

MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN KOTIHOIDOSSA
HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Mari Aittomäki
Opinnäytetyö, syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Pohjoinen, Oulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Aittomäki, Mari. Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen kotihoidossa hoitajien näkökulmasta. Diak Pohjoinen Oulu, syksy 2012. 26 s.5 liitettä.
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidossa työskentelevien hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä haasteellisen muistisairaahan asiakkaan hoitotyössä sekä hoitotilanteisiin liittyviä haasteita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille tietoa muistisairaahan haasteellisesta käyttäytymisestä ja keinoja haasteellisessa tilanteessa toimimiseen ja niiden ennaltaehkäisyyn.

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, ja teoriaosuus sisältää tietoa muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista sekä muistisairaahan hoitotyön auttamismenetelmistä. Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla kysymyksillä Oulun kaupungin kotihoidon viideltä lähi- ja perushoitajalta ja vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan vastaajat käyttivät hoitotyön auttamismenetelminä vuorovaikeuskeinoja kuten rauhallisuutta, huumorin käyttöä ja joustavaa toimintaa hoitotilanteissa. Ennaltaehkäisevinä hoitotyön auttamismenetelminä hoitajat ennakoivat tilanteita havainnoimalla ja tekemällä yhteistyötä toisten hoitajien kanssa. Hoitotyön haasteeksi vastaajat kuvasivat erilaisten tilanteiden hallinnan ja havainnoimisen taidon.

Avainsanat: haasteellinen käyttäytyminen, muistisairaus, kvalitatiivinen tutkimus, käytösoireet

ABSTRACT

Aittomäki Mari. Challenging behavior of the person who suffers from a memory disease in home care from the caregiver's point of view. 26p., 5 appendices. Language: Finnish. Oulu Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Nursing, Degree: Registered Nurse.

The objective of this thesis was to describe the helping methods that caregivers use in home care to help the person who suffers from a memory disease and have very challenging behavior. The objective was also to produce information on the challenging behavior of the person who suffers from a memory disease, and bring out ways how to cope in a challenging situation and how to prevent those.

This thesis is a qualitative survey and the theory part includes knowledge of memory diseases, behavioral symptoms and methods of how to help a person who suffers from a memory disorder. Research material were collected by asking open questions from five nurses, practical nurses and enrolled nurses, each of them working in Oulu city home care (Finland). Answers were analyzed by using content analysis.

According to research results the answerers used calmness, humor and were working in a very flexible manner in nursing interventions. Nurses were anticipating situations in their work and made lots of teamwork. Answerers described that challenges in nursing were how to control difficult situations and how to observe those.

Keywords: challenging behavior, memory disease, qualitative survey, behavioral symptoms

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ.....	7
3 MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN	8
3.1 Haasteellisen käyttäytymisen hoitotyön keinot	9
3.2 Muistisairaahan käytösoireiden lääkkeetön hoito	10
3.3 Hoitajien vuorovaikutustaidot osana lääkkeetöntä hoitoa.....	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	13
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
5.1 Aineiston keruu.....	14
5.2 Aineiston analyysi.....	15
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	16
6.1 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaahan käytösoireiden helpottamiseksi.....	16
6.2 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaahan käytösoireiden ehkäisemiseksi.....	18
6.3 Käytösoireista kärsivän muistisairaahan hoitotyön haasteet	19
7 POHDINTA	20
7.1 Johtopäätökset.....	20
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	22
7.3 Opinnäytetyön eettisyys	23
7.4 Oma oppiminen ja jatkotutkimus haasteet.....	24
LÄHTEET.....	26
LIITE 1. Tutkimuslupa hakemus.....	31
LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje ja tutkimuskysymykset.....	32
LIITE 3. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä.....	34
LIITE 4. Muistisairautta aiheuttavat sairaudet	35
LIITE 5. Haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja	39

1 JOHDANTO

Muistisairaahan hoitotyössä on tärkeä tukea ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyä ja ennaltaehkäistä sairauksia. Muistisairaahan asiakkaan hoidossa huomioidaan hänen voimavaransa ja hyödynnetään niitä päivittäisissä toiminnoissa. Toimintakyvyn tukeminen voidaan nähdä osana terveyden edistämistä. (Heimonen, 1997, 77-78.)

Suomessa muistisairaudet ovat sairausryhmä, joka aiheuttaa ikääntyneille ihmisille eniten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarvetta. Väestön vanhetessa muistisairaudet lisääntyvät, ja väestötutkimuksen mukaan vuonna 2011 Suomessa oli 93 000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivää ihmistä, joista 40 prosenttia asui ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Kaikista pitkäaikaishoidon asukkaista 80 prosentilla oli muistisairaus ja muistisairaista 70-80 prosentilla oli vähintään yksi käytösoire. Käytösoireilla on yhteys muistisairaahan elämänlaadun heikkenemiseen, ja ne rasittavat hoitoyhteisöjä ja omaishoitajia sekä lisäävät palveluiden tarvetta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 8.)

Käytösoireiden hoitaminen on tärkeä osa muistisairaahan asiakkaan hyvää hoitoa. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle itselleen kärsimystä ja lisäävät asiakkaan riskiä joutua laitoshoidon. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan hoito on yksi vaikeimmin hallittavia aloja. Se on oma erityisalueensa, joka vaatii lisääntynyttä osaamista ja muistisairauksien hoitoon erikoistuneita yksiköitä. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen (2001:9,10,13) mukaan tavoitteena on se, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Palveluiden tavoitteena on tukea ikääntyvien hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista riippumatta heidän toimintakyvystään. Ikäihmisten eettiset ja asiakaslähtöiset palvelut noudattavat näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä. Palveluiden painopisteen tulee olla avopalvelussa ja kotona asumisen tukemisessa.

Opinnäytetyöni aihe on myös oman mielenkiinnon kohteeni, koska olen työskennellyt kotihoidossa muistisairaiden parissa, joilla on esiintynyt haasteellista

käytöstä. Tavoitteenani on kehittää myös omaa asiantuntemustani tulevana sairaanhoitajana, koska aikaisempi tietotaitoni ei ole riittänyt tunnistamaan käytösoireita, hoitaessani haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita. Opinnäytetyöni kartuttaa ja syventää asiantuntemustani haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hoitotyöstä, mikä parantaa valmiuksia toimia muistisairaiden parissa sekä toimia heidän omaistensa tukena. Hoitajana on tärkeää tunnistaa muistisairaahan käytösoireet ja kyetä ammatillisesti suhtautumaan muistisairautta sairastavaan asiakkaaseen. On tärkeää kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas ennen kaikkea ihmisenä ja omana itsenään, sillä muistisairautta sairastavien asiakkaiden asema yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä tulisi toteutua ja hoidon olla laadukasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidossa työskentelevien hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan asiakkaan hoitotyössä ja siihen liittyviä haasteita. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisista käyttäytymisestä ja tuoda esille keinoja haasteellisessa tilanteessa toimimiseen ja ennaltaehkäisyyn.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka pyrkii lisäämään ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä. Sen kautta lisätään terveyden edellytyksiä ihmisten arjessa. Terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista toimintaa, joka koostuu yhteiskunnallisten, ympäristöön liittyvien ja kasvatuksellisten edellytysten luomisesta terveydelle. (Laine, Ruishalme, Salervo, Silven & Välimäki. 2004, 208-209.)

Terveyden edistäminen pohjautuu arvoperustaan, ja sen tärkeitä arvoja ovat muistisairaan ihmisarvon ja autonomian kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, voimavaralähtöisyys (empowerment), oikeudenmukaisuus, osallistuminen ja yhteistyö, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Haasteena Suomessa on terveyden tasa-arvon toteuttaminen ja terveyserojen kaventaminen. Muistisairaiden terveyden edistämässä haasteena on myös terveyden, toimintakyvyn, taustatekijöiden ja koko elämäntilanteen laaja-alainen tunnistaminen ja arviointi. Terveyttä edistetään preventiivisen (sairauksien ehkäisy) ja promotiivisen (voimavarojen vahvistaminen) toiminnan avulla. Lähtökohtana preventiiviselle on erityisesti riskien ja riskiryhmien tunnistaminen ja arvioiminen. Promootio tarkoittaa yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasolla erilaisia keinoja ja tapoja, jotka vahvistavat muistisairaiden terveyttä, toimintakykyä ja voimavaroja. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen. 2007, 31-33.)

3 MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Käsitteenä haasteellinen tarkoittaa haastavaa, vaativaa tai kiehtovaa. Käyttäytyminen puolestaan tarkoittaa käyttäytymistä tai käytöstä sekä esiintymistä. (Suomen kielen perussanakirja, 1990.) Muistisairaahan haasteellisesta käyttäytymisestä käytetään myös termejä käytösoireet, käytöshäiriö, haasteellinen käytös sekä häiritsevä käyttäytyminen. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitteitä käytösoire ja haasteellinen käyttäytyminen käsitteitä.

Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairaahan haitallisia psykologisia oireita, kuten ahdistuneisuutta ja masennusta sekä käyttäytymiseen liittyviä muutoksia, kuten vaeltelua ja yliseksuaalisuutta. Kaikista dementiaa sairastavista 90 prosenttia kärsii jossakin sairautensa vaiheessa haitallisista käytösoireista, ja oireet kuuluvat niin lievään kuin vaikeaan dementiaan. Käytösoireet voivat kuormittaa omaisia ja hoitajia, ne ovatkin tavallisin syy muistisairaahan joutumiseen laitoshoidon. (Vataja 2010, 91, 94-95.)

Laitala (2008) on pro gradu - tutkielmassaan tutkinut haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja ja hoitotyön keinoja vastata haasteelliseen käyttäytymiseen. Tutkimuksessa haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuodoista eniten esiintyi levottomuutta. Toiseksi eniten esiintyi aggressiivisuutta ja kolmanneksi yleisemmin toistuvaa kyselyä. Harvemmin esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja olivat lähteminen, huutaminen ja eritteillä sotkeminen. (Laitala 2008, 65.)

Tavallisin muistisairautta aiheuttava sairaus (LIITE 4) on Alzheimerin tauti, jota ilmenee 65-70 % keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairailta. Toiseksi tavallisemmin muistisairautta aiheuttaa vaskulaarinen dementia. Kolmanneksi yleisimpiä ovat Lewyn kappale-tauti ja frontotemporaalinen dementia. (Erkinjuntti ym. 2010, 79-82.)

Muistisairauksiin liittyy kahdentyyppisiä käytösoireita (LIITE 5), psykologisia ja käyttäytymisen oireita. Psykologisiin oireisiin kuuluvat masennus/alakuloisuus, ahdistuneisuus ja ärtyneisyys/mielialan vaihtelu, sekä apatia, aistiharhat, harhaluulot, virhetulkinnat ja unihäiriöt. Käyttäytymisen oireita ovat muun muassa fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus, levottomuus eli agitaatio, vaeltelu, kuljeskelu ja karkailu, seksuaalinen estottomuus ja estoton käyttäytyminen. Käyttäytymisen oireet ovat havainnoitavissa olevia muistisairaahan käyttäytymisen piirteitä. Psykologiset oireet sitä vastoin kertovat muistisairaahan mielen sisällöstä, ja ne tulevat yleensä esille muistisairasta tai hänen omaistaan haastateltaessa. (Tilvis ym. 2001, 84.)

Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat useat asiat : sairauden aiheuttamat muutokset aivoissa, persoonallisuus, elämänhistoria ja ympäristö.(Vallejo-Medina 2005, 281.) Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle itselleen kärsimystä, heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua, sekä nopeasti vaihtuvina ja ennalta arvaamattomina tuottavat myös stressiä omaisille ja hoitohenkilöstölle. (Eloniemi-Sulkava 2008, 14.)

3.1 Haasteellisen käyttäytymisen hoitotyön keinot

Suurin osa käytösoireista on muistisairaahan ihmisen tarpeen ilmaisua. Näiden tarpeiden tunnistamiseen ja niihin vastaamiseen on hyvä siirtyä silloin, kun delirium ja psykoottiset oireet on poissuljettu käytösoireiden aiheuttajina. Kognitiivisten muutosten ymmärtäminen on tarpeellista muistisairaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen tarpeen huomioivassa hoidossa. Muistisairas ihminen ei usein kykene tunnistamaan ja ilmaisemaan tarpeitaan ymmärrettävällä tavalla. (Eloniemi-Sulkava & Savikko. 2011, 106.)

Muistisairaahan käytösoireita tulee hoitaa, kun ne rasittavat hänen sosiaalista vuorovaikutustaan ja toimintakykyään sekä heikentävät kykyä huolehtia itsestä. Hoito on aiheellista silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalle itselleen ja muille. Lääkkeettömän hoidon tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksi-

en mukaan ehkäisemään käytösoireiden ilmaantumista, mutta vaikeisiin käytösoireisiin voi saada apua psyykeliäkkeistä. (Koponen & Saarela 2010, 485-486.)

Eloniemi-Sulkavan (2006, 10) mukaan käytösoireiden ilmetessä on hyvä tarkastaa muistisairaahan lääkitys, kivun lääkehoito ja lääkkeetön hoito sekä matalan verenpaineen, sokeritasapainon, ravitsemuksen sekä huonovointisuuden syyn. Pitkälän (2008) mukaan geriatrinen asiantuntemus ja sairauteen liittyvä erityisosaaminen on oleellista, mutta yhtä tärkeää on hoitoa toteuttavan ammattilaisen asennoituminen ja tapa tehdä työtään muistisairaiden kanssa.

3.2 Muistisairaahan käytösoireiden lääkkeetön hoito

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että muistisairaahan tarpeista huolehditaan tarkoituksenmukaisesti muun muassa käytösoireita laukaisevia tekijöitä kuten kipua ja epäasianmukaista lääkitystä poistamalla. Hoidossa tulee välttää turhaa perusteetonta itsenäisyyden rajoittamista ja avuttomuuden korostamista. Muistisairaahan jäljellä olevaa toimintakykyä tulee tukea hoitoympäristön ja yhteisön avulla. Käytösoireiden hoidoksi voi myös riittää oireiden hyvä arviointi sekä käyttäytymisen liittyvän syiden selvittäminen ja maalaisjärkeen perustuva ohjaus. (Koponen & Saarela 2010, 486.)

Lääkkeetön hoito sisältää myös erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ja vuorovaikutukseen sekä muistipotilaan ympäristöön vaikuttamista. Psykososiaaliset hoidot ovat erilaisia käytösoireiden hoidossa käytettyjä lähestymistapoja, kuten tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet validaatio- eli mielikuvaterapia, muisteluterapia ja realiteettiterapia, sekä käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen hallintaa tukevat behavioraaliset terapiat. (Koponen & Saarela 2010, 486-487.) Lisäksi voidaan käyttää virikeorientoituneita hoitomuotoja, kuten tanssia, musiikkia, musiikkiterapiaa, lemmikkieläinterapiaa, kädentaitoja, kuvataidetta, kirkasvalohoitoa tai virkistystoimintaa. Psykomotorisissa hoitomuodois-

sa on muistisairaita varten kehiteltyjä aktivointiohjelmia ja fysioterapiasovelluksia. (Saarela ym. 2001, 2780-2781.)

3.3 Hoitajien vuorovaikutustaidot osana lääkkeetöntä hoitoa

Lääkkeettömissä hoitomuodoissa kiinnitetään huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen, koska hoitajan ja potilaan välinen suhde on eräs merkittävä tekijä esimerkiksi käytösoireiden syntyemisessä ja esiintymisessä. (Koponen & Saarela 2006, 501-504.) Hoitajan oma elämäkokemus, kekseliäisyys ja luovuus ovat apuna ongelmatilanteissa selviytymiselle. Suurpiirteinen ja suhteellisuudentajuinen elämänote auttaa myös suvaitsemaan muistipotilaan käytösoireita. (Saarela ym. 2001, 2777-2778.) Kanalan ja Leinosen (2001) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijä, joka työskentelee muistisairaiden kanssa, tarvitsee tietoa muistisairauksista, ongelmanratkaisutaitoja, itseluottamusta, joustavuutta, positiivista asennetta ja huumorintajua. Mähönen (2001) on tutkimuksessa todennut, että hoitajat kuvasivat dementoituneen hoitotyötä näytelmäksi, jossa hoitajan tulee ottaa erilaisia rooleja saadakseen muistisairaahan hoidetuksi.

Muistisairaahan hyvän hoitosuhteen edellytyksenä on hoitajan tietoisuus asiakkaan taustasta ja elämäkulusta. Hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseen vaikuttavia tärkeitä tekijöitä ovat aitous, positiivinen arvostus, avoimuus, luottamus, joustavuus, turvallisuus, aito välittäminen sekä empaattinen ymmärtäminen. Empatian edellytyksenä on laaja-alainen tieto etenevän muistisairaahan seuraamuksista sairastavalle ja hoitohenkilökunnan käsitys muistisairaahan henkisistä ominaisuuksista sekä sairastuneena ja terveenä. (Laaksonen ym. 2004, 7.)

Haasteellisinta vuorovaikutustilanteessa muistisairaahan kanssa on kuulla ja tavoittaa hänen viestinnästään myös ne asiat, joita hän ei kykene sanallisesti kertomaan. Muistisairaiden hoitotyössä kuunteleminen on tärkeä ja keskittymistä sekä herkkyyttä vaativa vuorovaikutuksen osa-alue. Tämä edellyttää hoitajan todellista läsnäoloa ja tarkkaa havainnointikykyä eri tilanteissa, sillä muistisai-

raan käyttäytymisestä ja sekavastakin puheesta voidaan löytää jokin viesti, johon vastataan. (Heimonen 1997, 96.)

Rauhallinen keskustelu on yksi keskeisimpiä toimintatapoja levottoman muistisairaahan kohtaamisessa. Keskusteltaessa muistisairaahan kanssa on hyvä huomioida hänen vaikeutensa ilmaista itseään sanoilla ja toisaalta ymmärtää sanojen merkitystä. Vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa voidaan helpottaa eri keinoin. Katsekontaktin ottaminen auttaa asiakasta kiinnittämään huomionsa hoitajaan. Vuorovaikutustilanteessa lähestyminen tulee tapahtua kasvojen tasolta. Oman nimen käyttäminen ja kevyt kosketus auttavat myös hoitajaa saamaan muistisairaahan huomion puoleensa. Hoitajan on tärkeää käyttää lyhyitä selkeitä lauseita, ja puhua yksi asia kerrallaan sekä antaa muistisairaalle aikaa kuunnella, ymmärtää ja vastata. Hoitajana on tärkeää hyväksyä se, että joutuu toistamaan itseään. (Heimonen 1997, 97-98; Isola 1997,108.)

Tärkeintä muistisairaahan kohtaamisessa on kanssakäyminen hoitajan ja muistisairaahan välillä. Heittäytymisellä muistisairaahan tilanteeseen ja toimimalla hänen kanssa ilman hoitajan roolia on yksi hoitotyön auttamismenetelmä. Kohtaamistilanne tulisi pyrkiä ymmärtämään muistisairaahan silmin, huomioiden tilanteessa mukana olevat tunteet ja hyväksyä myös erilaiset tunneilmaisut sekä löytää kommunikointi tunteiden tasolle. Tämän lähestymistavan löytäminen on tärkeää kuntouttavassa hoidossa. Kertomalla asioita ja tulevia tapahtumia oikealla tavalla hoitotyöntekijä voi helpottaa yhteistyötä muistipotilaan kanssa. (Viramo ym. 2001, 34, 52.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidossa työskentelevien hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana asiakkaan hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kohdatessa muistisairaita, joilla esiintyy haasteellista käyttäytymistä. Tutkimustuloksista etsitään keinoja haasteellisista tilanteista selviämiseen ja keinoja, joiden avulla haasteellisia tilanteita voitaisiin välttää.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Minkälaisissa hoitotilanteissa haasteellista käyttäytymistä esiintyy?
2. Millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä hoitajat voivat helpottaa ja ennaltaehkäistä muistisairaana käytösoireita?
3. Millaisia haasteita käytösoireisen muistisairaana asiakkaan hoitotyöhön liittyy hoitajien näkökulmasta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyöni tutkimusote on laadullinen, eli lähtökohtana on todellisen elämän ja kokemusten kuvaaminen ja mahdollisimman kokonaisvaltainen kohteen tutkiminen. Tyypillinen laadullinen tutkimus on myös joustava, ja siinä suunnitelmia voidaan muuttaa tarvittaessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita tutkittavasta kohteesta. (Hirsjärvi ym. 2000, 152, 155.) Laadullinen tutkimus soveltuu tutkimukseen, kun halutaan uutta näkökulmaa runsaasti tutkittuun aiheeseen, tai kun tutkitaan emotionaalisesti herkkiä aiheita (Välimäki ym. 2000, 154).

Tiedonantajat olivat perus- ja lähihoitajia Oulun kaupungin keskustan kotihoitosta. Kyselyni oli kohdennettu kotihoiton keskustan tiimin kaikille hoitajille, koulutukseen, työkokemukseen tai sukupuoleen katsomatta. Hankin ensin tutkimusluvan opinnäytetyölleni Oulun kaupungin ikäihmisten hyvinvoinnin palvelujohtajalta(LIITE1.)Tutkimusluvan saatuaani otin yhteyttä keskustan kotihoiton palveluesimieheen, joka informoi hoitajia kyselystäni (LIITE 2.)Kotihoiton tiimin yhdyshenkilöt jakoivat kyselylomakkeen hoitajille kesäkuussa 2012. Hoitajilla oli aikaa vastata kyselyyni kaksi viikkoa.

Tutkimuskysymyksiini hoitajat vastasivat henkilökohtaisina esseevastauksina näin ollen annettiin tilaa hoitajien omille näkökulmille ja heidän "äänensä" pääsivät esille. Vastaukset osoittavat, mikä on keskeistä ja tärkeää vastaajien mielestä. (Hirsjärvi ym. 2000, 188.) Näin pystyn saamaan suuremman vastausten kirjon, kuin haastatteleamalla hoitajia. Hoitajan henkilöllisyys ei paljastu, ja hän uskaltaa ilmaista mielipiteensä luotettavammin, kun hän saa rauhassa ja itsenäisesti miettiä vastauksiaan.

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössäni aineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysimenetelmää (LIITE 3.) Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittu asia voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla ja että tutkittavien asioiden suhteet saadaan selkeästi esille. Sisällönanalyysissä oleellista on, että tutkimusaineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstin sanat ja fraasit luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen. 2003, 16.)

Sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolloin aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. (Latvala ym. 2003, 16.) Aluksi luin aineiston läpi useaan kertaan huomioiden erityisesti tutkimustehtäväni ja yritin muodostaa kokonaiskuvaa vastauksista. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin eli etsittiin vastauksista yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat asiat yhdistettiin samaksi luokaksi ja sille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Viimeisin vaihe sisällönanalyysissä oli aineiston abstrahointi eli samansisäiset luokat yhdistettiin yläluokkiin. (Latvala ym. 2003, 16.)

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyöni aineiston keräsin Oulun kaupungin keskustan kotihoidon hoitajilta. Kyselyyn vastasi viisi kotihoidon työntekijää. Vastaajista kolme oli perushoitajaa ja kaksi lähihoitajaa, työkokemusta vastaajilla oli 5 - 35 vuoden välillä. Opinnäytetyöni tulokset kuvaavat hoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä haasteellisen muistisairaana asiakkaan hoitotyössä sekä hoitotilanteisiin liittyviä haasteita.

6.1 Hoitotyön auttamismenetelmät muistisairaana käytösoireiden helpottamiseksi

Hoitajien vastausten mukaan asiakkailla esiintyi haasteellista käyttäytymistä eniten pesujen ja pukeutumisen yhteydessä. Yleistä vastaajien mukaan oli hoitotoimenpiteisiin liittyvä vastustelu ja hygieniaan liittyvät laiminlyönnit.

Vuorovaikutuskeinojen hallinta ja rauhallinen suhtautuminen sekä tilanteeseen keskittyvä työskentelytapa on lähtökohtana muistisairaiden hoitotyössä, ja tämä nousi hoitajien vastauksista esille tärkeimpänä tekijänä haasteellisessa käyttäytymistilanteessa.

"...hoitajan olisi hyvä pysyä itse rauhallisena, silloin asiakaskin usein rauhoittuu..."

"...rauhallinen ote ja asenne, vaikka olisi kiire niin ei näytä sitä ollenkaan..."

Hoitajan on muistettava ammatillisuus ja maltin säilyttäminen. Asiakkaan turhaa provosointia tulee välttää, samoin myös riitelyä ja vastaan väittämistä.

"...saman asian "jankuttaminen" eli taistelu ei tepsii yleensä, vaan tilanne voi pahentua ja lukkiutua täysin..."

Vastaajien mukaan vuorovaikutustilanteissa, hoitotoimenpiteitä tehtäessä tai rauhoiteltaessa muistisairasta on tärkeä saada keskusteluyhteyden asiakkaaseen. Pelkistetty puhetapa kuvattiin asioiden esilletuomisena lyhyesti ja selkokielellä.

"...kommunikaatiovaikeuksiin auttaa lyhyet selkeät kysymykset tai kehoitukset, ja tarvittaessa toistot..."

"...asiakkaalle asioiden selittäminen lyhyesti ja ytimekkäästi..."

Haasteellisessa käyttäytymistilanteessa vastaajat pyrkivät rauhoittamaan tilannetta ottamalla puheenaiheeksi asiakkaan omaiset. Näin asiakkaan ajatukset saatiin suunnattua muualle ja yhteistyö helpottui.

"...asiakkaan kertomia tarinoita kuunnellessa ja entisaikojen asioita muistella vaikkapa valokuvien avulla saadaan asiakkaan ajatukset käännettyä muualle..."

Katsekontakti on tärkeä tekijä vastakkaisessa kohtaamisessa muistisairaankanssa. Katsekontaktin saaminen liitetään myös hoitajien ja asiakkaan välisen luottamuksen saamiseen ja sitä käytetään hoitajan halutessa viestittää läsnäoloaan asiakkaalle. Vastaajien mukaan katsekontaktin saaminen asiakkaaseen koetaan tärkeänä rauhoittelutilanteessa ja sillä voidaan ennaltaehkäistä pelko-reaktioita.

"...istua alas ja kyykkyy asiakkaan eteen, samalle tasolle kun puhuu, eikä ylhäältäpäin ikään kuin käskien..."

Muistisairaiden hoitotyössä joustetaan ja toimitaan asiakkaan ehdoilla, hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä ja eläytymistä hoidettavan tilanteeseen. Pienellä hoitokäytännön muutoksella voidaan helpottaa yhteistyötä asiakkaan kanssa. Hoitotilanteissa vastaajat käyttivät omaa persoonaansa ja luovuuttaan hyväseen eläytymällä asiakkaan tilanteeseen.

"...esim. pesutilanteissa joskus auttaa huomion kiinnittämisen muualle ja sitten hetken kuluttua esittää asian uudelleen niin kuin uutena asiana..."

Haasteellisessa käyttäytymistilanteissa vastaajat pitivät tärkeänä huumorin käyttöä ja positiivista asennetta. Huumori koettiin tärkeänä ilmapiirin luomisessa ja asiakkaan ajatusten pois viemisessä hänelle epämukavasta hoitotilanteesta. Huumoria pidettiin myös tärkeänä tekijänä sekä muistisairaankohtaamisessa ja työyhteisön ilmapiirin kannalta.

"...ainahan ei onnistu tiukan tilanteen suhteen, mutta huumori voi toimia

6.3 Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan hoitotyön haasteet

Muistisairaiden hoitotyössä jokainen päivä on erilainen ja vastaajien mukaan haasteellisinta on erilaisten tilanteiden hallinta. Etenevässä muistisairaudessa oireet vaihtelevat ja asiakkaan kohtaamiseen tulee uusia haasteita, jolloin hoitotyöhön vaaditaan enemmän aikaa.

"...päivän kohokohta, kun saa haasteellisen asiakkaan pesulle..."

"...haasteelliset asiakkaat saavat hoitajat välillä tuntemaan, ettei pysty heitä tarpeeksi auttamaan, vaikka mitä yrittäisi..."

Muistisairaahan hoidossa havainnoimisen taito korostuu, sillä sairauden myötä asiakkaan kyky ilmaista itseään heikkenee.

"...kun asiakkaan oven aukaisee pitää osata katkoa kokonaisuus, ei pelkästään ite hoidettava..."

Vastaajien mukaan muistisairaahan hoitotyössä pitää osata vaistota, huomata, kuulla ja kuunnella sekä myös uskaltaa tehdä tämän perusteella päätöksiä asiakkaan hoidon suhteen.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Tutkimustuloksista selvisi, että vastaajien mukaan asiakkailla esiintyy eniten hoitotoimenpiteisiin liittyvää vastustelua, joka oli yleistä pesujen ja pukeutumisen yhteydessä. Haasteellisissa tilanteissa vastaajat käyttivät ainoastaan lääkkeitöntä hoitotyön auttamismenetelmää. Muistisairaana käytösoire on merkki ja oire pahoinvoinnista, joka ei selity vain henkilön muistisairaudella. Tutkijoiden oletus on, että käytösoireet vähenevät, kun ihmistä hoidetaan kaikin tavoin hyvin. (Heiskanen-Haarala 2010, 26.)

Haasteellisten tilanteiden rauhoittamiseen vastaajat käyttivät eri vuorovaikutuskeinoja. Vuorovaikutuskeinoista korostuivat hoitajien rauhallisen suhtautumisen ja sanattoman viestinnän sekä katsekontaktin merkitys. Haasteellisissa tilanteissa hoitajat toimivat joustavasti, ennakoimalla hoitotilanteita ja luomalla turvallisuuden tunnetta hoitajat pyrkivät ehkäisemään käytösoireiden syntymistä. Kanalan ja Leinosen (2001,47) tutkimustuloksista tuli esille hoitajan rauhallinen läsnäolo ja rauhallisuuden säilyttäminen hoitotilanteissa. Isolan ym. (2004,150) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia, ohjaamisessa on oleellista katse- ja kosketuskontakti, sekä lisäksi elekieli ja kahdenkeskinen oleminen.

Hoitotoimenpiteitä vastustelevan asiakkaan huomion hoitajat saivat käännettyä epämiellyttävästä tilanteesta puhumalla toisenlaisista asioista asiakkaan kanssa. Laitilan (2008,65) tutkimuksen mukaan hoitajat käyttivät erilaisia hoitotyön keinoja haasteellisen käyttäytymisen eri ilmenemismuotojen yhteydessä, kuten muistisairaana huomionkiinnittämistä muuhun toimintaan.

Huumorin käyttö koettiin hyväksi keinoksi rauhoittaa haasteellinen tilanne asiakkaan kanssa. Hoitotyössä jaksamisen yhtenä selviytymisen keinona hoitajat pitivät huumorin käyttämistä. Heimosen (1997,103) mukaan nauraminen ja huumorin käyttö yhdessä muistisairaana kanssa auttaa luomaan yhteenkuuluvuuden tunnetta, sekä auttaa muistisairasta rentoutumaan. Isolan (2004,152)

tutkimuksen mukaan huumoria pidettiin tärkeänä tekijänä myös työyhteisön ilmapiirin kannalta.

Hoitotoimenpiteissä vastaajat kertovat asiakkaalle etukäteen, mitä aikovat tehdä. Näin asiakas on tietoinen, mitä seuraavaksi tapahtuu. Vastaajat kokivat yhteistyön helpottuvan asiakkaan kanssa, kun hoitaja puhuu lyhyesti ja selkeästi niin asiakas ymmärtää asian paremmin. Mähösen (2001,14) mukaan hoitaja voi vaikuttaa ennaltaehkäisevästi muistisairaahan hyökkävään käytökseen, jos hän onnistuu luomaan turvallisen ilmapiirin ja vähentämään muistisairaahan ahdistusta.

Mäkisalonen (2010,22) mukaan muistisairaahan toimintakyky heikkenee, jos jokainen hoitaja toimii ja auttaa eri tavalla. Sovittujen hoitolinjojen puuttuminen tuottaa turvattomuutta varsinkin levottomuudesta kärsivälle muistisairaalle. Vastaajat kokivat tärkeiksi hoitajien käyttämät yhteiset hoitolinjat ja toimintatavat muistisairaahan asiakkaan hoidossa. Tärkeänä hoitotoimenpiteitä ja käytösoireita helpottavana tekijänä hoitajat kokivat " hiljaisen tiedon" jakamisen työyhteisössä. Isolan ym. (2004,151) tutkimuksen mukaan oleellista omien kokemusten kertomisessa on hoitajan oman toiminnan reflektointi muun työryhmän kanssa. Tutkimuksen mukaan tällainen työskentely rohkaisee hoitajia käyttämään omia piilossa olevia kykyjään.

Nurmisen (2000, 105,120) mukaan hiljainen tieto ja intuitio hoitotyössä kuuluvat jatkuvasti etenevään ajatteluun. Hiljaisuudessa kehittynyt tieto ja intuitio on kasvattavaa, sillä se on sidoksissa hoitajan omaan arvomaailmaan. Hoitotyössä kohdataan jatkuvasti tilanteita, joissa pelkkä toimintatapa ei ole riittävä, vaan tarvitaan hoitotyön tietoa, joka syntyy intuitiosta ja hiljaisesta tiedosta.

Vastaajien mukaan osa haasteellisista tilanteista on ennakoitavissa ja ehkäistävissä, jos hoitajat saavat riittävästi tietoa etukäteen asiakkaasta ja hänen taustoistaan. Isolan ym. (2004, 150) tuloksista ilmeni, että käytösoireiden ennaltaehkäiseminen vaatii hoitajilta muun muassa muistisairaahan taustan ja elämänhistorian tuntemista. Kanalan ja Leinosen (2001) tutkimuksessa todettiin, että asianmukainen ja ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma voisi tukea hoitajien pää-

töksentekoa hankaliksi koetuissa tilanteissa ja toimisi ohjeena yhtenäisille toimintatavoille.

Haasteellisinta vastaajien mukaan muistisairaahan hoitotyössä on taito havainnoida, huomata ja vaistota muutokset kohdatessaan muistisairaahan asiakkaan. Ison ym. (2004,150) mukaan ennaltaehkäisy tarkoittaa hoitotyöntekijöiden kulkemista ikään kuin muutaman askeleen edellä muistisairaahan käyttäytymisessä. Tutkimuksen mukaan ennaltaehkäisy on intuitiivista ja vaistonvaraista toimintaa.

Muistiasiakkaiden hoito on tulevaisuudessa suuri haaste kotihoidolle ja tämä tarkoittaa sitä, että iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa. Korkea ikä tuo mukanaan kotihoidon piiriin myös enemmän muistisairauksista kärsiviä asiakkaita. Tähän haasteeseen vastaaminen edellyttää hoitohenkilökunnan osaamisen lisäämistä. Merkittäväksi muodostuu yhtenäisen hoitokäytännön luominen ja työntekijöiden muistiasiakkaiden hoitoon liittyvän tiedon tason nostaminen. (Iso-Aho & Niemelä. 2009,165.)

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu selkeitä kriteereitä kuin määrällisen tutkimuksen arvioimiseen. Yleisesti hyväksytyt arviointikriteerit puuttuvat, mutta silti voidaan esittää joitakin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointimenetelmiä. Arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1998, 216.)

Opinnäytetyöni vastaajien määrä oli pieni, viisi henkilöä. Tämä voi osaltaan vaikuttaa tutkimustuloksiin. Myös se, että tutkimus on suunnattu vain yhden kotihoidon tiimiin hoitajille, voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. Kun aineisto on saatu esseevastauksilla, perustuu sen luotettavuus tutkijan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta. Ongelmana on se, ettei tutkija voi tarkentaa aineistoaan äänensävyyn muutoksina, huokauksina ja naurahduksina. Yleensä on vain luotet-

tava siihen, että vastaajien kertomukset vastaavat todellisuutta. (Nieminen 1998, 218.)

Opinnäytetyöni luotettavuutta parantaa se, että hoitajat saivat vastata anonyymeinä, ja vastaukset jätettiin suljetuissa kirjekuorissa. Heillä ei ollut pelkoa siitä, että joku ulkopuolinen pääsisi lukemaan heidän vastauksiaan. Niemisen (1998) mukaan liian lyhyet tai vain ranskalaisin viivoin kirjoitetut vastaukset voivat olla ongelmallisia, sillä silloin tutkittavasta ilmiöstä ei saada riittävästi tietoa. Tutkimuksessani muutama vastaus oli aika suppea ja ranskalaisin viivoin kirjoitettu, joten ne eivät antaneet kattavaa tietoa ilmiöstä. Suurin osa vastauksista oli varsin monipuolisia esseevastauksia. Sain useista vastauksista monipuolista ja mielestäni luotettavaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta käyttäytymisestä kotihoitossa.

Hirsjärven (2000, 243) mukaan tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja tarkastella niitä myös teoreettisesti. On kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hänen päätelmänsä perustuvat. Tutkimuslauseita voi rikastuttaa suorilla lainauksilla vastauksista, kuten minä tein.

7.3 Opinnäytteen eettisyys

Ihmisoikeudet muodostuvat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavalle on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Osallistuminen on heille vapaaehtoista. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, eli tutkimuksen yhteydessä saadut tiedot eivät joudu ulkopuolisten käsiin, eikä niitä käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkittavat säilyvät nimettöminä, ellei toisin sovita. Tutkijoiden on oltava vastuuntuntoisia ja noudatettava lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi ym. 2002, 128-129.)

Tässä työssä suojasin hoitajien yksityisyyden henkilökohtaisilla anonyymeilla vastauskuorilla. Hoitajat saivat itse laittaa vastauksensa kirjekuoreen ja sulkea

sen, joten kukaan ulkopuolinen ei päässyt lukemaan heidän henkilökohtaisia vastauksiaan. Osallistuminen tutkimukseeni oli hoitajille vapaaehtoista. Kun olin analysoinut vastaukset, tuhosin vastauspaperit aineiston luottamuksellista käsittelyä noudattaen. Tutkimustulosten raportoinnissa käytin hoitajien suoria lainauksia siten, että hoitajien henkilöllisyys ei paljastu.

7.4 Oma oppiminen ja jatkotutkimus haasteet

Tämän opinnäytetyöni tarkoituksena oli tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta käyttäytymisestä ja tuoda esille, millaisilla hoitotyön menetelmillä muistisairaahan käytösoireita voidaan ennaltaehkäistä ja helpottaa. Kotihoidossa yksin työskennellessä kohtaa päivittäin muistisairaita asiakkaita, joilla esiintyy eriasteista haasteellista käyttäytymistä. Haasteelliset asiakkaat työllistävät koko hoitotiimiä ja organisaatiota huomattavasti. Opinnäytetyöni tarkoituksena on herättää hoitajien keskuudessa pohdintaa omasta työstä ja työtavoista. Opinnäytetyöstä saatujen tiedon ja tulosten avulla hoitajilla on paremmat valmiudet tunnistaa muistisairaahan käytösoireita ja ennaltaehkäistä haasteellisten tilanteiden syntymistä muistisairaahan hoitotyössä. Henkilökunnan tietotaidon myötä muistisairaiden hoidon laatu paranee, monipuolistuu ja heidän elämänlaatu paranee.

Tulevana sairaanhoitajana käytösoireiden tunnistaminen, ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen on tärkeä osa muistisairaiden hoitoa. Opinnäytetyön teko laajensi tietämystäni sekä näkemystäni haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden asiakkaiden hoitotyöstä, mikä on lisännyt valmiuksiani toimia heidän parissa. Alkutilanteeseen verrattuna opin hyvin paljon kyseisestä aiheesta. Opinnäytetyöni kautta minulla on valmiuksia antaa tietoa ja ohjausta käytösoireisiin liittyen muistisairaiden kanssa työskenteleville hoitajille ja muistisairaiden omaisille.

Muistisairaus ja siihen liittyvät käytösoireet ovat hyvin yleisiä ja melkein missä tahansa olet töissä tulet kohtamaan muistisairaita sekä heidän läheisiään. Muistisairauksia esiintyy yleisesti paljon ja kaikki omaiset ei välttämättä tiedä mitä kaikkea siihen kuuluu. Jatkotutkimus aiheena voisi tehdä oppaan, joka sisältää

tietoa etenevistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytösoireista kotihoidon hoitohenkilökunnalle ja asiakkaiden omaisille. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi tutkia haasteellista käyttäytymistä kotihoidon asiakkaiden omaisten näkökulmasta.

LÄHTEET

Eloniemi-Sulkava, Ulla; Savikko, Niina(toim.) 2011. MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Vanhustyön keskusliitto. Raisio: Newprint Oy.

Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2008. Käyttöoireista kärsivän muistisairaanihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Dementia uutiset (2) , 14

Eloniemi-Sulkava, Ulla; Sillanpää-Nisula, Heli & Sulkava, Raimo. 2010. Muistisairaahan seksuaalisuus. Teoksessa. Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2006. Käyttöoireisten dementoituneiden lääkkeetönhoido. Vanhustyö(1),10

Erkinjuntti, Timo; Huovinen, Maarit. 2001. Kun muisti pettää. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Erkinjuntti, Timo; Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Huovinen, Maarit . 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, Timo; Heimonen, Sirkkaliisa; Huovinen, Maarit 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Juva. Wsoy. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heimonen, Sirkkaliisa.1997. Vuorovaikutus kohtaamisen avaimena. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (toim.) Dementoituva hoitotyönasiakkaana :Tampere. Tammer-Paino Oy.

- Heiskanen -Haarala; Irma 2010. Pääosassa ihminen. Tutkija Ulla Eloniemi-Sulkava puhuu muistisairaiden ihmisoikeuksien puolesta. Sairaanhoidtaja (3), 26-27
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Oppaita 2001:4. Helsinki:Oy Edita Ab.
- Iso-Aho, Merja; Niemelä, Anna-Liisa 2009. Muistisairauksien hoito-kotihoidon uusi haaste. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä; Nummijoki Jaana & Juha, Nymann (toim.) Lupaava kotihoito. Jyväskylä: PS Kustannus.
- Isola, Arja.1997. Dementoituvan haasteellinen käyttäytymisen kohtaaminen. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa; Voutilainen, Päivi. (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana : Tampere.Tammerpaino Oy.
- Isola, Arja; Backman,Kaisa; Saarnio, Reeta & Paasivaara, Leena 2004. Hoitotyön edistykselliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede. 17 (3), 145-154.
- Juva, Kati 2002. Frontaali eli otsalohkodementia. Suomendementiahoitoyhdistys ry. Espoo. Janssen-Cilag.
- Juva, Kati. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Ulla Vuori (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen asumista opas ammattihenkilöstölle. Helsinki. Suomen muistiasiantuntijat ry, 8-19.

- Kanala, Anne & Leinonen, Päivi. 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.
- Koponen, Hannu ; Saarela Tuula 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa. Muistisairaudet. Timo Erkinjuntti, Juha, Rinne & Soininen Hilka (toim.) Helsinki; Duodecim Oy.
- Laaksonen, Ritva; Rantala, Leena; Eloniemi- Sulkava, Ulla 2004. Ymmärrätule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki. Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Laine, Anne; Ruishalme, Outi; Salervo, Pirjo; Silven, Tuula & Välimäki, Päivi 2004. Opi ja ohjaa. Porvoo: Wsoy
- Laitala, Outi 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos Pro gradu -tutkielma.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Mikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.2., uusittu painos. Helsinki: Wsoy
- Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Mähönen, Tiina 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja. 2010. Luovuus dementia-työssä. Sairaanhoidaja (6-7) 20,22.

- Nieminen, Heli;1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pounonen, Marita; Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:Wsoy
- Nurminen, Raija.2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopisto julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pitkälä, Kaisa; 2008. Voiko lääkkeettömällä hoidoilla saavuttaa hyviä tuloksia. Suomen lääkärilehti (10) 939.
- Saarela, Tuula; Huusko, Tiina; Kivelä, Sirkkaliisa; Alhainen, Kari; Koivisto, Keijo; Koponen, Hannu; Leppävuori, Antero; Sulkava, Raimo; Vataja, Risto; Viramo, Petteri & Erkinjuntti, Timo 2001. Dementiapotilaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Suomen lääkärilehti. (56), 25-26.
- Sadock, Benjamin & Sadock, Virginia. 2007. Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (10) 329-344
- Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri; Eloniemi-Sulkava, Ulla. 1999. Opas lääkäreille ja muille ammattihenkilöstölle. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytöshäiriöt. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen: Espoo. Janssen-Gilag Oy.
- Suomen kielen perussanakirja 1: A-K, 1990. Päätoim.Risto Haarala. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Tilvis, Reijo; Hervonen , Antti; Jäntti, Pirkko; Lehtonen; Aapo & Sulkava; Raimo(toim.). 2001. Geriatria. Helsinki. Duodecim.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vallejo-Medina, Aila; Vehviläinen, Sirpa; Haukka, Ulla-Maija; Pyykkö, Virpi& Kivelä, Sirkka-Liisa. 2005. Vanhustenhoito. Wsoy. Helsinki

Vataja, Risto 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Timo, Erkinjuntti, Juha, Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Viramo, Petteri; Ahvo, I; Eloniemi-Sulkava; Ulla, Helkala; E-L, Huusko;T, Käyhty; M, Semi, T, Sulkava; Risto, Valvanne;P. 2001. Kuntoutus ratkaisuja dementoituneen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiayhdistys ry. (4)

Välimäki, Maritta; Mäkitalo, Juha; Jokinen, Maija. 2000. Psykiatrisen hoitotyön käytäntö. Teoksessa Välimäki, Maritta; Holopainen, Arja; Jokinen, Maija. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Wsoy. Juva

LIITE 1. Tutkimuslupa hakemus

LIITE 2. Kyselylomakkeen saatekirje ja tutkimuskysymykset

Opiskelen sairaanhoitajaksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa, Oulun yksikössä ja teen opinnäytetyötä aiheesta muistisairaana haasteellinen käyttäytyminen kotihoitossa hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia muistisairaana käytösoireisiin liittyvistä haasteista hoitotyössä, sekä hoitohenkilöstön käyttämiä auttamismenetelmiä. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kotihoitossa hoitotyön kehittämiseksi muistisairaiden käytösoireiden ehkäisemisessä ja hoitamisessa. Tutkimukseeni kerään tietoa tämän kyselylomakkeen avulla. Toivomukseni olisi, että mahdollisimman moni työntekijä vastaisi tähän kyselylomakkeeseen. Kysymykset ovat avoimia kysymyksiä. Toivon, että vastaatte kysymyksiin mahdollisimman laajasti ja esimerkkejä käyttäen. Mikäli vastaustila ei riitä, voitte jatkaa kirjoittamista lomakkeen kääntöpuolelle. Voit palauttaa lomakkeen suljetussa kirjekuoressa palveluesimiehelle 29.6.2012.

Ystävällisin terveisin,

Mari Aittomäki

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

1. Ammatti: _____

2. Hoitoalan työkokemus vuosina: _____

3. Millaisissa hoitotilanteissa haasteellista käyttäytymistä esiintyy?

4. Millaisten auttamismenetelmien tai toimintamallien olet huomannut auttavan, tai helpottavan eri tilanteissa? Millaiset auttamismenetelmät edesauttoivat hoitotilanteiden onnistumista?

5. Millaisten auttamismenetelmien olet kokenut ehkäisevän käytösoireiden esiintymistä?

6. Millaisia haasteita käytösoireisen asiakkaan hoitotyöhön liittyy?

LIITE 3. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"..hoitajan pysyä ittekin rauhallisena..." "...rauhallinen ote ja asenne..."	- rauhallinen suhtautuminen	Rauhallisuus	VUOROVAIKUTUSKEINOT	
"..asioiden selittäminen lyhyesti ja ytimekkäästi..." "..selkeät kysymykset tai kehoitukset.."	- lyhyt sanonta - sanoa pelkistetysti	Pelkistetty puhetapa		
"..tarinoiden kuuntelu ja muistelu..."	- muiston kautta esille	Muistelu		
"..istua alas ja kyykkyyyn asiakkaan eteen, samalle tasolle, kun puhuu..."	-katsekontaktin ottaminen	Katsekontakti		
"....mutta huumori voi toimia joillakin..."	- huumorilla selviää	Huumori	HOITOTYÖN JOUSTAVUUS	HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄ MUISTISAIRAS
"..puhutaan välillä muita asioita.."	- kiinnitetään huomio muualle	Asiakkaan ehdoilla toimiminen		
"..kerrotaan etukäteen mitä ollaan tekemässä.."	- kertoa mitä tekee	Ennakoimalla	TURVALLISUUDEN TUNNE	
"..toimintatavat yhtenäiset.."	..kaikki tekevät samalla tavalla	Yhtenäiset toimintatavat	KÄYTÖSOIREITA AIHEUTTAVIEN TEKIJÖIDEN TUNNISTAMINEN	
"..hiljainen tieto jakoon.."	..kerrotaan työtä helpotavat asiat toisille..	Hoitajien yhteistyö		
"..hoitaja tietää asiakasta jotain.."	..asiakkaan historian huomioiminen..	Asiakkaan tunteminen		
"..saada haasteellinen asiakas pesulle.."	..saat asiakkaan pesulle	Haasteellisuus	ASIAKKAAN KOHTAAMINEN	
"..pitää osata kattua koko kokonaisuus.."	..kokonaisvaltainen huomiointi	Havainnointi		

LIITE 4. Muistisairautta aiheuttavat sairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan laaja-alaista kongniitiivisen toimintojen häiriintymistä. Muistitoimintojen ohella myös muut kognitiiviset toiminnot kuten ajattelu, tarkkaavaisuus, käsitteiden muodostus, hahmottaminen, toiminnan ohjaus ja verbaaliset kyvyt heikentyvät. Muistisairauden oireita ovat muistihäiriöt, uuden oppimisen ja abstraktin ajattelun vaikeus, puheen tuoton, tahdonalaisten liikkeiden ja havaintotoiminnan häiriöt ja tahdonalaiset liikkeet, mielialanlasku ja erilaiset käytösoireet. (Sadock & Sadock 2007.) Muutokset vaikuttavat sairastuneen itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa ja haittaavat arkipäivässä selviytymistä. (Juva 2007, 8-9.)

Alzheimerin tauti

Dementoivista sairauksista yleisin ja tärkein on Alzheimerin tauti, ja sen osuus kaikista dementiaan johtavista sairauksista on 65-70 prosenttia. Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä aivojen rappeutumissairaus. Tauti etenee yksilöllisesti ja sen kesto on keskimäärin 10 vuotta. Taudin kesto voi vaihdella viidestä vuodesta yli 20 vuoteen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 54.) Nykyisin sairaus todetaan varhain ja tämän avulla oireiden etenemistä voidaan hidastaa ja muistisairaana elämänlaatu paranee. (Erkinjuntti ym. 2006,76-77.) Alzheimerin taudissa aivoissa tapahtuvat ensimmäiset muutokset ilmaantuvat muistitoimintojen kannalta tärkeille aivojen alueille. Tämän vuoksi oppimis- ja muistamisvaikeudet ovat ensimmäisiä taudin kliinisiä oireita. Taudin edetessä ilmaantuu käytöshäiriöitä ja myös toimintakyky heikkenee. Alzheimerin tauti voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.)

Lievää Alzheimerin tautia sairastavalla asioiden mieleen painaminen ja uusien asioiden oppiminen ovat huonontuneet sen verran, että ne haittaavat päivittäisiä toimintoja. Sovitut asiat ja keskustelut saattavat unohtua, sekä samat asiat täytyy toistaa ja kysellä useita kertoja. Sairastunut muistaa yksittäisiä asioita, mutta asioiden aikajärjestys sotkeutuu. Monimutkaiset päivän rutiinit, kuten ruoanlaitto, lääkityksestä huolehtiminen ja rahankäyttö, voivat tuottaa vaikeuksia.

Alzheimerin tautia sairastava usein myöntää muistihäiriöt, vaikka osalla sairastuneista oma sairaudentunto on heikentynyt. (Erkinjuntti ym. 2006, 136-137.)

Muistihäiriöt eivät ole sairastuneen ainoita oireita lievässä Alzheimerin taudissa. Yleensä taudin kuvaan liittyy, myös muita kognitiivisia ongelmia: aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä, kielellisiä vaikeuksia, suunnitelmallisuuden sekä toiminnanohjauksen ongelmia ja epävarmuutta erityisesti silloin, kun sairastunut joutuu liikkumaan vieraassa ympäristössä. Monesti sairastunut voi eristäytyä muista ihmisistä ja harrastuksistaan. Taudin lievässä vaiheessa sairastuneella esiintyy käytösoireisiin liittyviä psykologisia oireita kuten masennusta, lisääntynyttä ärtyneisyyttä, apatiaa ja tunne-elämän latistumista. Osalla sairastuneista ilmenee epäluuloisuutta ja paranoidista ajattelua. Lievää Alzheimerin tautia sairastava tarvitsee ohjausta ja valvontaa, mutta kykenee kuitenkin vielä asumaan yksin kotona. (Erkinjuntti ym. 2006, 136-137.)

Keskivaikean Alzheimerin taudin vaiheessa sairaudentunto on selvästi heikentynyt eikä sairastunut osaa tunnistaa vaikeuksia omassa päivittäisessä selviytymisessä. Lähimuistin heikentymisen vuoksi paikan hahmottamisen vaikeudet lisääntyvät ja sairastunut saattaa eksyä tutussakin ympäristössä. Sairastunut tarvitsee apua pukeutumisessa ja vaatteiden lisäksi sanat tuntuvat olevan ka-teissa. Harhaluuloja, harhanäkyjä ja uni-valverytmin häiriöitä esiintyy ja alttius sekavuustiloille lisääntyy. (Erkinjuntti ym 2006, 137.)

Vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa sairastunut on täysin autettava päivittäisissä toiminnoissaan. Puhuminen on vaikeaa, sanoja ja ään-teitä toistetaan ja puheen ymmärtäminen on vaikeaa. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65-66.) Kävely voi olla hidasta ja lyhytaskelista. Primaariheijasteita, esimerkiksi tarttumisrefleksi, tulee esille, jolloin sairastuneella ei ole kykyä irrottaa otettaan esimerkiksi tartuttuaan ovenkahvaan. Epileptiset kohtaukset ja lihasnykinät kuuluvat myös taudin kuvaan. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa sairastunut harvoin ilmaisee itseään, hän on pidätyskyvytön, syötettävä ja raajat jäykistyvät, lopulta hän menettää kävelykykynsä kokonaan. (Erkinjuntti ym. 2006, 139).

Vaskulaarinen dementia

Aivoverenkiertoperäinen eli vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin ja keski- vaikean ja vaikean dementian syy. Arviolta 12-15 prosenttia kaikista dementioista aiheutuu aivoverenkiertoperäisistä syistä. Vaskulaarisen dementian taustalla on osoitettu olevan joukon oireyhtymiä, joiden syinä ovat erityyppiset aivoverenkiertohäiriöt ja muutokset aivoissa. (Erkinjuntti ym. 2006, 108.)

Taudinkuvaltaan vaskulaarinen dementia on epäyhtenäinen. Oireisiin vaikuttaa se, mikä osa aivoista on vaurioitunut. Toisilla sairastuneista on kielellisiä vaikeuksia, kun toisilla on ongelmia tilan hahmottamisessa. Myös monenlaiset neurologiset oireet ovat tavallisia. Oman toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus ja kokonaisuuksien jäsentäminen voi häiriintyä. Sairaus voi edetä sysäyksittäin esimerkiksi infektioiden myötä. Yleensä sairastunut on pitkään selvillä omasta tilastaan ja tämä saattaa aiheuttaa masennusta. (Vallejo-Medina ym. 2005, 278.)

Vaskulaarisissa dementioissa esiintyy määrällisesti yhtä paljon haasteellista käytöstä kuin Alzheimerin taudissa, mutta taudin edetessä haasteellinen käytös ei kuitenkaan lisääny, kuten voi käydä Alzheimerin tautia sairastavilla. Tyypilliset käytösoireet vaskulaarisessa dementiassa ovat masennus, ahdistuneisuus ja unihäiriöt. (Erkinjuntti ym.2006, 108.)

Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiasairaus. Sitä esiintyy arviolta 10 -15 prosentilla sairastuneista. Tauti on saanut nimensä taudissa havaittavien mikroskooppisen pienten muutosten, Lewyn kappaleiden mukaan, joita esiintyy runsaasti aivojen kuorikerroksen alueella, tyypillisesti otsa-, ohimo- ja päälaenlohkojen alueilla. (Erkinjuntti ym.2006, 118)

Lewyn kappale -taudin diagnostisia kriteereitä ovat sairastuneen älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, tarkkavaisuuden ja vireystilan vaihtelut. Parkinsonin taudin oireisto sekä yksityiskohtaiset näköharhat. Taudille tyypillistä on se, että aamuisin sairastuneen muisti on hyvinkin kirkas ja iltaa kohden muisti heikke-

nee. Sairauden alkuvaiheessa sairastunut on hyvin selvillä siitä, että näköharhat eivät ole totta, mutta sairauden edetessä tämä tiedollinen käsittely heikkenee ja hän saattaa kokea harhat hyvin ahdistavina ja todellisina. Myös aggressiivisuus ja äkkipikaisuus kuuluvat Lewyn kappale tautiin. (Vallejo-Medina ym. 2005, 278-279.)

Frontotemporaalinen dementia

Suomessa kaikista todetuista dementiatapauksista kaksi prosenttia kuuluu frontotemporaalisiin dementioihin. Nimensä mukaisesti frontotemporaalinen dementia vaurioittaa aivojen frontaali- eli otsalohkoja ja aiheuttaa sitä kautta näille dementioille tyypillisiä oireita. (Juva 2002, 3.) Yleensä sairaus alkaa hitaasti ja huomaamattomasti 45-65 ikävuoden vaiheilla ja noin puolella sairastuneista on lähisuvussaan tautitapauksia. Keskeisintä sairaudessa on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Sairastuneen käyttäytyminen muuttuu estottomaksi, huolettomaksi, arvostelukyvättömäksi ja hänen puheissaan on pinnalla seksuaalielämän ilmiöt. Näiden henkilöiden tunne-elämä on latistunutta ja he tarvitsevat toimintaansa ohjaavia ärsykeitä ympäristöönsä. (Vallejo-Medina ym. 2005, 279.)

LIITE 5. Haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja

Masennus ja apatia

Masennus on yksi muistisairauksiin liittyvä käytösoire, johon voi liittyä levottomuutta, pelokkuutta, passiivisuutta ja ahdistuneisuutta. Alkuvaiheessa sairastanut saattaa masentua omasta tilastaan, kun hän huomaa henkisten kykyjensä taantumisen. Masennusta aiheuttaa myös tietoisuus sairastumisesta parantumattomaan tautiin. (Erkinjuntti ym 2006. 128.) Muistisairaalla voidaan alkaa epäillä masennusta, kun hänen kykynsä kokea tai osoittaa mielihyvää on heikentynyt ja mielialansa on laajasti alentunut. Hallitsevana oireena voi olla myös toiveet kuolemasta ja itsetuhoiset ajatukset. (Vataja 2010, 92-93.) Apatia taas voi olla osa masennusta, mutta sitä esiintyy myös itsenäisenä käytösoireena. Apatia tarkoittaa tunne-elämän latistumista ja välinpitämättömyyttä sekä yleistä mielenkiinnon menettämistä. Apatiassa keskeistä on aloitekyvyttömyys ja henkilön olemuksen passiivisuus. (Vataja 2010, 93.)

Levottomuus ja ahdistuneisuus

Levottomuus ilmenee monina eri oireina. Tyypillisiä muistisairaalla esiintyviä levottomuuden oireita ovat jatkuva puhuminen ja saman asian kyseleminen. Myös vaeltelu, tavaroiden kerääminen, piilottelu, hypisteleminen ja purkaminen ovat levottomuuden oireita. Aggressiiviset oireet ilmenevät usein vihamielisinä käyttäytymisenä kuten kiroiluna, uhkailuna ja fyysisenä väkivaltana. (Erkinjuntti ym. 2006, 129.)

Käytösoireista ahdistuneisuus eroaa levottomuudesta siten, että se ei välttämättä liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen. Muistisairas voi olla jännittyneen tai huolestuneen oloinen ja saada ajoittaisia paniikkihäiriön kaltaisia oireita. Ahdistuneisuus myös liittyy usein masennukseen ja psykoottisiin oireisiin. Muistisairas kokee usein ahdistuneisuutta tilanteissa, joissa hän joutuu odottamaan jonkun asian tapahtumista tai hoitavan henkilön paluuta. (Vataja 2010, 94.)

Psykoottiset oireet

Psykoottisten oireiden ilmaantuminen on huono merkki muistisairauden ennusteen kannalta. Psykoottiset oireet yleensä alkavat keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla ja kertovat sairauden nopeasta etenemistä. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa psykoottisia oireita ei esiinny, koska aivot eivät pysty tuottamaan oireita vaikean rappeutumisen vuoksi. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat näkö- ja kuuloharhat, harhaluulot ja väärintunnistaminen. Väärintunnistamisen oireista kärsivälle muistisairaalle peili omassa asunnossa tai elinympäristössä voi tuottaa ongelmia, sillä hän saattaa kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi. Harhaluulot kohdistuvat yleensä tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen. (Vataja 2010, 94.) Aistiharhoissa muistisairas näkee ja kuulee asioita, joita ei ole olemassa. Hän voi kertoa kuulevansa lapsen itkua tai näkevänsä asunnossaan ihmisiä, joita ei ole oikeasti. (Sulkava ym. 1999, 26-27.)

Uni-valverytmin häiriöt ja auringonlaskuilmiö

Uni-valverytmin häiriöt voivat olla itsenäisiä käytösoireita, mutta ne liittyvät usein muihin oireisiin, kuten masennukseen, ahdistuneisuuteen ja levottomuuteen. Somaattiset sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta, levottomat jalat ja erilaiset kivut voivat osaltaan aiheuttaa unen häiriöitä. Muistisairaana unen laatu muuttuu. Uni ei ole jatkuvaa ja unen suhteellinen määrä jää vähäiseksi. Usein vuorokausirytmisi saattaa kääntyä nurin, päivällä nukutaan ja yöllä valvotaan. Usein yöllisiin heräämisiin liittyy myös painajaisia ja pelokkuutta. (Erkinjuntti ym. 2006, 131.) Muistisairaalla esiintyy usein niin sanotusti auringonlaskuilmiötä, joka tarkoittaa käytöshäiriöiden lisääntymistä erityisesti alkuyöstä tai pimeänä vuorokaudenaikana. Unihäiriöt ovat psykoottisten- ja levottomuusoireiden ohella tavallisimpia laitoshoitoon johtavia käytöshäiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2006, 131.)

Seksuaaliset käytösoireet

Seksuaalisesta käytösoireesta puhutaan silloin, kun seksuaalinen käyttäytyminen on ympäristöä häiritsevää. Dementoituvan asiakkaan seksuaalisten tarpeiden ilmaiseminen, hyväksyntä ja sietäminen tai nimeäminen seksuaalisiksi käytösoireiksi liittyvät, myös ympäristön kulttuuri- ja moraalikäsityksiin. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 578-579.) Muistisairauteen liittyy usein sukupuolisen mielenkiinnon katoaminen, toisena ääripäänä sairastuneella voi esiintyä hyperseksuaalista käyttäytymistä. Laitoshoidossa olevilla noin 15 prosentilla sairastuneista esiintyy hyperseksuaalisuutta ja tämä ilmenee häiritsevänä kosketteluna ja ehdotteluna. Yleensä seksuaaliset käytöshäiriöt esiintyvät lyhyinä periodeina ja eivätkä hallitsevina oireina. (Erkinjuntti ym. 2006, 103.)