sulkava 2006.)

4.3.2 Fyysisten oireiden hoitotyön menetelmiä

Aineiston mukaan hoitotyön keinoina käytettiin myös taustan tarkastamista hoitosuunnitelmasta ja mahdollisten ohjeiden tekemistä tilanteen varalle sekä rauhoittavan lääkkeen antamista ja dementoituneen laittamista istumaan geriatriseen tai muuhun tuoliin sidottuna. Kiinnitetään huomio muuhun toimintaan, käytetään ammattitaitoa, rajoittamista ja kosketusta. Siirrytään syrjään ja annetaan dementoituneelle omaa tilaa. (Laitala 2008.)

Luodaan rauhallisuutta elinympäristöön, kohdennetaan huomio tuttuun , mikä herättää muistoja ja aktivoi hyvän olon tunteita, toteutetaan yksilöity päivänrytmi ja tutut rituaalit. Tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriön ja kätevyys häiriöissä vältetään pakottamisen ja kiireen tunnetta. Näytetään mallia ja kiinnitetään huomio pois toiminnan suorittamisesta. Muistetaan positiivinen huomiointi ja positiivisten toimintojen löytäminen, esimerkiksi päivittäinen ulkoilu. Kieltäminen tai rajojen asettaminen ei yleensä toimi. (Eloniemi - Sulkava 2006.) Käytetään tynnyttelyä, rauhoittelua ja henkilön viemistä rauhallisempaan paikkaan sekä dementoituvan mukaan ottamista päivittäisiin askareisiin ja musiikin soimaan laittamista. (Mähönen 2001).

4.3.3 Sanallisia hoitotyön menetelmiä

Laitalan (2008) tutkimuksen mukaan useimmin käytetty hoitotyön keino haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen henkilön hoidossa oli ajan antaminen dementoituneelle ja tilanteesta keskustelu. Toiseksi eniten käytetty keino oli muun toiminnan järjestäminen, jotta haasteellinen tilanne rauhoittuisi ja

kolmanneksi tavallisin keino oli dementoituneelta kysyminen, mikä hänellä on hätänä. Läsnaolo on aitoa läsnäoloa, katsekontakti, istuminen ja tilanteen rauhoittaminen. Keskustelu on muun muassa puhumista pahan olon aiheuttajasta.

Annetaan muistisairaalle aikaa, puhutaan rauhallisesti ja yksinkertaisesti. Ei vaadita, eikä anneta ohjeita. Tuetaan erilaisten ilmaisumuotojen kokeilua. (Eloniemi - Sulkava 2006.)

4.3.4 Ennaltaehkäiseviä hoitotyön menetelmiä

Tutkimuksessaan Mähönen (2001) toteaa, että useimmiten käytetty ennaltaehkäisevän hoitotyön menetelmä on kysyminen, mikä on hätänä, seuraavaksi eniten käytetty menetelmä oli varmistaminen, että dementoituvalla on fyysisesti mukava olo. Eloniemi - Sulkavan (2006) mukaan ennaltaehkäisy ja räätälöity lääkkeetön hoito rakentuu käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden monipuoliseen ymmärtämiseen ja niiden pohjalta räätälöityyn hoitoon.

Muistisairaahan huomion kiinnittäminen muuhun toimintaan ilmenee tekemisen keksimisenä, mukaan ottamisena, ajatuksen siirtämisenä muualle. Ammatillisuuteen kuuluu toimintatapojen miettiminen yhteistyössä kollegojen kanssa, omaisiin yhteydenotto tarvittaessa ja hoitajan kokemus, tieto ja taito sekä taustan tunteminen ja elämänkaarikyselyssä saatujen tietojen huomiointi. Ammatillisuuteen liittyy myös kohteliaisuus, aikuisuus ja hyvät käytöstavat. (Laitala 2008.)

Mähösen (2001) tutkimuksessa ilmeni, että vähiten käytettiin yritystä poistaa ympäristöstä haasteellista käyttäytymistä edistäviä tekijöitä ja ohjeiden ja taustan tarkistamista hoitosuunnitelmasta.

Käytösoireiden ilmaantumista vähentävät huomattavasti rauhallinen ja selkeä ympäristö sekä vakiintunut päivärhythmi aamu- ja iltapesuineen ja säännöllisine ruokailuaikoineen. Myös ulkoilu, voimistelu ja liikunta yleensä ovat potilaalle

hyväksi. Aktiivisella päivätoiminnalla voidaan myös lievittää yöllistä levottomuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2003.) Hahmottamisen häiriössä panostetaan ympäristön selkeyteen ja valoisuuteen. Ympäristön muokkaamisessa on tärkeintä sosiaalinen ympäristö, ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa. (Isola ym. 2004.)

4.3.5 Välinpitämätön ja rajoittava toiminta

Välinpitämätöntä toimintaa on se, ettei tee mitään. Laitalan (2008) mukaan epäammattillisuutta on se, että annetaan tilanteiden mennä ohi eikä puututa tilanteeseen. Rajoittavana toimintana Mähösen (2001) tutkimuksen mukaan harvoin käytettiin muistisairaahan huoneeseen viemistä ja oven lukitsemista. Kanala & Leinonen (2001) mainitsevat tutkimuksessaan epäammattillisen toiminnan, johon kuuluu huoneen oven sulkeminen tai lukitseminen. Muistisairaahan komentaminen, karkea kielenkäyttö, hermostuminen sekä fyysisen voiman käyttö.

5 POHDINTA

5.1 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimusprosessia kokonaisuutena, mitä ja miten tutkimus on tehty, kuinka tutkija on päässyt johtopäätöksiinsä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 135-138).

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, se voidaan todeta usealla tavalla, esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan tulokset todeta reliaabeleiksi. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius (pätevyys). Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216.)

Mielestäni kirjallisuuskatsaus oli sopiva keino löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksella löytyi aiheeseen paljon aineistoa. Aikaa vievää oli löytää oikeat hakusanat ja löytää katsaukseen sopiva aineisto. Katsoin, että valitsemani aineisto antoi tarpeellisen tiedon tutkimuskysymyksiin. Lopullinen aineiston määrä ei ollut kovin runsas, mikä voi heikentää luotettavuutta, mutta alkuperäisissä tutkimuksissa kyselyissä ja haastatteluissa saatujen vastausten määrä oli mielestäni tähän katsaukseen riittävä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää on käyttää mahdollisimman uutta aineistoa, joka on valittu luotettavista lähteistä. Tämän kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaali koostuu jo aiemmin mainitusta sosiaali- ja terveysalan tietokannoista haetusta aineistosta ja tunnetuista terveysalan julkaisuista, joita ovat julkaisseet tunnetut muistitutkimusalan asiantuntijat.

Analysoinnin luotettavuutta lisäsi oma hoitotyöntekijän näkökulma aiheeseen, aikaisempi hoitoalan koulutus ja pitkä käytännön työkokemus vanhustyöstä. Analysoinnin luotettavuutta olisi lisännyt useamman henkilön perehtyminen asiaan sekä kriittisyyttä aineiston valintaan.

5.2 Yhteenveto

Lähteinä käyttämäni tutkimukset oli tehty hoitohenkilökunnan näkökulmasta hoitolaitoksessa olevista potilaista. Hoitohenkilökunta sisälsi sairaanhoitajat, perus/lähihoitajat, laitosapulaiset sekä hoitoapulaiset. (Kanala 2001, Mähönen 2001, Isola ym. 2005, Laitala 2008,) Tutkimuksiin osallistuneita henkilöitä oli yhteensä 520.

Tavallisimmaksi käytösoireeksi ilmeni jokaisessa asiaa koskevassa artikkelissa ja tutkimuksessa levottomuus. Uni - valverytmin muutokset ovat myös yleisiä ja niihin liittyvä yöllinen levottomuus ja liikkuminen sekä aggressiivisuus ja harhaisuus. Nämä oireet ovat myös tavallisin syy laitoshoitoon siirtymiselle (Vataja 2006,102).

Masennuksen tunnistamisen tärkeydestä ja sen hoitamisesta ei juurikaan tutkimuksissa mainittu, vaikka masennus mainittiin usein yleisenä käytösoireena. Tutkimuksista ja artikkeleista kävi ilmi, miten merkityksellistä hoidon onnistumisen kannalta on kohdella etenevää muistisairautta sairastavaa henkilöä hänen ihmisarvoaan kunnioittaen ja arvostaen. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa huomioitiin sanaton viestintä. (Eloniemi - Sulkava 2006.)

Potilaan kohtaaminen rauhallisesti, kiireettömästi, rauhallinen ympäristö ja tieto dementoituvista sairauksista on jo osa ennaltaehkäisevää hoitoa muistisairaita hoidettaessa. Lääkkeellistä hoitoa käytetään myös, ja se on oleellinen osa hoitoa, mikä tuli ilmi lähes jokaisessa tutkimuksessa ja artikkelissa. Muistisairaahan haasteellista käytöstä kohdatessa jokaisessa tutkimuksessa ja artikkelissa korostettiin kuuntelun, muuhun toimintaan huomion kiinnittämisen ja virikkeiden merkitystä. Rajoittamista, estämistä ja kieltämistä ei suositeltu.

Suojeleviin hoitotyön menetelmiin kuuluvista fyysisten pakotteiden käytöstä tulisi työyhteisössä käydä avointa keskustelua, ja työntekijöillä tulisi olla selkeät, yhteisesti sovitut ohjeet fyysisten pakotteiden käyttöön liittyen. Hoitotyöntekijöiden tulisi harkita jokaista tilannetta potilaskohtaisesti. Ympäristön muokkaaminen ja haasteita aiheuttavien tilanteiden ennakoiminen ja ehkäisy sekä kosketus ovat tärkeä osa muistisairaahan hoitoa. (Mähönen 2001.) Kosketus ja kiinni ottaminen voi toisaalta aiheuttaa potilaassa aggressiivisuutta ja vastustusta. Tutkimuksissa ilmeni myös, miten haasteellisesti käyttäytyvän tilanteeseen on paneuduttava ja pois suljettava mahdolliset muut epämukavuutta aiheuttavat tekijät, kuten esimerkiksi kipu, pelko, palelu, nälkä tai jano. (Eloniemi - Sulkava 2006.)

Kanalan & Leinosen (2001) tutkimuksen mukaan omaisten kanssa yhteistyötä tehtiin suhteellisen paljon, muissa tutkimuksissa vain satunnaisesti. Hoitoyhteisön toimivat vuorovaikutussuhteet ja hyväksyvä ilmapiiri ovat tärkeitä seikkoja hoidon sujumisen ja hoitotyöntekijän jaksamisen kannalta. Erityisesti esimiehen antamalla tuella on todettu olevan ratkaiseva merkitys alaisten hyvinvoinnin kannalta. (Mähönen 2001.) Hoitotyön johtajien tulee kyetä luomaan työyksiköihin avoin ja salliva ilmapiiri, jossa jokaisen työntekijän persoonalliset taidot, vahvuudet ja voimavarat hyödynnetään yhteistyössä moniammatillisesti (Kanala & Leinonen 2001).

Muistisairaiden parissa työskenteleminen vaatii hoitajalta koulutuksen lisäksi vaistoa, kykyä kohdata dementoivaa sairautta sairastava sekä hänen omaisensa kunnioittavasti ja inhimillisesti. Hoitohenkilökunnan dementia-koulutus ja tieto dementoivista sairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista auttaa oman kokemukseni mukaan suhtautumaan positiivisemmin ja ymmärtäväisemmin käytösoireista kärsivään henkilöön. Riittävä tieto sairaudesta auttaa tunnistamaan käytöksen syitä ja löytämään yksilöllisiä ratkaisuja vaikeisiin tilanteisiin. Koulutuksen antama tieto mahdollistaa myös omaisten ohjaamisen ja tukemisen muistisairasta hoidettaessa.

Mielestäni yhteistyötä omaisten kanssa on tarpeellista lisätä, koska heillä on tietoa dementoituneen tavoista ja tottumuksista. Elämänsä historiasta voisi löytyä syy haasteelliseen käytökseen. Muistisairaana omaiset sekä hoitohenkilökunta kohtaavat usein yllättävää ja äkillistä fyysistä ja sanallista väkivaltaa. Poikkeava, väkivaltainen ja aggressiivinen käytös aiheuttaa usein omaisissa häpeää ja selittelyä. Mielestäni hoitohenkilökunnan on tarpeellista käydä omaisten kanssa keskustelemalla läpi hankalat tilanteet korostamalla sairauden merkitystä ja sairauteen liittyviä ja siitä aiheutuneita oireita. Keskustelussa on tarpeen antaa tilaa kysymyksille, ja omaiselle mahdollisuus kertoa dementoituneen elämästä ennen dementoivaa sairautta. Muistihoitajien tietoa ja asiantuntijuutta tulisi myös käyttää enenevästi hyväksi muistisairaita hoidettaessa.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on syventänyt omaa tietouttani muistihäiriöistä ja lääkkeettömistä hoitotyön menetelmistä. Opinnäytetyötäni voivat hyödyntää muistisairaiden kanssa työskentelevät hoitotyöntekijät, löytäen mahdollisesti lisätietoa käytösoireista ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä.

6 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSIA

Muistisairauksiin liittyvää tutkimusta voisi lisätä selvittämällä, esimerkiksi millainen on dementiayksiköiden hoitohenkilökunnan koulutus, saavatko he tarpeeksi lisäkoulutusta ja millaista koulutusta he tarvitsisivat. Omaishoitajuuteen liittyvää kirjallisuutta on saatavilla, mutta tutkimuksia omaisten kokemuksista muistisairaana omaisena laitoshoidossa olisi mielestäni tarpeellista tehdä. Lisätutkimus ja niistä saadut tulokset auttavat kehittämään muistisairaiden hoitotyötä laadukkaammaksi ja parantamaan sairaan elämänlaatua.

TAULUKOT

Taulukko 1 Aineiston haku, s. 9

Taulukko 2 , 3 ja 4 Käyttöoireet, s.13,14 ja 15

Taulukko 6 ja 7 Auttamismenetelmät, s.16

LÄHTEET

Alhainen, K., Viramo, P. & Sulkava, R. 2004. Vaikean dementian hoito. Opas lääkäreille ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Turku, Lundbeck

Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Käyttösoireisen muistisairaahan ihmisen lääkkeetön hoito.

<http://www.gernet.fi/luennot/geriatripaivat08/eloniemi-sulkava.pdf>
(Luettu 16.12.2009)

Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Duodecim. Karisto: 93

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2006. Vaskulaariset dementiat. Teoksessa: Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. Duodecim, Hämeenlinna. Karisto: 146- 147E.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Porvoo. WSOY

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila- Oikkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidaja 1, 16-19.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Heimonen, S., Voutilainen P. 2006. Avaimia arviointiin, dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Isola, A., Backman K., Saarnio R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede 17(3): 145–154.

Juva, K. 2008: Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
(Luettu 15.12.2009)

Kanala, A., & Leinonen, P. 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma

Kankare, H. & Lintula, H. 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: Tammi

Koponen, H.& Saarela,T., 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti,T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. Toim. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim, Hämeenlinna, Karisto: 501

Käypä hoito 2006: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä: Alzheimerintaudin diagnostiikka ja lääkehoito.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>
(Luettu 16.12.2009)

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1, 37 - 45

Laitala, O. 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos Pro gradu -tutkielma

Muistiliitto 2009. Muistiliitto ry.
www.muistiliitto.fi (Luettu 16.12.2009)

Mähönen, T. 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma

Pirttilä, T.& Erkinjuntti, T.2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Erkinjuntti, T.& Rinne, J.& Alhainen, K. & Soininen, H. Duodecim, Hämeenlinna. Karisto:126

Pitkälä, K. 2008. Voiko lääkkeettömällä hoidoilla saavuttaa hyviä tuloksia. Suomen lääkärilehti 10/ 2008 : 939

Rinne, J.2006. Lewyn kappale- dementia. Teoksessa: Erkinjuntti,T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. Toim. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto:164

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä. 2001.Dementia potilaiden käyttösoireet. Suomen lääkärilehti 2: 169-175

Tuomi, J.& Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vataja, R. 2001. Dementiaan liittyvät käyttösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto:94 –107

Viramo, P. 2003.Työikäisen muistivaikeuden syy on selvitettävä.
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00354
(luettu 10.11.2009)

Artikkeli/ tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Eloniemi – Sulkava 2006 artikkeli: Vanhustyö; 1: 10-13.</p> <p>Käyttöoireisten dementoituneiden lääkkeetön hoito.</p>	<p>Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen</p>	<p>Harhaluulot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aistiharhat • Levottomuus, aggressiivisuus • Masentuneisuus, alakuloisuus • Ahdistuneisuus • Kohonnut mieliala, epäasiallinen iloisuus • Apatia, välinpitämättömyys • Estottomuus • Ärtisyys, mielialan vaihtelu • Poikkeava motorinen käyttäytyminen • Unen häiriöt • Ruokahalun ja syömisen häiriöt 	<p>fyysinen perushoito</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyvä somaattinen ja lääketieteellinen hoito vuorovaikutus – terapeuttisuus – muistelu ja laulu • liiketerapia • toiminnalliset menetelmät <p>Pyri ymmärtämään tunne/ tarve ja vastaa siihen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viesti positiivisia tunnekokemuksia • Muista sanattomien viestien tärkeys <p>luo turvallinen ja arvostava tunne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yksilöity päivän rytmittäminen, tutut rituaalit • Puhuttelee myös koko nimellä jota täydennät identiteetinmukaisella nimikkeellä <p>Positiivinen huomiointi,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiallinen suhtautuminen joka ei vahvista käytösoiretta • Positiiviset toiminnot, ulkoilu 	<p>Kieltäminen tai rajojen asettaminen ei yleensä toimi</p> <p>ollaan kanssaihmissä ilman yläpuolella - alapuolella asetelmaa</p> <p>sisältää psykologista tukea</p> <p>turvallisuus</p> <p>luotettavuus</p> <p>kunnioittaminen</p> <p>selkeys</p> <p>aito välittäminen, onnistumisen kokemuksia</p> <p>laaja dementiaosaaminen ja moniammatillinen yhteistyö mahdollistavat ratkaisujen löytymisen vaikeisiin käyttöoireisiin.</p> <p>Työryhmän tavoitteellinen selvitys ja toteutustyö. hoitokokoukset</p>

Tutkimus/ tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Isola, Backman, Saarnio, & Paasivaara. 2004 Hoitotiede 17(3): 145–154</p> <p>Tutkimus: Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen Käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa.</p>	<p>Tarkoituksena laadullisesti kuvailla hoitajien käyttämiä hoitotyön edistyksellisiä toimintoja neljällä dementoituvia potilaita hoitavalla osastolla, neljässä eri organisaatiossa. Sairaanhoitajia, lähi- ja mielenterveys-hoitajia, sekä sairaala-apulaisia(N=62)</p>	<p>Burgion ja Jonesin (1988)luokituksen mukaan fyysinen ja kielellinen aggressiivisuus, esineiden ja ympäristön tuhoaminen, huutelu, itsensä vahingoittaminen, ravinnoksi sopimattoman syöminen, hoitoon sitoutumattomuus</p>	<p>Persoonan, huumorin ja luovuuden käyttö. Huumorin käytön koettiin laukaisevan tiukkoja tilanteita, esimerkiksi aggressiivisuuskohtauksia. Luovuus, tilanteeseen ”heittäytyminen”, jolloin löydetään tilanteeseen sopivat sanat tai teot, joilla ratkaistaan tilanne. Perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Keskustelulla, puhumalla pyritään dementoituvalle osoittamaan asian olevan kunnossa. Ohjaamisessa on oleellista katse- ja kosketuskontakti, elekieli ja kahden kesken oleminen. Puheen on oltava selkeää ja käsittelyssä voi olla vain yksi asia kerrallaan. Dementoituvan toiminnan seuraaminen ja myönteisen palautteen antaminen on myös oleellista.</p>	<p>hoitotyötä dementoituvien parissa tehdään ihmisenä, eikä pelkästään työntekijän roolissa.</p> <p>Perusideana on se, että keskustellaan niin kuin aikuisen kanssa keskustellaan.</p> <p>Ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa</p>

Tutkimus/ tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Kanala & Leinonen 2001, Pro gradu</p> <p>Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa</p>	<p>Kuvata dementoituvan haasteellista käyttäytymisen esiintyvyyttä ja vakavuutta ja siihen liittyvää hoitajan toimintaa yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. (N=332)Kyselyyn vastasi 217 hoitajaa</p>	<p>Ärtyisyys, pahantuulen puuskat, vihamielisyys, aggressiivisuus, uhkaileminen, poikkeava seksuaalinen käytös, itsetuhoisuus epäluuloisuus, vaelteleminen levottomuus, kiroilu, huutelu, itsekseen puhelu, unettomuus, eritteillä sotkeminen, epätarkoituksenmukainen pukeminen ja riisuminen eksyminen</p>	<p>Ammatillinen toiminta Kysyn, mikä on hätänä. Huumorin käyttäminen, hoitosuunnitelman hyödyntäminen, omaan huoneeseen vieminen, toiminnan järjestäminen, käytöksen syyn selvittäminen, ajan antaminen, keskustelu, lähellä oleminen, ystävällisyys, koskettaminen, haasteellisen tilanteen ennaltaehkäiseminen, kipulääkkeen antaminen. Epäammatillinen toiminta: Huoneen oven sulkeminen tai lukitseminen, ”en tee mitään”, hermostuminen, potilaan komentaminen, fyysisen voiman käyttö, karkea kielenkäyttö, dementoituvan kohtuuton rajoittaminen, toimintaan pakottaminen</p>	<p>Ammatillisella toiminnalla tarkoitetaan hoitajan inhimillistä toimintaa ja epäammatillisella epäasiallista ja epäeettistä toimintaa Dementiakoulutusta saaneet hoitajat toimivat ammatillisemmin ja aktiivisemmin dementoituvan hyväksi kuin ne joilla dementiakoulutusta ei ollut.</p>

Artikkeli/tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Alzheimerin taudin käypä hoito suositus</p> <p>Käypä hoito 29.3.2006 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä</p>	<p>Tämä suositus käsittelee Alzheimerin taudin (AT) diagnostiikkaa ja lääkehoitoa. Suositusta varten ei ole tehty näytönasteen arviointia AT:n lääkkeettömistä hoidoista ja kuntoutuksesta eikä muiden muistisairauksien hoidosta. AT:n hoito muodostuu hyvin erilaisista sairastuneen ja hänen läheistensä selviytymistä tukevista toimenpiteistä, joiden laajempi arviointi ja käsittely on jätetty tämän suosituksen ulkopuolelle</p>	<p>Määrittyvät taudin vaikeusasteen mukaan</p> <p>Lievä tauti: apatia, vetäytyminen, lisääntynyt ärtyvyys ahdistuneisuus ja masennus.</p> <p>Keskivaikea tauti: harhaluulot, hallusinaatiot, levottomuus, vaeltelu, uni- valverytmin vaihtelut ja masennus</p> <p>Vaikea tauti: levottomuus, poikkeava käytös, uni- valverytmin häiriöt ja masennus</p>	<p>Käyttösoireiden toteaminen, ymmärtäminen ja tiedon antaminen potilasta hoitaville henkilöille vähentää dementiaan liittyvää kärsimystä ja riittää lievimmissä käyttösoireissa myös hoidoksi.</p> <p>Musiikkiterapia, muut luovat terapiat. Virkistys- ja muu toiminta esimerkiksi kuntouttava päivätoiminta.</p> <p>Perushoidon asianmukaisuus(ravitsemus nesteytys)</p> <p>Laukaisevien tekijöiden eliminointi, (kipu, epäasianmukainen lääkitys)</p>	<p>Lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia useimpien käyttösoireiden hoidossa</p> <p>Käyttösoireiden säännöllinen kartoittaminen ja hoito on oleellinen osa potilaan seurantaa.</p> <p>Käyttösoireiden ilmaantuessa tai pahentuessa tulee selvittää somaattisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden osuus</p>

Tutkimus/ tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Laitala 2008</p> <p>Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä Pro gradu – tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata dementoituneen henkilön haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja ja dementiahoitoyksikön hoitohenkilökunnan keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö.</p> <p>Eri puolella Suomea dementiahoitoyksiköissä työskentelevät johtavat hoitajat (n=285). Vastauksia palautettiin 144</p>	<p>Levottomuus, aggressiivisuus, toistuva kysely, lähteminen, huutaminen, eritteillä sotkeminen, hoitotoimintojen vastustaminen ja sylkeminen. Näiden lisäksi ilmeni joitakin yksilöllisiä yksittäisinä esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja, kuten huonekalujen jatkuva siirtely, ja kylläisen olon tunnottomuus.</p>	<p>Tarkastamista hoitosuunnitelmasta dementoituvan tausta ja mahdolliset ohjeet tilanteen varalle sekä rauhoittavan lääkkeen antamista ja dementoituneen laittamista istumaan geriatriseen tai muuhun tuoliin sidottuna. Huomion kiinnittäminen muuhun toimintaan, ammattitaito, rajoittaminen ja kosketus</p>	<p>Ammattitaito on ammatillisuutta ja epäammatillisuutta. Ammatillisuuteen kuuluu toimintatapojen miettiminen yhteistyössä kollegojen kanssa, omaisiin yhteydenotto tarvittaessa ja hoitajan kokemus, tieto ja taito, sekä taustan tunteminen ja elämän kaari kyselyssä saatujen tietojen huomiointi. Ammatillisuuteen liittyy myös kohteliaisuus, aikuisuus ja hyvät käytöstavat. Epäammatillisuutta on se, että annetaan tilanteiden mennä ohi eikä puututa tilanteeseen</p>

Tekijä /tutkimus	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Mähönen 2001</p> <p>Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Pro gradu</p>	<p>Tarkoituksena kuvata dementoituvien vanhusten haasteellista käyttäytymistä ja useutta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja hoitotyön menetelmien käyttöä haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. hoitotyöntekijöitä ja laitospulaisia(N=97) Kyselytutkimus</p>	<p>Levottomuus, toistuva kysely/pyytely, huutelu, kirkuminen, sanallinen aggressiivisuus, uhkailu, tavaroiden kuljettelu. Nukkumaanmenovaikeudet, Ulosteilla sotkeminen, pahan tuulen puuskat, puhumattomuus, yhteistyön sujumattomuus, passiivisuus päivittäisissä toiminnoissa, potilastoverin häiritseminen. Poikkeava seksuaalinen käytös.</p>	<p>Kysyminen mikä on hätänä, varmistaminen, että dementoituvalla on fyysisesti mukava olo, yritystä poistaa ympäristöstä haasteellista käyttäytymistä edistäviä tekijöitä ja ohjeiden ja taustan tarkistamista hoitosuunnitelmasta, koskettaminen ja lähellä olo, sekä pyrkimys kääntää ajatukset. Mukaan ottaminen päivittäisiin askareisiin, musiikin soimaan laittaminen ja ihmettely huumorin varjolla Laitojen nostamista dementoituvan vanhuksen ollessa vuoteessa, istumaan geriatriseen tuoliin. Harvimmin käytettiin huoneeseen viemistä ja oven lukitsemista sekä vyön tai sidoksen laittamista henkilön ollessa vuoteessa</p>	<p>Tilanteiden potilaskohtainen harkinta. Hoitoyhteisön kiireetön, ystävällinen vuorovaikutus. Hoitotyötä tekevien lisäkoulutus. Riittävä henkilökunta</p>

Artikkeli/ tekijä	Tavoite/ otos	Käytöshäiriöt	Auttamismenetelmät	Muuta
<p>Artikkeli: Vataja 2006. Dementiaan liittyvät käyttöoireet</p> <p>Teoksessa: Muistihäiriöt ja dementia.</p>	<p>Kirja koottu ammattitiedon ja taidon tarpeeseen</p>	<p>Masennus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, uni- valverytmin muutokset, seksuaaliset käyttöoireet, persoonallisuuden muutokset, huutaminen, kiroilu, vaeltaminen</p>	<p>Lääkehoito</p> <p>Ympäristön muuttaminen selkeämmäksi, kuten parantamalla valaistusta</p>	<p>Ahdistunut tai masentunut omainen lisää helposti myös potilaan oireilua. laitoshoidossa kärsimätön tai levoton ilmapiiri, levottomat potilastoverit tai rauhaton hoitopaikka selvästi lisäävät käyttöoireita.</p>