

KARELIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Helene Vuolle-Apiala

MUISTISAIRAUDEN AIHEUTTAMIEN KÄYTÖSOIREIDEN LIEVENTÄMINEN
HOITOTYÖN KEINAIN

-Kysykää neuvoa vanhuksilta - opaslehtinen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Helene Vuolle-Apiala

Nimike
Muistisairausten aiheuttamien käytösoireiden lieventäminen hoitotyön keinoin – Kysykää neuvoa vanhuksilta - opaslehtinen

Toimeksiantaja
Kanervikkola-Koti

Tiivistelmä

Muistisairaudet ovat Suomessa yleinen kansantauti. Yli 65- vuotiaista joka kolmas kertoo kärsivänsä jonkin asteisesta muistiongelmasta. Vuosittain todetaan jopa 13 000 muistisairautta. Kuitenkin osa sairastumisista jää huomioimatta. Muistisairaiden ihmisten hoidon periaatteena on korostaa muistisairaana voimavaroja, tuoda muistisairaana ääni kuuluviin sekä vahvistaa hänen asemaansa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten kohtaamisesta ja lääkkeettömästä hoidosta. Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa opaslehtinen, joka sisältää erilaisia rauhoittavia keinoja ja tekijöitä käytösoireiden helpottamiseen sekä antaa hoitoalan ammattilaisille keinoja muistisairaiden ihmisten kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja käytösoireiden lievittämiseen.

Muistisairausten aiheuttamien käytösoireiden lieventämisen hoitotyön keinoja ovat erilaiset psykososiaaliset menetelmät, kivun hoito, läsnäolo, liikunta ja musiikki. Tässä opinnäytetyössä on edellä mainittujen keinojen lisäksi käsitelty Green Caresta, Bobath, kinestetiikasta sekä muistisairaiden ihmisten hoidon erityisosaamisesta.

Opinnäytetyötä voi hyödyntää muistisairaiden hoidossa sekä yleisesti hoitotyössä. Opaslehtinen on suunnattu hoitotyön ammattilaisille. Opaslehtistä voi hyödyntää myös opiskelijoiden ohjauksessa muistisairaiden ihmisten hoidossa.

Kieli
suomi

Sivuja 42
Liitteet 3
Liitesivumäärä 6

Asiasanat
muistisairaus, käytösoireet, hoitaja, voimavarat



THESIS
May 2015
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI- 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author

Helene Vuolle-Apiala

Title

Nursing Interventions to Alleviate Behavioural Symptoms Caused by Memory Disorders - Information Leaflet: - Ask Older People for Advice

Composioned by
Kanervikkola-Koti

Abstract

Memory disorders are the most common public health problem in Finland. One in three over 65-year-olds suffers from some kind of memory problem. Annually up to 13 000 memory disorders are diagnosed. However, some of the cases are overlooked. The principle in the treatment of people with memory disorders is to emphasise on their own resources, make their voice heard and to strengthen their rights.

The purpose of this thesis is to increase the knowledge of how to communicate with people who have a memory disorder as well as of non-pharmacological treatment. The assignment in this thesis was to produce an information leaflet, which includes different kind of soothing ways and methods to relieve behavioural symptoms. The information leaflet also provides tools for healthcare professionals to encounter and understand people with memory disorders and to relieve their behavioural problems.

Various psychosocial methods, pain relief, presence, exercise and music are nursing interventions that can be used to alleviate behavioural symptoms caused by memory disorders. In addition to aforementioned methods, this thesis includes also provides information on Green Care, Bobath Therapy, kineshetics and expertise related to nursing care of people with memory disorders.

This thesis can be utilized in the nursing care of people with memory disorders, as well as generally in nursing care. The information leaflet is aimed at healthcare professionals and it can also be used as educational material for nursing students.

Language
Finnish

Pages 42
Appendices 3
Pages of Appendices 6

Keywords

memory disorder, behavioural symptoms, nurse, resources

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Muistisairaudet ja niiden aiheuttamat käytösoireet	6
2.1	Alzheimerin tauti.....	7
2.2	Vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöstä johtuva muistisairaus	8
2.3	Lewyn kappale -tauti	9
2.4	Parkinsonin tauti	9
2.5	Otsalohkoperäinen dementia	10
2.6	Kognitiiviset käytöshäiriöt eli käytösoireet.....	11
3	Käytösoireiden lievittäminen hoitotyössä.....	12
3.1	Muistisairaahan kohtaaminen ja käytösoireiden lievittäminen	13
3.2	Psykososiaaliset menetelmät	14
3.3	Kivun hoito.....	15
3.4	Läsnäolo	15
3.5	Liikunta	17
3.6	Musiikki.....	17
4	Kanervikkola-Koti	18
4.1	Hoitohenkilökunnan osaaminen	18
4.2	Kanervikkola- malli.....	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	21
6	Opinnäytetyön toteutus	21
6.1	Menetelmänä toiminnallinen opinnäytetyö	21
6.2	Lähtötilanteen kartoitus	22
6.3	Opaslehtisen toteutus.....	22
6.4	Opaslehtisen arviointi.....	24
7	Pohdinta	25
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	26
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	28
7.3	Opinnäytetyön oppimisprosessi	29
7.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja johtopäätökset.....	31
	Lähteet.....	33

LIITTEET

- Liite 1 Toimeksiantosopimus
- Liite 2 Kuvaus- ja kuvien käyttölupalomake
- Liite 3 Kysykää neuvoa vanhuksilta opaslehtinen

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat Suomessa yleinen kansantauti. Yli 65 vuotiaista joka kolmas kertoo, että kärsii jonkin asteisesta muistiongelmasta. Vuosittain todetaan jopa 13 000 muistisairautta. Kuitenkin osa sairastumisista jää huomioimatta. (Käypä hoitosuositus 2010a.)

Ihminen tarvitsee muistia päivittäin, jatkuvasti. Arjessa tämä tarkoittaa pitkäaikaista muistia johon tallennetaan tärkeää tietoa. Muisti voidaan jakaa moneen eri osaan. Työmuisti pitää eri asioita mielessä vain sekunteja. Aistimuisti tuo tietoa aistien kautta ja on osa tajuntaa. Säilömuisti tarkoittaa tarinoiden ja elämysten muistamista, esimerkiksi uimisen oppiminen. Muisti on tapahtumasarja, jossa opitaan uusia taitoja ja asioita sekä palautetaan mieleen opittuja ja koettuja taitoja. (Muistiliitto 2014.)

Käyttöoireet ovat sairastuneelle haitallisia muutoksia mielialassa sekä käyttäytymisessä. Muistisairaista suurin osa kärsii käyttöoireista jossakin vaiheessa sairauttaan. Käyttöoire voi olla muistisairauden ensimmäinen oire. Käyttöoireet ovat suoraan kytköksissä alentuneeseen elämänlaatuun, toimintakykyyn, muistisairauden oireiden vaikeutumiseen, sairastuneen loukkaantumisiin sekä kuoleman riskiin. (Alhainen, Erkinjuntti & Vataja 2008.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten kohtaamisesta sekä lääkkeettömästä hoidosta. Tämän opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opaslehtinen, joka sisältää erilaisia rauhoittavia keinoja ja tekijöitä käyttöoireiden helpottamiseen sekä antaa hoitoalan ammattilaisille keinoja muistisairaiden ihmisten kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja käyttöoireiden lievittämiseen.

2 Muistisairaudet ja niiden aiheuttamat käyttöoireet

Hartikaisen ja Lönnroosin (2008, 82) mukaan dementialla tarkoitetaan henkisten toimintojen heikkenemistä, joka johtuu aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta. Keskeisiä oireita ovat toiminnan ohjauksen, muistin ja päättelyn häiriöt. Näistä muisti-

häiriöt ovat ensimmäinen dementiaan oire. Dementiaan voi liittyä myös afasia eli kielellisiä häiriöitä ja agnosiaa eli hahmottamisen vaikeutta, jonka vuoksi potilas eksyy helposti. Usein dementiaan sairastuneilla on apraksiaa eli kätevyysheikkenemistä, joka vaikeuttaa esimerkiksi pukeutumista. Oireisto on usein etenevä.

Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä. Monilla sairastuneilla alkaa sairauden eri vaiheissa ilmetä käyttäytymisen ja tunteiden ilmaisun muutoksia. Sairastunut pyrkii välttelemään vaikeita tilanteita, hänellä ilmenee aloitekyvyttömyyttä sekä orientoitumisvaikeuksia aikaan ja paikkaan. Dementia-oireyhtymä voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä riippuen sairauden aiheuttajasta. Yleisin aiheuttaja on etenevä muistisairaus. (Muistiliitto 2013a.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti tunnetaan yleisimpänä etenevänä muistisairautena, ja sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Alzheimerin tauti voidaan todeta tyypillisen oirekuvan perusteella. Tauti alkaa yleensä muistioireella. Omatoimisuus, muisti ja tiedonkäsittely heikkenevät sekä käytösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Taudin kulkua säätelevät ja muuntelevat muut liitännäissairaudet, esimerkiksi verisuoniperäiset sairaudet tai aivovammat, sekä ympäristötekijöiden vaikutukset. (Käypä hoitosuositus 2010a.)

Alzheimer etenee tasaisesti. Sairauden huononemisen takana on jokin liitännäissairaus. Sairaus kestää keskimäärin 12–15 vuotta. Masentuneisuus ja epäluuloisuus lisääntyvät taudin edetessä, myös varastamisharhat ja mustasukkaisuus ovat tyypillisiä, koska sairastunut kokee kestävänsä muistamattomuutensa paremmin, kun voi selittää tavaroidensa katoamisen sillä, että joku olisi ne varastanut. Myöhemmässä vaiheessa sairastunut siirtyy muistelemaan elämänsä historiaansa. Sairastuneen hahmottamisvaikeuksien lisääntyminen näkyy esimerkiksi eksymisenä. (Haukka, Kivelä, Pyykkö, Vallejo Medina & Vehviläinen 2006, 277.)

Alzheimerin taudissa lähimuisti heikkenee. Ajan- ja paikantaju sekä sanat häviävät ja tuolloin sairastunut käyttää paljon kiertoilmaisuja. (Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Tilvis, 2001, 74.) Taudin eteneminen näkyy monenlaisina oireina. Sairauden alkuvaiheeseen liittyy uuden oppimisen vaikeutta sekä muistivaikeuksien lisääntymistä. Sairastunut

pyrkii alussa peittämään muistiongelmaansa ja usein vähättelee sitä. Sairauden loppuvaiheessa toimintakyky huonontuu selvästi esimerkiksi kävelyvaikeuksien ja tarttumisrefleksien vuoksi. Tavallisimpia käytösoireita ovat lamaantuminen, suuruusharhat, epäsiällinen seksuaalinen käyttäytyminen, univaikeudet, vaeltelu, keräily sekä agitatio-kohtaukset eli ahdistuneisuus, johon liittyy voimakas liikkeiden levottomuus. (Hauka ym. 2006, 276–277.)

Sairastuneella voi esiintyä harhaluuloisuutta, levottomuutta, aggressiivisuutta sekä virtsainkontinenssia eli virtsan pidätyskyvyttömyyttä. Näitä käytösoireita voidaan vähentää esimerkiksi selkeyttämällä ympäristöä. Sairastuneen itsepäisyyttä ei pystytä poistamaan, mutta erilaisia väittelytilanteita on hyvä välttää. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 221.)

2.2 Vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöstä johtuva muistisairaus

Vaskulaarinen dementia on yleisin muistisairauksien syy. Taudinkuva on monimuotoinen ja siinä voi esiintyä myös Alzheimerin taudin piirteitä. Sairauden takana voi olla monia aivoverenkiertosairauksia, esimerkiksi aivoinfarkti, aivoverenvuodot tai hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Vaskulaarisen dementian taustatekijät ovat samat, jotka lisäävät sydän- ja aivoverisuonisairauksien riskiä, eli korkea verenpaine, diabetes, ylipaino, vähäinen liikunta, korkea kolesterolitaso, tupakointi sekä alkoholi. (Atula 2012.)

Vaskulaarisen dementian oireet ja etenemistapa ovat vaihtelevat. Oireet voivat edetä asteittain tai taudinkuva voi olla tasainen ja pysyä pitkään samankaltaisena. Kuitenkin yöllinen sekavuus, masentuneisuus sekä kävelyongelmat ovat yleisiä jo sairauden alkuvaiheessa. Sairauden alkuvaiheessa on yleistä myös, että sairastuneen sairaudentunto, uuden oppiminen sekä muisti säilyvät pidempään kuin Alzheimerin taudissa. (Hartikainen ym. 2008, 90.)

Verisuonitukosten, vuotojen tai muiden muutosten aiheuttama aivojen syvien osien tauti on yleisin aiheuttaja ja oirekuvaan liittyvät puheentuoton häiriöt, toispuoleiset halvausoireet, kömpelö kävely sekä tasapainohäiriöt (Atula 2012). Tunne-elämä voi olla ailahtelevaa ja mielialan muutokset ovat tavallisia. Sairastuneella voi esiintyä pakkoitua tai harvemmin myös pakkonaurua. Joillakin sairastuneilla voi ilmetä myös ongel-

mia näkökyvyssä, esimerkiksi kaksoiskuvia ja näkökentän häiriöitä. (Erkinjuntti & Huovinen, 2003, 75.)

Vaskulaariseen dementiaan sairastuneet voivat olla pitkään selvillä omasta tilanteestaan, joka aiheuttaa ahdistusta. Sairaus etenee asteittain, ja välillä voi ilmetä pahenemisvaiheita sekä sekavuustiloja. (Aejmelaeus ym. 2007, 222.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Sairaus alkaa 60–65 vuoden iässä, ja sen kesto voi olla 5-30 vuotta. Taudin alussa sairastuneen lähimuisti ja oppimiskyky ovat tallella, mutta älyllinen toiminto heikkenee vähitellen. Taudin edetessä dementiaoireisto lisääntyy. Lewyn kappale -taudin oireita ovat ilmeettömyys, jäykkyys, laahaavat ja lyhyet askeleet, eteenpäin kaatumistaipumus sekä lepo-vapina. (Haukka ym. 2006, 278.)

Martikaisen (2009) mukaan taudissa esiintyy myös hitautta, kävelyhäiriöitä, ja kognitiivisen tilan vaihteluita. Taudille keskeistä on kognitiivisten taitojen heikkeneminen, mikä haittaa normaalia sosiaalista toimintakykyä. Vireystaso ja tarkkaavaisuus vaihtelevat. Oireina voivat olla pyörtymiset, ohimenevät tajuttomuuskohtaukset sekä lukemisen, laskemisen, hahmotuskyvyn ja kätevyuden heikentyminen. Dementiaa ilmenee jo varhain. Taudin syy on tuntematon.

Lewyn kappale -taudissa esiintyy tyypillisesti näköharhoja. Taudin alkuvaiheessa sairastunut ymmärtää, että harhat eivät ole totta eikä hän ahdistu niistä, mutta taudin edetessä sairastunut ei enää kykene käsittelemään harhojaan vaan hän kokee ne todellisina ja ahdistavina. Kyseiset harhat ovat skitsofreenistyyppisiä. Aggressiivisuus sekä äkkipikaisuus kuuluvat sairauden kuvaan. (Haukka ym. 2006, 279.)

2.4 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti kuuluu eteneviin neurologisiin sairauksiin eikä sitä voi ehkäistä tai parantaa. Sairastumisen riski lisääntyy keski-iässä. Oireet alkavat hitaasti ja ilmenevät

lepovapinana, äänen voimakkuuden heikkenemisenä, liikkeiden hidastumisena, masentuneisuutena, yleisenä jäykkyytenä ja hajuaistin heikkenemisenä. (Käypä hoitosuositus 2010e.) Parkinsonin tauti luetaan muistisairauksiin, koska siinä esiintyy hyvin selvästi muistiongelmia. Taudissa esiintyy kognitiivisia vajavuuksia, ja tutkimuksien mukaan Parkinsonin taudista kehittyy lievä dementian muoto sairauden loppuvaiheessa. (Marsh 2008.)

Muita tyypillisiä oireita ovat psyykkinen ja fyysinen hidastuminen, aloitekyvyttömyys sekä epävakaa ja häiriintynyt mieliala. Parkinsonin tautiin liittyvä alentunut verenpaine aiheuttaa väsymystä ja pahentaa käytösoireita sekä kognitiivisia oireita. (Hartikainen ym. 2008, 99.) Parkinsonin taudissa askeleet muuttuvat lyhyiksi ja mataliksi. Kävelyasento on yleensä etukumara. Etukumaran asennon vuoksi sairastuneen on vaikea pitää tasapainoa ja näin ollen kaatumisriski kasvaa. Parkinsonin taudissa esiintyy autonomisen hermoston häiriöitä, kuten ortostaattinen hypotonia eli asentoa muuttaessa äkillinen verenpaineen lasku, ummetus, hikoilu, huimaus, seksuaalitoimintojen heikkeneminen ja tiheävirtsaisuus. Taudissa voi esiintyä myös nielemisvaikeuksia, mikä voi aiheuttaa sairastuneen aliravitsemusta. Tyypillinen oire on sairastuneen kasvojen ilmeettömyys. (Haukka ym. 2006, 254.)

Käypä hoitosuosituksen (2010b) mukaan Parkinsonin taudissa sairastuneelle on yleistä motivaation sekä mielenkiinnon vähentyminen. Sairastuneen persoonallisuus muuttuu ja henkilö voi kärsiä masennuksesta ja ahdistuneisuudesta sekä hallusinaatioista, jotka ovat pääasiassa näköhallusinaatioita. Hallusinaatioiden lisäksi sairastunut voi olla harhaluuloinen. Harhaluulot ovat paranoidisia eli vainoharhaisia. Sairastuneen harhat voivat liittyä esimerkiksi kumppanin uskottomuuteen.

2.5 Otsalohkoperäinen dementia

Otsa-ohimolohkorappeuma on oireyhtymä, johon voivat johtaa useat eri sairaudet. Sairautta kutsutaan otsalohkodementiaksi tai frontaalidementiaksi, ja se voi alkaa jo työiässä, huomattavasti aikaisemmin kuin muut muistisairaudet. (Käypä hoitosuositus 2010d.) Aivojen otsalohkon toiminta liittyy toimintojen suunnittelemiseen ja ohjaamiseen, kielellisiin toimintoihin sekä motivaatioon. Otsalohko säätelee myös ihmisen pidättymiskykyä sekä estoja. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 90.) Otsalohkoperäinen muistisairaus

etenee hitaasti ja johtaa vaikeaan dementiaan. Se aiheuttaa niin sanotun klassisen oirekuvan, jonka alkuvaiheessa sairastuneen käytös muuttuu. Sairastuneessa voidaan huomata itsensä hillitsemisen vaikeutta, estottomuutta sekä toiminnanohjauksen vaikeutta. Sairauden edetessä alkaa ilmetä aloitekyvyttömyyttä ja apatiaa sekä lopulta sairastunut on kyvytön huolehtimaan itsestään. (Juva 2013.)

Sairastuneen muistitoiminnot voivat säilyä yllättävän pitkään. Muistiongelmat tulevat vasta myöhäisemmässä vaiheessa, joten muistisairaus voi diagnoosin tekovaiheessa jäädä huomaamatta. Sairauteen kuuluu lisäksi voimistuva itsepäisyys ja itsensä huolehtimisen laiminlyönti, apaattisuus sekä aloitekyvyttömyys. Sairastuneelta puuttuu arvostelukyky, mikä ilmenee jo sairauden alkuvaiheessa holtittomana osteluna ja rahan käytönä. Sairastuneelta puuttuu realistinen käsitys omasta tilanteesta. (Haukka ym. 2006, 279.)

2.6 Kognitiiviset käytöshäiriöt eli käytösoireet

Muistisairauden edetessä sairastuneen käytös alkaa muuttua, ja sairastuneella voi esiintyä mielialan vaihteluita. Käytösoireita voi esiintyä lievässä, keskivaikeassa ja vaikeassa dementiaassa. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 178.) Käytösoireeksi luetaan sellaiset käyttäytymisen mallit, jotka ovat yhteiskunnassa sopimattomia, kuten aggressiivisuus, sopimaton seksuaalinen käyttäytyminen sekä itsensä vahingoittaminen. (Llyod & William 2013).

Käytösoireiden taustalla ovat psykologiset oireet, joita ovat esimerkiksi harhaluulot, ahdistuneisuus ja unihäiriöt. Psykologiset oireet aiheuttavat käytösoireita. Esimerkiksi unihäiriön seurauksena muistisairas käy vaeltelemaan yöaikaan tai harhaluulojen vuoksi muistisairas alkaa käyttäytyä aggressiivisesti. (Viramo 2015.) Käytösoireet muistisairauksissa ovat yleisiä, jopa 90 prosentilla sairastuneista esiintyy jonkinlaisia käytösoireita. Ne voivat olla ohimeneviä tai jatkua pitkäänkin. Arvioinnissa on pyrittävä selvittämään käytösoireen syy: johtuuko ei-toivottu käyttäytyminen fyysisestä sairaudesta, kivusta tai jostain muusta vaivasta. Käytösoireisiin puututaan ja niiden hoito aloitetaan, kun potilas rasittuu, toimintakyky heikkenee, potilas aiheuttaa itselleen tai muille vaaratilanteita tai potilaalla ei ole enää kykyä huolehtia itsestään. (Käypä hoitosuositus 2010c.)

Muistisairaus sekä depressio eli masennus ovat molemmat yleisiä ikäihmisillä. Niiden oireet voivat olla hyvin samanlaisia, esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemistä, haluttomuutta sekä aloitekyvyttömyyttä. Masennus voi itsessään jo aiheuttaa muistiongelmia ja toisaalta muistivaikeudet voivat aiheuttaa masennusoireita. (Juva 2007, 1231.)

Apatia tarkoittaa tunne-elämän latistumista, motivaation ja mielenkiinnon heikkenemistä sekä välinpitämättömyyttä. Apatiasta kärsivä ihminen ei reagoi entiseen tapaan iloihin eikä suruihin. Apatia on hyvin yleinen dementiaa sairastavien keskuudessa. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 180.)

Psykoottiset häiriöt muistisairaudessa tarkoittavat aistiharhoja sekä harhaluuloja. Melko tavallista on, että muistisairas ihminen epäilee puolisonsa pettävän häntä tai että sairastuneen tavaroita varastetaan. Harhaluulot viittaavat toimintakyvyn heikkenemiseen. Harhaluuloihin liittyy usein aggressiivista käyttäytymistä. Aistiharhat voivat esiintyä millä tahansa aistialueella eli näkö-, haju-, maku-, tunto- tai kuuloaistin alueella. Yleisimpiä näistä ovat näköharhat. Aistiharhat ovat yleisiä niillä henkilöillä, joilla on kuulossa tai näössä heikentymää. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 181–182.)

Tulehdukset, kipu sekä muut sairaudet voivat aiheuttaa ja vaikeuttaa sairastuneen käyttäsoireita. Muistisairas ei välttämättä pysty ilmaisemaan sanallisesti kipua, jolloin käyttäytyminen voi muuttua aggressiiviseksi tai levottomaksi. Käytösoireita aiheuttavia muita tekijöitä voivat olla edellä mainittujen lisäksi myös matala verenpaine, turhautuminen, pelko, jokin fyysinen vaiva, oman henkilökohtaisen tilan puolustaminen tai muistisairauteen liittyvä sopeutumisesta johtuva ahdistus. (Hartikainen & Lönroos 2008, 119–125.)

3 Käytösoireiden lievittäminen hoitotyössä

Muistiliiton mukaan muistisairaana kohtaaminen voi tuntua vaikealta, koska muistisairaus muuttaa ihmistä ja vaikuttaa tämän vuorovaikutustaitoihin. Puheen ja ymmärtämisen vaikeudet, levottomuus sekä tunteiden avoimuus voivat olla haasteellisia kohdata, jos tietoa muistisairauksista, niiden oireista ja vaikutuksista ei ole. (Muistiliitto 2013c.)

Vanhusten hoitotyössä päätöksenteko pohjautuu hoito- ja monitieteelliseen tietoon. Päätöksien teko tehdään näkyväksi hoitotyön kirjauksilla ja arvioimalla hoidon vaikutuksia. Hoitotyössä tulee käyttää eettisiä periaatteita, kuten yksilöllisyys, turvallisuus, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, osallisuus ja voimavaralähtöisyys. Kun hoitaja käyttää työssään eettisiä periaatteita, hän mahdollistaa ikääntyneen autonomiaa ja tukee samalla hänen osallistumisestaan päätöksentekoon. (Sairaanhoitajaliitto 2009.)

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalle ei saa antaa sellaista hoitoa tai tehdä niitä toimenpiteitä mistä hän kieltäytyy. Jos potilas kieltäytyy kyseistä hoidosta, häntä tulee hoitaa mahdollisuuksien mukaan jollakin muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Mikäli potilaan kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen hoidosta, siitä päättää potilasta hoitava lääkäri. Potilaalla ei kuitenkaan ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. (Valvira 2014.)

3.1 Muistisairaahan kohtaaminen ja käytösoireiden lievittäminen

Hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan kanssa vaatii hoitajalta ymmärrystä ja oikeanlaista suhtautumista. Pitkäaikaisessa hoitosuhteessa taustojen, toimintamallien sekä kommunikation soveltaminen ovat kunnioituksen perusta vanhustyössä. Ammattitaitoinen hoitaja huomioi vanhuksen vakaumukset sekä niiden vaikutukset jokapäiväiseen elämään. (Ruontimo 2009, 37.) Vanhustyössä huomioidaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen vahvistaminen sekä hyvinvointi. Hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävät esimerkiksi terveellinen ruokavalio, liikunta, ulkoilu ja esteettömyys. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 7.)

Kun vanhus sairastaa etenevää muistisairautta tulee hoitohenkilökunnan yhdessä sairastuneen ja hänen omaistensa kanssa miettiä millaista on sairastuneen elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Tällä tarkoitetaan sitä, millaiset toimenpiteet parantavat hänen oloaan ja elämänlaatuaan, mitkä taas lisäävät kärsimystä. Hoitolinjauksen tekeminen vaatii ammattitaitoa, tietämystä, eettisyyttä sekä ihmissuhdetaitoja. Oireenmukaisesta eli palliatiivisesta tai saattohoidosta päättää sairastuneen oma lääkäri, mutta päätös tehdään yhteisymmärryksessä sairastuneen sekä hänen omaistensa kanssa. Tällöin oireita helpot-

tavaa sekä vointia parantavaa hoitoa jatketaan, mutta kärsimystä aiheuttavista hoidoista luovutaan. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 12–13.)

3.2 Psykososiaaliset menetelmät

Psykososiaalisilla menetelmillä tarkoitetaan keinoja, jotka tukevat ja auttavat muistisairaana selviytymistä. Menetelmiä voidaan yhdistää ja niiden on havaittu auttavan ja tukevan muistisairaana selviytymistä. Nämä keinot keskittyvät yksilölliseen toimintaan, esimerkiksi toimintakyvyn edistämiseen, liikunnan lisäämiseen, muistiryhmiin, aistien parantamiseen ja psykomotorisiin terapioihin. (Dröes, Meiland, Mierlo & Roest 2011,1771.) Kognitiolla tarkoitetaan mielen erilaisia tietoprosesseja. Tietoprosessien välityksellä ihminen rakentaa tietoisuuden itsestään sekä maailmasta. Havainnot käynnistävät tietoprosessin. Havaintojen teon jälkeen havainnot ryhmitellään ja käsitteellistetään. (Duodecim 2009a.)

Psykososiaalisissa menetelmissä tärkein tavoite on tukea kommunikointia ja sosiaalista kanssakäymistä. Menetelmillä myös pyritään ehkäisemään eristäytymistä ja yksinäisyyttä. Lievässä ja keskivaikeassa dementiaassa on todettu olevan hyötyä toimintaryhmistä, psykomotorisesta terapiasta ja muista terapiamuodoista. Myöhemmän vaiheen dementiaassa hyötyä on saatu validaatiomenetelmästä. (Dröes ym. 2011, 1771–1772.) Validaatiomenetelmä tarkoittaa sitä, että hoitajan olemus on myötäelävä ja arvostava muistisairasta kohtaan. Hoitaja kohtaa muistisairaana tunnetilat ja tarpeet. Validaatio auttaa käsittelemään vanhoja ja traumaattisia asioita sekä auttaa saavuttamaan eheyden tunteen. (Sairaanhoitajaliitto 2005.)

Psykomotoriikka on lähestymistapa, jossa on kysymys kehon ja mielen yhteydestä. Tavoitteena on liikunnan kautta tukea ihmisen persoonallisuutta. Liikunta ajatellaan tietoisena ja tavoitteellisena kehityksen ja toimintakyvyn sekä terveyden edistämisen ja tukemisen välineenä. Keskeisiä ovat luovuus, elämykset ja ilo. (Suomen psykomotoriikkayhdistys ry 2010.)

Yksi psykososiaalinen menetelmä on muistelu. Muisteluhetken tukena voidaan käyttää sanomalehtiä, vanhoja esineitä, leikekirjoja, videoita, valokuvia sekä muita kuvia. Muistelu tarjoaa ikäihmisille mielekästä toimintaa ja tukee kommunikointia toisten kanssa.

Menetelmä on hyödyllinen alkuvaiheen dementiaa sairastavien kanssa, koska muistissa ovat vanhat asiat ihmisen omasta historiasta. (Dröes ym. 2011, 1775.)

3.3 Kivun hoito

Honkasalon mukaan kipu ja muistisairaus ovat huono yhdistelmä, koska kokemus kivusta ja sen ilmaisu ovat muuttuneet tai jopa estyneet. On tutkittu, että kipu voi pahentaa muistisairauden vakavuutta. (Honkasalo 2011.) Kivun tunteminen ja kokeminen on yksilöllistä. Kivun mittaaminen perustuu tuntemukseen ja sen ilmaisemiseen. Kipua voidaan mitata kuvin, sanoin tai numeroin. Yleisimmistä kipumittarista käytetään nimitystä VAS -asteikko. Se on suora jana, jonka toisessa päässä on 0 (ei kipua) ja toisessa päässä 10 (pahin mahdollinen kipu). Potilas osoittaa janalle kohdan, jonka hän kokee kuvaavan parhaiten hänen kipuaan. (Duodecim, 2009b.)

Muistisairaiden kivun mittaamiseen on tehty oma työkalu, PAINAD, koska heidän kivun arviointi on vaikeaa kognitiivisten taitojen heikkenemisen vuoksi. PAINAD kipumittarissa tarkkaillaan hengittämistä, ääntelyä, kasvojen ilmettä ja kehonkieltä. Havainnot pisteytetään asteikolla 0-2. 10 pistettä kuvaa kovinta mahdollista kipua ja 0 kuvaa ettei kipua ole. (Hurley, Volicer & Warden 2003.)

Kipua hoidettaessa on hoitohenkilökunnan määriteltävä tavoite, joka on realistinen. Potilaan kanssa on hyvä keskustella tavoitteesta ja selvittää, mitä potilas odottaa kivun hoidolta. Akuutti kipu täytyy tunnistaa heti, koska kyse voi tuolloin olla esimerkiksi sisäelimen verenvuodosta. (Hervonen ym. 2001, 295.)

Kipua voidaan hoitaa monilla erilaisilla keinoilla. Esimerkiksi lämpöhoitoa voidaan käyttää kivun hoidossa yksittäisenä hoitomuotona tai se voi täydentää muita hoitoja. Kylmähoitoa käytetään akuutissa kivun hoidossa sekä tulehdusreaktioiden hillitsemisessä. (Kuukkanen 2014.)

3.4 Läsnäolo

Muistisairaana kanssa kontaktin, luottamuksen ja hoitosuhteen luomisessa hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut kohtaamaan muistisairas. Hoitajan tulee unohtaa oma ennako-

luuloisuus. Muistisairaahan kanssa kommunikoimiseen vaikuttaa se millainen suhde hoitajalla on omaan itseensä. Jos hoitaja kykenee arvostamaan itseään ja tekemäänsä vanhustyötä, hän kykenee myös arvostamaan ikäihmisistä ja vanhenemista. (Sairaanhoitajaliitto 2009a.)

Yhteyden luominen tapahtuu läsnäololla ja vuorovaikutuksella ilmeillä, eleillä, keskustelemalla, hoitotoimenpiteiden yhteydessä, kosketuksella, hiljaisuudella sekä hoivaamisella. Yhteyden luomisessa voi käyttää itselleen luontaisia keinoja, esimerkiksi laulamista. Kun ikäihminen saa positiivisen kokemuksen hoitajan läsnäolosta, hän kokee itse arvokkuuden tunnetta. Aggressiivisen, masentuneen tai elämänhalunsa kadottaneen vanhuksen kohtaamisessa lähtökohtana on ikäihminen, riippumatta hänen historiastaan tai tämän päivän tilanteesta, hän on arvokas. Aggressiivisesti käyttäytyvän ikäihmisen käytös on avunpyyntö hoitajalle: hän tarvitsee hoitoa ja huomiota. Hoitajan tulee selvittää aggressiivisen käyttäytymisen syy, onko se pelko, perussairaus, persoonallisuushäiriö, toisten provosointi tai kipu. (Sairaanhoitajaliitto 2009b.)

Muistisairaahan kanssa keskustellessa häntä täytyy arvostaa ihmisenä ja kohdella kuin aikuista. Muistisairasta täytyy kannustaa ja tukea minäkuvaa sekä itsekunnioitusta. Keskustelun ja vuorovaikutussuhteen näkökulmasta on tärkeää huolehtia turvallisuudesta. Muistisairaahan kanssa paras keskustelutila on rauhallinen paikka, jossa keskustelu onnistuu keskeytymättömästi. (Heikkilä, Huhtakallio & Torkkeli, 2012.)

Muistisairaahan ja hoitajan vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää, että hoitaja kuuntelee. Kuuntelemisella annetaan muistisairaalle tilaa ja aikaa. Vuorovaikutusta tukee hoitajan keskittyminen vain ja ainoastaan muistisairaaseen. Katsekontakti ja puheen osoittaminen muistisairaalle ovat hyvin tärkeitä asioita. (Heikkilä ym. 2012.) Hoitaja tukee ja vahvistaa ikäihmisen voimavaroja ja pyrkii toiminnallaan vähentämään tämän haavoittuvuuden tunnetta. Huolet, pelko ja ahdistus pienentävät vanhuksen voimavaroja. Hoitajan rooli on tukea, kuunnella ja pyrkiä kääntämään ajatukset positiivisemmiksi. (Eloranta 2012.)

3.5 Liikunta

Muistiliiton mukaan liikkuminen lisää terveyttä ja tuottaa mielihyvää. Verenkierto paranee, aivosolujen yhteydet vilkastuvat, muistijälkien syntyminen ja muistin säilyminen paranevat sekä sosiaalinen kanssakäyminen onnistuvat paremmin. Liikkuminen ehkäisee ja helpottaa unettomuutta sekä vähentää ahdistuksen ja masennuksen oireita. (Muistiliitto 2013b.)

Kela on julkaissut tutkimuksen muistisairaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta. Siinä tutkittiin, minkälaisia vaikutuksia pitkäkestoisella kuntoutuksella on Alzheimer-potilaiden liikuntakykyyn, mielialaan sekä muistiin yhden vuoden ajalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, pystyykö liikunnalla hidastamaan toimintakyvyn vajavuuksia sekä laitoshoidon joutumista. Osallistujia oli 210 pariskuntaa, ja pariskunnasta toinen oli puolisonsa omaishoitaja. Pariskunnat laitettiin sattumanvaraisesti kolmeen eri joukkoon. Ensimmäinen joukko sai fysioterapeutin ohjausta kahdesti viikossa yhden tunnin ajan. Toinen joukko kävi päiväkeskuksessa ohjatussa ryhmässä kahdesti viikossa neljän tunnin ajan. Kolmas joukko oli vertailuryhmä, joka sai tavanomaisen kunnallisen hoidon. Tutkimuksesta selvisi, että kotona tapahtuva liikunnallinen kuntoutus toimii hidastavana tekijänä fyysisen toimintakyvyn heikkenemisessä lisäämättä sosiaali- ja terveystalve-luiden käyttöä ja kustannuksia. Tutkimuksen myötä voitiin osoittaa kaatumisriskin vähenemistä. (Vanhustyön keskusliitto, 2013.)

3.6 Musiikki

Musiikki on yksi osa terapiaa ja kuntouttamista. Siinä käytetään hyödyksi musiikin elementtejä. Musiikkiterapian lisäksi musiikkia hyödynnetään hoitotyössä. Musiikki vaikuttaa aivojen eri osiin, jotka ovat yhteydessä ihmisen mielihyvän kokemukseen. Muistisairaiden hoidossa on havaittu, että laulaminen nostaa muistisairaana vireystilaa, muistisairaiden ja hoitajien vuorovaikutus paranee ja käyttäytymishäiriöt vähenevät. (Hoivamusiikki Ry 2014.)

Musiikki vaikuttaa positiivisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Musiikilla on myös positiivisia vaikutuksia muistisairaiden sekä heidän omaishoitajien sa elämänlaatuun. (Brotons & Koger 2000.) Musiikkiharrastus ylläpitää kognitiivisia

taitoja ja psyykkistä hyvinvointia. Musiikin avulla masentuneisuutta ja harhaisuutta voidaan lieventää. Musiikilla ja hoitajan tai omaisen laulamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia muistisairaana vireyteen, muistiin sekä mielialaan. (Särkämö 2013.)

4 Kanervikkola-Koti

Kanervikkola-koti sijaitsee Pohjois-Karjalassa Kiteen Ruppovaarassa. Kanervikkola-kodin omat hoitotyötoimintaperiaatteet ovat asiakaskeskeisyys, kuntouttava ja voimavaroja ylläpitävä ja hyvää oloa tuottava hoito. Kanervikkola-kodissa asuu muistisairaiden lisäksi vaikeavammaisia asukkaita. Kanervikkola-kodissa on pyritty jakamaan talo niin, että muistisairaant ja vaikeavammaiset asuisivat eri puolilla taloa. Kanervikkola-koti on 21-paikkainen. Henkilökunta on koulutettu muistisairaiden, aivohalvaus-, aivotrauma- ja selkäydinvammapotilaiden sekä pitkäaikaisten neurologisten sairauksien hoitoon. Lisäksi henkilökuntaa on koulutettu Green Care ajatteluun ja menetelmiin, kinestetiikkaan, bobath työskentelytapaan sekä Suomen muistiasiantuntijat ovat käyneet tekemässä Elo-D- arviointia. (Hoitokoti Eerika, 2014.)

4.1 Hoitohenkilökunnan osaaminen

Kanervikkola-kodin henkilökuntaa on koulutettu erilaisten asukkaiden kohtaamiseen sekä auttamismenetelmiin. Koulutukset ovat antaneet keinoja arjen haasteellisiin tilanteisiin. Henkilökunnan kouluttautuminen parantaa myös Kanervikkola-kodin asukkaiden elämänlaatua, koska hoitajilla on enemmän tietoa ja taitoja auttaa heitä. (Nissinen 2014.)

Green Care tarkoittaa toimintaa, joka liittyy luontoon ja maaseutuuympäristöön. Sillä edistetään ihmisen elämänlaatua ja hyvinvointia. Toiminnassa käytetään hyödyksi erilaisia eläin- ja luontoavusteisia menetelmiä, esimerkiksi puutarhaterapiaa. Menetelmä soveltuu asiakkaille, joille haetaan toiminnallisuutta tai yhteisöllisiä kokemuksia sekä kaikenikäisille ja kaikille kuntoutujille. Asiakkaan kanssa luodaan vuorovaikutussuhde ja molemminpuolinen luottamus on tärkeää. Luonto ja eläinten parissa tapahtuva toiminta voivat nopeuttaa ongelmien kartoittamista. Asiakasta opetetaan psykososiaalisten

ja fyysisten taitojen harjoittelussa. (Ilmarinen, Kirveennummi, Soini & Yli-Viikari 2011.)

Kinestetiikassa tukeminen ja ohjaaminen ovat tärkeässä roolissa ikäihmisen toimintakyvyn ja kuntoutumisen kannalta. Ikäihmiset, joiden kognitiivinen toimintakyky on laskeutunut, eivät aina ymmärrä sanallista avustamista ja ohjaamista. Tällöin hoitajan tulee hyödyntää kosketus- ja liikeaisteja. Monesti aggressiivisesti käyttäytyvä ikäihminen ei ymmärrä, mitä hänelle tapahtuu kyseisissä avustamisen tilanteissa. Kinestetiikka ennaltaehkäisee ja hidastaa ikäihmisten joutumista vuodepotilaaksi, mutta toisaalta taas aktivoi myös vuodepotilaita ja ehkäisee liikkumattomuudesta johtuvia komplikaatioita, kuten esimerkiksi painehaavaumia. (Hantikainen, Kuittinen & Vehkaoja 2015.) Kinestetiikka perustuu ymmärrykseen liikemalleista ja aistitoiminnoista sekä kunnioittavasta kohtauksesta. Toimintamalli on voimavaralähtöinen ja tukee ihmisen perustoimintoja, sillä hän kokee toiminnan mielekkäänä ja osallistuu aktiivisesti sairaudesta tai vammasta huolimatta. Kinestetiikka on luova ja käytännöllinen lähestymistapa. Sosiaali- ja terveydenalan ammattilaiset sekä omaishoitajat voivat käyttää kinestetiikkaa hyödyksi voimavarojen ylläpitämisessä ja parantamisessa sekä ylläpitämiseen tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä. (Suomen kinestetiikkayhdistys 2014.)

Yksi neurologisen kuntoutuksen lähestymistapa on bobath menetelmä, joka tunnetaan maailmanlaajuisesti. Se on lähtöisin Lontoosta. Bobath lähestymistavassa on ajatuksena tutkia ja tulkita ihmisen liikkumista, toimintakykyä ja kommunikoinnin vahvuuksia sekä heikkouksia, jotka aiheutuvat neurologisesta sairaudesta tai vammasta. Koulutuksen saaneet työskentelevät henkilöiden kanssa, joilla on keskushermostovauriosta tai sen kaltaisesta johtuvia ongelmia liikkeiden säätelyssä. Jos liikkeen säätelyssä on vaikeuksia, se hankaloittaa asennon ylläpitämistä sekä liikkumista. (Pesonen-Wikman 2008.) Bobath merkitsee ongelman, havaintojen, tulkinnan, kokeilun ja lopputuloksen mittausta. Menetelmässä hoitajan tai menetelmän harjoittajan tulee pyrkiä löytämään uusia taitoja henkilön auttamiseksi. Näitä taitoja käyttämällä tuetaan aktiivisuutta sekä avustetaan aktiivisuuteen. Avustajan ja henkilön taitojen kehittäminen vähentää passiivisuutta. (Mayston 2011.)

Elo-D menetelmän ajatuksena on korostaa muistisairaana voimavaroja, tuoda muistisairaana ääni kuuluviin ja vahvistaa hänen asemaansa. Koulutuksessa työyhteisölle tarjotaan

arkeen työkaluja, joiden avulla he pystyvät kehittämään omaa osaamistaan. Koulutuksen sisältö ja lähestymistavat muokataan työyhteisö ja kehittymistavoitteet huomioiden. Periaatteena on käytännönläheisyys ja helposti käytäntöön sovellettavat opit. Koulutusta pitävät asiantuntijat, joilla on pitkä kokemus. (Suomen muistiasiantuntijat 2014.)

Aistien stimuloinnissa ja dementiaa sairastavien henkilöiden hoidossa on todettu hyödylliseksi pallopeitto. Se on täytetty muovipalloilla, ja sen ajatuksena on stimuloida nivel-, lihas- ja liikeasteja sekä kehotuntemusta. Jos henkilö vaihtaa asentoon peiton alla, pallot liikkuvat peiton sisällä ja saavat aikaan painon tunteen, joka välittyy aivoihin. Pallopeitto lisää turvallisuuden tunnetta, rauhoittaa sekä rentouttaa. Henkilöt, jotka ovat hyötäneet pallopeitosta, ovat aiemmin kärsineet levottomuudesta, vaeltelusta ja unettomuudesta. Pallopeittoa suositellaan käytettäväksi aluksi lyhyitä aikoja, että henkilö saa totutella siihen rauhassa. Peiton käytön aikaa voidaan pidentää, kunnes henkilö on totunut peittoon. (Månsson 2008, 122.)

4.2 Kanervikkola- malli

Suomen Muistiasiantuntijoiden pitämän Elo-D -koulutuksen myötä Kanervikkola-kodin omahoitajat ovat alkaneet tehdä omille asukkailleen tukiprofiilia. Tukiprofiili tukee asukkaan hoitoa, hyvinvointia sekä itsemääräämisoikeutta. Se antaa keinoja asukkaan hoitoon. Uuden hoitajan tai opiskelijan tullessa Kanervikkola-kotiin töihin hän voi lukea asukkaan tukiprofiilin ja saa siitä paljon konkreettista tietoa asukkaan hoidosta, omasta tahdosta ja tavoista. (Nissinen 2014.)

Tukiprofiili on sähköisessä muodossa potilastietojärjestelmässä, mistä se lähtee myös kätevästi asukkaan mukaan, jos asukas lähtee esimerkiksi terveyskeskukseen. Tukiprofiili on tehty yhdessä asukkaan kanssa. Asukas saa itse vaikuttaa siihen kuinka hän halua itseään hoidettavan. Niiden asukkaiden kohdalla, jotka eivät pysty ilmaisemaan tahtoaan sanallisesti tai elekielellä, on käytetty hyödyksi hoitajien kokemusta vuosien varrelta, sillä asukas on voinut tuoda tahtonsa ilmi aiemmin. Myös asukkaiden omaisilta voi kysyä mielipiteitä. Kanervikkola-kodissa jokainen asukas nähdään ihmisenä eikä vain sairautena. Tukiprofiilin ajatuksena on löytää ne voimavarat ja mielekäs tekeminen sekä kunnioitus, jonka jokainen ansaitsee. (Nissinen 2014.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten kohtaamisesta sekä lääkkeettömästä hoidosta. Tämän opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opaslehtinen, joka sisältää erilaisia rauhoittavia keinoja ja tekijöitä käytösoireiden helpottamiseen sekä antaa hoitoalan ammattilaisille keinoja muistisairaiden ihmisten kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja käytösoireiden lievittämiseen.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Menetelmänä toiminnallinen opinnäytetyö

Vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii järjeistämään, järjestämään, ohjeistamaan tai opastamaan käytännössä tapahtuvaa toimintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla ohje, opas tai ohjeistus. Kohderyhmän mukaan voidaan valita toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamistapa, joka voi olla tapahtuma, kotisivu, kirjanen, opaslehtinen, näyttely, kansio, cd levy tai portfolio. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnin on täytettävä tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportista täytyy tulla ilmi mitä, miten ja miksi on tehty opinnäytetyö, millainen opinnäytetyön prosessi on ollut, millaisia tuloksia on tullut ilmi ja mihin johtopäätöksiin on päädytty. Lisäksi raportointi kertoo omaa oppimisprosessia, opinnäytetyön tuotoksesta sekä omaa arviointia. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65.) Opinnäytetyössäni on käytetty toiminnallisen opinnäytetyön menetelmää. Opinnäytetyöni tehtävä on tuottaa Kanervikkola-kodille käytännönläheinen opaslehtinen.

6.2 Lähtötilanteen kartoitus

Sain toimeksiannon tälle opinnäytetyölle Kanervikkola-kodilta. Opinnäytetyöni lähtökohtana oli tuottaa opaslehtinen Kanervikkola-kodin asukkaiden omaisille, mutta kohderyhmä muuttui hoitotyön ammattilaisiksi työn alkuvaiheessa. Kohderyhmä muuttumisesta olimme toimeksiantajan kanssa samaa mieltä, koska opaslehtinen sisältää termejä, jotka voivat olla vaikeita ihmisille joilla ei ole hoitoalan koulutusta. Jos opaslehtinen olisi suunnattu omaisille, olisi opaslehtiseen pitänyt tehdä hakemisto, josta lukija voi tarkastaa mitä sanat tarkoittavat. Opaslehtisen sisältö käsittelee materiaalia muistisairaiden hoitamisesta ja mahdollisten käytösoireiden lievittämisestä. Kanervikkola-kodissa on otettu koulutuksien myötä uusia käytäntöjä arkeen, ja tavoitteena on ollut koota osaaminen ja koulutus näkyväksi päivittäisessä hoitotyössä.

Sovimme, toimeksiantajan kanssa, että opaslehtisen käyttö- ja päivitysoikeus on toimeksiantajalla. Tämä on kirjattu toimeksiantosopimukseen. Kuitenkin opiskelijan nimi tulee säilyä myös päivitetyssä opaslehtisessä. Toimeksiantosopimus (liite 1) on opinnäytetyön liitteenä.

6.3 Opaslehtisen toteutus

Materiaalia kerättiin opinnäytetyöhön kevään ja syksyn 2014 aikana. Materiaali koostui internetlähteistä, aiemmista tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. Materiaalista koottiin tietoperusta opinnäytetyölle, jonka pohjalta opaslehtinen tehtiin. Opaslehtisen tekeminen alkoi internetin ja kirjallisuuden tutkimisella ja erilaisten tutkimusten tarkastelulla. Materiaalit käsitelivät eri muistisairauksia, käytösoireita sekä auttamismenetelmiä.

Opaslehtisen suunnittelusta pidin toimeksiantajan kanssa palaverin syksyllä 2014. Mietimme opaslehtisen sisältöä, kuvia sekä värimaailmaa. Opaslehtisen värimaailmaksi sovittiin vaaleanvihreä ja valkoinen, kuten Kanervikkola-kodin omissa esitteissä. Sisällön ja kuvat sain suunnitella itsenäisesti.

Opaslehtisen teko alkoi paperille suunnittelulla ja Kanervikkola-kodin valokuvien tarkastelulla sekä suunnittelulla toimeksiantajan kanssa. Paperille suunnittelin opaslehtisen tekstisisältöä, sivun asettelua sekä millaisia valokuvia opaslehtiseen olisi hyvä käyttää.

Opaslehtiseen halusin käyttää valokuvia, ja lähes kaikki valokuvat ovat Kanervikkola-kodista. Valokuvien käyttöä varten otin yhteyttä puhelimitse joidenkin asukkaiden omaisiin ja kysyin, saanko käyttää heidän hoidossa olevien omaistensa kuvia opaslehtiseen. Asukkaat, joiden kuvia käytin, valikoituivat satunnaisesti. Puheluiden jälkeen lähetin vielä kuvaus- ja kuvienkäyttölupalomakkeen (liite2), jotka sain postissa allekirjoitettuna takaisin. Kuvauslupien saannin jälkeen kuvasin Kanervikkola-kodissa asukkaiden päivittäisiä toimia. Kaikki omaiset, joilta kysyin kuvaus- ja kuvien käyttöä, antoivat luvan käyttää oman läheisensä valokuvia opinnäytetyössä (liite 2).

Opaslehtisen suunnittelu jatkui Word 2013 -ohjelmalla. Word ohjelmaan tein suunnitelmaa, millaisia kuvia ja mitä tekstiä tulisin käyttämään lopullisessa työssäni. Kun valinta valokuvista sekä tekstistä oli tehty, aloin työstää opaslehtistä Photoshop 2014 -ohjelmalla.

Kansilehteen tuli Kanervikkola-kodin oma logo, jonka sain otettua Kanervikkola-kodin omilta internetsivuilta. Opaslehteä tehdessäni päädyin laittamaan Kanervikkola-kodin logon jokaisen sivun oikeaan alalaitaan. Logon tarkoitus on luoda yhtäläisyyttä heidän omiin esitteisiin.

Kysykää neuvoa vanhuksilta opaslehtisen (liite 3) johdannoksi valitsin runon, joka kertoo siitä, että hoitajien tulee ottaa ikäihmisten tavat ja neuvot huomioon heitä hoidettaessa. Runo toimii johdantona koko opaslehtiselle ja siinä on kiteytettynä koko opaslehtisen sanoma ”Kysykää neuvoa vanhuksilta”. Opaslehden sivumäärä kasvoi alkuperäisestä suunnitelmasta, joten opaslehteen tuli myös sisällysluettelo. Opaslehtisessä sivuja on yhteensä 16. Opaslehtiseen on käytetty Helvetica-fonttia, ja fonttikoko on 18. Teksti on musta ja erottuu hyvin valkoisesta pohjasta. Helvetica on selkeälukuinen fontti. Opaslehtisen koko on A5 eli taitettava opaslehtinen, joka on nidottu keskeltä.

Opaslehtisen teksti perustuu opinnäytetyön tietoperustaan, mutta sitä on osin lyhennelty ja selkeytetty. Asiasisältö jakautuu teemoihin, joita ovat muistisairaahan kohtaaminen, kivunhoito, läsnäolo, psykososiaaliset menetelmät, liikunta, musiikki, Green Care, kineestetiikka, bobath, Elo-d ja tukiprofiili sekä aistien stimulointi. Opaslehtisen avainsanoja ovat muistisairas, hoitaja ja voimavarat. Nämä avainsanat esiintyvät opaslehtisessä läpi koko työn. Ne kuvaavat hyvin opaslehtisen sisältöä.

Opaslehtisen valokuvat ovat kipumittaria, Kanervikkola-kodin kuvaa ja gramofonia lukuun ottamatta otettu Kanervikkola-kodissa opinnäytetyön tekijän toimesta. Kuvat ovat persoonallisia ja aitoja tilanteita suoraan arjesta. Kuvissa esiintyy vain niitä asukkaita joiden omaisilta on kysytty ja saatu kuvienkäyttölupa. Opaslehtisessä kuvat toimivat tekstin tukena näyttämässä konkreettisesti mitä tilanteessa tapahtuu.

Kansilehden kuvassa hoitaja pitää Kanervikkola-kodin asukasta kädestä kiinni. Taustalla näkyy vanha pöytäliina sekä sanomalehti (Karjalainen). Kansilehti kuvaa hoitajan välittämistä muistisairaasta sekä muistisairaahan luottamisesta hoitajaan. Opaslehtisen asiasisältö on laaja ja käsittelee montaa eri osa-aluetta. Osa-alueet ovat omilla sivuillaan, jolloin sivuihin tuli selkeyttä. Jokaisella sivulla on aiheeseen liittyvä valokuva ja pääkohdat tekstinä. Tekstin määrää on tarkoituksella pyritty pitämään tiivistettynä, jolloin sivu pysyy helposti luettavana.

6.4 Opaslehtisen arviointi

Opaslehtisen arvioinnissa hyödynsin toimeksiantajan mielipidettä ja palautetta. Opaslehtistä tehdessä tein jatkuvasti väliarviointia näyttämällä opaslehtistä toimeksiantajalle ja pyytämällä palautetta tekemästäni työstä, sillä pyrin tekemään hyvän, selkeän ja kohderyhmää palvelevan opaslehtisen. Opaslehtinen tuli Kanervikkola-kodin käyttöön, joten myös työntekijät tutustuivat materiaaliin. Työntekijöiden mielipide oli tärkeää opaslehtisen toimivuuden kannalta. Siinä arvioin opaslehtisen selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja kuvien asianmukaisuutta. Työntekijöiden palaute oli positiivista ja sain positiivista palautetta työn ulkonäöstä ja valokuvista. Joitakin ideoita työntekijöiltä tuli sisältöön, esimerkiksi Kinestetikka osioon hieman lisäystä. Itsearviointinnissa huomioin, että opaslehtisessä on monta teemaa ja kaikista on kirjoitettu tiivistetysti pääkohdat ja otettu kuvia konkretisoimaan. Teemoja voi olla liikaa, vaikka ne nitoutuvat toisiinsa. Opaslehtisessä on sivuja melko paljon.

Aikataulu opinnäytetyön ja opaslehtisen toteutuksessa ei onnistunut suunnitellusti. Tarkoituksena oli saada opinnäytetyö ja opaslehtinen valmiiksi jo vuoden 2015 alussa. Uusi tavoite oli saada opinnäytetyö kokonaisuudessaan valmiiksi toukokuun 2015 loppuun mennessä.

Opaslehtistä tehdessä olen arvioinut itse tehtyä työtä. Oman arvioinnin lisäksi olen esitellyt opaslehtistä opinnäytetyöohjauksissa muille opiskelijoille sekä ohjaavalle opettajalle ja pyytänyt mielipiteitä sekä palautetta. Tämän lisäksi olen näyttänyt työtä toimeksiantajalle, joka on antanut välittömän palautteen työstäni, ja näin ollen on ollut helpompaa jatkaa opaslehtisen tekemistä. Kanervikkola-kodin työntekijöiltä saatu suullinen ja kirjallinen palaute sekä toimeksiantajan väliarviointi ovat opaslehtisen tekovaiheessa auttaneet suuresti opaslehtisen suunnittelussa ja toteutuksessa. Opaslehtistä on testattu Kanervikkola-kodin asukkaille heidän arjessaan. Opaslehtisen sisältämät keinot on osoitettu käytännössä toimiviksi jo ennen tämän opaslehtisen tekemistä. Opaslehtinen on Kanervikkola-kodin käyttöön ja tarkoituksena on, että Kanervikkola-koti voi jakaa opaslehtistä eli omaa osaamistaan muille, esimerkiksi uuden asukkaan tullessa taloon.

Opaslehtinen antaa tietoa muistisairaiden käytösoireiden lievittämiseen. Aihe on tärkeä siksi, että muistisairauksiin liittyy selvästi erilaisia käytösoireita. Opinnäytetyö on rajattu käytösoireisiin, koska käytösoireet säätelevät muistisairaana ihmisen elämää ja elämänlaatua. Samalla käytösoireet vaikuttavat esimerkiksi hoitajien työssä jaksamiseen, jos keinoja vaikeiden käytösoireiden lieventämiseen ei ole. Tietämys käytösoireiden ennaltaehkäisystä ja lieventämisestä auttaa ratkaisevasti käytännön hoitotyössä. Opaslehtisen sisältämät aihealueet eivät sinänsä ole täysin uutta tietoa, mutta niitä käytetään vielä melko vähän muistisairaiden hoidossa. Lähtökohtana tälle opinnäytetyölle on, että käytösoireita pyrittäisiin lieventämään ensin lääkkeettömin keinoin ja lääkehoito aloitettaisiin, mikäli nämä keinot eivät ole riittävät.

7 Pohdinta

Muistisairaita hoitaessa tulee muistaa, että on monia erilaisia keinoja käytösoireiden lieventämiseen, mutta välttämättä samat keinot eivät toimi kaikkien muistisairautta sairastavien kohdalla ja lisäksi sama keino ei välttämättä toimi toisena päivänä enää toivotulla tavalla. Keinojen löytämisessä tulee käyttää luovuutta, ja hoitajalla tulee olla tilanetajua mitä keinoja kunkin muistisairaana kohdalla voi kokeilla. Kaikki keinot eivät anna haluttua vastetta, mutta silloin hoitajan tulee rohkeasti kokeilla toista keinoa, niin että muistisairaana olo helpottuisi.

Muistisairaiden käytösoireiden lieventämisen keinoja tulee kirjata potilastietojärjestelmään, että muutkin hoitajat pystyvät käyttämään hyväksi todettuja keinoja käytösoireisiin. Kirjaamalla hyvät käytänteet potilastietojärjestelmään dokumentoidaan onnistuneita keinoja, mutta myös ei-onnistuneita keinoja.

Muistisairauksien aiheuttamat käytösoireet aiheuttavat sairastuneelle itselleen henkistä kärsimystä esimerkiksi aggressiivisuuden vuoksi. Käytösoireista voivat kärsiä myös sairastuneet omaiset sekä hoitajat. Muistisairasta hoitavilla henkilöillä tulee olla tietämystä muistisairaudesta ja siitä, kuinka käytösoireita voidaan lievittää. Ennakoiva työote ja hyväksi koetut keinot auttavat muistisairasta hänen arjessaan.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuuteen vaikuttaa, millaisia lähteitä tutkimuksessa on käytetty. Tutkimuksen raportoinnissa täytyy tulla ilmi, mitä lähteitä tutkija on työssään käyttänyt. Lähteiden kirjoittaminen tutkimukseen perustuu siihen, että lukijan täytyy voida seurata aiheeseen liittyvien tutkimusten yhdenmukaisuutta sekä etenemistä. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åsted-Kurki 2012, 25.)

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä. Plagiointi eli toisen tekstin kopiointi on kiellettyä. Toisen tekstistä otettu lainaus on osoitettava oikeanlaisin lähdemerkinnöin, ja suorat lainaukset on kirjoitettava sanasta sanaan samalla tavalla kuin alkuperäisessä tekstissä on. Tutkijan tulee kirjoittaessa huomioida, että toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä, tutkijan ei pidä plagioida myöskään omia tutkimuksiaan, tutkimuksen tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi, tuloksia ei saa sepittää eikä kaunistella sekä raportin kirjoittaminen ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 27–28.)

Raportointi opinnäytetyöstä ja opaslehtisestä on kirjoitettu rehellisesti prosessin kuvausta muuttelematta. Raportoinnissa on kerrottu kaikki kohdat opaslehtisen suunnittelusta viimeiseen viilaukseen. Raportoinnissa tulevat ilmi hyvin onnistuneet asiat opaslehtisessä ja lisäksi ne mitkä tuottivat ongelmia opaslehtisen teossa.

Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty aiempia tutkimuksia ja aiheeseen liittyvää lähdemateriaalia, joita on tarkasteltu kriittisesti. Tutkimustuloksia ei ole vähätelty, plagioitu, kaunisteltu tai sepitelty. Opinnäytetyössä ei ole yleistetty mitään tuloksia. Tämän opinnäytetyön lähteinä on käytetty pääasiassa tutkimuksia, kirjallisuutta sekä erilaisten järjestöjen julkaisuja. Lähteet on kirjoitettu lähdeluetteloon asianmukaisesti ja opinnäytetyön ohjeiden mukaan. Opinnäytetyön tietoperustan hankinnassa oli haasteena löytää tuoretta tietoa muistisairauden käytösoireiden lieventämisen keinoista. Myös kirjallisuudessa oli hyvin vanhoja lähteitä. Internetistä löytyi tuoreimpia tutkimuksia.

Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelussa on huomioitava, ovatko tärkeät asiat tulleet esille tutkimuksesta ja ovatko tutkittavasta aiheesta tehdyt rajaukset vaikuttaneet tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa kerätyn aineiston laajuus. Luotettavuutta tarkastellessa tutkijan tulee huomioida mahdollisten virheiden vaikutus opinnäytetyöhön. (Kauranen, Mustakallio & Palmgren 2006, 40–41.) Tutkimuksissa on vältettävä virheiden syntymistä, mutta tästä huolimatta tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Tästä johtuen kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arviointiin on erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216.)

Tämä opinnäytetyö on rajattu muistisairauksien käytösoireisiin ja niiden lääkkeettömään lieventämiseen. Opinnäytetyössä on tuotu esille yleisimpiä muistisairauksia sekä sairauksia, joissa muistiongelmät ilmenevät vahvasti. Muistisairauksien käytösoireissa on yhteneväisyyksiä muihin muistisairauksiin sekä taudille ominaisia käytösoireita. Käytösoireista on etsitty tietoa laajalti erilaisista lähteistä. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä on, että käytösoireiden lieventämisen keinot, jotka esiintyvät tässä opinnäytetyössä, on kerätty pääasiassa Kanervikkola-kodista. Näiden hoitotyön keinojen pohjalta tietoa on etsitty pääasiassa internetistä. Lähdeluettelon lähteet ovat melko samankaltaisia sivuja ja julkaisuja, joka voidaan nähdä luotettavuutta heikentävänä tekijänä.

Kirjallisuuden tarkastelu osoittaa usein, että tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Tästä johtuen on myös paljon erilaista lähdemateriaalia. Lähteiden valitsemisessa tarvitaan lähdekriittisyyttä. Lähteiden valinnassa on hyvä tarkastella seuraavia asioita: kirjoittajan tunnettavuus sekä arvovalta, lähteen ikä ja lähteen uskottavuus. (Hirsjärvi ym. 2004, 101–102.)

Muistisairauksien lääkkeellisestä hoitamisesta olisi ollut tarjolla hyvin paljon tietoa internetissä ja kirjallisuudessa, mutta koska tarkastelin opinnäytetyötäni muistisairauksien lääkkeettömän hoidon kannalta, niistä lähteistä ei ollut apua. Lähteiden valitsemisessa harkitsin tarkkaan, millaiset lähteet ovat luotettavia ja sopivia opinnäytetyöhön. Lähdevalikoimaa rajoitti hieman se, että erilaisia ja tuoreita lähteitä oli melko vähän saatavilla. Luotettavuuteen vaikutti opinnäytetyön tekijän mielestä heikentävästi myös se, että samat tutkijat esiintyivät monissa lähteissä tutkijoina.

Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään laadukkaita primäärilähteitä niin paljon, kun mahdollista. Opinnäytetyö on tehty yksilötyönä. Yksin tekemisen haaste oli tutkittavan ilmiön tarkastelu eri näkökulmista. Opinnäytetyössä tarkasteltiin eri muistisairauksia, niiden tuomia haasteita sekä hoitohenkilökunnan arjen keinoja hallita muistisairauden aiheuttamia käytösoireita. Opinnäytetyön haasteena oli tuoreiden tutkimusten ja materiaalien löytyminen etenkin kirjallisuudessa. Erityisesti käytösoireiden lieventämiskeinoista löytyi niukasti tietoa.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on itsessään jo eettinen ratkaisu. Aihetta valitessa herää kysymys, kenen ehdoilla kyseinen aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Aiheen valinnassa kirjoittajan tulee pohtia, valitseeko vai välttääkö paljon puhuttavia aiheita. (Hirsjärvi ym. 2004, 26.)

Eettisyys tarkoittaa sitä, että tieteelliseen tietoon eivät vaikuta mitkään ulkopuoliset tahot, kuten esimerkiksi uskonto ja että, tutkija noudattaa tutkiessaan asiaa tai ilmiötä hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisyys tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan. Eri-tyistä huomiota eettisyyteen kiinnitetään tutkimusaineiston keräämisen vaiheessa. (Eriksson ym. 2012, 25–26.)

Tutkimusaiheen valinta perustui kiinnostukseen aiheesta sekä toimeksiantajan eli Kanervikkola-kodin pyynnöstä tehdä aiheesta opinnäytetyö. Aiheen valintaan vaikutti myös kokemus muistisairaiden parissa työskentelystä. Aihe on puhuttava, sillä muistisairaiden käytösoireet ovat yleisiä ja muistisairaita ikäihmisiä on paljon. Kanervikkola-

koti on kouluttanut henkilökuntaa muistisairaiden hyvään hoitoon. Koulutukset ja osaaminen haluttiin näkyväksi. Näiden lisäksi muistisairaudet ovat yleistyneet ja paljon puhuttu aihe. Muistisairaiden kanssa työskenteleminen vaatii osaamista ja taitoa auttaa.

Opinnäytetyössä kirjoittajalta vaaditaan rehellisyyttä ja vilpittömyyttä sekä hänen on pyrittävä totuudenmukaisuuteen. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys ovat kytköksissä toisiinsa, koska eettiset ratkaisut korostuvat kirjoittamisen vaiheessa samoin kuten tutkittavien ja aineiston kuvaaminen sekä tulosten esittäminen. (Viskari 2009, 108.) Totuuden etsiminen ja tiedon luotettavuus ohjaavat tutkijoita kunnioittamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä sekä näyttämään vain luotettavia tuloksia. Tutkimusmateriaalin kerääminen, materiaalin käsittely ja oikeanlainen arkistointi liittyvät tiedon luotettavuuteen sekä tarkistettavuuteen. (Kuula 2006, 24.)

Opinnäytetyötä on kirjoitettu rehellisesti, vilpittömästi sekä totuudenmukaisesti unohtamatta luotettavuutta ja eettisyyttä. Tulokset on esitetty totuudenmukaisesti. Tutkimusmateriaalia on etsitty niin, että opinnäytetyön sisältö koostuisi vain luotettavista lähteistä. Opinnäytetyön eettisyyttä lisää myös se, että toimeksiantaja on väliarvioinut opinnäytetyötä ja antanut palautetta sekä kehittämisideoita. Opasmateriaalin suunnittelu tapahtui myös toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajan kanssa mietimme yhdessä asia-sisältöä ja opaslehtisen toteuttamista.

Tämän opinnäytetyön tuotosta eli opaslehtistä varten on käytetty Kanervikkola-kodin valokuvia. Valokuvia ei saa käyttää ilman asianomaisten suostumusta. Ennen kuvien käyttämistä on kysytty omaisilta kuvaus- ja kuvien käyttö lupa suullisesti sekä kirjallisesti. Kaikki omaiset, joilta on kysytty kuvaus- ja kuvien käyttö lupaa, ovat antaneet suullisen ja kirjallisen suostumuksensa.

7.3 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Myös toiminnallinen opinnäytetyö tulee tehdä tutkivalla asenteella samalla tavoin kuin kvalitatiivinen opinnäytetyö. Tämä tarkoittaa valintojen tarkastelua sekä perustelua aiheen tietoperustaan pohjautuen. Tietoperustan sekä viitekehyksen tulee koostua oman alan kirjallisuudesta. (Vilka & Airaksinen 2004, 154.)

Viskarin (2009, 45) mukaan prosessikirjoittamisen tavoitteena on oppia itsestä. Esimerkiksi vertaisarviointia on käytetty lähestymistapana kirjoittamisen prosessissa, joka korostaa oppimisprosessin ymmärtämistä, jota kirjoittaja käy läpi työskennellessään.

Tämän opinnäytetyön aiheen valintaan on vaikuttanut oma työskentely muistisairaiden ihmisten kanssa ja halu oppia ymmärtämään paremmin kyseistä sairautta sekä jakaa tietoa muille. Opaslehtisen tekeminen aiheesta ja arjen keinoista on mielestäni hyvä tapa jakaa oppimaani tietoa muille hoitotyön ammattilaisille. Opaslehtinen antaa tietoa, kuinka käytösoireista kärsivää muistisairasta autetaan muistisairaana ihmisen hyväksi. Opaslehtinen tuntui oikealta tavalta lähestyä aihetta. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen sillä muistisairautta sairastavia ihmisiä on paljon. Tietoa eri muistisairauksista ja niiden lääkehoidosta löytyy paljon internetistä sekä kirjallisuudesta, mutta erilaisista lääkkeettömistä käytösoireiden lieventämiskeinoista melko vähän. Sairaanhoidajana, riippuen työpaikasta, tapaa muistisairaita, jotka kärsivät käytösoireista. Tämän vuoksi on ammatillisesti hyvä tietää, mistä käyttäytyminen johtuu ja miten siihen tulee suhtautua.

Opinnäytetyön tekeminen oli hyvä ja opettavainen oppimisprosessi. Muistisairaiden käytösoireiden lievittämisessä täytyy käyttää luovuutta, mielikuvitusta sekä kunnioittavaa suhtautumista muistisairasta kohtaan. Muistisairaana kohtaamisessa täytyy muistaa, että sairauden takana on tavallinen ihminen ja hänen historiansa ja sairaus voi muuttaa tämän ihmisen luonnetta. Opinnäytetyön prosessi opetti tiedonhankinnan taitoa sekä lähdekriittisyyttä. Itsenäisen työskentelyn taito karttui myös paljon tätä opinnäytetyötä tehdessä. Itsenäinen opinnäytetyön kirjoittaminen mahdollisti oman aikataulun suunnittelun ja kirjoittamisen itselle sopivaan aikaan. Haasteena itsenäiselle opinnäytetyön kirjoittamiselle oli aiheiden tarkastelu eri näkökulmista. Itsenäinen opinnäytetyön kirjoittaminen sujui hyvin ja motivaatiota kirjoittamiselle oli koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Opinnäytetyön tekeminen on tavoitteellista ja pitkäjänteistä työskentelyä. Koin onnistuvani opinnäytetyön tekemisessä ja tavoitteiden saavuttamisessa. Tavoitteeni oli kerätä luotettavaa teoretietoa opinnäytetyöhöni ja teoretiedon pohjalta tehdä opaslehtinen Kanervikkola-kodille.

Suunnittelun alkuvaiheessa ongelmia aiheutti kohderyhmän rajausta. Mietin ja vaihdoin rajausta omaisista hoitotyön ammattilaisiin. Rajauksen valintaan vaikutti myös se, että opaslehtiseen tuli tietoa muistisairaiden käytösoireiden lieventämisen keinoista sekä myös hieman ammattisanastoa. Mikäli opaslehtinen olisi suunnattu omaisille, olisi opaslehtisen jokainen ammattisanastoon kuuluva sana ja termi pitänyt avata, että lukija ymmärtää, mistä opaslehtinen kertoo.

7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja johtopäätökset

Tätä opinnäytetyötä voi hyödyntää muistisairaiden hoidossa sekä yleisesti hoitotyössä. Opaslehtistä voi tarjota toisille hoitoyksilöille, jotka haluavat tietoa lääkkeettömästä käytösoireiden lieventämisestä. Opaslehtistä voidaan hyödyntää myös esimerkiksi opiskelijoiden ohjauksessa muistisairaiden hoidossa. Vaikka opaslehtinen on suunnattu hoitotyön ammattilaisille, voivat sitä lukea myös muistisairaiden omaiset.

Kanervikkola-kodilla on tarkoituksena tulevaisuudessa tehdä yhteistyötä Muistiliiton kanssa ja kehittää toimintaa muistisairaiden hoidossa. Tarkoituksena on, että opaslehtistä voidaan hyödyntää erilaisissa muistisairauksiin liittyvissä koulutuksissa, uuden asukkaan, uuden työntekijän tai opiskelijan kohdalla.

Opaslehtinen julkaistaan internetistä, joten halukkaat pystyvät etsimään myös internetin kautta tietoa aiheesta. Opinnäytetyön ja opaslehtisen lukemisesta voivat hyötyä hoitotyön ammattilaiset sekä muistisairaana omaiset.

Muistisairauksia on monia erilaisia ja niissä on hieman toisistaan poikkeavia oireita. Muistisairauksia yhdistävät kuitenkin sairauden jossakin vaiheessa ilmenevät käytösoireet. Tässä opinnäytetyössä on kerrottu psykososiaalisista menetelmistä, kivun hoidosta, läsnäolosta, liikunnasta ja musiikista. Tämä opinnäytetyö on tehty toimeksiantona Kiteen Kanervikkola-kodille, jossa on käytössä edellä mainittujen hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi myös Green Care, bobath ja kinestetikka. Näiden lisäksi Kanervikkola-kodin henkilökunta on koulutettu Elo-D-koulutuksella, joka ohjaa hoitajia ymmärtämään muistisairauksia ja tuo asukkaiden äänen kuuluviin. Näistä auttamismenetelmistä on kerrottu tässä opinnäytetyössä.

Tärkeänä asiana tässä opinnäytetyössä tuli myös hoitotyön kirjaaminen. Kirjaaminen on tärkeää sen vuoksi, että uusien käytösoireiden lieventämisen keinojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään auttaa muita hoitajia soveltamaan keinoja esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyvän ihmisen kanssa.

Tärkein johtopäätös, joka ilmeni tätä opinnäytetyötä tehdessä, oli se, että käytösoireita voidaan ennakoida ja lievittää hoitotyön auttamiskeinoilla lääkkeettömästi. Ennakointi ja käytösoireiden lieventäminen vaativat tietoa ja ymmärrystä muistisairauksista.

Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K.R., Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Alhainen, K., Erkinjuntti, T & Vataja, R. 2008. Dementia sairauksiin liittyviä käytösoireita. <http://www.tohtori.fi/?page=2134015&id=4950603>. 20.11.2014.
- Atula, S. 2012. Vaskulaarinen dementia. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. 29.6.2014.
- Brotos, M & Koger, S. 2000. Music therapy for dementia symptoms. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796604>. 16.12.2014.
- Dröes, R.M., Meiland, F., Mierlo, L & Roest, H. 2011. Memory problems in dementia: adaptation and coping strategies and psychosocial treatments. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1586/ern.11.167>. 15.12.2014.
- Duodecim. 2009. b Kognitiiviset psykoterapiat. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00101. 6.10.2014.
- Duodecim. 2009. a Voiko kipua mitata? http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025. 1.10.2014.
- Eloranta, S. 2012. Ikänsitituutti. Vanhustyö on kohtaamista. <http://www.ikainstituutti.fi/sitenews/view/-/nid/78/ngid/3/>. 30.10.2014.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström U., Paavilainen, E., Pietilä, A.M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åsted-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Erkinjuntti, T & Huovinen M. 2003. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.
- Hantikainen, V., Kuittinen, J. & Vehkaoja, T. 2015. Kinestetiikka vanhusten hoitotyössä ja kuntoutuksessa. <http://www.kinestetiikka.fi/index.php/kinestetiikka3/81-kinestetiikka3/22-kinestetiikka-vanhusten-hoitotyossa-ja-kuntoutuksessa>. 25.3.2015.
- Hartikainen, S & Lönroos, E. 2008. Geriatria. Helsinki: Edita Prima.
- Haukka, U.M., Kivelä, S.L., Pyykkö, V., Vallejo Medina, A. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, E., Huhtakallio, S. & Torkkeli, J. 2012. Hoitajan ja muistisairaahan ihmisen välisen vuorovaikutuksen tukeminen. Koulutusmateriaali. 3.1.2015.
- Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A & Tilvis, R. 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä:Gummerus Oy.
- Hoitokoti Eerika. 2014. Kanervikkola-koti. http://www.hoitokotieerika.fi/Documents/kanervikkola_esite_lite.pdf. 19.9.2014.
- Hoivamusiikki Ry. 2014. Musiikin hyödyt. http://www.hoivamusiikki.fi/?Musiikin_hy%F6dyt. 4.1.2015.
- Honkasalo, M.L. 2011. Dementia ja kivun jäävuori. http://www.laakarilehti.fi/kommentti/?type=7/news_id=10884/Dementia+ja+kivun+j%E4%E4vuori. 15.12.2014.
- Hurley, AC., Volicer, V & Warden, W. 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. <http://www.geriatricpain.org/Content/Assessment/Impaired/Pages/PAIDADTool.aspx>. 20.3.2015.
- Ilmarinen, K., Kirveenummi, A., Soini, K & Yli-Viikari, A. 2011. Green care sosiaalisena innovaationa suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Yhteiskuntapolitiik-

- ka.
https://portal.mtt.fi/portal/page/portal/mtt/hankkeet/greencare/mita/Soini_Yhteiskuntapolitiikka.pdf. 16.12.2014.
- Juva, K. 2013. Suomen Muistiasiantuntijat. Etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=49&issue=2012-01&lang=fi>. 2.7.2014.
- Juva, K. 2007. Neuropsykiatria. Dementia ja depressio.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>. 15.12.2014.
- Kauranen, I., Mustakallio, M & Palmgren, V. 2006. Tutkimusraportin kirjoittamisen opas opinnäytetyön tekijöille. Helsinki: Picaset Oy.
- Kuukkanen, T. 2014. Käypä hoitosuositus. Lämpö- ja kylmähoidot epäspesifin akuutin ja subakuutin alaselkävivun hoidossa.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E81FF73812372BDCED8BA1765424F085?id=nak06488>. 15.12.2014.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Käypähoitosuositus. 2010 a. Muistisairaudet. Alzheimer.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=alzheimer>. 20.11.2014.
- Käypähoitosuositus. 2010 b. Parkinsonin taudin ominaispiirteen sekä todennäköisen ja mahdollisen Parkinsonin taudin dementian diagnostiset kriteerit vuodelta 2007.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=1CB74979A894D4366392D8F9D5D74F51?id=nix01600>. 18.8.2014
- Käypähoitosuositus. 2010 c. Ohje potilaille ja läheisille. Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset).
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01592>. 19.9.2014.
- Käypähoitosuositus. 2010 d. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia).
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01594>. 2.7.2014.
- Käypähoitosuositus. 2010 e. Parkinsonin tauti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00057>. 29.6.2014.
- Llyod, William, C. 2013. Health Grades. Behiover symptoms.
<http://www.healthgrades.com/symptoms/behavioral-symptoms>. 20.11.2014.
- Marsh, L. 2008. Cognitive Impairment. Parkinson's disease foundation.
http://www.pdf.org/en/cognitive_impairment_pd. 25.1.2015.
- Martikainen K.2009. Lewyn kappale- tauti. Suomen Parkinson- liitto RY.
<http://www.parkinson.fi/sairausryhm%C3%A4t/harvinaiset-sairausryhm%C3%A4t/lewyn-kappale-tauti>. 21.6.2014.
- Mayston, M. 2011. European Bobath Tutors' Association. The bobath concept.
<http://www.bobath-ndt.com/concept.php>. 31.1.2015.
- Muistiliitto. 2013 a. Dementia. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/dementia/>. 3.10.2014.
- Muistiliitto. 2013 b. Liikunnasta muistin vireyttä. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/aivoterveys/liikunnasta-muistinvireytaa/>. 3.10.2014.
- Muistiliitto. 2014. Muistin toiminta. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/aivot-ja-muisti/muistin-toiminta/>. 2.6.2014.

- Muistiliitto. 2013c . Muistisairaahan kohtaaminen. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-kohtaaminen/>. 15.12.2014
- Månsson, I. 2008. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Haastattelututkimus Suomesta, Islannista, Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta. <http://www.thl.fi/documents/10542/471223/apuv%C3%A4lineet%20ja%20dementia.pdf>. 4.1.2015.
- Nissinen, T. 2014. Vastaava sairaanhoitaja. Haastattelu. Kanervikkola-koti. 16.12.2014.
- Pesonen-Wikman, K. 2008. NDT- Bobaht lähestymistapa. <http://www.ndt-yhdistys.fi/page3.html>. 16.12.2014.
- Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Helsinki: MultiPrint Oy. <http://www.tehy.fi/@Bin/45469/Vastuunkantajat+vanhusty%C3%B6ss%C3%A4.pdf>. 30.10.2014.
- Sairaanhoitajaliitto. 2005. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta, kokemuksia validaatiomenetelmästä heikkokuntoisten vanhusten kanssa. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/kohti_arvostavaa_vuorovaikutussu/. 18.9.2014.
- Sairaanhoitajaliitto. 2007. Kinestetiikka tukee kuntouttavaa työtä. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2007/muut_artikkelit/kinestetiikka_tukee_kuntouttavaa/. 23.9.2014.
- Sairaanhoitajaliitto. 2009 a. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2009/teema_gerontologinen_hoitotyö/gerontologisen_hoitotyön_osaaminen/. 18.9.2014.
- Sairaanhoitajaliitto. 2009 b. Vanhuksen kohtaamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2009/etiikka/vanhuksen_kohtaamiseen_liittyvia/. 3.10.2014
- Suomen kinestetiikkayhdistys ry. 2014. Kinestetiikka. <http://www.kinestetiikka.fi/>. 16.12.2014.
- Suomen muistiasiantuntijat. 2015. Elo-D – koulutus ja kehittämisohjelma. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/kehitamme.php?udpview=elod&lang=fi>. 4.1.2015.
- Suomen psykomotoriikkayhdistys Ry. 2010. Psykomotoriikka. http://www.psykomotoriikka.org/?page_id=2. 4.1.2015.
- Särkämö, T. 2013. Musiikki muokkaa ja hoitaa aivoja. <http://blogs.helsinki.fi/studiageneralia/2013/02/13/teppo-sarkamo-musiikki-muokkaa-ja-hoitaa-aivoja/>. 28.5.2015.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Vantaa: Keili Oy. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=D_LFE-525.pdf. 30.10.2014
- Valvira. 2014. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Potilaalla on itsemääräämisoikeus. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet. 29.11.2014.
- Vanhustyön keskusliitto. 2013. Muistisairaiden kuntoutus hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä. <http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ajankohtaista/arkisto/2013/06/Muistisairaiden-kuntoutus-hidastaa-toimintakyvyn-heikkenemista>. 15.12.2014.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

- Viramo, P. 2015. Muistisairauden aiheuttamat käytösoireet.
<http://www.osmy.fi/sites/default/files/Muistisairauksien%20k%C3%A4yt%C3%B6soireet%20Petteri%20Viramo.pdf>. 2.5.2015.
- Viskari, S. 2009. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. Opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. Tampere: Oy- Juvenes Print

Hei,

Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja teen opinnäytetyötä muistisairauksista ja niiden oireiden hoidosta. Opinnäytetyöni toimeksiantajana toimii Kanervikkola-koti.

Opinnäytetyöhöni teen opaslehtisen, jossa kuvaan eri menetelmiä joita Kanervikkola-koti muistisairaiden hoidossa käyttää. Opaslehtiseen käytettävään kuvamateriaaliin tarvitsen asianomaisten kirjallisen suostumuksen.

Kuvamateriaalia en käytä kaupalliseen tai muuhun tarkoitukseen.

Helene Vuolle-Apiala

Karelia Ammattikorkeakoulu, sairaanhoitajaopiskelija
1101276, STHNS12B

██████████

████████████████████

Annan suostumuksen kuvamateriaalin käyttöön

Paikka Aika Allekirjoitus Nimenselvennys



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Kiteen Kanervikkola-koti oy
Toimeksiantajan edustaja:	Tytti Nissinen vs. sairaanhoitaja
Osoite:	Rönkävuorantie 28, 82500 Kitee
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	tytti.nissinen@naitokohkeenka.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1101276 Helene Vuolle-Apiala
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Muistisairauden aiheuttamien käytöskäytöiden lieventäminen
Toteutusmuoto	Toiminnallinen
Aikataulu	Teos valmistuu toukokuussa 2015.
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Kanervikkola-koti sitoutuu kustantamaan 50 kpl:ta painettuja opaslehtiä.

hoitotyö-
kuvoin

Toimeksiantajan sitoumukset	
Painetut opaslehdet tulevat Kanervikkola-kodin käyttöön opaslehtisen käyttö- ja päivitysoikeus on toimeksiantajalla.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija huolehtii opaslehtisten painatuksesta ja toimittamisesta toimeksiantajalle. Tekijäoikeus on opiskelijalla.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amm:ssa	
Ohjaaja(t):	Kirsi Varis

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
3.2.2014	Helene V.-A Helene Vuolle-Apiala
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
3.2.2014	Tytti Nissinen
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
3.2.2014	Kirsi Varis KIRSI VARIS

Kysykää neuvoo vanhuksilta



KANERVIKKOLA *keili*

Sisältö

Johdanto.....	2
Muistisairaahan kohtaaminen.....	3
Kivunhoito.....	4
Läsnäolo.....	5
Psykososiaaliset menetelmät.....	6
Liikunta.....	7
Musiikki.....	8
Green Care.....	9
Kinestetikka.....	10
Bobath.....	11
Elo-D.....	12
Tukiprofiili.....	13
Aistien stimulointi pallopeitto.....	14
Lähteet	

Tämä opaslehtinen on tehty opinnäytetyönä Karelia ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa keväällä 2015.

Opaslehtinen on tehty Kanervikkola-kodin toimeksiannosta ja se käsittelee lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä muistisairaiden hoidossa.

Karelia KANERVIKKOLA *keili*

Kysykää neuvoo vanhuksilta, sillä heidän silmänsä ovat nähneet vuosien kasvot ja heidän korvansa ovat kuulleet elämän äänet. Ja vaikka heidän neuvonsa eivät miellyttäisi teitä, ottakaa niistä vaarin.

- Karil Gibran -



KANERVIKKOLA *keili*

2

MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN



Hoitotyössä eettisiä periaatteita ovat yksilöllisyys, turvallisuus, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, osallisuus ja voimavaralähtöisyys.

Hoitajan tulee huomioida ja vahvistaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja.

Vuorovaikutussuhteen tulee olla molemminpuolinen ja hoitajan tulee ymmärtää muistisairasta sekä muistisairautta.

KANERVIKKOLA *keili*

3

KIVUNHOITO

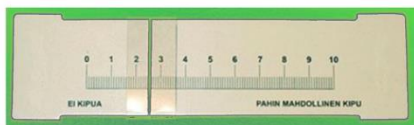
Kipu ja muistisairaus ovat huono yhdistelmä, koska muistisairauden myötä kivun kokemus ja ilmaisu muuttuvat tai estyvät.

Kivun tunteminen ja kokeminen on yksilöllistä.

Kipua voidaan mitata kuvilla, sanoilla sekä numeroilla.

Kivun hoidossa asetetaan realistinen tavoite, josta keskustellaan muistisairaana ja mahdollisesti hänen omaisensa kanssa.

Lämpö- sekä kylmähoitoa voidaan käyttää kivun hoidossa.



LÄSNÄOLO



Yhteyden luominen tapahtuu läsnäololla ja vuorovaikutuksella:

- ilmeet, eleet, puhe
- hoitotoimenpiteiden yhteydessä tapahtuva kommunikointi
- koskettaminen, hiljaisuus, hoivaaminen, aito välittäminen

Yhteyden luomiseen voidaan käyttää esimerkiksi laulamista. Hoitaja tukee ja vahvistaa vanhuksen voimavaroja.

Jos vanhus käyttäytyy aggressiivisesti, hän viestii avunhuutoa hoitajalle pahasta olostaan.

Laadukas ja hyvä vanhuksen kohtaaminen rakentuu ihmisen kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta.

Muistisairaana ja hoitajan vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää, että hoitaja on läsnä ja kuuntelee.



PSYKOSOSIAALISET MENETELMÄT

Menetelmät tarkoittavat keinoja, jotka tukevat ja auttavat muistisairaana selviytymistä.

Tärkein tavoite on ylläpitää muistisairaana kommunikointia ja yhteyksiä sosiaalisessa kanssakäymisessä sekä ehkäisemään yksinäisyyttä ja eristäytymistä.

Yksi menetelmä on muistelu. Muisteluhetken tukena voidaan käyttää sanomalehtiä, kirjoja, leikekirjoja, videoita, valokuvia sekä muita kuvia.

LIIKUNTA

Liikkuminen lisää terveyttä ja tuottaa mielihyvää. Verenkierto kohenee, muistijälkien syntyminen ja säilyminen paranevat ja sosiaalinen kanssakäyminen onnistuu helpommin.

Liikkuminen ehkäisee ja helpottaa unettomuutta sekä vähentää ahdistuksen ja masennuksen oireita.





MUSIIKKI

Musiikki on yksi osa terapiaa ja kuntouttamista.

Musiikki vaikuttaa aivojen eri osiin, jotka ovat yhteydessä mielihyvän kokemukseen.

Muistisairauden hoidossa:

- laulaminen nostaa muistisairaiden vireystilaa
- muistisairaiden ja hoitajien vuorovaikutus paranee
- käyttösoireet vähenevät



KANERVIKKOLA *keittiö*

8



GREEN CARE

Green care tarkoittaa toimintaa, joka liittyy luontoon ja maaseutuympäristöön.

Sillä edistetään elämänlaatua, toimintakykyä sekä hyvinvointia.



Toiminnassa käytetään hyödyksi erilaisia eläin- ja luontoavusteisia menetelmiä, esimerkiksi puutarhatapia.

Soveltuu kaikille, joille haetaan toiminnallisuutta tai yhteisöllisiä kokemuksia sekä kaikenikäisille ja monenlaiselle kuntoutujalle.

KANERVIKKOLA *keittiö*

9

KINESTETIIKKA

Perustuu ymmärrykseen liikemalleista ja aistitoiminnoista sekä kunnioittavasta kohtaamisesta.

Toimintamalli on voimavaraletöntinen ja tukee perustoimintoja.



Auttaa voimavarojen ylläpitämisessä ja parantamisessa.

Ylläpitää tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä.

Toimintakyvyn heikennyttä muistisairaat eivät aina ymmärrä sanallista avustamista ja ohjaamista. Tällöin tulee hyödyntää kosketus- ja liikeaisteja. Usein aggressiivinen käyttäytyminen johtuu siitä, että hän ei ymmärrä ohjaamisen tilannetta.

KANERVIKKOLA *keittiö*

10

BOBATH



Bobath menetelmää käytetään henkilöiden kanssa, joilla on keskushermostovaurioita tai muita sen kaltaisia ongelmia liikkeen säätelyssä.

Bobath menetelmässä tuetaan asiakkaan aktiivisuutta ja avustetaan sekä kannustetaan aktiivisuuteen. Asiakkaan taitojen kehittyminen vähentää passiivisuutta.

KANERVIKKOLA *keittiö*

11

ELO-D

Menetelmän ajatuksena on:

- * korostaa muistisairaana voimavaroja
- * tuoda muistisairaana ääni kuuluviin
- * vahvistaa muistisairaana asemaa

Elo-D koulutus antaa työyhteisölle työkaluja arkeen, joilla työntekijät pystyvät kehittämään omaa osaamistaan.

Periaatteena on käytännölläisyys ja helposti arkeen soveltuvat opit.



KANERVIKKOLA *Koti*

12

TUKIPROFIILI



Tukee asukkaan hoitoa, hyvinvointia sekä itsemääräämisoikeutta, sillä asukas saa itse vaikuttaa siihen kuinka hän tahtoo itseään hoidettavan.

Antaa keinoja hoitoon.

Sisältää konkreettista tietoa asukkaan hoidosta, omasta tahdosta ja tavoista.

Tukiprofiili on tehty yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa.

KANERVIKKOLA *Koti*

13

AISTIEN STIMULOINTI PALLOPEITTO

Pallopeitto on täytetty muovipalloilla.

Sen ajatuksena on stimuloida nivel-, lihas- ja liikeaisteja sekä lisätä kehotuntemusta.

Jos henkilö muuttaa asentoaan peiton alla, pallot liikkuvat peiton sisällä ja saavat aikaan painon tunteen. Tämä välittyy aivoihin lisäten turvallisuuden tunnetta. Se myös rauhoittaa ja rentouttaa.

Henkilöt, jotka ovat hyötäneet pallopeitosta, ovat aiemmin kärsineet:

- * levottomuudesta
- * edestakaisin kulkemisesta
- * unettomuudesta



KANERVIKKOLA *Koti*

14

KUVALÄHTEET:

Hoitokoti Eerika. 2015. Kanervikkola-koti. <http://www.hoitokotieerika.fi/Pages/KanervikkolaKoti.aspx>

Vaasan keskussairaala. 2013. Kipumittari. http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/a/lasivu_alue1.aspx?id=1041513

Wikipedia. 2014. Gramofoni. <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/d6/VictorVPhonograph.jpg/220px-VictorVPhonograph.jpg>

LÄHTEET:

Helene Vuolle-Apiala. 2015. Opinnäytetyö. Muistisairauden aiheuttamien käyttösoireiden lieventäminen hoitotyön keinoin.

Tekijä: Helene Vuolle-Apiala
Hoitotyön koulutusohjelma (opinnäytetyö)
Karelia ammattikorkeakoulu



www.hoitokotieerika.fi

KANERVIKKOLA *Koti*