



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

MUISTISAIRAAN ARKI

Tehostetun palveluasumisen yksikössä

Tiia Niemelä

Opinnäytetyö
Syyskuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

NIEMELÄ, TIIA:
Muistisairaankäsi

Opinnäytetyö 69 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Syyskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata muistisairaankäsi henkilön käsi tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tehtävänä oli selvittää, millaisista toiminnoista ja asioista muistisairaankäsi koostuu, millaisiin muistisairaankäsi tarpeisiin vastataan ja millaisia kohtaamistilanteita muistisairaankäsi arjessa on. Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaankäsi ihmisen arjen sisällöstä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia varten.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella menetelmällä. Aineisto kerättiin havainnoimalla neljän päivän ajan yhtä tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvaa muistisairaankäsi. Havainnoinnin apuna käytettiin ennalta laadittuja kolmea havainnointiteemaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tulokset esitetään viidessä osassa: muistisairaankäsi päivittäiset toiminnot ja aktiviteetit, fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen sekä arjen erilaiset kohtaamistilanteet. Tulosten mukaan muistisairaankäsi koostuu rutiininomaisista ja päivittäin toistuvista toiminnoista. Muistisairaankäsi perustarpeista, kuten hygieniasta, erittämisestä sekä ravitsemuksesta huolehditaan päivittäin. Muistisairaankäsi asukkaankäsi virikkeet koostuvat television katselusta, ulkoilusta, omaisen vierailusta ja ulkopuolisten virikeohjaajien toimintahetkestä. Muistisairaankäsi mielipiteen kuuleminen päivittäisiin toimintoihin liittyen jää arjessa vähemmälle huomiolle. Arjessa ovat vahvasti läsnä hoitajat, yksikön muut asukkaankäsi sekä omainen.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa on mahdollista hyödyntää muistisairaankäsi hoitotyön ja päivittäisten toimintojen suunnittelussa sekä kohtaamisessa. Tietoa on mahdollista myös hyödyntää erilaisten virikkeiden kehittämisessä tai mahdollisesti niiden lisäämisessä muistisairaankäsi arkeen. Muistisairaankäsi arjen sisällön rikastuttamiseksi tulisi kiinnittää huomiota enemmän virikkeisiin ja erilaisiin aktiviteetteihin sekä niiden monipuolisuuteen. Myös muistisairaiden mielipiteiden kuulemiseen ja itsemääräämisoikeuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Asiasanat: käsi, muistisairas asukas, päivittäiset toiminnot, perustarpeet, virikkeet, kohtaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

NIEMELÄ, TIIA:
Everyday Life of a Person with Dementia

Bachelor's thesis 69 pages, appendices 3 pages
September 2016

The purpose of this thesis was to describe the everyday life of people with dementia in sheltered housing units with 24-hour assistance. The aims were to find out what kind of activities and issues there are in the everyday lives of people with dementia; what kind of needs of people with dementia are met; and what kind of social interactions there are in the everyday lives of people with dementia.

The thesis was conducted by applying a qualitative method. The data were collected by observing one elderly person with dementia who is living in sheltered housing units. The data were analysed by means of inductive content analysis.

The results of the thesis showed that the everyday life of a person with dementia was based on routine functions that were repeated daily. The basic needs such as hygiene, nutrition and excretion, were taken care of. There were different activities such as outdoor activities and watching old films and television series. In addition, the person with dementia had a variety of social encounters with nurses, other residents of the housing unit, relatives and some external people, as well.

The results can be utilized in developing the planning of nursing and may provide ideas considering the daily activities designed for people with dementia. Based on the results, special attention should be paid to providing more activities to people with dementia and their diversity. In addition, the opinions of people with dementia should be taken into account.

Key words: everyday life, people with dementia, everyday activities, basic needs, social interactions

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Ikääntyminen ja normaalit muistin muutokset.....	8
3.2	Muistisairaudet.....	9
3.2.1	Alzheimerin tauti.....	10
3.2.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	13
3.2.3	Lewyn kappale -tauti.....	16
3.3	Muistisairaahan kuntouttava hoitotyö	18
3.4	Muistisairaahan tarpeiden huomioiminen hoitotyössä	19
3.5	Muistisairaahan kohtaaminen	21
3.5.1	Muistisairaahan käytösoireiden ymmärtäminen	24
3.6	Tehostettu palveluasuminen.....	25
3.7	Tehostettua palveluasumista muistisairaille	27
3.8	Muistisairaahan arki tehostetussa palveluasumisessa.....	28
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	29
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	29
4.2	Aineiston keruu.....	30
4.3	Aineiston analysointi	31
4.4	Tulosten esittäminen narratiivisessa muodossa	34
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	36
5.1	Muistisairaahan arki tehostetun palveluasumisen yksikössä.....	36
5.1.1	Martan päivä.....	36
5.1.2	Ravintoa, kannustusta ja kanssakäymistä	38
5.1.3	Kohdataan, kuunnellaan ja keskustellaan	41
6	POHDINTA.....	44
6.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	44
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	46
6.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	47
6.4	Jatkotutkimusehdotus.....	55
	LÄHTEET.....	57
	LIITTEET	66
	Liite 1. Havainnoinnin teemat	66
	Liite 2. Tietoinen suostumus- lomake	67
	Liite 3. Tiedote henkilökunnalle.....	69

1 JOHDANTO

Maailmanlaajuisesti arviolta noin 47.5 miljoonaa ihmistä kärsii dementiasta ja heistä jopa yli puolet (58 %) asuu alhaisen tai keskitulotason maassa. Jopa 7.7 miljoonaa uutta sairastunutta ilmenee maailmalla vuosittain. (World Health Organization 2016.) Suomessa on arvioiden mukaan 193 000 muistisairasta ihmistä, joista 93 000 on sairauden keskivaikeassa vaiheessa. Jopa 14 500 uutta ihmistä sairastuu Suomessa vuosittain. (Muistiliitto 2016a.) Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti ja sitä ilmenee jopa 60 -70 prosentilla muistisairauteen sairastuneista. Muita muistisairauden muotoja ovat verisuoniperäinen dementia, Lewyn kappale –tauti ja otsalohkodementia. (World Health Organization 2016.)

Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrä on jatkuvassa kasvussa, vaikka tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen ja kotihoidon lisääminen. Suomi on Euroopan nopeimmin ikääntyvä maa, minkä vuoksi ympärivuorokautisen hoidon laadun tärkeyttä korostetaan. Valtaosa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista tarvitsee hoitoa johtuen muistisairauksien aiheuttamista toimintakyvyn vajeista, jotka rajoittavat päivittäisessä arjessa selviytymistä. (Voutilainen 2010.) Hoidon ja kaiken muun toiminnan päämääränä tulee olla muistisaraan ihmisen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Elämänlaatu rakentuu fyysisestä ja psyykkisestä hyvästä olost, ihmissuhteista, turvallisuuden tunteesta, fyysisestä toimintakyvystä, itsearvostuksesta ja mahdollisuudesta osallistua päätöksentekoon. Hoidon ihmiskeskeisyys ja tarvelähtöisyys ovat tunnusomaisia piirteitä hyväälle elämänlaadulle. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 523.)

Arkielämä koostuu monista erilaisista osista, kuten pukeutuminen ja riisuutuminen, peseytyminen, nukkuminen ja syöminen. Toimintojen omatoimisuus tai niiden tuettu sujuminen ovat oleellinen osa ihmisen elämää ja ne vaikuttavat kokemukseen elämän laadusta. (Helo 2014, 134.) Muistisaraan hyvän elämän osa-alueita ovat sairauden sopeutuminen, muistisairauden oikea hoitaminen, asennoituminen, sosiaaliset suhteet, päivittäisten toimintojen sujuminen, hyvä mieli, liikkuminen sekä turvallisuus (Mönkäre 2014a, 134). Muistisaraan tukemiseen kuuluu hänen elämänsä historiansa tunteminen ja toiminta sen pohjalta. On tärkeää tarjota muisteluhetkiä, osallistumisen mahdollisuutta, liikuntaa ja normaalia elämää sekä ylläpitää vuorokausirytmiiä. Jokaiselle on tarjottava turvallinen ja kodikas ympäristö. (Kivelä 2014.) Muistisairaalalle on tuotettava mielekästä

sekä aktiivista sisältöä arkeen päivittäisen hoitotyön lisäksi. Henkilön tulee käyttää kykyjään ja voimavarojaan hänelle itselleen mielekkäässä toiminnassa. Jokainen meistä, sairauksistaan huolimatta, haluaa tulla arvostetuksi ja nähdyksi yksilönä. On tärkeää tuntea olevansa osallisena omassa arjessaan. (Heimonen & Laine 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaana arkea tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisista toiminnoista ja kohtaamisista muistisairaana ihmisen arki koostuu.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaahan ihmisen päivää tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisista toiminnoista/asioista muistisairaahan päivä koostuu?
2. Minkälaisiin muistisairaahan tarpeisiin vastataan?
3. Minkälaisia kohtaamistilanteita muistisairaahan arjessa on?

Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisista toiminnoista ja kohtaamisista muistisairaahan ihmisen arki koostuu. Opinnäytetyöstä saatua tietoa ja havaintoja voidaan hyödyntää muistisairaahan hoitotyön suunnittelussa, päivittäisissä toiminnoissa sekä kohtaamisessa. Tietoa on mahdollista myös hyödyntää erilaisten virikkeiden lisäämisessä ja kehittämisessä muistisairaahan arkeen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Ikääntyminen ja normaalit muistin muutokset

Maailmanlaajuisesti ihmiset elävät nykyään pidempään kuin ennen. Vuonna 2015 yli 60-vuotiaita oli noin 900 miljoonaa ja heistä 125 miljoonaa oli yli 80-vuotiaita. (Ageing and health 2015: World Health Organization.) Suomessa vuonna 2015 yli 60-vuotiaita henkilöitä oli 1 494 004 (Tilastokeskus 2016). Vanhenemiseen liittyy erilaisia ja eri tahtia eteneviä muutoksia, joita ei ole mahdollista estää (Medina ym. 2007, 11). Vanhenemisen voi karkeasti jakaa neljään eri osa-alueeseen biologiseen, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen vanhenemiseen. Prosessiin vaikuttavat sisäiset, eli geneettiset tekijät sekä ulkoisetkin tekijät, kuten elintavat ja elinympäristö. Vanheneminen on hyvin yksilöllistä jokaiselle, eli ”tyypillistä” iästä henkilöä ei ole olemassa. (Medina ym. 2007, 21–22.)

Biologiseen vanhenemiseen kuuluvat muun muassa geneettiset tekijät, solujen vanheneminen ja muut fysiologiset muutokset. Keskimääräisesti elimistön toiminnot heikkenevät noin yhden prosentin vuodessa. Fyysinen vanheneminen on näkyvintä ja tarkoittaa toimintojen hidastumista. Siihen liittyy muun muassa näön ja kuulon heikkenemistä sekä luuston ja lihassmassan katoa. Psyykkisessä vanhenemisessä ihminen kehittyy ja siirtyy uuteen elämänvaiheeseen esimerkiksi luopumalla työstä ja siirtymällä eläkkeelle. Sosiaalinen vanheneminen liittyy henkilön ympäristön ja yhteisön välisiin suhteisiin sekä niiden muutoksiin. Suhteiden säilyttäminen lähiympäristöön ja läheisiin on merkittävä voimavara ikääntyneelle esimerkiksi menetyksien ja suurten muutosten keskellä. (Medina ym. 2007, 21–31.) Ikääntymisen myötä henkilö kohtaa huomattavia muutoksia itsessään ja pyrkii mukautumaan niihin kaikkien elämän varrella kerättyjen voimavarojensa avulla. Ikääntymisprosessi on kokonaisvaltaista, ja yleensä fyysiset muutokset ovat havaittavissa ennen muita muutoksia. (Hyttinen 2009, 44.)

Normaaliin ikääntymiseen liittyvät vaihtelevasti heikentyvät kognitiiviset toiminnot, kuten havaitseminen, muisti ja päättely. Iän karttuessa tiedonkäsittely aivoissa hidastuu jonkin verran ja muistaminen sekä mieleen painaminen saattavat muuttua myös työelämiksi. Kaikesta huolimatta oppimiskyky sekä aiemmin opittujen tietojen, taitojen ja kokemuksen varassa tapahtuva ajattelu säilyvät hyvin. (Ikääntyminen ja muisti: Terveiden-

ja hyvinvoinninlaitos.) Normaali muistitoimintojen heikentyminen näkyy mieleen painamisen ja mieleen palauttamisen, aloitteellisuuden ja ponnistelua vaativan prosessoinnin sekä vapaan mieleen palauttamisen heikentymisenä. (Suutama 2013, 216–219; Soininen & Hänninen 2015, 81–83.) Ikääntymisen vaikutus muistin kaikkiin eri osiin on samantaista, mutta sen voimakkuus vaihtelee yksilöittäin. Normaalit muistin muutokset eivät kuitenkaan estä selviytymistä arkielämässä. Vakavampien muutosten taustalla on jo patologisia muutoksia, kuten vakavat sairaudet tai vammat. (Suutama 2013, 219.)

3.2 Muistisairaudet

Muistisairaus on oma sairautensa, joka vaikuttaa heikentävästi muistiin, kielellisiin toimintoihin, näönvaraiseen hahmottamiseen sekä toiminnanohjaukseen. Etenevät muistisairaudet johtavat lähes poikkeuksetta muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan taantumiseen. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 20–21.) Muistisairaudesta on alettu puhua jo kansantautina, sillä joka kolmas yli 65- vuotias ilmoittaa muistioireista (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus 2010).

Dementia käsitteenä kattaa sisälleen joukon oireita, jotka tunnetusti alentavat asteittain kognitiivisia taitoja. Nämä taitojen alentumiset haittaavat ihmisen sosiaalista ja ammatillista toimintaa. Dementia johtuu yleensä joko sairaudesta tai traumasta, ja se tyypillisesti lisääntyy iän myötä. (Downs & Bowers 2008, 11.) Oireyhtymä voidaan jakaa ensisijaiseen ja toissijaiseen dementiaan. Ensisijaiseen dementiaan liitetään Alzheimerin tauti, Lewyn kappale tauti ja otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Nämä demencian muodot vaikuttavat aivojen neuroneihin vahingoittavasti. Sekundaaridementiaan kuuluvat vaskulaarinen dementia sekä demenciat jotka johtuvat infektioista, aineenvaihdunnallisista häiriöistä, ravitsemuksesta, traumaista tai aivokasvaimista. (Adams 2008, 2.)

Muistioireiden ja demencian vaaratekijöitä on useita; tärkeimpinä pidetään ikää, kohonnutta verenpainetta, suurentunutta veren seerumin LDL- kolesterolipitoisuutta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä, tupakointia, ylipainoa, sekä liian vähäisen liikunnan harrastamista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.) Masennuksella on myös oma vaikutuksensa ihmisen muistin toimintaan esimerkiksi keskittymiskyvyttömyytenä ja työmuistin häiriönä. Vakavan masennuksen aiheuttaman demencian kaltaista tilaa kutsutaan

pseudodementiaksi eli näennäisdementiaksi. Kyseessä ei ole kuitenkaan erillinen sairaus. (Juva 2011, 113–114.) Pseudodementian aiheuttama tila kuitenkin yleensä korjaantuu oikeanmukaisella masennuslääkityksellä, ellei taustalla ole alkava dementia (Huttunen 2015). Varhainen vaaratekijöihin puuttuminen kuten terveellisten elämäntapojen ylläpitäminen, mahdollisten sairauksien hyvä hoito sekä aivojen terveyden edistäminen voivat ehkäistä tulevaisuudessa muistioireiden syntyä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.)

3.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva aivosairaus, ja Suomessa sairastuneita on arviolta yli 70 000 ihmistä. Sairauden tärkein vaaratekijä on korkea ikä, sillä tauti alkaa yleensä yli 65-vuotiaana. (Juva 2015.) Tauti rappeuttaa ajan myötä aivoja vaurioittaen niiden normaalia toimintaa. Alzheimerin tauti etenee melko hitaasti, ja ensimmäiset oireet liittyvätkin hajamielisyyteen sekä lähimuistin heikentymiseen. (Juva 2011, 124–125.) Taudin edetessä muisti vaurioituu selkeimmin, uuden oppiminen vaikeutuu ja kielellinen ilmaisu sekä hahmottaminen hankaloituvat. Sairastuneelta heikkenevät monet käytännölliset toimet, kuten ruoanlaitto ja raha-asioiden hoito. Lopulta päivittäiset perustoiminnot, kuten peseytyminen, erittäminen ja vaatteiden pukeminen heikkenevät entisestään, ja aivan loppuvaiheessa myös kävely- ja puhekyky alentuvat merkittävästi. Sairauden kesto on yleensä yli 10 vuotta ensimmäisistä oireista kuolemaan. (Juva 2015.)

Alzheimerin tautiin liittyy laaja- alainen ja valikoiva hermosolukato sisemmässä ohimolohkossa; hermosoluja kuolee ja näin ollen aivokudos surkastuu. Taudin edetessä myös aivot kutistuvat. Aivojen kutistuminen on huomattavinta hippokampuksessa, jolla on keskeinen tehtävä muistitoiminnoissa. (Alzheimer's Association: Aivokierros 2016.) Keskeinen muutos taudissa on amyloidin kertyminen, sillä beeta- amyloidiproteiinin aineenvaihdunta on häiriintynyt (Erkinjuntti, Rinne & Soinen. 2007, 365). Plakkeja syntyy hermosolujen väleihin ja nämä pienet kasaumat voivat tukkia synapsiraot siten, että solusta toiseen kulkevat viestit estyvät. Itse kuljetusjärjestelmän säikeet kärsivät valkuaisainekertymistä ja lopulta ne hajoavat. Näin ollen ravinteet ja muut välttämättömät aineet eivät pysty enää kulkeutumaan solujen ravintoaineiksi ja ne kuolevat. (Alzheimer's Association: Aivokierros 2016.) Hermoratojen vaurioituminen johtaa asetyylikoliinin (välittäjäaineen) määrän vähenemiseen aivoissa, sillä synapsirakoon erittyy myös normaalia vähemmän

kyseistä välittäjäainetta. Asetyylikoliinia tarvitaan erityisesti muistitoiminnoissa, sillä se vaikuttaa tärkeiden hermoimpulssien kulkuun. Asetyylikoliinin määrän vähetessä, sitä käyttävät hermoradat vaurioituvat ja näin ollen viestiyhteys kärsii. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62–63.)

Alzheimerin taudin perimmäistä syytä ei tiedetä, mutta tiedossa olevat erilaiset riskitekijät lisäävät todennäköisyyttä sairastua tautiin. Tauti yleistyy iän myötä, sillä yli 85-vuotiailla sitä esiintyy jopa 15-20 prosentilla kun taas alle 65-vuotiailla tauti on harvinainen. (Hallikainen 2014, 264.) Naisilla sairauden esiintyvyys on yleisempää kuin miehillä, sekä heillä, joiden suvussa on muita tautia sairastavia henkilöitä. Joitakin erittäin harvinaisia Alzheimerin tautia aiheuttavia geenimutaatioita on tiedossa sekä eräitä geeneihin liittyviä riskitekijöitä, jotka lisäävät riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. (Juva 2015.) Kaikilla Downin oireyhtymää sairastavilla henkilöillä todetaan taudin neuropatologiset muutokset 40 ikävuoden jälkeen (Downin oireyhtymä: Käypä hoito 2010).

Alzheimerin taudin riskitekijöihin liittyvät myös elämäntapa- ja sydän- ja verisuonitautitekijät. Liikunnan puute, ylipaino, verenpainetauti, diabetes ja veren suurentunut kolesterolipitoisuus lisäävät merkittävästi riskiä sairastua Alzheimerin tautiin vanhuusiässä. Myös masennuksella on oma vaikutuksensa taudin puhkeamiseen, sillä kroonisesti ahdistuneella henkilöllä kortisolien tuotanto on selvästi koholla, mikä taas voi vaurioittaa hermosoluja ja näin ollen edesauttaa Alzheimerin taudin esiintymistä. Vähemmän koulutusta saaneet henkilöt ovat myös alttiimpia tautiin sairastumiselle, toisin kuin korkeammin koulutetut henkilöt, sillä he ovat käyttäneet enemmän aivoja oppimiseen, mikä taas on edistänyt hermosolujen välisten yhteyksien syntyä ja niiden vahvistumista. (Juva 2011, 124.)

Alzheimerin tauti etenee tyypillisesti hitaasti ja tasaisesti. Aivomuutokset alkavat mahdollisesti jo vuosia ennen kuin kliiniset oireet ilmaantuvat. Taudin määrittämisessä käytetään viittä asteittain vaihtuvaa nimitystä kliinisen oirekuvan perusteella: oireeton (prekliininen), varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Oireettomassa vaiheessa osalla voidaan todeta alkavia tiedonkäsittelyyn liittyviä oireita, mutta tyypillisesti sairastuneet ovat oireettomia. Varhaisen vaiheen oireet liittyvät muistin heikkenemiseen: tällaisia oireita ovat esimerkiksi unohtelu ja lähimuistin heikentyminen. Uuden oppiminen vaikeutuu, sillä mieleen painettu oppi katoaa ja mieleen palauttaminen on selvästi heikompaa. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 122.)

Lievässä vaiheessa on jo enemmän heikentymää muistissa ja tiedonkäsittelyssä voidaan siis sanoa, että havaitut oireet ovat pahentuneet ja alkavat haitata päivittäisiä toimintoja. Sanojen löytäminen ja asioiden nimeäminen hankaloituvat, tällöin puhutaan kielellisen ilmaisun heikentymisestä: tai puheen ymmärtämisen vaikeudesta, eli dysfasiasta. (Remes ym. 2015, 126.)

Keskivaikeassa taudin vaiheessa oireet ovat menneet vielä pidemmälle, eikä yksin kotona pärjääminen yleensä onnistu. Lisäksi sairastunut on yleensä sairaudentunnoton. Kätevyys, hahmottaminen, omatoimisuus ja selviytyminen arkielämässä heikkenevät. Henkilön menneisyys ja muut muistot sekoittuvat herkästi nykyhetkeen. Käyttöoireita alkaa ilmaantua enemmän, vaikka persoonallisuus ja sosiaaliset taidot ovat säilyneet melko hyvin. Sisäinen uni-valverytmi katoaa, ja näin ollen sairastunut torkkuu päivällä ja valvoo yöllä. Tästä johtuen alkaa esiintyä niin sanottua auringonlaskuilmiota eli illansuussa lisääntyvää levottomuutta. (Remes ym. 2015, 128.)

Vaikeaa Alzheimerin tautia sairastava henkilö tarvitsee jo ympärivuorokautista hoitoa. Fyysiset toiminnot, kuten kävely ja syöminen, saattavat heikentyä niin, että lopulta henkilö on täysin toisen henkilön avun varassa. (Juva 2011, 126.) Puheentuotto, ymmärtäminen ja keskittyminen ovat heikentyneet, ja sairastunut tarvitsee kaikissa perustoiminnoissa ohjausta ja apua. Kävely voi olla hidasta ja jähmeää, ryhti on etukumarassa ja osalle voi kehittyä spastisuutta. (Remes ym. 2015, 129–131.)

Alzheimerin taudin diagnosointi perustuu tyypilliseen kliiniseen oirekuvaan (Remes ym. 2015, 131). Tärkeintä on sairastuneen ja hänen omaisensa huolellinen haastattelu, sillä sen avulla on mahdollista selvittää milloin, ja miten muistiongelmia on huomattu, ja kuinka ne ovat vaikuttaneet päivittäiseen elämiseen. (Juva 2011, 127.)

Haastattelun tukena on mahdollista käyttää erilaisia muistikyselyitä (Juva 2011, 127). Kognitiota on mahdollista testata Mini- Mental State Examination- testillä (MMSE), jossa arvioidaan lyhyesti muistia ja tiedonkäsittelyä. Testin tekeminen vie noin 10- 15 minuuttia. Testi sisältää kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan sekä lyhyitä muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. Testi voi olla harhaanjohtava etenkin lievissä muistihäiriöissä, sillä tulos saattaa olla normaali, vaikka selvää toiminta-

kyvyn alentumaa on havaittavissa. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007, 3–4.) The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, eli CERAD- kognitiivinen tehtäväsarja, on arviointimenetelmä muistihäiriöiden ja dementian ensivaiheen tutkimuksissa. Tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta sekä sujuvuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 110–111.)

Kaikille, joilla epäillään olevan jokin muistihäiriö, tehdään peruslaboratoriotutkimukset joko verestä tai aivo- selkäydinnesteestä. Niiden tarkoituksena on varmistaa, ettei muistihäiriöiden taustalla ole jokin muu syy, kuten B- vitamiinin puutos. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 138.) Perustutkimuksiin kuuluvat myös aivojen kuvantaminen joko tietokonetomografialla tai magneettikuvauksella. Tavoitteena on kuitenkin tehdä aina magneettikuvaus, sillä se on näistä kahdesta kuvantamistutkimuksesta tarkempi. Pään tietokonetomografia kuvaus antaa tietoa muista aivosairauksista, kuten aivokasvaimesta tai aivoinfarktista. Pään magneettikuvauksella voidaan kuitenkin todeta Alzheimerin taudille tyypillisiä muutoksia eli muistitoimintojen tärkeimpien osien kutistumaa. (Juva 2011, 128.)

Alzheimerin tautiin ei toistaiseksi ole parantavaa lääkitystä, mutta oireiden etenemistä on mahdollista hidastaa oikeilla lääkkeillä. Lääkehoidon tavoitteena on ylläpitää kognitiivista toimintakykyä ja omatoimisuutta, ja sen avulla pyritään vakiinnuttamaan sairastuneen tilaa sekä lieventämään käytösoireita. Hoitokokonaisuuteen kuuluvat lääkehoidon lisäksi myös muiden sairauksien hoito, kuntoutus sekä perushoito. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 535.) Ensisijaisena lääkehoitona käytetään kolinergisen järjestelmän toimintaa tehostavia asetyylikoliiniesteraasientsyymien (AKE) estäjiä, joita ovat donepetsiili, galantamiini sekä rivastigmiini. Ne estävät asetyylikoliinin hajoamista niin, että lääke estää estävän entsyymin toimintaa, ja näin ollen välittäjäaineen pitoisuus kasvaa. (Juva 2011, 128.) Lääkityksellä pyritään ylläpitämään älyllistä suorituskkyä sekä omatoimisuutta; tavoitteena on oireiden lievittäminen ja niiden etenemisen hidastaminen. Myöhemmässä sairauden vaiheessa voidaan käyttää liiallista glutamaattivaikutusta vähentävää memantiinia, joko yksinään tai lisälääkkeenä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 535–536.)

3.2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus on toiseksi yleisin dementiaa aiheuttava muistin ja tiedonkäsittelyn sairaus. Puhutaan, että vaskulaarinen dementia on joukko

oireyhtymiä, ei erillisiä sairauksia. Yleensä nämä aivoverenkiertosairaudet ilmenevät kuvantamistutkimuksissa aivoinfarkteina, tai lievempinä aivoverenkierron muutoksina. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen. 2015, 213.) Verenkiertoperäisten muistisairauksien päätyypit ovat pienten aivoverisuonten (subkortikaalinen) tauti ja suurten suonten (kortikaalinen) tauti. Kolmantena ryhmänä voidaan pitää aivoverenkiertosairaudesta ja samanaikaisesti muusta etenevästä aivosairaudesta johtuvaa tiedonkäsittelyn heikentymää (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137). Mahdolliset muutokset ja oireet riippuvat vaurion sijainnista ja laajuudesta, mutta yleisluontoiset oireet ovat vireystilan, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöt (Melkas ym. 2015, 143). Vaskulaarisen dementian kesto on keskimäärin viisi vuotta (Erkinjuntti 2010; Anttila ym. 2014, 463).

Yleisin vaskulaarisen dementian muoto on subortikaalinen muistisairaus, sillä jopa 60-70 prosentilla sairastuneista on kyseinen muoto. Voidaan puhua myös pienten suonten taudista. Subortikaalisessa muodossa aivojen syvien osien pienet verisuonet ahtautuvat ja tukkeutuvat ajan myötä, ja tästä johtuen veren virtaus heikkenee. Näin ollen syntyy lakunaarisia infarkteja. Happipitoisen veren vähetessä voi ilmaantua myös valkean aivoaineen iskeemistä vauriota. (Juva 2011, 141; Melkas ym. 2015, 142.) Toiseksi yleisin verisuoniperäisen dementian muoto on suurten suonten kortikaalinen tauti eli moni-infarktitauti. Pääasiassa vaurioita esiintyy isoainojen kuorikerroksen alueella, jolloin tukoksia syntyy aivojen päävaltimoiden haaroihin. Tukokset voivat olla joko paikallisia hyytymiä tai verenkierron mukana kulkevia tulppia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 75.)

Pienten suonten taudin oireisto eroaa hieman Alzheimerin taudin oireista, sillä unohtaminen ei niinkään kuulu alkuoireisiin. Tyypillisempi oire on toiminnanohjauksen häiriö, jolloin muun muassa sairastuneen suunnitelmallisuus, toiminnan aloittaminen ja käsitteellinen ajattelu hidastuvat. Oireiden alku on hyvin pitkälti vaihtelevaa, mutta hiljalleen etenevä alku on tyypillisintä. (Erkinjuntti 2010; Melkas ym. 2015, 150.) Tauti etenee yleensä tasaisesti, mutta se saattaa pahentua äkillisesti tai edetä portaittain. Sairastuneella on välillä hyvä jaksoja ja vointi saattaa jopa kohentua, mutta välillä voi esiintyä äkillisiä sekavuustiloja (Atula 2015).

Suurten suonten taudissa oirekuva vaihtelee toistuvien aivoinfarktien mukaan. Sairastuneella voi olla vaikeita kielellisiä tai hahmotushäiriöitä, kömpelyyttä sekä lieviä muistioireita. On mahdollista, että sairastuneella esiintyy myös selviä neurologisia oireita, kuten

halvauksia, näkökenttäpuutoksia ja kävelyn häiriötä. Oireiden alku on tyypillisesti äkillinen ja tauti etenee portaittain. Potilaalla voi olla useita hyviä ja tasaisia jaksoja sairautessaan, etenkin jos vaaratekijät, kuten kohonnut verenpaine, tupakointi ja eteisvärinä, on saatu hallintaan. (Juva 2011, 142.)

Vaskulaarinen dementia on oireineen ja löydöksineen usein tyypillinen, sillä yleensä tiedossa on esimerkiksi aiempia, toistuneita aivoinfarkteja. Diagnoosia tukee aivojen tietokone- tai magneettitutkimus, sillä niiden avulla on mahdollista nähdä merkit aiemmista aivoverenkiertohäiriöistä. (Atula 2015.) Ensiarvoinen tutkimus on henkilön huolellinen haastattelu. Lyhyet seulontamenetelmät, kuten MMSE ja CERAD, on suunniteltu vaikeampien oireiden tunnistamiseen, minkä vuoksi kyseiset tehtäväsarjat eivät auta tunnistamaan verisuoniperäistä dementiaa. Tiedonkäsittelyn osa-alueiden arvioinnissa tarvitaan neuropsykologista tutkimusta. (Melkas ym. 2015, 140.) Aivokuvassa todetaan tyypillisesti useita suurten suonten taudeille tai sydänperäisille veritulpile ominaisia kortikaalisia ja kortiko subkortikaalisia infarkteja, eli aivokuorelle verta vievien valtimoiden tukoksista aiheutuvia aivoinfarkteja. (Erkinjuntti 2010.) Aivo- selkäydinnestenäyte ei hyödytä diagnoosin varmentamisessa, sillä siinä ei esiinny sairaudelle tyypillisiä muutoksia (Atula 2015).

Vaikka verisuoniperäiseen muistisairauteen ei ole olemassa täsmälääkehoitoa, taudin hoito perustuu sen riskitekijöiden hyvään hoitoon (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 174). Riskitekijät on mahdollista jakaa aivoverenkiertosairautta pahentaviin, väestötieteellisiin, geneettisiin sekä aivoverenkiertosairauden ominaispiirteisiin liittyviin tekijöihin. Riskitekijöitä ovat muun muassa korkea verenpaine, suuri kolesterolipitoisuus, diabetes, ylipaino, tupakointi, vähäinen liikunnallinen aktiivisuus, ikä ja koulutus. (Melkas ym. 2015, 139.) Riskitekijöiden vähentäminen ja olemassa olevien sairauksien hyvä hoitotasapaino ovat tehokkaita toimia vaskulaarista dementiaa vastaan (Atula 2015).

Lääkehoidossa on mahdollista hyödyntää verenkiertoa parantavia antitromboottisia lääkkeitä, kuten asetyyliisalisyylihappoa ja dipyridamolia, vaikka niistä ei vielä ole kovin vakuuttavaa näyttöä (Juva 2011, 141). Muita hoitomuotoja voivat olla yksilöllisen arvion mukaan erilaiset kuntoutukset, esimerkiksi fysioterapia ja puheterapia (Atula 2015).

3.2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Puhutaan Lewyn kappaleoireyhtymästä, jossa Lewyn kappaleita on aivokuorella ja aivorungon alueella (Rinne 2015, 165). Lewyn kappale -tauteihin luokitellaan Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin yhdistelmä (Erkinjuntti ym. 2015, 20). Tautiin sairastuneita on noin 10 % kaikista muistisairauksiin sairastuneista ihmisistä ja suurin osa heistä sairastaa Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmää. Tauti alkaa yleensä 50- 80 vuoden iässä ja sen tyypillinen kesto on 2- 12 vuotta. (Rinne 2015, 165–166.) Varsinaista syytä ei taudille tunneta (Atula 2015). Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja oireet voidaan jakaa tiedonkäsittelyssä ilmeneviin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin (Rinne 2015, 166). Merkittävää muistihäiriötä ei alkuun tyypillisesti esiinny, mutta sairauden edetessä myös muisti heikkenee vähitellen (Kelo ym. 2015, 213–214).

Tauti on saanut nimensä taudissa havaittavien hermosolun sisäisten valkuaisaineryppäiden kertymien eli Lewyn kappaleiden mukaan. Ne ovat mikroskooppisia hermosolun sisäisiä muutoksia, ja niitä esiintyy taudissa runsaasti aivokuorella ja aivorungon alueella. Oireiden syntymekanismia ei myöskään vielä täysin tunneta, mutta yleisimpänä syynä pidetään Lewyn kappaleiden kertymistä aivokuorelle. Muutoksia havaitaan myös aivojen hermosoluissa, jotka käyttävät välittäjäaineina dopamiinia ja asetyylikoliinia. Näiden aineiden määrällinen suhde häiriintyy, mikä aiheuttaa oireita esimerkiksi tiedonkäsittelyssä ja käytöksessä. Tästä johtuen myös Parkinsonin taudille tyypillisiä oireita, kuten jäykkyyttä ja liikkeiden hidastumista kehittyä ja sairastuneella voi olla jonkin verran Alzheimerin taudille ominaisia aivomuutoksia. (Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale-tauti: Käypä hoito- suositus 2010.)

Lewyn kappale -tautiin sairastuneella voi alkuun esiintyä älyllisen toimintakyvyn heikentymistä sekä tarkkaavuuden vaihtelua. Muistiongelmia kehittyvät vasta taudin edetessä. Liikkumisongelmia ovat tyypillinen hoitoon joutumisen syy. (Atula 2015.) Sairastuneella voi esiintyä askeleen lyhentymistä, kehon jäykkyyttä sekä hitautta (Anttila ym. 2014, 464). Oireiden ja vireystilan vaihtelu on myös tyypillistä: sairastuneen tila voi vaihdella suuresti päivistä tai tunteista toiseen (Juva 2011, 135- 136). Parkinsonismia, kuten jäykkyyttä, hidastuneisuutta ja kävelyvaikeuksia, esiintyy lievempänä Lewyn kappale -taudissa (Rinne 2015, 166). Sairastunut kärsii myös harhaluuloista ja näköharhoista, jotka

ovat melko yksityiskohtaisia. Toisinaan harhanäyt ovat hyvin todentuntuksia ja sairastunut saattaa kokea tilanteet pelottavina ja ahdistavina. Henkilö saattaa harhaluuloisuutensa takia kokea voimakasta mustasukkaisuutta, tai hän saattaa olla vakuuttunut jostain ole-mattomasta. (Juva 2011, 135; Anttila ym. 2014, 464–465.)

Myös muita harhoja voi esiintyä, kuten kuulo-, tunto- ja hajuharjoja. Lewyn kappale - tautia sairastavilla voi esiintyä myös REM- unen säätelyn häiriöitä. Sairastuneen näh-dessä vilkkaita unia, hän myös itse toimii niiden mukaisesti esimerkiksi putoilemalla sän-gystä paetessaan jotain tai lyömällä nyrkillä ilmaan puolustautuessaan. (Juva 2011, 135.) Muita oireita voivat olla toistuvat kaatumiset, pyörtyily ja tajunnanhäiriökohtaukset, jotka voivat johtua osin verenpaineen säätelyn heikentymisestä. Sairastuneet ovat kuitenkin erittäin herkkiä jopa pienelle psykoosilääkeannokselle ja voivatkin saada voimakkaita ekstrapyramidaalioreita eli hermostoperäisiä tahdottomien liikkeiden ongelmia, kuten parkinsonismia. (Rinne 2015, 170.)

Taudin toteaminen perustuu pitkälti edellä mainittuihin oireisiin eli kliiniseen kuvaan. Sairastuneen tarkka haastattelu ja lääkärin tekemä kliininen arvio ovat olennaisia tekijöitä diagnosoinnissa. Lyhyet seulontatestit, kuten aikaisemmin mainitut MMSE- testi ja laa-jempi CERAD- tehtäväsarja, ovat älyllisen toimintakyvyn ja muistitoimintojen arvioinnin apuna. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 102.) Laboratoriotutkimuksista ei ole varsinaista apua diagnoosin tekemisessä, mutta sen avulla pystytään sulkemaan pois muita mahdol-lisia sairauksia. Aivojen magneettikuvauksessa ei voida todeta juuri Lewyn kappale -tau-dille tyypillisiä piirteitä. Myöskään EEG:ssä (aivosähkökäyrässä) ei näy spesifisiä muu-toksia. (Rinne 2015, 167.) Toiminnalliset aivokuvaukset SPET- & PET voivat tarjota dia-gnostista apua. Näiden avulla on mahdollista tutkia muun muassa aivojen verenvirtausta, aineenvaihduntaa, sekä erilaisten valkuaisaineiden, kuten beta-amyloidin tai taun kerty-miä. (Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale- tauti: Käypä hoito- suositus 2010.)

Lewyn kappale -tautiin ei ole parantavaa hoitoa. Henkilön avuntarve korostuu taudin ede- tessä ja mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä enemmän sairastunut on riippuvainen ulko- puolisesta avusta. Yleisen terveydentilan hyvä hoito ja itselle mielekkäiden asioiden te- keminen ylläpitävät sairastuneen henkistä ja fyysistä jaksamista. (Ohje potilaille ja lähei- sille: Lewyn kappale -tauti: Käypä hoito- suositus 2010.) Helpotusta on mahdollista saada liikunnan lisäämisellä, säännöllisillä päiväunilla ja verenpainetta nostattavilla keinoilla (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 174).

Varsinaista täsmälääkehoitoa Lewyn kappale -tautiin ei ole, mutta oireita helpottavia lääkkeitä on mahdollista määrätä sairastuneelle. Lääkehoitona käytetään muun muassa asetyylikoliiniesteraasientsyymien estäjiä (AKE-estäjä), sillä Lewyn kappale -taudissa havaitaan asetyylikoliini-välittäjäaineen puutos, kuten Alzheimerin taudissa. Sairastuneella esiintyy myös samanaikaisia aivomuutoksia, samoin kuin Alzheimerin tautiin sairastuneilla, joten kyseisellä muistisairauslääkkeellä on ollut positiivisia vaikutuksia Lewyn kappale -taudin oireiden hoitamisessa. Lääkettä on käytetty vähentämään harhoja ja harhaluuloja. Parkinsonismia, kuten jäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia, on mahdollista lievittää levodopalla tai muilla dopaminergisillä lääkkeillä. Välillä sairastuneella harhat ja hallusinaatiot saattavat olla niin todenmukaisia ja pelottavia, että niitä kannattaa, ja tuleekin, hoitaa psykoosilääkkeillä. Psykoosilääkkeiden käytön tulee olla harkittua, varovaista ja pieninä annoksina toteutettavaa lääkehoitoa, sillä mahdolliset sivuvaikutukset saattavat jopa lisätä sekavuutta. Lääkehoidon lisäksi sairastuneet tarvitsevat fysioterapiaa, sillä liikunnalliset vaikeudet lisääntyvät sairauden edetessä. (Juva 2011, 136–137.)

3.3 Muistisairaahan kuntouttava hoitotyö

Suunnitelmallinen kuntoutus on moninainen prosessi, jonka avulla voidaan vaikuttaa sairastuneen toimintakyvyn säilymiseen, tukea elämänhallintaa ja elämänlaatua sekä mahdollistaa osallisuus mielekkäisiin toimintoihin. Kuntoutuksen avulla parannetaan sairastuneen mahdollisuuksia elää ja osallistua joko tuettuna tai omilla edellytyksillään erilaisiin toimintoihin. Kuntoutus auttaa sairastunutta myös toteuttamaan itseään mahdollisista rajoitteista huolimatta. (Heimonen 2008, 81; Pirttilä 2006, 11.)

Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa ja varsinaisten tavoitteiden tulee pohjautua kuntoutujan ja hänen omaistensa omiin tavoitteisiin. Muistisairaudet ovat pitkäkestoisia ja monivaiheisia, ja tästä johtuen myös kuntoutuksen painotusten tulee muuttua sairauden eri vaiheissa. Keskeistä muistisairaahan kuntoutuksessa on huomioida fyysinen, kognitiivinen, psyykinen sekä sosiaalinen ulottuvuus. Ihmisen toimintakyky on selviytymistä hänen jokapäiväisestä elämästään. (Pitkälä & Laakkonen 2015, 496.) Sairastuneen elämäntarina, arvot, mielenkiinnon kohteet, nykyinen vaihteleva toimintakyky ja nykyiset voimavarat ohjaavat kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kuntoutumista edistävän hoitotyön vastakohtana on rutiininomainen hoitotyö, jossa tarkoituksena on selviytyä päivittäisestä

perushoitotyöstä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti. Näin ollen sairastuneen yksilöllisyys ja omatoimisuus jää huomiotta. (Granö & Pikkarainen 2011, 334.)

Muistisairauteen sairastunut hyötyy säännöllisestä liikunnasta, kuntosalitoiminnasta ja aktivoivasta ryhmätoiminnasta (Heimonen 2008, 82). Tehostetussa palveluasumisessa kuntoutus on pikemminkin pieniä tekoja kuin laajamittaista terapiaa. On hyvä kiinnittää huomiota hoitoympäristöön joka tarjoaa tarpeeksi virikkeitä sekä riittävästi tilaa liikkumiseen ja rauhoittumiseen. Hyvä ravitsemustila on perusedellytys toimintakyvyn ylläpitämiselle; ruokahalun ylläpitäminen ja ruokailutilanteiden mielekkyys ovat siis tärkeitä tekijöitä muistisairaalle hyvinvoinnille. Liikuntakyvyn ja fyysisen toimintakyvyn tukeminen ovat pitkäaikaishoidon tärkeimpiä tavoitteita. Itsenäiseen liikkumiseen kannustaminen on tärkeää ja liikuntakykyä ylläpitävää. Muistisairaalle on myös tarjottava tuettua liikuntaa esimerkiksi fysioterapian avulla. Muistelemisella, laulamisella ja musiikin kuuntelemisella on positiivisia vaikutuksia, ja ne voivat antaa muistisairaalle ihmiselle mahdollisuuden itsensä toteuttamiseen sekä hänen identiteetin vahvistamiseen. (Granö & Pikkarainen 2011, 337–339.)

Pelkästään toiminnan seuraaminen aktivoi muistisairaalle aivoja, vaikka hän ei itse toimintaan osallistuisikaan. Sairastuneelle on mahdollistettava osallisuus erilaisiin asioihin ja toimintoihin omien voimavarojensa puitteissa, jotta hän saa tunteen siitä, että on kykenevä vaikuttamaan oman elämänsä tapahtumiin. (Granö & Pikkarainen 2011, 339.)

3.4 Muistisairaalle tarpeiden huomioiminen hoitotyössä

Rauhalan (2014, 31-47) ihmiskäsityksen mukaan ihminen koostuu kolmesta olemassaolon muodosta; tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Tajunnallisuus on ihmisen olemassaoloa psyykkisenä ja henkisenä toimintona, jossa asioita koetaan elämyksinä (tunne, tieto, ymmärtäminen jne.). Tajunnallisuus koostuu kokemisen kokonaisuudesta. Kehollisuus on olemassaoloa orgaanisena tapahtumana. Esimerkiksi sydämen tekemä pumppaustyö ei ole symbolista, vaan sydän tekee erittäin raskasta työtä ylläpitääkseen elämää. Situationaalisuus on ihmisen olemassaoloa suhteessa omaan tilanteeseen eli elämäntilanteeseen. Jokaisen elämäntilanne on aina yksilöllinen, vaikka siinä on yhteisiä tekijöitä, kuten yhteiskunnalliset olosuhteet. Ihminen voi itse vaikuttaa osaan tekijöistä, kuten ammattiin ja aviopuolisoonsa, mutta osaan ei: tällaisia tekijöitä ovat muuna muassa geenit

ja kansalaisuus. Nämä kolme perusmuotoa edellyttävät toisensa ollakseen olemassa: kun yhdessä näistä perusmuodoista tapahtuu jotakin, se heijastuu myös näihin kahteen muuhun perusmuotoon. (Rauhala 2014, 31–47.) Ihminen nähdään kokonaisvaltaisesti ja jokaisella ihmisellä on yksilöllisiä tarpeita, joita he kokevat ainutkertaisella tavalla. Ihmisen kokonaisvaltainen lähestymistapa on ihmisen olemassaoloa ja ainutkertaisuutta kunnioittavaa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 189–190.)

Hoitotyön tarpeiden määrittäminen liittyy ihmisen avuntarpeen tarkasteluun päivittäisten toimintojen kautta. Tärkeintä on tunnistaa jokaisen yksilön tarpeet ja myös asettaa toiminnalle tavoitteita, jotta ihmisen auttaminen ei olisi pelkästään toisen puolesta tekemistä. (Anttila ym. 2008, 36, 40–41.) Muistisairas henkilö tarvitsee ympärilleen ihmisiä, jotka ymmärtävät hänen tilanteensa laaja-alaisesti ja tuntevat hänen elämänhistoriansa. Yksi askarruttavimmista haasteista muistisairaiden hoidossa on kyvyttömyys vastata muistisairaana ihmisen tarpeisiin. (Eloniemi-Sulkava 2011.) Muistisairauden vuoksi henkilön kyky ilmaista itseään, tunteitaan ja tarpeitaan hankaloituu ajan myötä. Tästä johtuen myös muiden henkilöiden voi olla vaikeaa ymmärtää muistisairaana tarpeita. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 101.)

Fyysisiin tarpeisiin liitetään päivittäiset toiminnot, kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen ja erittäminen (Iivanainen & Syväoja 2012, 490). Fyysiset ongelmat kuten kävelyvaikeudet, virtsan ja ulosteen pidätysvaikeudet sekä laihtuminen hankaloittavat arjessa selviytymistä ja lisäävät avun tarvetta. Taudin edetessä henkilön kyky huolehtia omasta hygieniastaan ja pukeutumisestaan heikkenevät. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 101.) Sairastuneen omatoimisuutta ja aktiivisuutta on tärkeintä tukea kaikin keinoin päivittäisissä toiminnoissa. Omatoimisuutta tukemalla on mahdollista ylläpitää tai jopa parantaa henkilön jäljellä olevaa toimintakykyä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 490).

Psyykinen toimintakyky vaikuttaa sosiaaliseen ja fyysiseen osa-alueeseen, mutta vaikutus on käännettävissä myös toisinpäin: positiivinen sosiaalinen ja fyysinen aktiivisuus kohottavat mielialaa ja tuottavat elämään mielekkäitä kokemuksia (Mönkäre 2014d, 102). Erilaiset neurologiset sairaudet, kuten dementia, voivat johtaa minäkuvan heikkenemiseen, etenkin silloin kun kyky arvioida omia kognitiivisia taitoja on vielä jäljellä (Iivanainen & Syväoja 2012, 470). Henkilön psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa painotetaan omien voimavarojen ja edellytysten etsimistä ja löytämistä. Tärkeintä on antaa henkilölle mahdollisuus hoitaa asioita itsenäisesti sekä päättää itseensä liittyvistä asioista.

Hoitajan on mahdollista tukea ja ohjata eri toimintakyvyn osa-alueissa, kuten minäkäsityksen luomisessa, itsearvostuksessa, mielialojen muutoksissa, motivaatiossa, päätöksenteossa, havaitsemisessa sekä muistamisessa ja oppimisessa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 266–267.)

Sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki sekä sosiaalinen aktiivisuus ovat kytköksissä fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Ihmissuhteet auttavat sairastunutta selviytymään erilaisista menetyksistä ja sopeutumaan muuttuviin tilanteisiin sekä toimintakyvyn heikkenemiseen. Sosiaalinen osallistuminen ylläpitää ja mahdollisesti kasvattaa henkilön itsetuntoa, lisää itsearvostusta ja uskoa omiin kykyihin sekä vahvistaa tarpeellisuuden tunnetta. Hoitajan on mahdollista tukea ja ohjata henkilöä erilaisissa vuorovaikutustaidoissa, sosiaalisissa taidoissa sekä yhteisössä ja yhteiskunnassa toimimisessa. Sosiaalista tukea voivat olla tietotuki, aineellinen tuki, arvostustuki sekä henkinen tuki. Nämä erilaiset tuet tarkoittavat henkilön neuvomista ja ohjaamista, erilaisia apu- ja hoitovälineitä, positiivisen palautteen antamista, auttamishalua, luottamuksen ja empaattisuuden osoittamista sekä monia muita keinoja. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 277–279.)

3.5 Muistisairaahan kohtaaminen

Muistisairauksiin ja muistisairaisiin on pitkään liitetty kielteinen leima. Syrjivä asenne on heikentänyt myös sairastavien henkilöiden hyvinvointia. Tärkeintä olisi muuttaa yleisiä asenteita ja ennakkoluuloja muistisairaita kohtaan. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 2012, 10–11.) Muistisairaus muuttaa ihmisen sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia taitoja sekä kykyä ilmaista itseään. Muistisairaalla voi olla kommunikaatiovaikeuksia, levottomuutta ja tavallista avoimempaa tunteiden ilmaisua. (Muistiliitto 2016b.)

Itse vuorovaikutus koostuu viestinnästä. Tarkoituksena on koko ajan ymmärtää, tajuta, tuntea, kuulla, nähdä sekä havainnoida mitä vastakkainen osapuoli mahdollisesti yrittää viestittää. Viestintä voi olla joko sanallista tai sanatonta, tai mahdollisesti molempia. Sanatonta viestintää on mahdollista tarjota katseiden, ilmeiden, eleiden, asennon, kehon liikkeiden, koskettamisen, äänen voimakkuuden sekä äänen sävyn avulla. Etenkin muistisairas ihminen on herkistynyt kehonkielelle, minkä takia hän aistii herkemmin aidon ja arvostavan kohtaamisen. (Hohenthal-Antin 2013, 27.) Sanallinen viestintä on puhuttua tai

kirjoitettua kieltä. Iäkkäällä henkilöllä voi olla erinäisiä ongelmia viestinnässä, kuten kuulossa tai näössä, ja myös muistivaikeudet voivat hankaloittaa vuorovaikutusta. (Kan & Pohjola 2012, 68–69.)

Kognitiivisten oireiden vuoksi oman elämän hallinta ja autonomia heikkenevät ja ympäröivä maailma saatetaan kokea turvattomana. Muistisairaana erilaiset toimintatavat voidaan ymmärtää väärin ja käyttäytyminen saatetaan kokea aggressiivisena, vaikka todellisuudessa kyseiset tavat ovat sairastuneen omia selviytymisstrategioita. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 235.) Hoitajan on tärkeä ymmärtää sairastuneen käyttäytymisen muutokset sekä kohdella häntä asianmukaisesti haasteellisissakin tilanteissa (Hallikainen ym. 2014b, 85).

Hyvä vuorovaikutustapahtuma on niin hoitotyössä kuin ihmissuhdetyössä keskeinen onnistumiseen vaikuttava tekijä, mutta toimiva kommunikointi on sen sijaan haaste hoitotyössä. Hoitajan on hyvä kiinnittää huomiota kommunikoidessaan arvostuksen osoittamiseen, turvallisuuden tuomiseen, kuuntelevaisuuteen ja keskittymiseen (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 19, 47). Tarhosen (2013) tutkimuksessa nousi esille erityisesti se, kuinka aikuismaisesti ja kunnioittavasti ikääntyneille tuli puhua sairauksista huolimatta. Itse vuorovaikutuksen tärkeyttä pidettiin ensisijaisena asiana hoitotyössä sekä hoitotyön onnistumisessa (Tarhonen 2013, 25, 29).

Kohtaamisen peruseriaatteita ovat kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Periaatteisiin sisältyy toisen kuunteleminen, empatia, läheisyyden ja etäisyyden säätely, välittäminen ja kärsivällisyys. Kunnioittaminen on toisen ihmisen rinnalle asettumista, hänen elämäkokemuksensa tunnustamista ja huomioon ottamista sekä hänen kuuntelemistaan ja hyväksymistään. Muistisairaana avun tarve kasvaa suureksi sairauden edetessä, jolloin myös hänen itsekunnioituksen säilyttäminen on tärkeää: hoitajan on siis asiallisesti ja kunnioittavasti kohdattava sairastunut, sillä se tukee henkilön itsekunnioitusta. Läheisyyden ja etäisyyden merkitys on jokaiselle yksilöllistä, ja sen takia auttavan osapuolen on ymmärrettävä, millainen läheisyys ja etäisyys toimivat erilaisissa ihmissuhteissa tai ohjaamistilanteissa. (Mönkäre 2014b, 86–87.)

Muistisairaana arvostamiseen kuuluvat muun muassa toiveiden ja mielipiteiden kysyminen ja huomioon ottaminen, erilaisten tunteiden arvostaminen sekä vastaanottaminen.

Sairastuneen jäljellä olevia taitoja on arvostettava olemassa olevana voimavarana. Luottamus rakentuu kahden ihmisen välille, ja sen rakentamisessa tarvitaan toisen ihmisen asemaan asettumista sekä empatiaa. Muistisairaana asemaan asettuminen voi olla hankalaa, mutta tärkeintä on ymmärtää, miten toinen ihminen kokee asioita ja tilanteita, eikä miten itse kokisi, jos olisi hänen asemassaan. Vastapuolella on ennen kaikkea vastuu luottamuksen saavuttamisesta, sillä muistisairaana kyky vastavuoroisuuteen on heikentynyt sairauden myötä. On tilanteita, joissa luottamus täytyy saavuttaa toistuvasti, jopa useita kertoja päivässä. (Mönkäre 2014b, 86–87.)

Muistihäiriötä sairastavan kommunikaatio-ongelmat ovat kaksisuuntaisia: hänen voi olla vaikea itse kommunikoida ja saada asiansa perille, mutta lisäksi hänen on haastavaa saada muiden viestinnästä selkoa. Muistihäiriön alkuvaiheessa sairastunut kykenee normaaliin keskusteluun toisen ihmisen kanssa, mutta keskustelu saattaa olla tavallista hitaampaa. Henkilön puheenvuorot saattavat pidentyä, ja hän mahdollisesti käyttää kiertoilmaisuja, kun ei muista jonkin esineen tai asian nimeä. Sairastunut ei enää kykene kovin johdonmukaiseen keskusteluun ryhmätilanteissa vaan saattaa pudota niin sanotusti kärryiltä. Muistisairas saattaa elää menneisyydessä ja sekoittaa eri elämänvaiheita keskenään, mikä näkyy myös hänen viestinnässään. (Medina ym. 2006, 283.)

Myöhäisemmässä sairauden vaiheessa sanallinen kommunikointi vähenee merkittävästi ja saattaa loppua kokonaan. Henkilöllä voi esiintyä lakonista puhetta, joka koostuu yksinkertaisista lyhyistä lauseista, tokaisuista tai huudahduksista. Vaikka sanallinen ilmaisu saattaa vähentyä selvästi, ilmaisu ei suinkaan lopu sanojen loppuessa. Muistisairas voi ilmaista itseään äänenpainollaan, silmiin katsomisella, ottamalla kädestä kiinni, huutamalla, nauramalla tai hyräilemällä – tapoja on monia. Vastakkaisen osapuolen on vain osattava tulkita muistisairaana viestin tarkoitusta. (Kohdaten: Opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa 2013, 9.)

Kommunikoidessa muistisairaana henkilön kanssa on tärkeää puhua hitaasti ja selkeästi. Henkilö tarvitsee oman aikansa ymmärtääkseen puhetta, voi myös olla, että asioita on toistettava useaan kertaan. Tärkeintä on pitää rauhallista ja kiireetöntä keskustelua yllä. Olisi hyvä sijoittaa yhteen lauseeseen vain yksi asia, sillä pitkän ja monimutkaisen lauseen lopussa sairastunut on saattanut jo unohtaa, mistä alun perin keskusteltiin. Kysymysten yksinkertaisuus on myös tärkeää, sillä laajemmista kysymyksistä muistisairas saattaa helposti ahdistua koska ei osaa vastata niihin. Katsekontaktin ylläpito sekä ilmeiden

käyttö auttavat sairastunutta ymmärtämään asioita ja keskustelun teemaa. Tärkeintä on olla korjaamatta muistisairaana sanomisia, sillä sanojen tai lauseiden korjaaminen voi jopa lannistaa henkilöä, eikä hän halua enää osallistua keskusteluun. (Ehrenfreuchter ym. 2013, 82–83.) Muistisairaana henkilön kohtaamisessa olennaisinta ei ole se, mitä teet, vaan se, miten teet. Näin ollen vuorovaikutuksen laatua tulee ylläpitää. (Hohenthal-Antin 2013, 27.)

3.5.1 Muistisairaana käytösoireiden ymmärtäminen

Muistisairaalla alkaa sairauden edetessä ilmaantua muutoksia myös käytöksessä ja tunne-elämässä. Puhutaan käytösoireista eli non- kognitiivisista oireista. Tällaisia oireita voivat olla muun muassa aggressiivisuus, levottomuus ja mielialan vaihtelut. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182–184.) Muistisairaalla voi esiintyä myös psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Sairastuneen harhaluulot voivat olla yksinkertaisia, ja hän saattaa esimerkiksi epäillä puolisonsa uskottomuutta. Harhaluulot voivat olla syyttäviä, mikä voi johtaa vakivaltaiseen käytökseen. Aistiharhoista, eli hallusinaatioista, yleisimpiä ovat näköharhat. (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha- ajatukset): Käypä hoito- suositus 2010.) Unihäiriöt usein lisääntyvät sairauden edetessä, sillä sairastunut viettää enemmän aikaa sängyssään. Unen määrä saattaa jäädä yöllä vähäiseksi, unen laatu on muuttunut ja yöllisiä heräämisiä voi olla paljon. Seksuaalinen käytös voi myös muuttua ja seksuaalinen aktiivisuus voi joko vähentyä tai lisääntyä. Se saattaa myös kohdistua vieraaseen henkilöön, mutta tärkeintä on muistaa, ettei se ole tahallista vaan liittyy sairauden kuvaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 186–187.)

Hoitajan tai muun vastakkaisen osapuolen tulee ymmärtää sairastuneen käytöksen muutoksia. Muistisairaana elämänhistorian tuntemisesta on hyötyä hänen kohtaamisessaan sekä käytösoireiden ymmärtämisessä. Sairastunut ei ole tahallaan hankala, vaan hänkin on oman käyttäytymisensä muutoksen kourissa. Jokaisen muistisairasta henkilöä hoitavan on hyvä ymmärtää kyseinen asia, sillä sen avulla on mahdollista päästä hankalammisakin tilanteissa eteenpäin. Muistisairaana tarkka seuraaminen on tärkeää selvitetessä käyttäytymisen muutoksia: sen avulla on mahdollista huomata, mitkä asiat ja tilanteet saattavat provosoida sairastuneen käytösoireiden ilmaantumista ja mitkä toisaalta vähen-

tävät ja helpottavat käytösoireita. Jatkuvuuden ja turvallisuuden luominen on tärkeää sairastuneelle, sillä hän ei kykene enää oppimaan uusia asioita ja sisäistämään muutoksia. Selkeä päivärhythmi, rauhallinen ja turvallinen ympäristö sekä liikunta vähentävät käytösoireiden ilmaantumista. (Mönkäre 2014c, 87–88.)

Kohtaamisessa on tärkeää myös osoittaa empatiaa eli osata eläytyä toisen ihmisen tunteisiin. Empatian avulla pyritään ymmärtämään toista, lievitetään stressiä ja luodaan turvallisuutta sekä edistetään osapuolten yhteistyötä. Koskettamisen avulla voidaan viestittää voimakkaasti toiselle ihmiselle esimerkiksi lämpöä, huolenpitoa ja arvostusta. Kun toista ihmistä hoidetaan, häntä kosketetaan esimerkiksi ihon rasvaamisen aikana. Muuta koskettamista voidaan antaa hoitotoimenpiteiden ulkopuolella esimerkiksi halaamalla tai tapputtamalla olkapäätä. Toista on mahdollista lohduttaa tai helliä kosketuksen avulla: empaattinen kosketus ilmaisee jopa niin selvästi, ettei sanoja aina tarvita. Huumorin käyttö erilaisissa kohtaamistilanteissa tuottaa iloa jokaisen elämään ja arkipäivään. Huumorin käyttö taas vaatii iäkkään arvomaailman ja elämänhistorian tuntemista, jottei häntä loukata. Huumori lieventää stressiä ja tuskaisia ajatuksia, ja se lievittää vihan tunteita ja parantaa ilmapiiriä. Nauramisella on myös lihaksia rentouttava vaikutus. (Kan & Pohjola 2012, 72–76.)

3.6 Tehostettu palveluasuminen

Laitoshoidolla tarkoitetaan hoitoa vanhainkodissa tai sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Vanhuspalvelulain (2012) mukaan pitkäaikaista laitoshoidoa tulee järjestää vain poikkeustapauksissa ja sitä voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Laitoshoidon ja palveluasumisen erona on muun muassa se, että asukas kustantaa itse erikseen vuokransa ja muut asumiskustannukset. Asukas voi itse valita tarvitsemansa palvelut ja maksaa niistä erikseen käytön mukaan, mutta hänen on myös mahdollista valita valmiiksi räätälöityjä palvelupaketteja joista maksaa kokonaishinnan. Palvelut koostuvat hoiva- ja hoitopalveluista, turvapalveluista, ateriapalveluista, siivouksesta sekä muista tukipalveluista. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2011.)

Sosiaalihuoltolaissa (2014) palveluasuminen on määritelty seuraavasti: ”Palveluasuminen tarkoittaa palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista.” (Sosiaalihuoltolaki 2014.) Niin sanotussa tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on asumisyksikössä paikalla vain päiväsaikaan. Tehostetussa palveluasumisessa sen sijaan henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden, koska asukkaat tarvitsevat runsaasti hoitoa ja palvelua. (Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2011.) Palveluihin sisältyy asiakkaan omien tarpeiden mukaan muun muassa hoitoa ja huolenpitoa, ateria- ja peseytymispalveluita sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita (Sosiaalihuoltolaki 2014). Palveluasumista tarjoavat kunnat, yksityiset yritykset tai sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat yhteisöt. Palveluasuminen kuuluu avopalveluiden piiriin. (Pikkarainen 2007, 61.)

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat yksilöllisiin tarpeisiin nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon palveluiden tulee taata iäkkäälle henkilölle kokemus turvallisesta, merkityksellisestä ja arvokkaasta elämästä. Henkilön tulee voida ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Kunnan on myös järjestettävä iäkkäille avio- ja avopuolisoille mahdollisuus asua yhdessä. (Vanhuspalvelulaki 2012.) Tavoitteena tehostetussa palveluasumisessa on taata kodinomainen ja yksilöllinen asuminen omassa asunnossa tai huoneessa (Juva & Eloniemi- Sulkava 2015, 521).

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on ehdoton edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille. Laatusuosituksen mukaan henkilöstön ehdoton vähimmäismäärä on 0,50 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Mitoittamisen lähtökohtana ovat aina asiakkaat ja heidän tarpeensa. Mitoituksen tason määrittävät asiakkaiden fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä palveluiden tarve. Toimintayksikön henkilöstöön lasketaan mukaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 49.)

3.7 Tehostettua palveluasumista muistisairaille

Ympäri vuorokautisen hoidon piiriin on siirryttävä siinä vaiheessa, kun muistipotilaan fyysinen toimintakyky heikkenee, mahdollinen omainen väsy tai kun sairastuneen henkilön turvallisuus on vaakalaudalla (Uusitalo 2013, 168). Muistisairaiden hyvä ja laadukas hoito koostuu osaavasta ja riittävästä hoitohenkilökunnasta, lääketieteellisestä asiantuntemuksesta, ammatillisesta johtamisesta sekä sopivasta hoitoympäristöstä (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 523). Muistisairaiden ihmisten osuus tehostetussa palveluasumisessa on suuri, ja tästä johtuen hoidon ja palveluiden laatuvaatimukset jokaiselle yksikölle tulee kunnissa yksilöidä (Sormunen ym. 2008, 127).

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus saada tarpeenmukainen ja riittävä tuen ja palveluiden tarpeen arviointiin perustuva palvelukokonaisuus, jonka on tarvittaessa muututtava hänen toimintakykynsä muutosten mukaan. Ensisijaista on, että palvelut perustuvat muistisairaahan ihmisen arvioituihin tarpeisiin ja voimavaroihin. Nämä tarpeet ja voimavarat muodostavat hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohdan. Henkilön tarpeita ja voimavaroja tulee arvioida säännöllisesti ja aina silloin, kun asiakkaan tilassa tapahtuu olennaisia muutoksia. (Voutilainen 2010.)

Päämääränä tulisi olla mahdollisimman hyvä elämänlaatu, joka koostuu fyysisestä ja psyykkisestä hyvästä olost, ihmissuhteista, turvallisuuden tunteesta ja mahdollisuudesta osallistua päätöksentekoon (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 523). Jokaista asiakasta tulee kohdella yksilöllisesti ja arvostavasti. Muistisairaahan elämänselämän, tapojen ja toiveiden tunteminen on tärkeää hoitotyössä. Erilaiset virikkeet ja mielekkäät tekemiset mahdollistetaan, ja fyysiset tarpeet ja muut sairaudet tulee hoitaa. Riittävästä liikunnan ja ravitsemuksen tasosta tulee myös huolehtia. (Lotvonen, Rosenvall & Nukari 2014, 213.) Fyysisellä ympäristöllä on myös suuri vaikutus hyvään hoitokokonaisuuteen. Pintamateriaalien tulee olla mahdollisimman selkeitä ja heijastuksia vähentäviä hahmotusvaikeuksien takia, ja lattioiden ja seinien kuviointeja tulisi välttää. Ympäristön tulee tarjota yhteisöllistä ja yksityistä olemista sekä kiinnostavia ja innostavia kohteita, joita on mahdollista löytää kulkiessaan esimerkiksi käytävillä. Parhain tilanne muistisairaalle olisi se, että hänen olisi mahdollista viettää loppuelämänsä siinä yksikössä, johon hän on avohoidosta siirtynyt. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 526–527.)

3.8 Muistisairaahan arki tehostetussa palveluasumisessa

Muistisairaahan mielekäs arki koostuu tavallisesta ja aktiivisesta elämästä, joka tuottaa iloa, haasteita sekä onnistumisen tunteita. On tärkeää, että niin muistisairas kuin hänen läheisensäkin ovat sopeutuneet sairauteen ja siihen liittyviin muutoksiin. Elämää tulee elää niin kuin ennenkin, eli juuri niin kuin itse haluaa. Tärkeintä on tiedostaa ne haasteet, joista ei selviä ilman ulkopuolisen apua, ja näin ollen vaikuttaa niihin rakentavasti. Ruokailu, riittävä uni sekä säännöllinen vuorokausirytmä muodostavat vakaan pohjan hyvälle arjelle. (Hallikainen ym. 2014a, 132.)

Iäkkään arki kotona tai laitoksessa voi olla joskus pitkästyttävää ja sisällöltään melko tyhjää. Mitä enemmän iäkkään toimintakyky heikkenee, sitä enemmän hän on riippuvainen toisista ihmisistä. Hoitajien ja henkilöstön tehtävänä onkin huolehtia, ettei kukaan hoidon piirissä oleva jää yksin ja syrjäydy. Näin ollen arkeen tulee luoda toimintaa, joka antaa toiselle osapuolelle yhteisöllisyyden tunteen. Viriketoiminta tulee suunnitella yksilöllisesti, sillä jokaisen ihmisen tarve on erilainen. Varsinaisten virikkeiden tarkoituksena on tuottaa sisältöä iäkkään arkeen ja auttaa hahmottamaan itseään sekä ympäristöään. (Kan & Pohjola 2012, 78.) Muistisairaahan henkilön toimintakykyä tukevat toimeliaisuus sosiaaliset suhteet. Erilaisia arjen harjoitteita ovat keskustelu ja pulmatehtävät, muistamisen harjoittelu, muistelu, ajan hahmottaminen, paikkojen tunnistaminen, pelit sekä käsillä tekeminen. (Nukari 2014, 153–156.)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen tutkimuksen keskiössä on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset, ja sen tavoitteena on todellisen elämän kuvaaminen. Kyseisessä tutkimusmenetelmässä käsitellään kertomuksia, tarinoita ja merkityksiä, ja tästä johtuen tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Kohteen kokonaisvaltainen hahmottaminen on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän ydin. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää uutta tietoa tai teoriaa vähän tutkitusta aiheesta, mistä johtuen tutkimuksen käyttöalueena ovat uudet tutkimusalueet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Laadullinen tutkimusmenetelmä liittyy siis uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Kyseisen menetelmän tunnuspiirteitä ovat naturalistisuus, yksilöllisyys, dynaamisuus, kontekstispesifisyys, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 66.)

Aineistoa on mahdollista kerätä monin eri tavoin: yleisimmät keruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaiset dokumentteihin perustuvat tiedot (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tarkoituksena on kuvata jotain ilmiötä tai tapahtumaa ja antaa teoreettisesti sopiva tulkinta jollekin ilmiölle. Näin ollen olisi tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tietäisivät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä olisi kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.) Tutkimusmenetelmän ideana ei ole aineiston määrä vaan sen laatu (Kylmä & Juvakka 2007, 27).

Laadullisen tutkimusmenetelmän analysoinnissa on mahdollista käyttää induktiivista, deduktiivista tai abduktiivista päättelymuotoa. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä, jossa havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Deduktiivinen päättely on teorialähtöistä, ja siinä edetään yleisestä kuvauksesta yksittäistapaukseen. Abduktiivinen päättely on teorian ja aineiston yhdistelmä, jossa teorianmuodostusta on mahdollista toteuttaa, jos havaintojen tekoa ohjaa jokin johtoajatus tai johtolanka. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.)

Tämän opinnäytetyön keskiössä on muistisairas ihminen, hänen arkensa ja siihen liittyvät asiat. Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on todellisen elämän kuvaaminen, johon myös tämä opinnäytetyö pyrkii; kuvaamaan muistisairaahan henkilön arkea. Laadullisella menetelmällä oli mahdollista saada uutta ja toisenlaista näkökulmaa tutkittavasta aiheesta.

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoinnin avulla. Havainnointi on laadullisen tutkimuksen toiseksi yleisin tiedonkeruumenetelmä, ja se on perusteltua etenkin silloin, jos tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän tai ei lainkaan. On myös olemassa tilanteita, joissa toisenlainen aineiston keruu, kuten haastatteleminen, olisi hankalaa johtuen toimijoiden ominaisuuksista eli jos aineistoa kerätään esimerkiksi pieniltä lapsilta tai muistisairailta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 81; Kylmä & Juvakka 2007, 94–95.)

Havainnoinnin muotoja ovat havainnointi ilman varsinaista osallistumista, osallistuva havainnointi, osallistava havainnointi eli toimintatutkimus sekä piilohavainnointi (Eskola & Suoranta 2014, 101). Opinnäytetyön aineiston keräämisessä on käytetty tarkemmin määriteltynä osallistuvaa havainnointia, jossa tutkija ei osallistunut täydellä intensiteetillä tutkittavien elämään. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu jollakin tapaa tutkimansa yhteisön toimintaan. Toisin sanoen tutkijan on mahdollista osallistua aitoihin ja luonnollisiin kenttätilanteisiin, mutta hänen on mahdollista olla myös ulkopuolinen havainnoiva henkilö. Tärkeintä on kuitenkin muistaa, että tutkijan tulee mahdollisimman vähän vaikuttaa tutkimansa yhteisön elämään ja tapahtumien kulkuun, vaikka vuorovaiikutusta tapahtuisi tutkijan ja tutkittavan välillä. Loppujen lopuksi havainnointi on hyvin inhimillistä toimintaa. (Eskola & Suoranta 2014, 99–103.)

Muistisairaus asettaa omia haasteita ymmärtämiselle sekä ymmärretyksi tulemiselle, mistä johtuen esimerkiksi haastattelumenetelmä ei tuottaisi riittävän validia aineistoa. Haapalan (2015) tutkimuksen mukaan muistisairaiden tila muun muassa tunne tasolla vaihtelee jatkuvasti, mikä voi luoda haasteita esimerkiksi haastattelulle. Muistisairaiden kokemuksia on alettu tutkia melko myöhään, eikä niiden kuuleminen tänäkään päivänä ole itsestään selvä käytäntö. Havainnointi mahdollistaa heille, jotka eivät kykene vastaamaan tutkijan kysymyksiin suoraan, tilaisuuden ilmaista oman tulkinnan elämästään ja

arjestaan ympäristönsä yhteydessä. Tutkimuksessa painotettiin, että kukaan ei voi astua toisen ihmisen asemaan, mutta tutkija voi hetkellisesti omaksua toisen henkilön roolin ja asettaa itsensä heidän paikalleen. Tutkija voi hetkellisesti ottaa haltuun tärkeimmät asiat siitä, mitä toinen näkee, kuulee ja kokee elämässään. (Haapala 2015, 72–77.)

Aineisto on kerätty eräästä yksityisestä tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Opinnäytetyön tekijä havainnoi yhden muistisairaana päivää. Työpaikkayhteyshenkilö antoi ennakkoon tietoa potentiaalisista opinnäytetyöhön kykenevistä muistisairaista asukkaista, mutta henkilövalinnan suoritti opinnäytetyöntekijä itse. Henkilön valinnan kriteerinä oli lääkärin diagnosoima muistisairaus sekä tutkittavan oma halu osallistua tutkimukseen. Osallistuvaa havainnointia toteutettiin niin, että opinnäytetyön tekijä oli asukkaan arjessa läsnä neljänä päivänä viiden- kuuden tunnin ajan hänen omassa elinympäristössään. Ympäristönä toimi tehostetun palveluasumisen yksikkö – toisin sanoen tutkittavan koti.

Tekijä itse ei vaikuttanut siihen, mitä päivän aikana tehtiin, vaan hänen tarkoituksena oli olla tilanteissa läsnä niin, ettei hän niihin omilla toimillaan vaikuttanut. Tutkija osallistui erilaisiin toimintoihin, kuten ulkopuolisten järjestämään viriketuokioon ja elokuvien katseluun, mutta erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten iltatoimien aikana, tutkija ei kuitenkaan ollut näkyvillä osallistuvalla henkilöllä. Tutkija osallistui lähes jokaiseen toimintoon tutkimuspäivien aikana ja oli väistämättä ajoittain vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa.

Muistiinpanoja tutkija teki ennalta laadittujen teemojen (liite 1) avulla. Muistiinpanoja tuli tasaisesti ja ennen kaikkea jokaisen tilanteen tai tapahtuman jälkeen. Varsinaisia muistiinpanoja tuli 23 yksipuolista A5- kokoista sivua. Jokaisen päivän jälkeen tutkija teki myös yhteenvedon päivästä muistiinpanojen ja muiden havainnointien avulla tiedostomuodoksi tietokoneelle. Valittuina tutkimuspäivinä opinnäytetyön tekijä oli ulkopuolisenä, eikä hän ollut työsuhteessa kyseiseen toimipaikkaan.

4.3 Aineiston analysointi

Analysointi suoritettiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä sisällönan-

lyyssissä aineisto hajautetaan osiin ja sisällöllisesti yhtäläiset osat yhdistetään. Yhdistämisen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa opinnäytetyön tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Tärkeintä on aineiston tiivistyminen ja käsitteellistyminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Aineiston keräämisen jälkeen yhteenvedot yhdistettiin kokonaisuudeksi ja tekstiä tuli kahdeksan yksipuolista, A4- kokoista sivua. Aineisto kirjoitettiin puhtaaksi, kokonaiseksi tekstiksi. Analysointi tehtiin kirjoitetusta tekstistä ja se tuli analysoida, jotta tuloksia oli mahdollista tarkastella. Sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta: aineiston redusointi, aineiston klusterointi ja aineiston abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Redusointi

Redusoinnissa eli pelkistämässä analysoitava aineisto voi olla esimerkiksi muistiinpanoista koottu yhteenvedo, jota lähdetään pelkistämään niin, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Karsiminen voi olla joko aineiston tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät, joiden avulla aineistosta nostetaan esille olennaiset ilmaukset. Jokaista tutkimustehtävän kysymystä kuvaava ilmaisu on mahdollista koota allekkain esimerkiksi taulukkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–109.) Redusointivaihe toteutui opinnäytetyössä niin, että aineistoa lähdettiin pilkkomaan osiin ja sieltä kerättiin tutkimustehtäviä koskevat olennaiset asiat ylös. Jokaista tutkimustehtävää kuvaava ilmaisu koottiin omaan taulukkoon tehtävän alle. Taulukoinnin jälkeen alkuperäisilmaukset saatettiin pelkistetympään muotoon (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki redusoinnista

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
Omainen ja asukas alkoivat muistella menneitä aikoja, mitä asukas oli tehnyt nuorempana ja mitkä asiat olivat jääneet hyvin mieleen.	Muisteluhetki omaisen kanssa
Asukas sanoi jäävänsä vielä istumaan omaan nojatuoliinsa, hoitaja huikannut heipat ja kehoittanut tulemaan aamupalalle kun on valmis.	Asukkaan yksinolo

Klusterointi

Aineiston analysoinnin toinen vaihe on klusterointi. Ryhmittelyssä aineistosta kootut alkuperäisilmaukset käydään läpi, ja sen jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet jotka tarkoittavat samaa asiaa, ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, minkä luokka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Yksittäisten tekijöiden sisällyttäminen yleisempiin käsitteisiin tiivistää aineistoa. Klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi (taulukko 2). Alaluokkien ryhmittelyä kutsutaan yläluokiksi, ja yläluokkien yhdistämistä kuvataan pääluokkina. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.)

TAULUKKO 2. Esimerkki klusteroinnista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Aamutoimissa avustaminen	Hygienia
Pienissä pesuissa avustaminen	
Iltatoimissa avustaminen	
Kahden keskinen juttutuokio	Sosiaaliset suhteet
Juttutuokiot omaisen ja asukkaan kesken	
Asukaskaverin kanssa keskustelua	
Television katselu	Virikkeet
Suomalaisen vanhan elokuvan katselu	
Virikeohjaajien käynti	
Omaisen vierailu	

Abstrahointi

Aineiston kolmas ja viimeinen vaihe on abstrahointi, eli käsitteellistäminen. Tässä vaiheessa aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Oikeastaan klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Käsitteellistämisen alkuperäisistä ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin. Tarkoituksena on yhdistellä luokituksia niin kauan kuin se on aineiston sisällöllisesti mahdollista. Käsitteellistämisen empiirinen aineisto yhdistetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat (taulukko 3 & 4). (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111–113.)

TAULUKKO 3. Esimerkki abstrahoinnista

Alaluokka	Yläluokka
Päivittäiset toiminnot	Fyysiset tarpeet
Hygienia	
Ravitseminen	
Keskustelu omaisen kanssa	Vuorovaikutus
Keskustelu hoitajan kanssa	
Keskustelu asukaskaverin kanssa	

TAULUKKO 4. Esimerkki abstrahoinnista.

Yläluokka	Yhdistävä luokka
Fyysiset tarpeet	Muistisairaalan tarpeet
Vuorovaikutus	Kohtaamistilanteet

4.4 Tulosten esittäminen narratiivisessa muodossa

Opinnäytetyössä esitetään tulokset narratiivisessa tarkastelumuodossa eli kerronnallisessa muodossa. Narratiivi on käsitteenä hieman haastava, sillä tutkijoiden mukaan narratiiville ja narratiiviselle tutkimukselle tai lähestymistavalle ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää sen selvärajaisuuden puuttuessa. Narratiivinen tutkimus pyrkii subjektiiviseen ja henkilökohtaiseen tietoon, sillä ihminen on aktiivinen ja merkityksiä antava toimija. (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen 2003, 84–89.) Kertominen ja kertomusten tutkiminen on sopiva tapa tehdä tutkimusta kun tavoitteena on ymmärtää ihmisiä ja heidän toimintaansa (Heikkinen 2015, 149). Lähtökohtana narratiivista lähestymistapaa käyttävälle on, että tieto on kertomuksellista ja todellisuutta on mahdollista jäsentää kielen avulla. Narratiivinen lähestymistapa sopii tutkimuksiin, joita tehdään siinä kontekstissa, jossa tutkittava asia tapahtuu, tai kun konteksti on jollakin tavalla kytköksissä tutkimukseen. (Vuokila-Oikkonen ym. 2003, 84–89.)

Narratiivien analyysissä kertomukset luokitellaan eri luokkiin esimerkiksi kategorioiden avulla. Sen sijaan narratiivisessa analyysissä tarkoituksena on uuden kertomuksen tuotta-

minen aineistona toimivista kertomuksista, jonka tavoitteena on tuoda esiin aineiston kannalta keskeisiä teemoja. Narratiivinen tietäminen on teemojen mukaan ja johdonmukaisesti etenevän kertomuksen tuottamista. Kyseisessä analyysissä tarkoituksena on tuottaa ehjä, juonellinen ja ajassa etenevä tarina. (Heikkinen 2015, 160–161.)

Opinnäytetyön tulosten esittämiseen on valittu narratiivinen muoto, sillä tarkoituksena on kuvata muistisairaahan henkilön arkea ihmislähtöisesti. Kerronnallisella muodolla tulokset tulevat paremmin esiin kuin että ne luokiteltaisiin tasaisesti omien otsikoiden alle. Kertomuksen avulla lukijalle avautuu muistisairaahan asukkaan päivän kulku, siihen liittyvät toiminnot ja aktiviteetit sekä erilaiset kohtaamiset. Tarkoituksena ei ole esittää tuloksia objektiivisessä muodossa, jolloin asukkaasta tehtäisiin tekemisen kohde. Kertomuksessa päähenkilönä, eli subjektina toimii itse muistisairas asukas, sillä tarina on hänen arkea kuvaava. Narratiivinen muoto antaa enemmän perspektiiviä tulosten esittämiseen sen henkilökohtaisuutensa vuoksi.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Muistisairaana arki tehostetun palveluasumisen yksikössä

Opinnäytetyön tulokset esitetään kerronnallisena muotona ja tarinan päähenkilönä toimii fiktiivinen hahmo Martta. Tarinan ensimmäisessä osassa perehdytään Martan päivään, sen kulkuun ja sisältöön. Toisessa osassa tarinaa keskiössä ovat Martan tarpeet ja niiden huomioiminen: mitä Martta tarvitsee selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista, millaisia psyykkisiä tarpeita hänellä on ja kuinka sosiaaliset tarpeet näyttäytyvät Martan arjessa. Viimeisessä luvussa selviää Martan arjen erilaiset kohtaamistilanteet hoitohenkilökunnan, muiden asukkaiden sekä omaisen välillä.

5.1.1 Martan päivä

Martan päivittäiset toiminnot ja asiat koostuvat rutiininomaisista, joka päivä toistuvista asioista. Niitä ovat muun muassa perustarpeiden täyttäminen, kuten hygienian ylläpito, ravitseminen ja erittäminen, erilaisten virikkeiden järjestäminen sekä omaisen vierailu. Toimintoja ja aktiviteetteja Martalle tarjoavat tehostetun palveluasumisen yksikön henkilökunta, omainen ja ulkopuolinen taho.

Joka aamu Marttaa autetaan aamutoimissa, joita ovat aamupesut, pukeminen ja muu ehostaminen. Rouvalla on aina aamuisin huoneessaan omaa aikaa sekä mahdollisuus ehostaa ulkonäkönsä. Martta kampaaja ja asettelee omat hiuksensa ja valitsee joko mieleiset helmet tai huivin kaulaansa. Aamutoimien jälkeen hän saapuu aina itsenäisesti aamupalalle ja toisinaan saattaa vaihtaa muutaman sanan pöytäseurueen kanssa. Rouva siirtyy joka kerta aamupalan jälkeen yksikön yhteiseen olohuoneeseen, jossa on useampi nojatuoli ja penkki. Martalla on olohuoneessa oma paikkansa, johon hän istahtaa joka päivä katsomaan televisiota. Aamupäivisin Martalla kuluu aikaa television katseluun keskimäärin noin kaksi tuntia. Rouvan viereen istahtaa jokaisena havainnointipäivänä toinen asukaskaveri. He keskustelevat niin säästä kuin menneistä ajoista. Välillä he pitävät toisiaan käsistään kiinni ja välillä kuiskailevat toisilleen hymyssä suin.

Martta käy jokaisena havainnointipäivänä hoitajan avustamana yhden kerran vessassa, juuri ennen lounasta. Rouva muistaa välillä itse vessatarpeen, mutta välillä hoitaja muistuttelee asiasta. Vessakäyntien jälkeen hän jää aina yksin omaan huoneeseensa kohentamaan hiuksiaan ja seurailemaan ulkoilmaa ikkunasta. Martta siirtyy itsenäisesti ruokasaliin lounaalle. Lounasaikana Martta saattaa vaihtaa muutaman sanan toisten pöydässä istuvien henkilöiden kanssa, mutta suurimman osan ajasta keskittyminen on omassa syömisessä. Lounaan jälkeen Martta siirtyy yhteiseen olohuoneeseen omalle paikalleen istumaan ja katselemaan televisiota. Martta katselee televisiota yleensä päiväkahville saakka, eli noin kahden tunnin ajan. Päiväkahvien jälkeen asukas siirtyy olohuoneeseen omalle paikalleen jatkamaan television katselua. Ohjelmien seuraaminen kestää päivällisaikaan saakka, eli noin puolentoista tunnin ajan. Päivällisen jälkeen Martta siirtyy taas katsomaan televisiota olohuoneeseen, jossa hän viettää aikaa vielä noin tunnin verran. Alkuiltasta Martta itsenäisesti siirtyy kohti omaa huonettaan iltatoimille, ja myös hoitaja lähtee rouvan mukaan avuksi. Iltatoimien jälkeen Martta ei halua nauttia iltapalaa vaan haluaa mieluummin sänkyynsä lepäämään. Näin ollen hoitaja tuo iltalääkkeen rouvalle aina omaan huoneeseen vesilasin kera.

Kaiken kaikkiaan Martta katselee päivän aikana televisiota keskimäärin seitsemän tuntia. Television katselu tapahtuu aina yksikön yhteisessä olohuoneessa, jossa on koko ajan myös muita asukkaita. Martta ei kuitenkaan ota vapaaehtoisesti kontaktia muihin kuin yhteen asukkaaseen, eivätkä muut asukkaat toisaalta ota kontaktia häneen. Hoitaja istuu muutamana havainnointipäivänä hetken asukkaiden kanssa olohuoneessa ja kyselee mahdollisia muistoja taustalla pyörivästä sarjasta tai elokuvasta. Martta on erittäin aktiivinen kysymyksiin vastailija ja kertoo useampia mieleen tulevia muistoja.

Omainen vierailee neljän havainnointipäivän aikana kaksi kertaa Martan luona. Martta ja omainen menevät yhtenä havainnointipäivänä yhdessä asukkaan kammariin juttelemaan päivän kulusta ja muistelemaan menneitä, ja omainen myös hieroo samalla Martan jalkoja. Toisena havainnointipäivänä omainen kysyy Martan mielipidettä ulkoilusta, tähän ehdotukseen rouva oli suostuvainen. Omainen vie pyörätuolin avulla Martan ulkoilemaan, samalla he vaihtavat kuulumisia ja ihastelevat taloja ja niiden pihvoja.

Martta pääsee osallistumaan vapaaehtoisesti myös ulkopuolisen virikejärjestäjän toimintaan yksikössä. Virikehetkessä kaksi vapaaehtoista tiedustelee mukanaan tuoman kukan

nimeä ja siitä herääviä muistoja. Martta itse jakaa mielellään omia muistojaan muun muassa äitienpäivästä kaikkien läsnäolijoiden kanssa. Ohjaajat kuuntelevat keskeyttämättä Marttaa ja esittävät myös lisäkysymyksiä: näin ollen Martta saa jatkaa oman tarinan kerrotaansa niin kauan kuin sitä itse haluaa. Vapaaehtoiset käyvät myös henkilökohtaisesti jokaisen asukkaan läpi kysellen erilaisia muistoja liittyen esimerkiksi käsitöihin tai erilaisten juhlien viettoon.

5.1.2 Ravintoa, kannustusta ja kanssakäymistä

Martan fyysiset tarpeet ovat hyvin pitkälti päivittäisiin toimintoihin liittyviä tarpeita. Aamulla heräämisen jälkeen Marttaa avustetaan aamutoimilla, joihin kuuluvat pienet pesut, hygieniasta sekä ihon kunnosta huolehtiminen ja pukeutumisessa avustaminen. Lähes jokaisella kerralla ennen aamutoimia Martalta kysytään lupaa avustaa häntä pienissä pesuissa sekä muissa toimissa. Martta itse saa hoitajalta pesulapun käteensä, jonka avulla hän voi pestä kasvonsa ja kätensä. Martalle avustetaan housut jalkaan, mutta paidan hän saa lähes itsenäisesti puettua päällensä. Rouvaa autetaan vain välttämättömissä toimissa: apua annetaan vasta hänen sitä pyytäessä. Hoitajat kannustavat Marttaa itsenäiseen toimimiseen ja pyytävät rouvaa tekemään ensin itse ennen kuin auttavat. Martta huolehtii kampauksestaan kampaamalla hiuksensa itse. Rouva myös itsenäisesti valitsee mieluisat helmet tai huivin kaulaansa.

Martta ei pääse itsenäisesti istumaan ruokapöydän ääreen apuvälineensä ja muiden liikunnallisten rajoitteidensa takia. Jokaisella ruokailukerralla Martalle on laitettu valmiiksi tuoli, jolle hän käy istumaan. Hoitaja avustaa tuolin myös pöydän ääreen. Päivän mittaan Martalle tarjotaan aamupala, lounas, päiväkahvit, päivällinen ja iltapala. Martta nauttii kaikki muut ateriat paitsi iltapalan, sillä hän haluaa käydä aikaisin nukkumaan. Aterioiden välillä on keskimäärin kolmen tunnin välit ja iltapalan jälkeen aamupalaan on yleensä aikaa 13 tuntia. Martalla tosin väli on pidempi iltapalan syömättömyyden takia: välin pituus on hänen kohdallaan 16 tuntia. Varsinainen ruokailu tapahtuu aina yhteisessä ruokailutilassa, jossa on useampi pöytä ja istumapaikka. Martan seurana pöydässä istuu myös kolme muuta asukasta.

Ennen lounasta Marttaa joko muistutellaan tai hän itse muistaa vessatarpeensa. Rouva siirtyy itsenäisesti huoneensa vessaan, jossa hoitaja avustaa häntä housujen riisumisessa

sekä ohjaa istumaan. Martan annetaan olla yksin rauhassa vessassa ja hoitaja tulee aina huoneen puolelle odottamaan kunnes Martta huudahtaa olevansa valmis. Hoitajat avustavat inkontinenssisuojan vaihdossa sekä housujen takaisin pukemisessa.

Martta harrastaa myös itsenäisiä jumppatuokioita, etenkin jos jalat ovat olleet hänen omien sanojensa mukaan yön jäljiltä kipeät. Hän myös pitää jalkojaan erillisen tuen päällä ja perustelee kyseistä toimintaansa hoitajille sillä, että omainen on niin kehottanut tekemään. Omainen hieroo yhtenä havainnointipäivänä Martan jalkoja, mistä Martta silminnähdessä nauttii. Rouva ottaa rennon asennon nojatuolissaan ja sulkee silmänsä. Omainen vie Marttaa myös yhtenä havainnointipäivänä ulkoilemaan pyörätuolin avulla. Martta kiittelee kovasti omaista ja kertookin halunneensa ulos jo pidemmän aikaa, mutta ei ole kehdannut hoitajilta sitä kysyä.

Aamuisin Martalle laitetaan päälle automaattisesti edellisen päivän vaatteet. Aamupalapöydässä Martan eteen tuodaan valmiiksi lastattu tarjotin, jota täydennetään sitä mukaan kun rouva syö. Martta saa valmiiksi lastatun tarjottimen myös päiväkahvilla ja päivällisellä. Martan ja omaisen lähtiessä ulos hoitaja ja omainen miettivät, mitä asukkaalle kannattaa laittaa päälle, jotta ei tulisi kylmä. Martta saa päällensä omaisen ja hoitajan valitsemat vaatteet ja kengät. Martan mielipidettä kysytään aamutoimilla niin pesuista kuin ihon hoidosta sekä siitä, mitä Martta itse haluaa pestä. Martalta kysytään lupaa saada avustaa pesuissa, pukemisessa sekä jalkojen rasvauksessa. Hoitajat eivät puutu Martan asustevalintoihin, kuten koruihin tai huiveihin, sillä Martta itse valitsee mieleisensä ollessaan yksin huoneessaan.

Marttaa kannustetaan paljon itsenäiseen toimimiseen ja hoitajat tekevät vain välttämättömät asiat hänen puolestaan. Marttaa kannustetaan aina kun hän kokee huonommuutta siitä, ettei pärjää ilman apuja. Hoitajat kehuvat Martan jäljellä olevia voimavaroja, ikäänsä nähden hyvää terveyttä sekä liikuntakykyä. Kannustuksen avulla Martta luettelee myös itse ääneen asioita mihin vielä kykenee, kuten paidan riisuminen ja käveleminen. Marttaa kannustetaan yleensä aamu- ja iltatoimilla rouvan ollessa epävarmimmillaan itsestään ja omista voimavaroistaan.

Martalla on joka päivä yksilöllistä ja kahdenkeskistä aikaa hoitajien kanssa. Aamutoimilla Martta saa keskimäärin kerralla 20 minuuttia kahdenkeskistä aikaa hoitajan kanssa. He keskustelevat sinä aikana Martan kuluneesta yöstä, säästä, aamutoimien sisällöstä ja

muista sitä hetkeä koskettavista asioista. Yleensä pesutoimilla Martta on herkimmillään ja kokee huonoa omatuntoa siitä, ettei pärjää itsenäisesti pesuissa ja pukemisessa. Näissä tilanteissa hoitajan kannustavat puheet nostattavat Marttan mielialaa, sillä nopeasti puheenaihe kääntyy jo muihin asioihin. Kahdenkeskinen aika toistuu vielä iltapesujen yhteydessä, joskin ajallisesti se on aamuista vähäisempi, keskimäärin 15 minuuttia. Iltatoimilla Martta ja hoitaja keskustelevat yleensä päivän kulusta ja miettivät huomisen päivän sisältöä.

Martta jää aina aamutoimien jälkeen oman huoneensa nojatuoliin istumaan ja kampaamaan hiuksiaan. Samalla hän asettelee pikkulaukkunsa tavaroita ja lisää muutaman makeisen ja nenäliinoja kassiinsa. Martta järjestelee myös pöytänsä tavarat uudelleen ja valitsee joko helmet tai kaulahuivin kaulaansa. Yksinoloa huoneessaan Martalla on päivässä keskimäärin kerralla 10 minuuttia. Yleensä yksinolo toistuu myös ennen lounasta vessassa käynnin jälkeen. Martta viettää huoneessaan aikaa yksin keskimäärin 30 minuuttia päivän aikana, pois suljettuna se aika minkä hän on yksin herättyään tai käydessään nukkumaan.

Martalla on myös kahdenkeskistä aikaa toisen asukaskaverin kanssa päivittäin. Päivän aikana he istuvat vierekkäin keskimäärin kolme tuntia. Martta ja asukaskaveri keskustelevat sen hetkisestä säästä, omaisistaan ja menneistä ajoista. Martta pitää usein asukaskaveria kädestä ja silittelee hänen kämmenselkäänsä, ja he saattavat myös muutaman kerran kuiskailla jotain toisilleen.

Martalla on myös kahdenkeskistä aikaa omaisensa kanssa. Keskimäärin tunnin verran kerrallaan asukas viettää aikaa omaisen kanssa kahtena havainnointipäivänä. Martta kuuntelee omaisen kertoessaan kuulumisensa, ja myös rouva itse kertoo päivän tapahtumat niin kuin hän ne muistaa. Martan ja omaisen yhteiset aktiviteetit ovat television katselu, Martan jalkojen hieronta ja ulkoilu.

Martan arkeen sisältyy myös ryhmätoimintaa, niin henkilökunnan kuin ulkopuolisten viirikeohjaajien järjestämänä. Martan istuessa muiden asukkaiden kanssa yhteisissä tiloissa he katselevat usein suomenkielisiä sarjoja, elokuvia tai sitä mitä televisiosta tulee. Hoitaja istuu parina havainnointipäivänä hetken asukkaiden kanssa katsellen ohjelmia ja elokuvia. Hoitaja kyselee yhteisesti kaikilta muistoja liittyen sen hetkiseen ohjelmaan. Martta jakaa innostuneena omia muistojaan ja kuuntelee myös toisten asukkaiden tarinoita.

Nämä hetket hoitajien kanssa kestävät noin 20 minuuttia kerralla. Martta osallistuu myös ulkopuolisten virikeohjaajien järjestämään tuokioon. Ohjaajat nostattavat erilaisten kysymysten ja materiaalien avulla keskustelua heidän ja asukkaiden välille. Martta itse osallistuu aktiivisesti jutusteluun niin kertovana kuin kuuntelevanakin osapuolena. Martta viettää virikeryhmässä aikaa noin 45 minuuttia.

5.1.3 Kohdataan, kuunnellaan ja keskustellaan

Martan arjen erilaiset kohtaamistilanteet ovat hyvin laajakirjoisia ja monipuolisia. Välillä asukkaalla on erittäin hyvä mieli ja hän saattaa olla erityisen iloinen, mutta samana päivänä mieli saattaa muuttua alakuloiseksi ja epävarmaksi. Kohtaamistilanteet eri henkilöiden kanssa ovat välillä rauhallisia ja välillä kiivasluontoisempia. Martan kanssa kohtaamistilanteita tulee päivittäin hoitohenkilökunnan, omaisen ja toisten asukkaiden kesken. Satunnaisemmin tilanteita tulee ulkopuolisten henkilöiden, kuten vapaaehtoistoimijoiden kanssa.

Iloisia, ystävällisiä ja lämminhenkisiä kohtaamisia on usein Martan ja hoitohenkilökunnan välillä. Aamut aloitetaan iloisesti tervehtien ja Martta käy hoitajalle läpi mennyttä yötään. Aamu- ja iltatoimilla rouvan käytös muuttuu aina epävarmaksi ja hän on erittäin harmissaan siitä, ettei pysty itsestään täysin huolehtimaan. Toimien aikana hän kertoo hoitajalle tuntemuksiaan ja luettelee niitä asioita, joita ei kykene enää tekemään. Hoitajat kuitenkin kannustavat Marttaa ja nostavat esille asioita, joissa Martta vielä pärjää. Martta itse näkee jäljellä olevat voimavaransa ja taitonsa ja luettelee niitä ääneen hoitajan sitä pyytäessä. Kohtaamistilanteet kääntyvät jokaisella kerralla positiiviseksi keskusteluksi ja yleensä aihe vaihtuu Martan epätoivosta toiveikkaampaan suuntaan. Huumori on myös vahvasti läsnä Martan ja hoitajan keskusteluissa niin hoitotoimien yhteydessä kuin muisakin tilanteissa. Martan liikkeessa apuvälineen kanssa käytävällä kysäisee hoitaja Martalta, josko he ottaisivat juoksukisan. Martta alkaa nauramaan ja tokaisee, että muutama kymmenvuosi sitten olisi voinut kisan ottaa, ja olisi jopa voittanut hoitajan. Hoitaja nauraa myös hersyvästi ja koskettaa Marttaa olkapäältä.

Martta on yhtenä havainnointipäivänä erittäin tuohtunut ja vihainen, ja hän vaati hoitajaa tulemaan luokseen. Rouva kertoo haluavansa muuttaa asumisyksiköstä pois ja vaatii, että hänen omaiselleen soitetaan heti. Hoitaja yrittää rauhallisesti selvittää, mistä asiassa on

kyse, sillä ei nähnyt tilannetta omin silmin. Martta vastaa olevansa turhautunut toisen asukkaan käytökseen. Hoitaja yrittää edelleen rauhallisella äänellä selvittää tarkemmin tilanteen kulkua ja varsinaista asukkaan tuohtunutta mielentilaa, mutta Martta vastailee hoitajalle hyvin lyhyin ja ytimekkäin sanoin. Hoitaja kyselee mistä Martta on suuttunut, ovatko he riidelleet jostakin vai onko joku fyysisesti satuttanut toista. Martta ei enää vastaa hoitajan kysymyksiin vaan kääntää katseensa kohti televisiota. Kohtaamistilanne on lyhyt ja nopeasti ohi. Hoitajan mennessä vähän ajan päästä uudestaan juttelemaan Martalle muista asioista on rouva jo rauhoittunut ja vastailee entiseen sävyyn hoitajalle.

Martan ja omaisen kohtaamistilanteet ovat pääasiassa positiivisia tilanteita, joissa muistellaan menneitä asioita. Heillä on kaksi kahdenkeskistä juttutuokiota havainnointipäivien aikana. Martta ja omainen käyvät lähipäivien tapahtumat läpi sekä muistelevat menneitä aikoja. Omainen kyselee Martalta asioita liittyen nykyhetkeen ja menneisyyteen ja antaa Martalle aikaa miettiä vastauksia. Omainen useasti korjailee asukkaan sanomisia, jos asukas muistaa väärin tai hän puhuu hieman asian vierestä. Näille ”virhesanomisille” he sitten yhdessä naureskelevat. Omainen saattaa keskustelun lomassa koskettaa asukasta olkapäästä tai kädestä. Martta vastaa kosketukseen, joko koskettamalla takaisin omaisen kättä tai hymyilemällä hänelle.

Martta näkee päivittäin asukaskaveriaan. Aina nähdessään he katsovat toisiaan silmiin ja tervehtivät. Joka päivä he istuvat vierekkäin olohuoneessa ja juttelevat niin säästä kuin päivän tapahtumista. He saattavat olla myös pitkiä aikoja hiljaa ja katsella vain televisiota. Yhtenä havainnointipäivänä he yhdessä pilkkaavat erästä toista asukasta. He haukkuvat muun muassa hänen vaatteitaan sekä yleistä olemustaan; puheet eivät kuitenkaan kantaudu pilkkauksen kohteen korviin. Pilkkkaus jää lyhytkestoiseksi, sillä heidät keskeyttää hoitajan läsnäolo.

Martta ei juuri muiden asukkaiden kanssa keskustele. Hän ei missään vaiheessa aloita itse keskustelua kenenkään toisen kanssa, mutta saattaa jonkun sanomisia vain muutamalla sanalla kommentoida yleisesti ääneen. Ruokapöydän ääressä Martta harvemmin ottaa osaa keskusteluun, joskin puhuminen ruokailun yhteydessä on ylipäänsä melko harvinaista. Yhtenä havainnointipäivänä Martalla on konfliktitilanne toisen asukkaan kanssa, jota hän on myös aiemmin ivallisesti haukkunut. Heillä on erimielisyyttä istumapaikoista, sillä Martan mielestä asukas on istunut hänen paikalleen. Tilanne päättyy nopeasti hoita-

jan tullessa tilaan. Hoitaja kysyy mistä sanaharkkaa on tullut, mutta toinen asukas ei osannut ilmaista sanoin mistä oli kyse. Martta kertoo tuohtuneeseen sävyyn, että istumapaikoista on tullut erimielisyyttä. Hoitaja ohjaa toisen asukkaan loitommalle istumaan ja kehottaa Marttaa istuutumaan paikalleen.

Neljästä havainnointipäivästä yhtenä päivänä yksikössä ovat vierailmassa vapaaehtoiset virikeohjaajat. Kohtaamistilanne kahden vapaaehtoistoimijan ja Martan välillä on lämmin ja ystävällinen. Martta osallistuu aktiivisesti vastailemalla kysymyksiin ja kuuntelemalla niin vapaaehtoisia kuin muita asukkaitakin. Toisen asukkaan kertoessaan omaa tarinaansa Martta naurahtaa ja kommentoi kuulemaansa muutamalla sanalla. Vapaaehtoisen ja asukkaan keskustellessa kahdestaan keskittyvät puheenaiheet lähes täysin asukkaan omiin kertomuksiin ja muistoihin. Ohjaaja esittää Martalle lisäkysymyksiä, mistä johtuen puheenaiheet saattavat vaihtua ja Martta alkaa kertoa uutta muistoa. Martta sekä ohjaaja hymyilevät ja naurahtelevat keskustellessaan keskenään.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkimukseen osallistuvaa henkilöä ja tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin siitä mahdollisesti aiheutuvan haitan. Keskeinen asia tutkimuksen kulussa on sen vapaaehtoisuus: osallistuvalla henkilöllä on mahdollisuus keskeyttää tutkimus omalta osaltaan missä vaiheessa tahansa. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) on laatinut myös erikseen ihmistieteisiin liitettäville aloille eettiset periaatteet. Periaatteet ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyyden – ja tiedonsuojan varmistaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä, sillä uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut ovat yhteydessä toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132).

Dementoituneen ihmisen oikeudellinen toimintakyky sekä itsemääräämisoikeuden toteuttaminen heikkenee sairauden edetessä. Dementoiva sairaus ei kuitenkaan heti poista henkilön itsemääräämisoikeutta, ja tämän takia perusolettamuksena on, että henkilö on oikeudellisesti toimintakykyinen, kykenevä tekemään valintoja ja osallistumaan itseään koskevien päätösten tekemiseen. Vaikka dementia vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn laaja- alaisesti, hänen ihmisarvoonsa se ei vaikuta. Näin ollen yleiset eettiset periaatteet ja tutkimuseettiset lähtökohdat koskevat myös dementiaoireisten henkilöiden parissa tehtävää tutkimusta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2006, 20–24.)

Tutkijalle oli tärkeää, että suostumus perustui tietoiseen suostumukseen, mikä tarkoittaa sitä, että tutkittava ja tutkittavan omainen tietävät täysin, mikä tarkoitus tutkimuksella on ja mitä asioita siihen liittyy (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 201, 219). Tutkimukseen osallistuvalla henkilöltä kysyttiin sekä suullinen että kirjallinen lupa tutkimuksen tekemiseen suostumuslomakkeen avulla (liite 2). Hänelle kerrottiin tarkkaan miksi, mitä, miten, kenelle ja milloin tutkimusta tehdään. Henkilölle kerrottiin myös tarkkaan, ettei

häneltä vaadita mitään tutkimukseen liittyen. Paikalla oli myös henkilön omainen, joka hänkin sai allekirjoittaa suostumuslomakkeen (liite 2). Henkilön ja hänen omaisensa oli mahdollista esittää lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen tapaamisen aikana ja sen ulkopuolella.

Ensisijainen luvan myöntäjä oli tutkimukseen osallistuva henkilö itse, mutta oli myös tärkeää, että omainen oli paikalla kuulemassa tulevasta tutkimuksesta. Tällä varmistettiin myös se, että jos osallistuva henkilö tai omainen haluaa keskeyttää tutkimuksen, on siihen mahdollisuus missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Mikäli osallistuva henkilö itse olisi halunnut keskeyttää tutkimuksen, olisi niin tehty, omaisen suostumuksesta huolimatta. Lupalomakkeesta otettiin kopiot ja jokaiselle osallistuvalla henkilölle annettiin oma versio: näin omaisen oli mahdollista ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään tarpeen tullen. Omaisen oli mahdollista olla normaalisti läsnä osallistuvan henkilön arjessa, ja tämä myös informoitiin omaiselle tarkasti. Omaiselta ja tutkimukseen osallistuvalla henkilöltä kysyttiin aina lupa liittyä heidän seuraansa, etenkin heidän viettäessään aikaa kahdestaan asukkaan huoneessa tai heidän ulkoillessaan.

Myös työelämäyhteyden henkilökuntaa tiedotettiin tulevasta tutkimuksesta asianmukaisen saatekirjeen muodossa (liite 3). Saatekirjeessä tuotiin ilmi tutkimuksen tarkoitus ja henkilökunnan rooli. Ilmoituksessa painotettiin sitä, että henkilökunnalle ei tule mitään velvoitteita tutkimukseen liittyen. Kirjeessä painotettiin myös, että tutkimuksen kohteena eivät ole hoitajat tai hoitotyö vaan pelkästään asukas ja hänen arkensa. Myös henkilökunnalla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen opinnäytetyön tekijälle.

Tutkimuksen aineisto on kerätty erään yksityisen palvelutalon yksiköstä havainnoiden vain yhtä asukasta. Näin ollen tutkittavan tunnistettavuuden vuoksi on tärkeää varmistaa, että yksityisiä tutkittavia koskevia tietoja ei voida käyttää heidän haitakseen (Vehviläinen- Julkunen 2006, 28). Tästä johtuen opinnäytetyössä ei tule ilmi työelämäyhteyden nimeä tai paikkakuntaa, eikä tutkimukseen osallistuneen henkilön nimeä. Aineistoa säilytettiin erillisellä muistitikulla, johon oli pääsy vain opinnäytetyön tekijällä. Myös havainnointimateriaali, muu aineisto ja lupalomakkeet ovat salassa pidettävää tietoa ja ne hävitettiin opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen asianmukaisesti.

Tutkimusraportin laatimiseen liittyy myös erilaisia eettisiä haasteita. Näitä haasteita ovat plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi, toisten tutkijoiden vähättely ja mahdollisten tutkimusapurahojen väärinkäyttö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Yksi tärkeä raportointia ohjaava eettinen periaate on oikeudenmukaisuus ja se täyttyy, kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. Muita tärkeitä eettisiä periaatteita raportoinnissa ovat avoimuus, rehellisyys, tarkkuus sekä osallistujien suojele. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Tutkimusraportti on tuotettu rehellisesti ja avoimesti, ja kaikki tutkimuksen kannalta aiheellinen on kirjattu tulososioon niin kuin tutkija on asiat havainnoinut. Tutkimukseen osallistujaa on suojeltu asianmukaisin tavoin, muun muassa anonyymiteetin säilyttämisellä sekä tutkimusympäristön nimettömyydellä. Osallistujan suojele on kuitenkin tapahtunut niin, ettei tutkimustulosten laatu ole kärsinyt eikä kuvaus ole jäänyt yksinkertaiseksi.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on ehdotonta tutkimustoiminnan, tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Havainnoinnin avulla kerätyn aineiston luotettavuus perustuu erityisesti tutkijan perehtyneisyyteen havainnoinnin kohteesta, tutkijan ja havainnoitavan väliseen suhteeseen ja havainnointiin käytettyyn aikaan. Tyypillisesti havainnoinnin kohteena tai ympäristönä on hoitoyhteisö, johon tutkija on jo perehtynyt ammatillisen kokemuksensa perusteella. Tutuus voi olla etu, mutta myös haitta, etukäteisasenteiden vuoksi. Tutkijalla saattaa olla vahva ennakkokäsitys tulevista havainnoista, mikä saattaa tehdä tutkijan sokeaksi uusille ja odottamattomille asioille. Tutkijan tulee olla tietoinen näistä ennakkokäsityksistään ennen aineiston keräämiseen ryhtymistä, ja hänen tulee pyrkiä objektiivisuuteen havainnoinneissaan. Tutkijalle on tärkeää yhteisön luottamus ja näin ollen tutkittavien tulee olla varmoja siitä, että tuloksia ei käytetä heitä vastaan. Luotettavuus lisääntyy, jos tutkija arvioi raportissaan myös omaa asemaansa työyhteisössä. (Nieminen 2006, 217–218.)

Havainnointiin käytettävä aika on oltava riittävä ja yleisesti sopivana aikana pidetään sitä, kun ilmiöstä ei enää tule uutta esille. Havainnoinneista tulee tehdä muistiinpanoja ja kir-

joittaa päiväkirjaa. Näiden muistiinpanojen laatu on tärkeä luotettavuuden arvioinnin kriteeri ja näin ollen niissä ei tule esiintyä tutkijan omia tulkintoja tapahtumista, vaan asiat on esitettävä niin kuin ne on havaittu. (Nieminen 2006, 218.)

Tutkimuksessa käytetyn tutkimuskirjallisuuden tulee olla korkeatasoista ja lähteiden alkuperäisiä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 159). Kirjallisuuden valinnassa on käytettävä lähdekritiikkiä ja harkintaa. Kriittisyyteen on pyrittävä lähteitä valittaessa sekä niitä tulkitessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 109.) Opinnäytetyön lähteiden valitsemisessa on käytetty lähdekritiikkiä ja niitä on pyritty valitsemaan luotettavuuden mukaan. Lähteinä on käytetty myös yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, mutta harkiten, etenkin jos asiasta ei ole päivitettyä versiota tai asiasisältö ei ole muuttunut. Suoria lainauksia on käytetty ainoastaan silloin, kun se on ollut ehdotonta asiasisällön muuttumisen takia.

6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan arkea tehostetun palveluasumisen yksikössä. Osallistuvan havainnoinnin avulla pyrittiin saamaan vastauksia opinnäytetyölle laadituille tehtäville. Muistisairaahan arki koostui päivittäisistä toiminnoista kuten peseytymisestä, pukeutumisesta ja ravinnon saannista. Asukas katseli paljon televisiota, mutta muita varsinaisia virikkeitä arjessa oli vähän. Muistisairaalla oli useita kohtaamistilanteita eri henkilöiden kanssa päivittäin. Välillä kohtaamiset olivat positiivisia ja lämminhenkisiä, mutta välillä tilanteissa oli havaittavissa asukkaan osalta turhautuneisuutta ja kiukkua.

Tulosten perusteella muistisairaalla henkilöllä oli hyvin rutiininomainen päivä ja eräät toiminnot, kuten aamu- ja iltatoimet, tapahtuivat havainnointipäivinä samoihin aikoihin. Asukkaan arkeen kuuluivat aamupala, lounas, päiväkahvi sekä päivällinen, iltapalaa hän ei nauttinut minään havainnointipäivänä. Ruokailu toistui joka kerta lähes samoihin aikoihin yksikön yhteisessä ruokasalissa. Aktiviteetit ja päivittäiset toiminnot rakensivat muistisairaahan arjen ja samalla myös rytmittivät päivän sisällön. Arkeen kuului myös virikkeitä sekä omaisen vierailua. Muistisairas oli selvästi sisäistänyt arjen rytmityksen, sillä suurimmaksi osaksi hän suoritti samat toiminnot oma-aloitteisesti samoihin aikoihin jokaisena havainnointipäivänä.

Asukas vietti paljon aikaa yhteisissä tiloissa katsellen televisiota toisten asukkaiden kanssa kuitenkin ottamatta kontaktia muihin kuin yhteen asukaskaveriin. Asukkaan päivä kului parina havainnointipäivänä pelkällä olemisella. Myös eräs tutkimustulos osoittaa, että hoitokodissa asuvat asukkaat suurimmaksi osaksi viettävät päiväänsä kerääntyneenä yhteiseen tilaan. Sen sijaan joka päivä toistuvat aktiviteetit tarjoaisivat vakautta ja selkeyttä asukkaalle. Muistisairaiden asukkaiden antaessa tehdä jokapäiväisiä askareitaan, joita tekivät kotona asuessaan, saatiin heidän aikaisempaa elämää ja muistoja yhdistettyä nykyhetkeen. Tämä toiminta antoi myös jatkuvuuden ja hyvinvoinnin tunteen asukkaalle. (Zadelhoff, ym. 2011.)

Muistisairaana arjessa oli muutamia virikkeitä, kuten television katselu ja keskusteluhetket, mutta varsinaisia spontaaneja viriketuokioita ei juuri ollut. Ulkopuoliset virikeohjaajat pitivät yhtenä iltapäivänä yhden tuokion asukkaiden kanssa, mutta muita järjestettyjä virikehetkiä ei ollut. Asukas hyvin pitkälti seurasi ympäristössään tapahtuvia asioita, jututeli välillä asukaskaverin kanssa, torkkui tuolissa ja katseli televisiota. MielenMuutos-hankkeen (2007- 2010) elämänlaadun havainnointiaineistosta ilmeni myöskin, että pitkäaikaishoidon asukkaiden arki oli olemista vailla toimintaa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 105–113.). Toiminnan mahdollisuuksien puuttuminen, vuorovaikutussuhteiden niukkuus ja asukkaiden tarpeiden sivuuttaminen olivat kytköksissä muistisairaiden käytösoireisiin ja huonoon elämänlaatuun. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 105–113.) Asukkaiden pakotettu passiivioleilu on kulttuurivajetta, jota päiväsalin aukinainen televisio ei täytä. Erilaiset virikkeet virittävät asukkaan mielikuvitusta, muistia, motoriikkaa ja iloa. Näitä virikkeitä voivat olla mielimusiikin kuuntelu, maalaaminen, piirtäminen ja laulaminen. Eräässä palveluasumisen yksikössä on alettu pitämään aamutuokioita, joita jokainen työntekijä vetää vuorollaan. Tarkoituksena on tuottaa sisältöä arkeen ja aktivoida asukkaita. Tuokiot voivat koostua esimerkiksi liikunnasta tai laulamisesta. (Numminen 2011, 21.)

Muistisairaalle oli erittäin mielekästä ja tärkeää muistella vanhoja asioita ja kertoa omia muistojaan omasta elämästään. Eräässä tutkimuksessa tarkasteltiin muistisairaiden asiakkaiden merkityksellisiä aktiviteetteja palveluasumisen yksikössä. Merkityksellisiksi aktiviteeteiksi osoittautuivat muisteleminen, perhe ja sosiaaliset aktiviteetit, musiikkipainotteiset aktiviteetit ja yksilölliset aktiviteetit. Asukkaiden mielestä aktiviteettien merkityksellisyyden vaikuttivat niiden pohjautuminen asukkaiden arvoihin ja uskomuksiin, jotka liittyivät heidän aikaisempiin rooleihin. Nauttiminen, identiteetin ja kuulumisen tunteen

vahvistaminen, vaikutus hyvinvointiin, arvostuksen tunne ja tunne aktivoinnista; nämä tekijät vaikuttivat hyvin vahvasti siihen mikä aktiviteetista teki mielekkään ja merkityksellisen asukkaalle. (Harmer & Orrel 2008.)

Asukkaan arkeen sisältyi paljon television katselua, varsinaisia virikkeitä oli havainnointipäivinä muutamia. Hoitotyöhön meni päivän aikana yhteensä noin tunti ja kymmenen minuuttia, ruokailuihin meni vajaa kaksi tuntia, television katselua oli noin seitsemän tuntia ja unta asukkaalle kertyi arviolta 10- 12 tuntia, lukuun ottamatta yhteisissä tiloissa torkkumista. Asukas oli huoneessaan yksin noin puoli tuntia vuorokauden aikana, lukuun ottamatta yöaikaa, ja kahdenkeskistä aikaa hoitajan kanssa oli noin tunnin verran. Omaisen kanssa kahdenkeskistä aikaa yhtenä kertana oli hieman yli tunti. Topon ym. (2007) tutkimuksessa ilmeni että noin kaksi kolmannesta ajasta asukkaiden ajasta kului perustointoihin ja oleskeluun ilman muuta näkyvää toimintaa. Eniten aikaa kului ruokailuun, vuorovaikutukseen, seuraamiseen ja fyysisiin hoitoihin. (Topo ym. 2007, 64.)

Asukkaan fyysiset tarpeet huomioitiin jokaisena havainnointipäivänä huolehtimalla aamuisesta ja iltaisesta hygieniatarpeesta. Asukasta avustettiin pukeutumisessa ja hänen erittämistään huolehdittiin. Havainnointipäivien aikana hänelle tarjottiin viisi kertaa ravintoa: aamupala, lounas, päiväkahvi, päivällinen ja iltapala. Fyysisiin tarpeisiin vastattiin jokaisena havainnointipäivänä lähes samaan aikaan, ja aloite lähti joko asukkaasta itsestään tai hoitajista. Asukasta avustettiin toimissa siinä määrin, että työote oli asukasta kuntouttavaa. Asukkaan annettiin mahdollisimman paljon tehdä itse ja apua tarjottiin vasta silloin kun asukas sitä pyysi tai kun tilanne sitä vaati.

Muistisairas asukas ruokaili neljän hengen pöytyeessä ruokasalimaisessa tilassa. Ruoka tuli palvelukeskuksen omasta keittiöstä lämpökärryillä yksikköön. Jokaiselle asukkaalle annosteltiin ennalta annokset lautaselle ja ne tuotiin suoraan pöytään. Asukkaalle itselleen ei annettu mahdollisuutta päättää lautasen sisällöstä, tai juomisesta, sillä ne olivat jo valmiiksi aseteltu. Ruokailu oli sosiaalinen tapahtuma, vaikka asukas itse ei juuri toisten ruokailijoiden kanssa keskustellut. Eräässä tutkimuksessa oli havainnointia kahta tapaa järjestää ruokailu hoitokodissa iäkkäillä henkilöillä; ennalta katettu -tyyli, jossa tarjotin oli lastattu ennen asukkaalle antoa sekä perhe -tyyli, jossa kulhot tai ruoka olivat pöydän keskellä, josta asukkaat joko itse saivat ottaa, tai joku ulkopuolinen ojensi ruokaa lautaselle. Perhe-tyylissä asukkailla oli mahdollisuus kommunikoida enemmän sekä tukea ja auttaa toisiaan koko ruokailun ajan. Perhe-tyyli myös kohotti asukkaiden elämänlaatua

itsenäisen toimimisen myötä sekä paransi asukkaiden hienomotoriikkaa. (Barnes ym. 2012.)

Kyseistä tyyliä olisi mahdollista myös soveltaa erilaisissa palveluasumisen yksiköissä, joissa ruokailaan yhdessä yhteisessä tilassa. Päiväkahvit olisi mahdollista järjestää niin, että kahvit ja muut oheistuotteet nostettaisiin keskelle asukkaiden pöytää. Näin ollen heidän jokaisen olisi mahdollista ottaa sitä, mitä itse haluaa ja sen verran kuin haluaa. Samalla toimintakyvyltään parempikuntoiset voivat auttaa pöydässä apua tarvitsevia asukkaita. Hoitajien taas on mahdollista avustaa niitä asukkaita, jotka apua eniten tarvitsevat.

Asukas kävi avustettuna vessassa kolme kertaa vuorokauden aikana: aamulla, keskipäivällä ennen lounasta sekä illalla ennen nukkumaanmenoa. Muistisairaalla oli käytössään inkontinenssisuoja yötä päivää. Normaalisti nesteitä nauttiva ihminen virtsaa noin yhdestä kahteen litraa päivässä. Ihmisen virtsarakon koko on 500 ml, joten virtsaamisen tarvetta esiintyy noin kolmesta viiteen kertaa päivän aikana. (Saarelma 2015.) Vaikka virtsaamiskäynnit olivat mahdollisesti riittävät asukkaalle verraten hänen päivittäiseen nesteen saantiin, voisi vessakäyntejä lisätä päivään esimerkiksi yhden lisää. Näin muistisairasta saataisiin aktivoitumaan ja liikkumaan enemmän, ja hän saisi myös lisää kahdenkeskistä aikaa hoitajan kanssa päivän aikana.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, millä välillä asukas sai ruokaa ja kuinka pitkiä ruokailu-aikojen välit olivat. Tulosten mukaan asukkaan iltapalan ja aamupalan välinen aika oli miltei 15 tuntia. Tulokseen vaikuttaa asukkaan oma valinta olla nauttimatta iltapalaa. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien henkilöiden ravitsemussuosituksissa on ilmennyt, että mikäli asukkaan yöllinen paasto on 15 tuntia ja kaikki päivän ateriat tarjotaan 10 tunnin sisällä, jää asukkaan energiansaanti pieneksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28.) Asukkaan ruokailuvälit olivat noin kaksi ja puoli tuntia, ne ajoittuivat aamu kahdeksan ja ilta viiden välille, sillä asukas ei iltapalaa syönyt.

Ikääntyneen nesteensaanti on myös erittäin tärkeää, sillä janon tunne saattaa heikentyä iän myötä. Nesteitä suositellaan juotavan noin viidestä kahdeksaan lasillista päivässä, ruokien mukana saatavien nesteiden lisäksi. (Hakala 2015.) Asukkaiden nesteen juomista tulisi muistuttaa tasaisin väliajoin, jotta suositellut annokset täyttyisivät päivän aikana. Näin ollen asukkaille voisi viedä esimerkiksi tunnin, tai kahden tunnin välein lasillisen nestettä. Välillä tarjoten vettä ja välillä esimerkiksi mehua, tai sitä mitä asukkaan sillä

hetkellä tekee mieli. Toiminnan avulla hoitajat pystyisivät tukemaan muistisairaiden neusteensaantia päivän aikana.

Muistisairas asukas vietti paljon aikaa yhteisissä tiloissa monen muun asukkaan kanssa, mutta ei itse vapaaehtoisesti ottanut kontaktia muihin. Vaikka asukkaan ympärillä oli muita henkilöitä, hän oli kuitenkin suurimman osan ajastaan yksin. Simosen (2012) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat potilaan yksinäisyyttä myös omana valintana, sillä potilas itse valitsee yksinolonsa. Myönteiseen yksinäisyyden kokemukseen liittyvät tyytyväisyys, rauhallisuus ja turvallisuus. (Simonen 2012.) Muistisairas asukas näytti ulkoapäin olevan suurimman osan ajastaan tyytyväinen ja rauhallinen. Muistisairaalla olisi ollut mahdollisuus viettää päivänsä omassa huoneessaan ja katsella siellä televisiota, mutta jokaisena havainnointipäivänä hän vietti suurimman osan ajastaan yhteisissä tiloissa. Olettavasti asukas halusi myös olla yksin, sillä hän ei jutellut kuin valittujen ihmisten kanssa. Muistisairasta ei myöskään pakotettu olemaan ryhmässä, etenkin jos hän ei sitä vapaaehtoisesti halunnut. On mahdollista, että asukas koki olonsa yksinäiseksi vaikka vietti aikaansa yhteisissä tiloissa muiden asukkaiden ympäröimänä. Hänellä ei ollut aina juttukaveria ja kun sellainen ilmaantui, hän mielellään alkoi puhumaan esimerkiksi säästä. Muistisairas kuitenkin jutteli paljon ja jakoi omia muistojaan juurikin hoitajan, asukaskaverin ja omaisen kanssa ja kun kaveria ei ollut, hän katseli televisiota puhumatta kenellekään muulle.

Muistisairaalta kysyttiin hoitotoimien yhteydessä lupaa auttaa pienissä pesuissa ja ihon rasvauksessa. Asukkaan mielipide huomioitiin kysymällä mitä hän itse halusi tehdä ja pestä. Tarhosen (2013) tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät henkilön itsemääräämisoikeuden kunnioittamista tärkeänä arvona, vaikka se ei käytännössä aina toteudu hoitotyössä. Hoitajat saattavat joutua pakottamaan henkilön tekemään jotain vastoin hänen tahtoaan vaikka he tiedostavat että toiminta olisi hyväksi ikääntyneelle. (Tarhonen 2013.) Lehtosalon (2014) tutkimuksessa ilmeni, että itsemääräämisoikeutta ja osallistumista tukevat kokemukset olivat valinnanmahdollisuuksista nauttiminen, onnistumisen ilo oma-toimisuudesta, autonomian tunne sekä virkistyminen ja sosiaalisuus ohjelmatarjonnasta. Muistisairas oli selvästi tarkka omasta ulkonäöstään, hän kohensi hiuksiaan aina kun oli tilaisuus ja hän valitsi itse mieluisat asusteet päällensä. Asukkaan ollessa niinkin tarkka ulkonäöstään, olisi häneltä voinut tiedustella aamuisin myös vaatevalintoja. Tällä mielihyvyyden huomioimisella asukas olisi voinut vaikuttaa vieläkin enemmän omaan ulkonäkönsä ja kokea mielihyvää omista valinnoistaan liittyen esimerkiksi pukeutumiseen.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni kuitenkin, ettei aivan jokaisessa asiassa asukkaan mieli-
pidettä kysytty häneltä itseltään, vaikka siihen olisi ollut mahdollisuus. Esimerkiksi jo-
kaisella ruokailukerralla tuli asukkaan eteen valmiiksi lastatut tarjottimet. Entäpä jos yh-
tenä aamuna asukas olisikin halunnut puuron sijaan pelkästään leivän ja kahvia? Muisti-
sairaat ovat usein oikeudellisesti heikommassa asemassa, mutta niin kauan kuin ihminen
ymmärtää kysymyksessä olevan asian, tulee hänen tekemilleen ratkaisuilleen antaa etu-
sija. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei poistu sairauden vaikeassakaan vai-
heessa. (Nikumaa 2013, 12.) Norjassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että dementiaa sai-
rastavilla henkilöillä oli kyky ilmaista toiveitaan ja he halusivat tehdä päätöksiä liittyen
jokapäiväiseen elämään, mutta heille ei siihen aina annettu mahdollisuutta. Tutkimukseen
haastatellut henkilöt kokivat, etteivät he olleet tästä syystä yksilöllisiä eikä heillä ollut
itsemääräämisoikeutta. Myös heidän arvokkuuden tunteensa oli vähentynyt. (Heggestad,
ym. 2013.) Vaikka ennalta olisi tiedossa mitä juotavaa asukas yleensä juo lounaalla tai
kuinka monta sokeripalaa hän haluaa kahvinsa sekaan, niin siitäkin huolimatta häneltä
voisi jokaisella kerralla kysyä erikseen mielipidettä siitä mitä hän haluaisi juoda tai syödä.

Hoitajat käyttivät asukkaalle muistelua apuna sekä hoitotyössä että virikkeellisessä toi-
minnassa. He auttoivat asukasta itseään muistelemaan ja kertomaan ääneen esimerkiksi
kuinka heikko toimintakyky hänellä oli ennen asumisyksikköön muuttamista ja kuinka se
oli siellä olo aikana muuttunut paremmaksi. Hoitajat pyrkivät elokuvien ja sarjojen avulla
nostattamaan keskustelua yhdessä asukkaiden kanssa heidän omista muistoistaan liittyen
elokuvan tai sarjan aiheeseen. Samoin tekivät ulkopuoliset virikeohjaajat tuodessaan
luonnonkukan näyttille. Muistisairas kertoi mielellään ja vieläpä yksityiskohtaisesti omia
tarinoitaan ja kokemuksiaan niin hoitajille kuin virikeohjaajille. Cooneyn ym. (2014) tut-
kimus tuloksissa selvisi, että asukkaan elämänhistorian tunteminen ja asukkaan kanssa
muistelu auttoivat henkilökuntaa ymmärtämään asukasta paremmin. Henkilön tarinan
tunteminen auttoi myös kohtaamaan asukkaan yksilönä ilman muistisairausdiagnoosia.
Henkilökunta sai muistelun avulla tietää asukkaalle mieluisat ja epämieluisat asiat, elä-
mänhistorian, saavutukset sekä ilot ja surut. (Cooney, ym. 2014.)

Muistisairas muisteli eri henkilöiden kanssa omaa menneisyyttään eikä hän koskaan ah-
distunut kertoessaan hänelle sattuneita tapahtumia, pikemminkin päinvastoin. Eräässä
tutkimuksessa selvitettiin tarinankerronnan merkitystä muistisairaalle. Tuloksissa ilmeni,
että henkilö, joka aluksi oli hämmentynyt ja hukassa, rauhoittui päästessään kertomaan

lapsuudestaan ja aviomiehestään ulkopuoliselle henkilölle. Tarinankerrontatilanteessa muistisairas oli ammattilainen ja se oli asia, jossa hän pärjäsi, sillä kukaan ei voinut korjata hänen omaa tarinaansa hänen omista kokemuksistaan. Tarinankerronta antaa tunteen selviytymisestä, turvallisuudesta ja pysyvyydestä omassa kaoottisessa elämässä. Tarinankertojasta tuli aktiivinen osallistuja omassa elämässään eikä vain passiivinen asukas joka istui nukkuen tuolissaan odottaen seuraavaa ruokailua. (Heggestad & Slettebø 2015.)

Asukkaan arkeen sisältyi vahvasti myös omaisen läsnäolo ja yhdessä koetut aktiviteetit. Asukas ja omainen viettivät jokaisella tapaamiskerralla kahdenkeskistä aikaa ja keskustelivat nykyhetkestä sekä menneistä ajoista. Ilmapiiri oli aina positiivinen, vierailuhetkinä asukas ja omainen keskittyivät positiivisiin asioihin ja he palasivat puheissaan vuosikymmeniä ajassa taaksepäin. Asukas silminnähdessä nautti omaisensa seurasta. Omainen vieraili kahtena havainnointipäivänä ja kummallakin kerralla heillä oli eri aktiviteetit. Holopaisen ja Siltasen (2015) tekemässä tutkimuksessa huomioitiin omaisten ja läheisten tärkeys muistisairaalle. Hyvät suhteet läheisiin vahvistavat asukkaan itsetuntoa, ja kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen kohottavat muistisairaahan elämänlaatuaan. (Holopainen & Siltanen 2015.)

Päivän aikana asukkaalla oli monia erilaisia kohtaamistilanteita eri henkilöiden kanssa. Kohtaamistilanteita oli hoitajien, omaisen, muiden asukkaiden ja ulkopuolisten henkilöiden kanssa. Pääasiassa kohtaamiset olivat lämminhenkisiä ja ystävällisiä, sekä toista kunnioittavia. Asukas pystyi hyvin kommunikoimaan sanallisesti, vain ollessaan tuhtunut, hän ei pystynyt muodostamaan loogista lausetta. Muistisairas katsoi aina hänelle puhuttaessa toista silmiin, ainoastaan tuhtuneena ollessaan käänsi katseensa pois. Asukas piti keskusteluhetkestä ja usein aloitti itse keskustelun hänelle tutun henkilön kanssa.

Asukas oli väistämättä päivittäin kontaktissa hoitajiin. Muistisairas osoitti heille huolensa ja pelkonsa esimerkiksi aamuisin toimien yhteydessä. Hoitajien empaattinen kohtaaminen ja levollinen äänensävy saivat asukkaan ajatukset omasta pärjäämättömyydestä positiivisempiin asioihin. Hoitaja puhui muistisairaalle kuin kelle tahansa aikuiselle; ystävällisesti, kunnioittavasti ja toista loukkaamattomasti. Kohtaamistilanteissa esille nousivat kiireettömyys sekä riittävän ajan antaminen. Tarhosen (2013) ja Topon ym. (2007) tutkimustuloksissa ilmeni ajan antamisen merkitys, joka on onnistuneen hoitotyön ja vuorovaikutuksen edellytys. Muistisairaahan saadessa hoitohenkilökunnalta arvostusta, kuulluksi

tulemisen tunnetta sekä tunnetta että hänet otetaan vakavasti; vaikuttivat hänen omakuvaansa ja omanarvontunteeseensa. Ammattiauttajien asenteet ja käytös vaikuttivat ratkaisevasti muistisairaahan omanarvontunnon säilymiseen. (Tranvåg, Petersen & Nåden 2015.)

Muistisairaahan ja hoitajan väliset keskustelun aiheet olivat vallitseva säätö, tulevan päivän sisältö sekä asukkaan menneisyys. Hoitaja oli keskusteluissa läsnä myhäilemällä ja nyökkäilemällä asukkaan sanomisille, hoitaja esitti yleensä lisäkysymyksiä asukkaalle. Hoitajat koskettivat myös hoitotoimien ulkopuolella asukasta, yleensä muistisairaahan olkapäätä. Kosketusta esiintyi yleensä asukkaan tuntiessa toivottomuutta ja heikkoutta. Asukas oli aina kiitollinen hoitajille saamastaan avusta. Tuottuneessa mielentilassa muistisairas ei osannut täysin ilmaista tunteidensa syytä. Myöskään hoitaja ei osannut asukasta auttaa kommunikaatiovaikeuksien takia. Elorannan (2013) artikkelia varten olivat hoitajat kirjoittaneet tarinoita muistisairaahan kohtaamisesta. Tarinoista ilmeni, että hoitajat olivat huomioineet pienten hetken tärkeyden muistisairaahan päivässä. Kohtaamiseen liittyi hoitajan aito läsnäolo, ja hetkeen pysähtyminen viestitti muistisairaalle kiireettömyyttä sekä rauhaa. Jokaisen hoitajan oli mahdollisuus vaikuttaa tapansa millä muistisairaahan kohtaa: kehonviesti, ilmeet, eleet sekä läheisyys viestittivät asukkaalle turvaa. (Eloranta 2013.)

Muistisairas ja hoitaja yhdessä käyttivät huumoria päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa. Huumoria esiintyi hymyn, naurun ja muun hyvän mielen nostattajana päivittäisessä elämässä. Välillä asukas tai hoitaja laskivat leikkiä ja välillä hymyilivät ilman erityistä syytä. Pieni huumoripitoinen ele nostatti selvästi muutoin seesteistä tunnelmaa. Häyhä (2013) tutki hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden hoitotyössä. Tuloksissa esitetään, että hoitajat pyrkivät huumorin avulla keventämään tunnelmaa ja lisäämään asukkaille iloa elämään. Huumorin avulla he vapauttivat myös tunnelmaa vaikeissa tilanteissa. Myös muistisairaat kertoivat hauskoja vitsejä tai tarinoita kummelluksista joita oli itselle aikoinaan tapahtunut. Huumori liittyi hoitajien mielestä tilannekomiikkaan, jolloin huumoria ilmeni toiminnallisissa tilanteissa spontaanin huumorin kautta. (Häyhä 2013, 26–30.)

Muistisairas ei keskustellut vapaaehtoisesti muiden kuin yhden asukkaan kanssa. Muistisairaalla oli muutama konfliktitilanne toisen asukkaan kanssa, mutta väliin tuli aina hoitaja rauhoittamaan tilannetta. Toinen riidan osapuoli ei osannut enää ilmaista itseään ymmärrettävin lausein ja näin ollen heidän välilleen syntyi myös väärinkäsityksiä. Muistisairas viihtyi vain yhden asukaskaverin seurassa. Heidän välinen vuorovaikutus perustui

toisen kuuntelemiseen, silmiin katsomiseen ja rauhallisiin keskusteluihin. Asukas myös usein kosketti asukaskaveriaan ja kuiskutteli hänelle hymy huulillaan. Ryhmätilanteissa muistisairas kuunteli toisia asukkaita, mutta lähes heti kun oli mahdollisuus, hän halusi kertoa myös oman tarinansa.

Muistisairas oli jokaisella tapaamiskerralla iloinen nähtyään omaisensa. Omaisen ja asukkaan välinen kohtaaminen oli lähes poikkeuksetta aina lämminhenkinen, iloinen ja positiivissävytteinen. Muistisairas silminnähden nautti omaisen kanssa vietetystä ajasta ja he viettivätkin paljon aikaa kahdestaan keskustellen monenlaisista asioista. Phinneyn ym. (2007) tutkimuksessa tutkittiin lievää muistisairautta sairastavien aktiviteettien merkityksiä. Yhtenä tuloksena oli sosiaalisten yhteyksien tärkeys muistisairautta sairastavalle ihmiselle. Perheenjäsenet tarjosivat tärkeitä vuorovaikutustilanteita muistisairaalle ja henkilöt arvostivat jo pelkästään ajanviettoa toisen kanssa joka oli hänelle rakas, ja jolle hän oli rakas. (Phinney ym. 2007.)

Opinnäytetyön tuloksissa selviää muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisuus; mitä fyysisiä ja konkreettisia asioita ihminen tarvitsee selviytyäkseen päivittäisestä elämästään, millaisista asioista henkilö nauttii, mitkä asiat saavat muistisairaahan huonolle tuulelle ja millaisia ihmissuhteita hänelle on rakentunut. Ihminen on sairauksistaan huolimatta olemassa tajunnallisesti ja kehollisesti, ja hän on suhteessa omaan elämäntilanteeseensa (Rauhala 2014, 32–33).

Opinnäytetyön tekijän oman oppimisen kannalta oli relevanttia käydä yleisimmät muistisairaudet melko tarkasti läpi teoriaosuudessa. Myös muun teorian tarkempi tarkastelu antoi pohjaa varsinaisia havainnointipäiviä varten. Perusteellinen pohjatyö auttoi tekijää myös ymmärtämään kentällä tehtävää havainnointityötä sekä karistamaan ennako-odotukset itse havainnoinnista työpöydälle. Työn kattava teoriaosuus tukee tutkimustuloksia ja auttaa myös ymmärtämään tuloksia paremmin.

6.4 Jatkotutkimusehdotus

Opinnäytetyöhön osallistunut muistisairas oli fyysisesti liikuntakykyinen eikä hänen muistisairautensa ollut vielä kovin vaikeaksi edennyt. Jatkotutkimusehdotuksena on tut-

kia pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan asukkaan arkea tehostetussa palveluasumisen yksikössä. Muistisairaana, jonka puheentuotto ja ymmärtäminen ovat selvästi alentuneet sekä fyysinen toimintakyky miltei kokonaan hiipunut. Miltä vaikeasti muistisairaana henkilön arki näyttää, millaisia toimintoja, kohtaamisia ja virikkeitä hänen arkeensa sisältää.

LÄHTEET

Adams, T. 2008. Dementia care nursing. Promoting well-being in people with dementia and their families. Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.

Ageing and health. 2015. World Health Organization. Luettu 27.5.2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

Alzheimer's Association 2016. Aivokierros. Luettu 18.4.2016.
http://www.alz.org/brain_finnish/01.asp

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2014. Sairaanhoito ja huolenpito. 10. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 410–473.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOYpro Oy.

Atula, S. 2015. Lewyn kappale -tauti. Luettu 20.5.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Luettu 20.5.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Barnes, S., Wasielewska, A., Raiswell, C. & Drummond, B. 2012. Exploring the meal-time experience in residential care settings for older people: an observational study. Health and social care in the community. 2013. 21 (4).

Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan F. & O'Shea. 2014. "Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. Journal of clinical nursing.

Downin oireyhtymä. 2010. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kehitysvammalääkärit- Finlands läkare för utvecklingsströda ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 28.8.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50027>

Downs, M. & Bowers, B. 2008. Excellence in Dementia Care. Research into Practice. England: The McGraw-Hill Companies.

Ehrenfreuchter, C., Fallert- Müller, A., Fernholz, D., Hoffmann, G., Meinrenken, S. & Rose, T. 2013. Muistatko vielä minut? Apua ja neuvoja muistihäiriöiden hoitoon ja ehkäisyyn. Suom. Ristolainen, S. Helsinki: Oy Valitut Palat – Reader's Digest Ab.

Eloniemi- Sulkava, U. 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen hoidon kokonaisuus: Kuinka vastaan muistisairaahan ihmisen tarpeisiin hoidossa? Memo-lehti 4/2011. Luettu 13.7.2016. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=136&issue=2011-04>

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 232–246.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Pohdinta ja johtopäätökset. Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011 (toim.). MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos –tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. 105–113.

Eloranta, S. 2013. Parasta mitä voimme toiselle ihmiselle antaa on aito kohtaaminen. Memo-lehti 2/2013. Luettu 24.8.2016.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=29&issue=2013-02>

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2007. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., Launes, J. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2.-3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 356–378.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–22.

Erkinjuntti, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Käypähoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 5.5.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01587>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10. painos. Tampere: Kustannusosekyhtiö Vastapaino. 99–104.

Granö, S. & Pikkarainen, A. 2011. Työikäisen muistisairaahan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) 1. painos. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy. 331–340.

Haapala, N. 2015. Muistisairaahan osallisuus laadullisessa tutkimuksessa. Teoreettinen tutkimus laadullisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuudesta muistisairaille. Lapin yliopisto. Sosiaalityö. Pro gradu.

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Luettu 10.8.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin tauti – yleisin muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 1. painos. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 264.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014a. Muistisairaahan hyvä arki. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 1. painos. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 132.

- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014b. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 1. painos. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 85–96.
- Harmer, B. J. & Orrell, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental Health*. (5) 12. United Kingdom: Taylor & Francis Group.
- Heggestad, A., Nortvedt, P. & Slettebø, Å. 2013. ”Like a prison without bars”: Dementia and experiences of dignity. 20(8). *Nursing ethics*.
- Heggestad, A. & Slettebø, Å. 2015. How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling- a case study. 24(15/16). *Journal of clinical nursing*.
- Heikkinen, H.L.T. 2015. Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. *Ikäkuonoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 149–167.
- Heimonen, S. & Laine, M. 2011. Logoterapeuttisen ajattelun mahdollisuudet muistisairaiden ihmisten hoidossa. *Memo-lehti* 1/2011. Luettu 4.12.2015.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=96&issue=2011-01&lang=fi>
- Heimonen, S. 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) *Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille*. Helsinki: Stakes. 81–103.
- Helo, K. 2014. Läheinen muistisairaahan toimintakyvyn ja hyvän arjen tukijana. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Bookwell Oy. 134–137.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 105–118.
- Hohenthal- Antin, L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: PS-kustannus. 23–29.
- Holopainen, A. & Siltanen, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. *Muistiliiton julkaisusarja* 1/2015. Luettu 23.8.2016
http://www.muistiliitto.fi/files/1214/4067/8557/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf
- Huttunen, M. 2015. Dementia. Luettu 6.11.2015.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358)

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 42–56.

Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu.

Ikääntyminen ja muisti. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimus ja asiantuntijatyö. Luettu 28.5.2016.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finger-tutkimus-hanke/ikaantymisen-ja-muisti>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 490–528.

Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 520–529.

Juva, K. 2011. Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy. 110–155.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Luettu 20.5.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 68–91.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 211–228.

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Luettu: 20.11.2015.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto. 2011. Kuluttaja- asiamiehen linjaus. Vanhusten palveluasumista koskevat elinkeinonharjoittajan ja kuluttajan väliset sopimukset. Päivitetty 19.12.2015. Luettu 26.5.2016.

<http://www.kkv.fi/ratkaisut-ja-julkaisut/julkaisut/kuluttaja-asiamiehen-linjaukset/toimialakohtaiset/vanhusten-palveluasumista-koskevat-elinkeinonharjoittajan-ja-kuluttajan-valiset-sopimukset/>

Kivelä, S-L. 2014. Muistisairaana arvokas arki. Sirkka-Liisa Kivelän luentomateriaali Muistisairaanhoidon 2014 tapahtumassa. 27.10.2014. Julkaistu 28.10.2014. Luettu 9.8.2016. <http://www.slideshare.net/mikkohaarala/kivel-2710>

- Kohdaten. Opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa. 2013. Luettu 7.5.2016.
<http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. 1. painos. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ymmärrä- tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. 6/2002. 2. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Luettu 26.5.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1
- Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu.
- Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2014. Muistisairaana hyvän elämän toteutuminen asumismuodosta riippumatta. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 1. painos. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 213.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy. 266–289.
- Medina, A. V., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhusten hoito. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. 11–31.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137–147
- Muistiliitto. 2016a. Muistisairaudet. Päivitetty 20.5.2016. Luettu 15.5.2016.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>
- Muistiliitto. 2016b. Muistisairaana kohtaaminen. Päivitetty 16.5.2016. Luettu 20.5.2016.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaana-ihmisen-kohtaaminen/>
- Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 6.11.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>
- Mäki- Petäjä- Leinonen, A. 2006. Dementian vaikutuksesta oikeudelliseen toimintakykyyn. Teoksessa Topo, P. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Helsinki: Valopaino Oy. Luettu 28.7.2016. 20–23.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77099/T21-2006-VERKKO.pdf>

- Mönkäre, R. 2014a. Muistisairaahan hyvän elämän osa-alueita. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 134.
- Mönkäre, R. 2014b. Muistisairaahan kohtaamisen peruseriaatteita. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 86–87.
- Mönkäre, R. 2014c. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten kohtaaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 87–88.
- Mönkäre, R. 2014d. Muistisairaahan psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 102–103.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.- 4 painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy. 215–221.
- Nikumaa, H. 2013. Pääseekö muistisairas ihminen oikeuksiinsa? Edunvalvonnan haasteet ja kehittämisen tarpeet. Memo-lehti 3/2013. Luettu 28.7.2016.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=34&issue=2013-03&lang=fi>
- Nukari, T. 2014. Esimerkkejä muistisairaahan toimintakykyä tukevista harjoitteista. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 153–156.
- Numminen, A. 2011. Kulttuurivaje ja sen täyttäminen hoivakodissa. Teoksessa Numminen, A., Eloniemi-Sulkava, U., Topo, P. & Valtonen, H. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? Tieteessä tapahtuu 6/2011. Luettu 21.8.2016.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/4409/4147>
- Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy. 189–197.
- Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale-tauti. 2010. Käypä hoito –suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.4.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01604>
- Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). 2010. Käypä hoito –suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.5.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592>
- Phinney, A., Chaudhury, H. & O'Connor, D. L. 2007. Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. 11(4). Aging and Mental Health.

- Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer- Paino Oy. 42–68.
- Pirttilä, T. 2006. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 11–21.
- Pitkälä, K. & Laakkonen, M-L. 2015. Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 495–505.
- Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119–136.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165–171.
- Saano, S. & Taam- Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. 1.- 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 535–536.
- Saarelma, O. 2015. Tiheävirtsaisuus (pollakisuria) ja yliaktiivinen rakko. Luettu 24.8.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00929
- Simonen, H. 2012. Iäkkäiden potilaiden yksinäisyyspitkäaikaisessa sairaalahoidossa-hoitajien näkökulma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Helsinki: Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 81–89.
- Sormunen, S., Eloniemi- Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, Päivi. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 125–136.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301
- Sulkava, R. & Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Publishing Oy. 81–116.
- Sulkava, R., Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Mini-Mental State Examination -testi (MMSE). Ohjeet testin tekemiseen. Suomen muistiasiantuntijat. 3/2007. Helsinki: Novartis Finland Oy. 3–4. Luettu 25.5.2016. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE%20ohjeet%20testin%20tekemiseen.pdf>

Suutama, T. 2013. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 216–226.

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä- Suomen yliopisto. Terveystieteidentiedekunta. Pro gradu.

Tilastokeskus. 2016. Väestö iän mukaan, 2015 lopussa. Päivitetty 1.4.2016. Luettu 27.5.2016. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Helsinki: Stakes.

Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, N. 2015. Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. 22(5). Nursing Ethics.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 28.7.2016
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 28.7.2016
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus. 117–181.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuosituksat ikääntyneille. Luettu 10.8.2016.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Vanhuspalvelulaki 980/2012.

Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.- 4 painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy. 26–34.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypähoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito –työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Luettu 4.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=nix01676>

Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit. 81–115.

World Health Organization. 2016. Dementia. Luetu 12.8.2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., Rossum, E. & Abma, T. 2011. Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of clinical nursing*.

LIITTEET

Liite 1. Havainnoinnin teemat

Aktiviteetit

- Virikkeet: lehden lukua, ulkoilua, käsitöitä, liikeharjoitukset
- Tapahtumat

Tarpeet

- Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen: päivittäiset toiminnot, ravinto, pukeminen, hygienia
- Psykkisiin tarpeisiin vastaaminen: kuulluksi ja nähdyksi tuleminen, mielialojen muutokset
- Sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen: ryhmätoiminta, yksilötoiminta, yksinolo

Kohtaaminen

- Millaista kohtaaminen on eri tilanteissa: aamutoimissa, ruokailussa, iltatoimien aikana, konflikti tilanteissa, asukkaan ollessa surullinen tai iloinen

Liite 2. Tietoinen suostumus- lomake



Liite 1: 1 (2)

TIEDOTE

18.2.2016

Hyvä lähiomainen !

Pyydän Teidän lähiomaistanne osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tutkia muisti-sairaahan asukkaan arkea.

Osallistumisenne tai lähiomaisenne osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa palvelukeskuksesta.

Opinnäytetyö toteutetaan havainnoimalla lähiomaistanne neljän päivän ajan. Havainnoinnin kesto on noin 5-6 tuntia kerralla. Havainnointia tapahtuu niin aamusta kuin illasta, sekä viikonloppuna yhtenä aamupäivänä. Aineistoa kertyy havaintojen pohjalta kirjallisesti tutkimuspäivän aikana sekä sen jälkeen. Tarkoituksena on havainnoida arjen sisältöä sekä siihen liittyviä kohtaamisia ja tapahtumia.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus lähiomaisenne opinnäytetyöhön osallistumisesta. Teidän lähiomaiseltanne pyydetään myös suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä havainnoinnin kohdetta sekä yritystä pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Opinnäytetyön tekijä:

Tiia Niemelä
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
tiia.niemela@health.tamk.fi
Puh. XXX XXXXXXX



2 (2)

SUOSTUMUS**Muistisairaan arki**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata muistisairaan asukkaan päivää. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä sen tekijälle.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Tiedote henkilökunnalle



Liite 1: 1

TIEDOTE

18.2.2016

Hyvä Henkilökunta !

Teen opinnäytetyön muistisairaahan asukkaan arjesta laadullisen tutkimuksen menetelmin. Tarkoituksena on tutkia muistisairaahan asukkaan arkea havainnoimalla.

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Lupa opinnäytetyön suorittamiseen on saatu Palvelukeskukselta.

Opinnäytetyö toteutetaan havainnoimalla yhtä muistisairasta asukasta neljän päivän ajan. Havainnoinnin kesto on noin 5-6 tuntia kerralla. Havainnointia tapahtuu niin aamusta kuin illasta, sekä viikonloppuna yhtenä aamupäivänä. Aineistoa kertyy havaintojen pohjalta kirjallisesti tutkimuspäivän aikana, sekä sen jälkeen. Tarkoituksena on havainnoida asukkaan arkea ja siihen liittyviä kohtaamisia ja tapahtumia. Tutkijana olen läsnä jokaisessa tilanteessa valitun asukkaan kohdalla. Itse en vaikuta siihen mitä tehdään ja miten tehdään, vaan tarkoituksenani on olla tilanteissa läsnä niin, etten niihin omilla toimillani vaikuta. Opinnäytetyö keskittyy ainoastaan tutkimaan muistisairaahan arkipäivää, joten henkilökunnalle ei tule tästä mitään velvoitteita.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä havainnoinnin kohdetta sekä yritystä pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluarne lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.