

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus
Terveystenhoitajakoulutus

Tiia Kokko
Niina Mertanen
Mervi Nevalainen

MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ
Verkko-oppimateriaali hoitoalan opiskelijoille

Opinnäytetyö
Toukokuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Tiia Kokko, Niina Mertanen, Mervi Nevalainen

Nimike
MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ – Verkko-oppimateriaali hoitoalan opiskelijoille

Toimeksiantaja
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Muistisairaudet vaikuttavat yhteiskuntaan niin kansanterveydellisesti kuin -taloudellises-
tikin. Yli 190 000:lla suomalaisella arvioidaan olevan jokin muistisairaus. Muistisairauteen
sairastuu vuosittain lähes 5 000 henkilöä. Tiedon puute johtaa muistisairaiden leimaan-
tumiseen, josta johtuva syrjintä heikentää muistisairaana elämänlaatua. Kouluttamalla hoi-
tohenkilökuntaa voidaan muistisairaiden hoitoon ja hyvinvointiin vaikuttaa myönteisesti.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä Karelia-ammattikorkeakoulun
hoitotyön opiskelijoiden tietoutta muistisairaana hoitotyöstä. Tavoitteena oli edistää muis-
tisairaiden hyvän hoidon toteutumista. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa verkko-oppi-
materiaali muistisairaana hoitotyöstä. Toimeksiantajana työlle toimi Karelia-ammattikor-
keakoulu. Opinnäytetyön tuotoksen on tarkoitus tulla opetuskäyttöön syksystä 2018 al-
kaen.

Verkko-oppimateriaali testattiin opiskelijoilla. Suurimmaksi osaksi palaute oli myönteistä.
Verkko-oppimateriaali koettiin hyödylliseksi, ja siinä esitetty tieto tarpeelliseksi. Tämän
opinnäytetyön verkko-oppimateriaalia voi hyödyntää hoitotyötä tekevien ammattilaisten
lisäkoulutuksessa. Toiminnallista opinnäytetyötä voi kehittää järjestämällä hoitotyönteki-
jölle osastotunnin, jossa esiteltäisiin muistisairaana hyvän hoidon käytänteitä. Lisäksi
osastotunnilla voi käsitellä muistisairaana läikehoitoa.

Kieli
suomi

Sivuja 63
Liitteet 3
Liitesivumäärä 4

Asiasanat
muistisairaat, hoitotyö, verkko-oppiminen, verkko-oppimateriaali



THESIS
May 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors

Tiia Kokko, Niina Mertanen, Mervi Nevalainen

Title

Nursing of Patients with Memory Disorders – E-Learning Material for Nursing Students

Commissioned by

The North Karelia University of Applied Sciences.

Abstract

Memory disorders affect society both in terms of public health and financially. Over 190 000 Finns are estimated to have a memory disorder and annually almost 5000 new incidents emerge. Due to lack of knowledge, people with memory disorders are stigmatized, and consequent discrimination reduces their life quality. The care and wellbeing of people with memory disorders can be affected positively by educating nursing staff.

The purpose of this practise-based thesis was to increase the knowledge of the nursing students in the North Karelia University of Applied Sciences of the care of people with memory disorders. The aim of this thesis was to promote the realisation of good care of people with memory disorders. The objective of this thesis was to create an e-learning material on the care of people with memory disorders. The e-learning material will be used as an educational material starting from autumn 2018.

E-learning material was tested by students. Most of the feedback was positive. The e-learning material was described as useful and the information in it was needed. The e-learning material of this thesis can be used in further education of nursing professionals. This practise-based thesis can be developed by arranging a ward class to present the good health care practices among patients with memory disorders. This ward class could also discuss pharmacotherapy in people with memory disorders.

Language
Finnish

Pages 63
Appendices 3
Pages of Appendices 4

Keywords

people with memory disorders, nursing, e-learning, e-learning material

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Muistisairaudet ja käyttäytymisen muutokset	6
2.1	Yleisimmät etenevät muistisairaudet	6
2.2	Muistisairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset	10
3	Muistisairaahan hoidon osa-alueet	15
3.1	Muistisairaahan kohtaaminen ja vuorovaikutus	15
3.2	Muistisairaahan toimintakyky ja aktiivinen arki	17
3.3	Muistisairaahan tukeminen päivittäisissä toiminnoissa	21
3.4	Muistisairaahan kivun tunnistaminen	25
3.5	Muistisairaahan itsemääräämisoikeus ja hoitotahto	27
3.6	Muistisairaahan läheisten tukeminen	30
4	Verkko-oppiminen ja verkko-oppimateriaali	33
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	35
6	Toiminnallinen opinnäytetyö	35
6.1	Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä	35
6.2	Toiminnallisen opinnäytetyön kuvaus	36
6.3	Verkko-oppimateriaalin suunnittelu	37
6.4	Verkko-oppimateriaalin toteutus	39
6.5	Verkko-oppimateriaalin arviointi	42
6.6	Opinnäytetyön prosessi	45
7	Pohdinta	46
7.1	Toteutuksen tarkastelu	46
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	49
7.3	Oppimisprosessi	52
7.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissideat	54
Lähteet	55

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Palautekysymykset verkko-oppitunnista
Liite 3	Toimeksiantajan palaute

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a). Suomen väestöstä yli 190 000:lla arvioidaan olevan muistisairaus. Siihen sairastuu joka vuosi noin 14 500 henkilöä. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyötä.

Muistisairauksien puutteellinen tuntemus aiheuttaa leimaantumista (WHO 2012, 2). Kielteinen leima ja siitä aiheutuva syrjintä heikentävät sairastuneen hyvinvointia. Asenteet muuttuvat hitaasti, vaikka tietämys ja ymmärrys muistisairauksista on lisääntynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 10.) Hoitohenkilökunnan koulutuksella voidaan parantaa sairastuneiden hoitoa ja elämänlaatua (Annear, Toye, McInerney, Eccleston, Tranter, Elliot & Robinson 2015). Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden peruskoulutukseen tulisi sisältyä koulutusta muistisairaiden hoitotyöstä (Hallikainen & Nukari 2017a, 22). Verkko-opetuksen on todettu olevan tehokas muistisairauksien opetusmenetelmä (Annear ym. 2015).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden tietoutta muistisairaahan hoitotyöstä. Tavoitteena on edistää muistisairaiden hyvän hoidon toteutumista. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa verkko-oppimateriaali muistisairaahan hoitotyöstä. Työn toimeksiantajana toimii Karelia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä eteneviä muistisairauksia, niiden aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia sekä muistisairaahan hoitotyötä. Aihe rajattiin osa-alueisiin, joista hoitotyön opiskelijoiden olisi tärkeää tietää. Rajauksessa hyödynnettiin Muistiliiton Hyvän hoidon kriteeristöä. Muistisairaahan hyvän hoidon kriteerejä ovat muun muassa toimintakyky ja aktiivinen arki, itsemääräämisoikeus ja hoitotahto sekä läheisten huomiointi (Muistiliitto 2016, 4). Näiden lisäksi opinnäytetyöhön valittiin käsiteltäviksi aiheiksi muistisairaahan kohtaaminen ja vuorovaikutus, päivittäisissä toiminnoissa tukeminen sekä kivun tunnistaminen.

2 Muistisairaudet ja käyttäytymisen muutokset

2.1 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, esimerkiksi kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 20; Voyer, McCusker, Cole, Monette, Champoux, Ciampi, Belzile & Richard 2015, 23; Hallikainen 2017a, 226). Toiminnanohjauksella tarkoitetaan toiminnan suunnittelua, valmistelua, toteuttamista ja lopputuloksen arviointia (Erkinjuntti ym. 2015, 22). Usein etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan heikentymiseen (Erkinjuntti ym. 2015, 20; Voyer ym. 2015, 23; Hallikainen 2017a, 226). Toistaiseksi sairautta parantavaa hoitoa ei ole löydetty (Käypä hoito 2017).

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat (Käypä hoito 2017). Muistisairaudet ovat harvoin puhtaspiirteisiä, eli sairastuneella voidaan nähdä eri muistisairauksille tyypillisiä aivomuutoksia yhtäaikaisesti. Oikea diagnosointi on kuitenkin erityisen tärkeää, että mahdollinen hoito pystytään kohdistamaan oikeisiin tekijöihin. Muistisairauden lääkehoidon tarkoituksena on hidastaa sairauden etenemistä. (Mattila, Jousimaa & Laurila 2015, 600.) Sairauden toteamisen jälkeen eliniän odote vaihtelee suuresti eri muistisairauksien välillä. Siihen vaikuttavat muun muassa sairastuneen sukupuoli, ikä sairastuessa ja diagnosointihetkellä sekä taudin syy. (Viramo & Sulkava 2015,42.)

Alzheimerin tauti on etenevistä muistisairauksista yleisin. Sen esiintyvyys kaikista muistisairauksista on noin 70 %. (Viramo & Sulkava 2015, 38; Käypä hoito 2017.) Taudille tyypillisimmät ensioireet ovat lähimuistin heikkeneminen ja vaikeus oppia uusia asioita. Myös asioiden järjestelykyky ja toiminnanohjaus vaikeutuvat. (Juva 2014.) Muistin heikkeneminen vaikuttaa päivittäiseen toimintaan (Mauk, Hanson & Hain 2014, 322). Myöhemmin henkilön käyttäytyminen ja per-

soonallisuus muuttuvat, sekä ajattelukyky ja kielitaito heikkenevät (Futrell, Deveaux Mellilo & Remington 2014, 16). Lopulta sairaus johtaa siihen, että sairastuneesta tulee täysin riippuvainen muista ihmisistä (Mauk ym. 2014, 322).

Sairaus etenee tyypillisin vaihein (Erkinjuntti ym. 2015, 19), yleensä tasaisesti ja hitaasti, vaikka nopeitakin pahenemisvaiheita voi esiintyä (Remes & Hallikainen 2016). Taudin varhainen diagnosoiminen on tärkeää, että sairastuneen toimintakyky ja elämänlaatu pysyisivät mahdollisimman pitkään parhaalla mahdollisella tasolla. Sairaus jaetaan eri vaiheisiin, esimerkiksi lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. (Mauk ym. 2014, 323.)

Alzheimerin taudin lievässä vaiheessa sanojen löytäminen ja abstraktien asioiden ymmärtäminen sekä monimutkaisista kotiaskareista selviytyminen vaikeutuvat. Myös ympäristön hahmottaminen vaikeutuu. Tämä lisää eksymisen riskiä, etenkin muistisairaalle vieraassa ympäristössä. Sairastunut saattaa olla passiivinen ja vetäytyvä ja hän voi kärsiä myös erilaisista käyttäytymisen muutoksista. Oireiden peittely tai vähättely on tavallista. (Remes & Hallikainen 2016.) Oireet ovat lähes huomaamattomia, minkä vuoksi ne voivat jäädä huomioimatta, tai niitä saatetaan pitää vanhenemiseen liittyvinä muutoksina. Näin ollen sairauden diagnosointi ja sopivan hoidon aloittaminen voivat viivästyä. (Schwartzkopf & Twigg 2014, 386.)

Alzheimerin taudin keskivaikeassa vaiheessa sairastuneesta tulee sairaudentuntonon. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuu, ja tutussa ympäristössä eksymisen vaara kasvaa. (Remes & Hallikainen 2016.) Myös vuorovaikutustaidot alkavat heikentyä. Sairastunut voi erehtyä päivästä, ajasta tai paikasta ja unohtaa läheisten ihmisten nimiä. Kyky huolehtia itsestään on heikentynyt, ja henkilökohtainen hygienia kärsii. (Mauk ym. 2014, 323.)

Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa sairastuneen kyky ymmärtää ja tuottaa puhetta on vaikeutunut selvästi tai hävinnyt jopa kokonaan. Raajat jäykistyvät lihasjäykkyyden lisääntymisen seurauksena. Ryhti huononee, ja kävelykyky heikkenee merkittävästi. (Remes & Hallikainen 2016.) Vaikeassa vaiheessa painon

lasku, nielemisvaikeudet, ääntely, lisääntynyt unen määrä, ulosteen- ja virtsanpidätyskyvyttömyys ja painehaavaumat ovat yleisiä (Schwartzkopf & Twigg 2014, 386). Sairastuneesta tulee täysin toisista riippuvainen ja viestintätaidoton. Elin-toiminnot hiipuvat johtaen lopulta kuolemaan. (Mauk ym. 2014, 323.)

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Kaikista etenevistä muistisairauksista sen osuus on 15–20 %. (Käypä hoito 2017.) Sairaudelle tyypillisiä ovat tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat, ja ne ovat hallitsevampia kuin muistivaikeudet (Soininen & Hänninen 2015, 86). Sairauteen liittyvät päätyypit jaetaan pienten suonten tautiin ja suurten suonten tautiin (Hallikainen 2017b, 231).

Pienten suonten taudissa aivojen pienet läpäisevät suonet ovat ahtautuneet. Tavallisesti taudin synty on hidasta (Hallikainen 2017b, 231), mutta oireiden ilmaantua vaurio on yleensä jo vaikea. Pienten suonten taudin osuus kaikista verisuoniperäisistä muistisairauksista on 70–80 %. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 148.) Oireet etenevät tasaisesti. Yleisimmät oireet ovat toiminnanohjauksen häiriö ja siihen liittyvä tiedonkäsittelyn hidastuminen, masennus, muutokset persoonallisuudessa ja psykomotorinen hidastuminen. (Hallikainen 2017b, 231.) Psykomotorisella hidastumisella tarkoitetaan toiminnallisuuden hidastumista, kasvojen ilmeiden vähentymistä ja olemuksen muuttumista jäykäksi ja pysähtyneeksi (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018). Tasapaino ja kävelykyky voivat myös olla lievästi heikentyneet (Hallikainen 2017b, 231).

Suurten suonten taudissa aivoverisuonet ovat kalkkeutuneet. Tauti voi kehittyä esimerkiksi sydänperäisen aivoinfarktin seurauksena. Taudin oireet riippuvat siitä, missä aivojen osassa vaurio sijaitsee ja kuinka laaja-alainen se on. Oireet voivat olla samankaltaisia kuin pienten suonten taudissa. Lisäksi oireena voi olla suupielen roikkumista, näkökentän puutoksia ja oikean tai vasemman kehonpuolen halvaus. (Hallikainen 2017b, 231.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin etenevä muistisairaus. Etenevistä muistisairauksista sen osuus on 10–15 %. (Vataja 2011.) Sairaus kehittyy hitaasti. Taudin ominaispiirteisiin ja diagnostisiin kriteereihin kuuluvat vireyden ja

tiedonkäsittelytaitojen vaihtelu, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat ja ekstrapyramidaalioireet eli jäykkyys, hitaus, kävelyvaikeus ja vapina. Diagnoosin saamiseksi diagnostisista kriteereistä on täyttyvä vähintään kaksi. Sairauden alkuvaiheessa muistihäiriöt eivät ole tyypillisiä. (Käypä hoito 2017.) Taudinkulku on kuitenkin hyvin yksilöllistä, ja oireet voivat vaihdella merkittävästi eri henkilöillä. Sairauden alkuvaiheessa toisella henkilöllä voivat korostua psyykkiset oireet, kun taas toinen kärsii enemmän liikkumisen vaikeudesta tai hankaluudesta hoitaa asioita. (Vataja 2011.) Lewyn kappale -tauti ei heikennä muistia ja kielellisiä toimintoja yhtä paljon kuin Alzheimerin tauti. Alzheimerin tautiin verrattuna Lewyn kappale -taudissa hahmotuskyky, tiedon käsittelyn nopeus, puheen sujuvuus ja ongelmanratkaisukyky heikkenevät enemmän. Lisäksi ekstrapyramidaalioireet ovat pahempia. (Rinne 2015, 168–169.)

Parkinsonin taudin muistisairaus alkaa asteittain ja etenee hitaasti (Gordin & Kaakkola 2012). Parkinsonin taudin muistisairaudessa vihjeiden avulla asioiden mieleen palauttaminen säilyy parempana, eikä sairauteen liity yhtä nopeaa asioiden unohtamista kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Parkinsonin taudin muistisairauden erottaminen Lewyn kappale -taudista, Alzheimerin taudista tai aivoverenkiertosairauden muistisairaudesta voi olla vaikeaa. (Rinne & Karrasch 2015, 159–160.) Parkinsonin taudin muistisairauden diagnosoimiseksi Parkinsonin taudin diagnoosista on oltava vähintään vuosi ennen tiedonkäsittelyn ongelmien ilmaantumista. Tiedonkäsittelyyn liittyvät tyypilliset oireet ovat muun muassa tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen ja muistitoimintoimintojen heikentyminen (Rinne & Erkinjuntti 2016), ja erityisesti kyky palauttaa ja painaa asioita mieleen on heikentynyt (Rinne & Karrasch 2015, 159–160). Myös käytösoireet, esimerkiksi aloitekyvyn heikkeneminen, persoonallisuusmuutokset, aistiharhat ja liiallinen väsymys päiväsaikaan, ovat yleisiä (Rinne & Erkinjuntti 2016).

Otsa-ohimolohkorappeumat kuvaavat nimensä mukaisesti sairausryhmiä, jotka haurastuttavat otsa- ja ohimolohkoja (Remes 2014, 282; Young, Lavakumar, Tampi, Balachandran & Tampi 2017). Niiden osuus etenevistä muistisairauksista on noin 5–10 %. Sairauden eteneminen on yksilöllistä, mutta yleisimmin

se etenee nopeasti. (Remes 2014, 282.) Viimeaikaisten tutkimusten mukaan sairaus on todennäköisesti alidiagnosoitu, sillä sairauteen olennaisesti liittyvien häiriöiden tunnistaminen on vaikeaa (Young ym. 2017).

Tyypillisesti sairauteen liittyy toiminnanohjauksen ja kielitaidon heikentyminen sekä käyttäytymisen muutoksia (Young ym. 2017). Tavallisesti ensioireina ovat muutokset persoonallisuudessa, käyttäytymisen muuttuminen aiemmasta poikkeavaksi ja sosiaalisten taitojen heikentyminen. Selkeää tiedonkäsittelyn heikentymistä ei välttämättä tule esille, vaikka sairastuneelle sattuisikin käytännön elämässä unohduksia ja muistivirheitä muistin käytön vaikeutumisen seurauksena. (Soininen & Hänninen 2015, 86.) Muistioireet ilmaantuvat vasta vuosia myöhemmin ensioireiden alkamisesta (Remes 2014, 282).

2.2 Muistisairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset

Muistisairaus aiheuttaa sairastuneen toimintaan ja tunne-elämään haitallisia muutoksia. Näitä muutoksia kutsutaan käyttäytymisen muutoksiksi. (Vataja 2017a, 54.) Niitä esiintyy 80–90 %:lla muistisairaista riippumatta muistisairaudesta tai sen vaikeusasteesta (Wang, Pai, Hsiao & Wang 2015, 769). Käyttäytymisen muutokset heikentävät sairastuneen elämänlaatua merkittävästi (Vataja 2017a, 54), esimerkiksi vähentämällä toimintakykyä ja päivittäistä suorituskkyä (Wang, Pai, Hsiao & Wang 2015, 769). Useamman käyttäytymisen muutoksen yhtäaikainen ilmeneminen ja oireiden yksilöllinen vaihtelu on tavallista. Vaikka muutokset ovat yleisiä, niitä ei esiinny kaikilla muistisairailla. (Vataja 2017a, 54, 56.)

Käyttäytymisen muutosten syntyyn vaikuttavat muistisairaudesta johtuvien aivo-
muutosten lisäksi sairastuneen persoonallisuus ja elinympäristö. Lisäksi altistavia tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan epäarvostava ja muistisairaasta ymmärtämätön asenne, kiireinen ja meluisa ympäristö sekä tiheästi vaihtuvat henkilöt. Sairastunut voi ilmaista kipua, huonoa oloa, nälkää tai turhautumistaan käyttäytymisen muutoksilla. (Sulkava 2016, 122.) Tunne-elämässä muutokset ilmenevät muun

muassa masennuksena, ahdistuneisuutena ja aistiharhoina. Käytöksessä ne voivat näyttäytyä levottomuutena ja seksuaalisena estottomuutena (Voyer ym. 2015, 23) sekä impulssikontrollin häiriöinä (Vataja 2017b, 68). Muutokset näyttyvät yleisimmin alkuillasta (Sulkava 2016, 122).

Masennuksesta kärsii vähintään joka kolmas muistisairas. Joka viidennellä se on vakava-asteinen. (Vataja 2014a, 49; Käypä hoito 2016.) Masennus voi olla muistisairauden ensimmäinen oire. Vaikean masennuksen ja muistisairauden erottaminen toisistaan on usein vaikeaa, koska niiden oireet muistuttavat toisiaan. (Juva 2014.) Masennus vaikeuttaa muistisairaahan kotona pärjäämistä. Se lisää myös kuoleman vaaraa, sillä siihen liittyy vahvasti itsetuhoisuutta. Itsetuhoisuus voi lievimmillään ilmetä esimerkiksi syömättömyytenä tai itsensä kaltoinkohitteluna ja vakavimmillaan itsemurhapuheina tai -yrityksenä. Itsemurhapuheet tai itsetuhoiset käytös ovat merkki vakavasta vaarasta, sillä muistisairaahan kyky harmitella tekoa ennen toimintaa on heikentynyt. (Vataja 2014a, 50.)

Apatia on masennuksen kaltainen ja muistisairailla yleinen, oire. Sillä tarkoitetaan mielenkiinnon tai motivaation puutetta. Se voi näyttäytyä puhumattomuutena, liikkumattomuutena ja tunne-elämän hiipumisena. Apatia eroaa masennuksesta siten, että apaattinen henkilö ei koe surua tai mielihapaa. (Vataja 2014b, 51.) Apatia voi liittyä masennukseen tai esiintyä itsenäisenä oireena (Vataja & Koponen 2015, 92).

Ahdistuneisuudesta kärsii lähes puolet muistisairaista jossakin sairauden vaiheessa (Käypä hoito 2016). Muistisairaalla ahdistuneisuus näyttäytyy usein pelokkuutena, joka vaikeuttaa yksin pärjäämistä. Ahdistuneisuuteen liittyy pelottavilta tuntuvia fyysisiä oireita, kuten sydämen tykytystä, hengenahdistusta, huijausta ja näkökentän kaventumista. Oireet tulkitaan usein väärin, mikä johtaa turhiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Ahdistuneisuus voi ilmetä myös kiukkuisuutena ja raivonpuuskina. Vaikeammin muistisairailla se voi tulla esiin niin sanottuna katastrofireaktiona, jolloin muistisairas kokee hoitotilanteessa menettävänsä tilanteen hallinnan, ja saattaa tämän vuoksi saada äkillisen itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtauksen. (Vataja 2014c, 51–52.) Etenkin muistisairaahan koskettamista

vaativat hoitotilanteet, kuten peseytymisessä tai pukeutumisessa avustaminen, voivat laukaista kohtauksen (Vataja & Koponen 2015, 93).

Aistiharhoja esiintyy 25–50 %:lla muistisairaista. Oireet ilmenevät yleisimmin sairauden keski- tai vaikeassa vaiheessa. (Käypä hoito 2016.) Harhat ovat yleensä hyvin yksinkertaisia. Ne liittyvät usein tavaroiden varastamiseen ja ajatuksiin puolison uskottomuudesta. Harhojen syntyyn vaikuttavat tiedonkäsittelyn heikentymisen lisäksi huonontunut muisti, tavaroiden hävittäminen sekä aistien heikentyminen. Esimerkiksi heikentynyt näkö voi altistaa näköharhoille ja kuulonheikentyminen kuuloharhoille. Muistisairauteen liittyy myös väärin tunnistamista. Esimerkiksi sairastunut ei tunnista omaa kotiaan tai tuttuja henkilöitä, tai luulee peilikuvan olevan todellisuudessa toinen ihminen. (Vataja & Koponen 2015, 93.)

Levottomuutta ilmenee noin 50–60 %:lla muistisairaista (Käypä hoito 2016). Se on epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä, joka ilmenee aggressiivisena, motorisena tai äänen käyttöön liittyvänä toimintana (Vataja & Koponen 2015, 92). Levottomuus näyttäytyy usein myös vaeltamisena (Davison, McCabe, Bird, Mellor, MacPherson, Hallford, Seede & O'Connor 2017, 37). Vaeltelu voi olla ongelmallista sekä sairastuneelle itselleen että henkilökunnalle. Se voi häiritä muistisairaahan nukkumista, ruokailutottumuksia, sosiaalista kanssakäymistä tai hoitotoimenpiteitä. Lisäksi se voi johtaa sairastuneen painon putoamiseen. Vaeltaminen voi vaarantaa myös muistisairaahan turvallisuuden, sillä vaeltaessaan sairastunut saattaa eksyä tai kohdata muita turvallisuusuhkia. (Futrell ym. 2014, 16, 19.) Levottomuuteen johtavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi kipu, huono olo, suru ja masennus. Taustasyiden tunnistaminen voi olla vaikeaa, jos sairastunut ei pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti. (Vataja & Koponen 2015, 92.)

Seksuaalinen estottomuus on suhteellisen yleinen ja häiritsevää käyttäytymisen muutos muistisairailla. Ikääntyneen muistisairaahan seksuaalisten asenteiden ja käytöksen muuttumiseen vaikuttavat todennäköisesti kognition ja arviointikyvyn heikkeneminen ja persoonallisuusmuutokset. Seksuaalinen estottomuus voi näyttäytyä sekä puheessa että käytöksessä. (Giorgi & Series 2016.) Puheessa se voi näyttäytyä sopimattomana kielenkäyttönä, joka ei sovi sairastuneen aiem-

paan persoonallisuuteen (Giorgi & Series 2016), esimerkiksi seksuaalissävytteisenä ehdotteluna (Vataja & Koponen 2015, 95). Käyttäytymisessä estottomuus voi näyttäytyä esimerkiksi kosketteluna, kourimisena, paljasteluna tai julkisena itsetyydytyksenä (Giorgi & Series 2016). Muistisairaahan käytöstä voidaan myös virheellisesti tulkita seksuaaliseksi. Esimerkiksi jos sairastunut ei pysty pukeutumaan itse, tilanne saatetaan nähdä itsensä paljasteluna. Jos muistisairas kuvittelee hoitajan olevan puolisonsa, tilanne voidaan tulkita ahdisteluksi. (Vataja & Koponen 2015, 95.) Julkisella paikalla riisuuntuminen tai genitaalialueiden koskettelu eivät aina kerro seksuaalisesta estottomuudesta, vaan oireet voivat viitata kipuun tai epämukavaan oloon (Giorgi & Series 2016).

Impulssikontrollin häiriöt ovat aiemmin elämässä opittujen käyttäytymismallien irtaantumista asiayhteydestä. Ne ovat automaattista, toistuvaa ja epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä. Häiriöt voivat näyttäytyä jatkuvana säännönmukaisena kuljeskeluna, tavaroiden keräilyinä ja kanniskeluna, ihmisten kosketteluna, ruoan ahmimisena ja syötäväksi sopimattomien esineiden laittamisena suuhun sekä häiritsevänä äänen käyttämisenä. Myös aggressiivinen käytös voi liittyä impulssikontrollin häiriöihin. Yleisimpiä aggressiivisen käytöksen muotoja ovat huuhtaminen, kiroilu, potkiminen, töniminen, sylkeminen ja esineiden rikkominen. (Vataja 2017b, 68.) Davisonin ym. (2017, 37) tutkimuksen mukaan fyysinen aggressiivisuus kohdistuu usein hoitohenkilökuntaan, erityisesti hoitotoimenpiteiden yhteydessä, mutta myös vähäisessä määrin hoitokodin muihin asukkaisiin.

Uni-valverytmin häiriöt voivat johtua käyttäytymisen muutoksista, mutta ne voivat esiintyä myös itsenäisenä oireena (Vataja & Koponen 2015, 94). Uni-valverytmin häiriöillä tarkoitetaan vuorokausirytmien muuttumista tavallisesta poikkeavaksi (Kivelä 2014, 252), mikä johtuu muistisairaahan vuoteessa viettämisen kokonaisajan pidentymisestä. Unen laatu heikkenee ja yöaikaisia heräämisiä on paljon. Uni-valverytmin häiriöt ovat yksi merkittävimmistä laitoshoitoon joutumisen syistä. (Vataja & Koponen 2015, 94.)

Käyttäytymisen muutoksia on hoidettava, jos oireet rasittavat sairastunutta, heikentävät hänen suorituskyykyään tai sosiaalista kanssakäymistään, tai niiden

vuoksi syntyy vaaratilanteita. Hoidossa ensisijaisina menetelminä ovat lääkkeettömät hoitokeinot. (Sulkava 2016, 123; Käypä hoito 2017.) Lääkehoito on viimeisin hoitokeino (Käypä hoito 2017; Vataja 2017c, 56). Lääkkeettömillä hoitokeinoilla tarkoitetaan mahdollisimman tarkoituksenmukaista huolenpitoa muistisairaasta ja hänen tarpeistaan. Tarpeettomien rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ja avuttomuuden korostamista tulee välttää. (Koponen & Vataja 2016.)

Lääkkeettömään hoitoon kuuluu esimerkiksi vuorovaikutukseen ja muistisairaahan ympäristöön vaikuttaminen (Koponen & Vataja 2016). Ympäristö, vuorovaikutus ja toimintatavat mukautetaan sairastuneen tilanteeseen (Vataja 2017c, 58). Hyvään hoitoon kuuluu turvallinen, yksilöllisiä virikkeitä tarjoava ja myönteinen hoitoympäristö. Mahdollisiin ilmapiiriä heikentäviin tekijöihin on puututtava. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoja kehittämällä voidaan vähentää tilanteita, jotka aiheuttavat käyttäytymisen muutoksia. (Sulkava 2016, 123.) Hoitohenkilökunnan toimintatapojen yhtenäisyydellä on merkitystä, ja valittua toimintatapaa on jatkettava riittävän kauan (Vataja 2017c, 58).

Muistisairaahan käyttäytymistä havainnoidaan, ja käyttäytymisen muutosten syntyyn johtavia tilanteita ja tekijöitä pyritään välttämään. Havainnoinnin apuna käytetään jatkuvaa arviointia ja kirjaamista. (Vataja 2017c, 58.) Voyerin ym. (2015, 23–24) tutkimuksen mukaan käyttäytymisen muutosten tarkka kuvaaminen kuukausittain antaa merkittävää tietoa käytännön hoitotyöhön ja helpottaa muutokseen puuttumista oikealla tavalla. Hoitajien puuttuminen käyttäytymisen muutokseen johdonmukaisesti on puutteellista. Hoitajat saattavat tottua harvoin esiintyvään oireeseen tai odottavat oireen häviävän itsestään. Jatkuvasti esiintyviin aggressiivisiin oireisiin voidaan puuttua ennakoivasti. Käyttäytymisen muutosten hoitaminen vaatii kokonaisvaltaista kliinistä arviointia, moniammatillista yhteistyötä ja suunnitelmallista toimintaa.

3 Muistisairaahan hoidon osa-alueet

3.1 Muistisairaahan kohtaaminen ja vuorovaikutus

Laadukas hoito perustuu yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangani & Papastavrou 2013, 90). Hoitajan on tunnettava asiakas, koska asiakkaan yksilölliset kokemukset, tuntemukset ja käyttäytyminen vaikuttavat hoidon toteuttamiseen (Makkonen, Hupli & Suhonen 2010, 130). Sairaudesta johtuvien muutosten tunnistaminen on tärkeää (Annear ym. 2015), sillä käyttäytymisen ymmärtäminen auttaa asennoitumaan muistisairaaseen oikealla tavalla ja löytämään keinoja hänen kohtaamiseensa haasteellissakin tilanteissa. Muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa keinoa. (Qvick 2008, 28, 35.)

Muistisairaahan ihmisyyttä ei katoa sairauden myötä (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014, 18). Jokaisella ihmisellä on oikeus henkilökohtaiseen elämäntyyliin ja tulla kohdatuksi omana itsenään (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138). Muistisairaahan kohtaamista helpottaa, jos hoitaja tuntee asiakkaan tilanteen ja elämänhistorian (Qvick 2008, 35). Lisäksi sitä edesauttaa hyvä mieli ja myönteinen asenne (Nukari 2014, 105).

Muistisairaahan kohtaamisen pääperiaatteita ovat kunnioitus ja arvostus (Mönkäre 2014a, 86). Kunnioittava kohtaaminen vahvistaa sairastuneen minäkuvaa ja vähentää mahdollisia häpeän tunteita (Hallikainen ym. 2014, 18–19). Arvostavaan kohtaamiseen kuuluu sairastuneen ihmisarvon, toiveiden ja mielipiteiden sekä olemassa olevien voimavarojen huomioiminen. Myös luottamus on yksi pääperiaatteista. Luottamuksen kokemiseen vaikuttavat henkilön persoonallisuus ja elämäkokemus. Empatia ja toisen asemaan asettuminen ovat keinoja luottamuksen rakentamiseen, jota vastavuoroisuus vahvistaa. Muistisairaahan edetessä vastavuoroisuus heikkenee. Tällöin toinen osapuoli huolehtii luottamuksen saavuttamisesta ja ylläpidosta. Kokemus turvallisuudesta ja jatkuvuudesta tukee luottamusta. (Mönkäre 2014a, 87.)

Muistisairaus lisää sairastuneen tunneherkkyyttä, ja sairastuneesta tulee herkempi ilmapiirin vaikutuksille (Qvick 2008, 35; Nukari 2014, 104–105). Hoitohenkilökunnan kiirettä, levottomuutta tai vihaisuutta ei välttämättä pysty piilottamaan. Lähiympäristön todelliset tunteet vaikuttavat sairastuneeseen, ja tunnetilat voivat helposti tarttua häneen sekä muuttaa hänen käyttöksensä kielteiseksi. (Nukari 2014, 104–105.) Tästä syystä hoitajan on syytä tiedostaa omien ilmeiden ja eleiden merkitys kohtaamisessa (Qvick 2008, 35).

Muistisairaus ei poista henkilön kykyä tunteiden tuntemiseen (Evers 2008, 185). Tunteet ovat olemassa (Mönkäre 2014b, 77), vaikka sairastuneen kyky kertoa tunteistaan heikkenee ja tunteiden ilmaisukeinot muuttuvat sanattomiksi (Lee, Al-gase & McConnell 2013, 218). Tällöin kehonkieli ja ilmeet viestivät hänen tunteistaan (Evers 2008, 185). Jopa sairauden myöhäisemmässä vaiheessa sairastunut kykenee ilmaisemaan tunteitaan kasvojen, äänenpainon ja kehonasennon kautta. Tarkkailemalla muistisairaana tunneilmaisuja päivittäin voidaan arvioida hänen hyvinvointiaan. (Lee ym. 2013, 218–219.) Olemassa olevien tunteiden tunnistaminen ja vastaanottaminen sekä niiden arvostus ja hyväksyminen voi olla haasteellista niin muistisairasta hoitaville henkilöille kuin hänen läheisilleenkin (Mönkäre 2014a, 87).

Hoitajilta vaaditaan herkkyyttä havaita ja tunnistaa muistisairaana mielialoja, tunnereaktioita ja asenteita. Lisäksi hoitajalla tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot. (Qvick 2008, 28–29.) Vuorovaikutus on ihmisten välistä vastavuoroista kommunikaatiota. Sen keinoja ovat esimerkiksi puhe ja sanaton viestintä, kuten eleet, ilmeet ja katseet. (Väestöliitto 2018.) Näiden lisäksi vuorovaikutuksessa voidaan käyttää esimerkiksi muistelua. Muistelemalla muistisairaana kanssa hänen lapsuuttaan, perhettään tai työelämäänsä voidaan saavuttaa yhteys hänen kanssaan. (Veselinova 2014, 164–165.) Vuorovaikutuksella voidaan joko edistää tai vaikeuttaa hoitotyötä. Toimiva vuorovaikutus helpottaa muistisairaiden parissa työskentelyä. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 8.)

Vuorovaikutustilanteessa huomioidaan sairastuneen tarpeet. Keskusteluun varataan riittävästi aikaa ja muistisairaana kanssa keskustellaan häntä kiinnostavista

asioista. Tilanteessa keskitytään muodostamaan myönteinen ilmapiiri, esimerkiksi ystävällisen huumorin, onnistumisen huomioimisen ja tarvittaessa huomattoman keskustelun ohjaamisen keinoin. Keskustelussa voidaan tuoda esille sairastuneen vahvuuksia käyttämällä hänelle tuttuja ilmaisuja. (Nukari 2014, 105.) Muistisaira on helpompi ymmärtää hoitajan puhetta, jos hoitaja käyttää ymmärrettäviä sanavalintoja ja vuorovaikutustilanne on rauhallinen (Qvick 2008, 35). Pikkuasioiden korjaamista vältetään ja keskitytään asian syvempään merkitykseen. Myönteisenä koettu keskustelu tuo muistisairalle hyvän mielen. (Nukari 2014, 105.)

Kohtaamisen merkitys vuorovaikutuksessa kasvaa, kun muistisairaus heikentää henkilön kykyä ilmaista itseään ja ymmärtää toisten viestiä (Mönkäre 2014a, 86). Kommunikaatiokyvyn menettämisen jälkeen hoitajan on tunnistettava, mitä sairastunut todellisuudessa yrittää viestittää (Evers 2008, 185). Kun muistisaira on ilmaisukyky on rajoittunut, tai hänestä tuntuu haastavalta saada asiansa ymmärretyksi, hänen ilmaisukeinonsa saattavat näyttäytyä kielteisenä. Kielteisen ilmaisun keinoin hän välittää kokemuksiaan ympäristölle. Tilanteen käydessä haastavaksi sitä voidaan rauhoittaa tiedossa olevan mielihyvää tuottavan asian tai tekemisen, esimerkiksi musiikin kuuntelun tai luonnon seuraamisen, avulla. Hetken kuluttua tilannetta voi yrittää uudelleen. Muistisairaalla on oltava oikeus vetäytyä hankalaksi kokemastaan tilanteesta. (Nukari 2014, 105–106.)

3.2 Muistisaira toimitakyky ja aktiivinen arki

Toimitakyky vaikuttaa henkilön mahdollisuuksiin selviytyä päivittäisistä tehtävistä ja arjessa ilmenevistä haasteista (Muistiliitto 2016, 20). Toimitakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimitakyvystä. Kaikki osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Vaikka muistisairaus heikentää sairastuneen toimitakykyä kokonaisvaltaisesti, se ei saa johtaa hänen elämänsä kaventumiseen. Tämän vuoksi muistisairaiden parissa työskentelevien on ymmärrettävä, kuinka sairaus vaikuttaa henkilön toimitakykyyn. (Muistiliitto 2016, 20.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa henkilön kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista ja arjen tehtävistä (Muistiliitto 2016, 20). Sitä on esimerkiksi liikuntakyky (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Muistisairaus vaikeuttaa liikkumista. Pystyasennon ja tasapainon hallinta heikkenee, nivelet jäykistyvät ja vartalon kierrot vaikeutuvat. (Forder 2014a, 109.) Kehon vähäinen käyttö ja liikkumattomuus pahentavat muistisairauden oireita, aiheuttavat lihasheikkoutta ja johtavat yleiskunnon laskuun (Forder 2014b, 109). Jos kävelykykyä ei harjoiteta, se voi kadota kokonaan. Liikuntakyvyn muutokset kasvattavat muistisairaahan kaatumisriskiä. (Forder 2014a, 109.)

Säännöllinen liikunta on muistisairaalle tärkeää. Fyysinen harjoittelu tuottaa sairastuneelle hyvää mieltä ja lisää itsetuntemusta. (Forder 2014a, 109.) Liikunnalla ja ulkoilulla voidaan ylläpitää muistisairaahan liikuntakykyä ja ehkäistä käyttäytymisen muutoksia (Forder 2014b, 109), vähentää ahdistusta, aggressiivisuutta ja toimettomuutta sekä helpottaa kipuja. Liikkuakseen muistisairas tarvitsee ohjausta, sillä sairaus johtaa aloitekyvyn heikkenemiseen ja omatoimisen liikkumisen vähenemiseen. (Forder 2014a, 109–110.) Muistisairaahan ohjauksessa on hyvä käyttää yhtäaikaaisesti katsekontaktia, kosketusta, sanallista ohjausta ja malliesimerkkiä (Forder 2014c, 111).

Fyysisen toimintakyvyn ylläpidossa ja parantamisessa tärkeitä osa-alueita ovat liikuntakyvyn ja tasapainon parantaminen sekä kestävyys- ja voimaharjoittelu (Forder 2014d, 113). Qvickin (2008, 36) mukaan muistisairaajat hyötyvät tasapainoa ja lihaskuntoa parantavista harjoituksista. Kotikuntoutuksen on todettu olevan kustannustehokkain tapa ylläpitää fyysistä toimintakykyä (Forder 2014a, 109). Kotikuntoutuksessa muistisairas harjoittelee fysioterapeutin opastuksella asuinympäristössään. Harjoitteet liittyvät usein arkielämän taitoihin kuten pukeutumiseen, syömiseen ja wc:ssä asioimiseen. Niissä hyödynnetään asuinympäristön tarjoamia mahdollisuuksia. Harjoittelussa voidaan hyödyntää myös välineitä, esimerkiksi nilkkapainoja, jumppakeppejä ja vastuskuminauhoja. Hoitohenkilökunnan vastuulla on tuoda toiminnalliset harjoitteet osaksi arkea silloin, kun fysioterapeutti ei ole paikalla. (Forder 2014e, 112.)

Psyykinen toimintakyky on voimavaroja selviytyä arjen haastavista tilanteista. Siihen vaikuttavat esimerkiksi mielenterveys, kokemus elämänhallinnasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015), mieliala, omat voimavarat ja toiminnallisuus (Muistiliitto 2016, 20). Muistisairaus muuttaa sairastuneen kokemuksia itsestään ja omasta pärjäämisestään erilaisissa toimintaympäristöissä ja tehtävissä. Hänen voi olla vaikea ymmärtää, miksi jokin toiminta ei suju samalla tavoin kuin ennen. Vaikka sairastuneella olisi taitoa ja kykyä osallistua arjen toimintaan ja sosiaaliin kanssakäymiseen, alakuloisuuden ja toivottomuuden tunteet voivat estää osallistumisen. (Nukari 2014, 104.)

Muistisairaana oman tilan tunnistaminen ja hyväksyminen auttavat säilyttämään psyykkistä toimintakykyä. Hän voi vahvistaa psyykkistä jaksamistaan iloitsemalla niistä asioista, joita hän vielä kykenee tekemään. Sairastuneen on mahdollisuuksien mukaan hyvä kohdata tilanteensa rehellisesti ja keskittää siitä vapautuvat voimavarat toimintakyvyn ylläpitämiseen. Sairaus voi muuttaa henkilön mielialaa, aiheuttaen esimerkiksi haluttomuutta kohdata ihmisiä. Tilanteen tunnistaminen, ja tietoisesti sitä vastoin toimiminen, voi edistää psyykkistä toimintakykyä. Aiemmin hyvää mieltä tuottaneiden kokemusten mieleen palauttaminen voi aktivoida toimintaan ryhtymistä. (Mönkäre 2014c, 102–103.)

Kognitiivista toimintakykyä tarvitaan arjen vaatimuksista selviytymiseksi. Kognitiivisella toiminnalla tarkoitetaan tiedonkäsittelytoimintojen yhteistoimintaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Tiedonkäsittelytoimintoja ovat esimerkiksi muisti, tarkkaavaisuus, tahdonalainen liike, näkökykyyn perustuva hahmotaminen, kielelliset taidot, kyky monimutkaiseen ajatteluun (Paajanen & Hänninen 2014a, 98) ja toiminnanohjaus sekä oppimiskyky (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämisessä on oleellista aivojen hermoyhteyksien aktivointi. Tiedonkäsittelytoimintojen säilyttämiseksi voidaan tehdä aivoja aktivoivia tehtäviä, osallistua virikkeelliseen harrastustoimintaan sekä olla sosiaalisesti aktiivinen. Aivojen aktivointi auttaa hidastamaan, ja mahdollisesti myös ehkäisemään, ajattelutoimintojen heikkenemistä. (Paajanen & Hänninen 2014a, 98.) Aivojen käytön vähäisyys alentaa niiden tehokkuutta. Aivojen aktiivisuuden

ylläpito on yhtä tärkeää kuin fyysisen kunnon harjoittaminen. Aivoja aktivoivilla harjoituksilla pyritään siihen, että opittuja taitoja voi hyödyntää myös muussa elämässä. Aivojen harjoitteiden kohteena on oltava ennalta määrätty kognitiivinen toiminto. Harjoitteissa ja kuntoutuksessa käytettävien tehtävien tulee olla vakioituja, ja tehtävistä suoriutumisen tulee edellyttää tiedonkäsittelyä. Harjoittelua voidaan toteuttaa arjen tilanteissa, esimerkiksi kauppaoستosten tekeminen ilman listaa, tai pelien keinoin, kuten pelaamalla muisti- tai seurapelejä. Muistisairaahan tulee olla motivoitunut harjoitteluun. Motivaatiota voidaan lisätä mielekkäillä, sopivasti haastavilla ja säännöllisesti toistuvilla harjoitteilla. (Paajanen & Hänninen 2014b, 99–101.)

Sosiaalinen toimintakyky ilmenee yksilön ja yhteiskunnan välisenä vuorovaikutuksena. Se pitää sisällään henkilön vuorovaikutussuhteet, sosiaalisen aktiivisuuden, osallistumisen yhteisöön (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015) ja itseilmaisukykyyn. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy muun muassa läheisyys ja elämän mielekkyys. (Muistiliitto 2016, 20.) Muistisairasta tulisi tukea säilyttämään sosiaaliset kontaktit ja kannustaa osallistumaan erilaisiin ryhmätilanteisiin. Ryhmät voivat olla esimerkiksi harrasteryhmiä tai muistisairaahan ja läheisten yhteisiä tapauksia. Ryhmissä voidaan jakaa kokemuksia ja saada vertaistukea. (Nukari 2014, 105–106.) Vertaistuen avulla sairastunut voi saada ymmärrystä, lohdutusta ja konkreettisia neuvoja arjen tilanteisiin samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta henkilöiltä (Muistiliitto 2016, 69). Tapaamisista muistuttamaan voidaan käyttää erilaisia apukeinoja, esimerkiksi kalenterimerkintöjä, aikatauluja ja teknisiä välineitä, kuten matkapuhelimia (Nukari 2014, 105–106).

Aktiiviseen arkeen kuuluvat esimerkiksi aktiviteetit, jotka edistävät kuntoutumista ja tukevat sosiaalista kanssakäymistä (Muistiliitto 2016, 25). Cohen-Mansfieldin, Theinin, Dakheel-Alin ja Marxin (2010, 471) mukaan hoitokotien muistisairaajat asukkaat viettävät suurimman osan ajastaan ilman minkäänlaista toimintaa. Päivästä noin kaksi kolmasosaa on aikaa, jolle ei ole suunniteltua aktiviteettia. On tärkeää kehittää toimintaa, joka ehkäisee tylsistymistä ja sopii kaikille sairauden vaikeusasteesta huolimatta. Muistisairaahan toimintakyky huononee nopeasti ympäristössä, joka ei aktivoi toimintaan (Muistiliitto 2016, 69).

Kannustaminen on osa muistisairaahan hyvää hoitoa (Evers 2008, 185). Toimintaan osallistumiseen kannustamisella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia muistisairaahan henkilön elämänlaatuun. Se lisää onnellisuutta, kiinnostusta, tarkkaavaisuutta ja vireyttä päivittäisissä toiminnoissa. Parempi elämänlaatu vähentää levottomuutta. (Cohen-Mansfield ym. 2010, 471.) Levottomuuden vähenemisen lisäksi muistisairaahan toimintakyky lisääntyy, kun hänelle tarjotaan viriketoimintaa. Toiminnan ei tarvitse olla järjestettyä, vaan sairastunut voi osallistua esimerkiksi arkiaskareisiin, kuten pyykin pesuun ja viikkaamiseen tai pöydän kattamiseen. (Evers 2008, 186.)

Mielen hyvinvointi vahvistaa kaikkia toimintakyvyn osa-alueita ja elämänlaatua (Muistiliitto 2016, 29). Muistisairaalle pyritään tarjoamaan päivittäin mielekästä tekemistä ja onnistumisen kokemuksia (Qvick 2008, 36), joita voi saavuttaa suunnittelemalla toiminta vaiheittaiseksi. Eri vaiheista suoriutuminen tuo sairastuneelle onnistumisen kokemuksia, vaikka hän ei olisi suoriutunut koko tehtävästä. (Evers 2008, 185.) Onnistumisen kokemukset pienissäkin arjen tehtävissä lisäävät sairastuneen itsetuntoa ja tarpeellisuuden tunteen kokemusta (Muistiliitto 2016, 25). Mahdollisia epäonnistumiseen johtavia tilanteita pyritään välttämään, että muistisairas ei koe tulleen nöyryytyksi (Evers 2008, 185). Häntä tuetaan käyttämään omia olemassa olevia voimavarojaan (Qvick 2008, 36). Lisäksi hänelle on annettava aikaa tehdä asiat omaan tahtiinsa ja itse valitsemallaan tavalla (Evers 2008, 185). Hoitajan tulee avustaa vain tarvittaessa (Qvick 2008, 36).

3.3 Muistisairaahan tukeminen päivittäisissä toiminnoissa

Muistisairauden edetessä kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista heikkenee (Nukari & Mönkäre 2017, 76; Prizer & Zimmerman 2018). Päivittäisiä toimintoja ovat syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, wc:ssä toimiminen ja pidätyskyky. (Mauk 2014, 971; Edemekong & Levy 2017, 1). Hoitajan on tärkeää antaa muistisairaahan toimia itsenäisesti niin kauan kuin se on mahdollista. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen voi vaatia hoitohenkilökunnalta kekseliäisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja aikaa. (Nukari & Mönkäre 2017, 76.)

Muistisairaahan elämäkokemuksen tunteminen helpottaa hänen ymmärtämistään ja yhteisten toimintatapojen löytämistä (Mönkäre 2017a, 40). Toimintatapoja havainnoimalla saadaan selville hänen tahtonsa ja tuntemuksensa. Muistisairaalle sopivien toimintatapojen kirjaaminen on tärkeää yhtenäisten hoitokäytäntöjen turvaamiseksi. Sairauden edetessä hoitohenkilökunnan on mukautettava ohjaamistapojaan asiakkaan tilanteeseen sopivaksi. Hoitosuhteen ja hoitohenkilökunnan pysyvyydellä on merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. (Mönkäre 2017a, 40.)

Ravitsemuksesta on tärkeää huolehtia toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Sairaudesta johtuvat aistien ja käyttäytymisen muutokset ilmenevät usein ruokahaluttomuutena tai jatkuvana syömisen tarpeena. Tämä johtaa helposti ravitsemustilan epätasapainoon. (Suominen & Mönkäre 2017, 114.) Ravitsemuksessa on tärkeintä kiinnittää huomiota ruuan korkeaan proteiinipitoisuuteen sekä riittävään kalsiumin ja D-vitamiinin saantiin (Forder 2014d, 113). Säännölliset, yksilön luontaiseen päivärytmiin sopivat ruokailuajat ovat tärkeitä, sillä muistisairaat eivät jaksa syödä suuria annoksia kerrallaan (Jansen, Ball, Desbrow, Morgan, Moyle & Hughes 2015, 44). Ruokailuaikojen tulee olla sellaiset, että yön yli kestävä paasto ei ylitä 11:tä tuntia (Suominen & Mönkäre 2017, 115).

Muistisairaat syövät parhaiten hiljaisessa, kodikkaassa ympäristössä, jossa on muitakin ihmisiä (Suominen & Mönkäre 2017, 117; Prizer & Zimmerman 2018). Ruokahalua lisäävät useat tarjolla olevat ruokavaihtoehdot (Suominen & Mönkäre 2017, 117; Prizer & Zimmerman 2018) ja itse määritellyt annoskoot (Suominen & Mönkäre 2017, 117). Pehmeät, helposti nieltävät (Jansen ym. 2015, 44) tai sormin syötävät ruuat sopivat muistisairaille parhaiten (Evers 2008, 186–187; Jansen ym. 2015, 44). Ruokahalua voidaan herätellä ennen ruokailua tapahtuvalla jumpalla tai noin tuntia ennen nautittavalla alkupalalla, esimerkiksi lasillisella mehua (Suominen & Mönkäre 2017, 117).

Ruokailun yhteydessä muistisairas voi kieltäytyä avaamasta suutaan, ja hoitaja voi joutua muistuttamaan suun avaamisesta. Sairastunut voi suostua ottamaan ruuan suuhunsa, mutta ei suostu nielemään sitä, tai sylkäisee sen pois. Muistisairas voi myös työntää avustavaa henkilöä pois tai kääntää päänsä sivuun kes-

ken ruokailun. Hoitohenkilökunta voi kokea tällaisen käytöksen hankalaksi. Muistisairas ei ole tarkoituksenmukaisesti hankala, vaan käytös voi johtua monesta syystä. Syitä voivat olla kipeä suu, vaikeus käyttää aterimia tai sairauden tuomat aivojen muutokset. Kiireetön ja rauhallinen ruokailutilanne, häiriötekijöiden, kuten television ja radion sulkeminen, hoitajien joustavuus ja epätavalliseen käytökseen sopeutuminen helpottavat ruokailua. (Evers 2008, 186–187.)

Muistisairasta auttamalla, esimerkiksi asettamalla aterimet muistisairaahan käteen ja ohjaamalla ne suuhun, voidaan helpottaa muistisairaahan ahdistusta ruokailutilanteessa. Sairastunut saattaa koordinaatiokyvyn huononemisen takia läikyttää helposti juomaa ja sotkea syödessään. Tästä huolimatta muistisairaalle täytyy mahdollistaa itsenäinen ruokailu. Ruokailua voidaan helpottaa käyttämällä kevyitä aterimia, lautasten alle laitettavilla luistonestomatoilla ja pilkkomalla ruoka pieniin palasiin lusikalla syömisen mahdollistamiseksi. (Evers 2008, 186–187.)

Peseytyminen on vaativa päivittäinen toiminto, jossa muistisairaahan avuntarve usein ilmenee ensimmäisenä. Useimmissa muistisairaissa se synnyttää aggressiivisuutta, levottomuutta ja ahdistusta. Sairastunut ei usein ymmärrä, mistä peseytymistilanteessa on kyse tai tunnista avustavaa henkilöä. Peseytymistilanne saatetaan kokea henkilökohtaisena hyökkäyksenä, seksuaalisena väkivaltana tai hukuttamisyrityksenä. (Gallagher, Hall & Butcher 2014, 14–15.) Peseytymisen aikana musiikin kuuntelun tai laulamisen on todettu lievittävän aggressiivisuutta ja levottomuutta. Sen seurauksena peseytymishetkestä tulee mukavampi sekä hoitajalle että muistisairaalle. (Ray & Fitzsimmons 2014, 10–13.)

Peseytymisessä on hyvä huomioida muistisairaahan henkilökohtaiset mieltymykset. Kaikki eivät ole tottuneet käymään suihkussa, vaan heille on ollut ominaisempaa peseytyä esimerkiksi saunomisen yhteydessä pesuvatia apuna käyttäen. Sairastuneen tottumusten mukainen peseytyminen saattaa sujua helpommin kuin suihkussa käyminen. Sairastunut voi kokea suihkusta tulevan veden liian pistävänä ja epämiellyttävänä. Vesi voi olla myös liian kylmää tai liian kuumaa. Sopivan lämpötilan löytää varovasti kokeilemalla. (Mönkäre & Topo 2016.) Peseytymisen aikana muistisairaahan on turvallista istua tukevalla istuimella. Lisää turvallisuutta

tuovat luistamaton lattiamateriaali ja seinissä olevat tukikahvat. (Mönkäre, Nukari, Hurnasti & Topo 2016.)

Pukeutuminen on toiminto, jossa lähes kaikki hoitokodeissa asuvat muistisairaatt tarvitsevat apua (Nazarko 2008, 401). Muistisairaatt kykenevät pukeutumaan paremmin itsenäisesti, jos heille tarjotaan vaihtoehtoja ja annetaan vain yksinkertaisia sanallisia ohjeita (Prizer & Zimmerman 2018). Hoitaja voi helpottaa pukeutumistilannetta asettamalla vaatteet pukeutumisjärjestykseen (Evers 2008, 186; Nazarko 2008, 402–403; Mönkäre, Hurnasti & Topo 2014, 137) ja antamalla riittävästi aikaa pukeutumiseen. Vaatekaappien hyllyihin on hyvä merkata, mitä vaatteita missäkin on. (Hurnasti & Topo 2014, 137.)

Vaatteiden valinnalla on merkitystä (Evers 2008, 186). Edestä kiinnitettävät (Evers 2008, 186; Nazarko 2008, 402–403; Mönkäre ym. 2014, 137), väljäkaulaaukkoiset tai avoimet vaatteet ovat helpompia pukea (Evers 2008, 186) kuin pään yli vedettävät. Vaatetuksessa on tärkeää huomioida sairastuneen oma mieltymys. (Nazarko 2008, 402–403; Mönkäre ym. 2014, 137.) Epämieluisa vaatetus saattaa ilmetä hankalana käytöksenä (Nazarko 2008, 402–403). Jos pukeutumisessa ilmenee vastustelua, muistisairas kannattaa jättää hetkeksi yksin. Hetken kuluttua hän mahdollisesti kaipaa apua ja on valmis sitä vastaanottamaan. Rauhallinen keskustelu pukeutumisen aikana rauhoittaa muistisairasta. (Evers 2008, 186.)

Pidätyskyvyttömyyttä esiintyy noin 80 %:lla vaikeasti muistisairaista. Virtsan pidätyskyvyttömyyteen liittyy yleensä rakon vajaa tyhjentyminen. Ulosteen pidätyskyvyttömyys on harvinaisempaa, ja se viittaa yleensä ummetukseen. (Viramo & Stranberg 2015, 492.) Pidätyskyvyn parantamiseksi ja wc-käyntien helpottamiseksi tulee wc-tilojen olla merkitty selkeästi ja niihin pääsyn on oltava esteetön (Prizer & Zimmerman 2018). Wc-istuimen värikäs kansi ja seinissä olevat värikäät kahvat voivat helpottaa istuimen hahmottamista. Istuimelle istumisen ja siitä nousemisen helpottamiseksi on mahdollista hankkia korotettu wc-istuin. Myös kahvoista saa tukea. (Mönkäre ym. 2016.)

Muistisairaahan käytös voi viitata ulostamisen tai virtsaamisen tarpeeseen (Shih, Wang, Sue & Wang 2015, 22; Barrie 2016, 38). Shihin ym. (2015, 28) tekemän tutkimuksen mukaan kasvoilla näkyvä suru, levottomuus ja ahdistuneisuus viestivät yleisimmin ulostamisen tarpeesta. Vaatteiden pukeminen ja riisuminen sekä jatkuva vaikerrus puolestaan viittasivat virtsaamisen tarpeeseen. Käyttäytymistä seuraamalla hoitohenkilökunnan on mahdollista huomioida yksilön tarve päästä wc:hen (Shih ym. 2015, 22; Barrie 2016, 38).

Muistisairas voi ilmaista epämukavuutta tai täyttymätöntä tarvettaan vastustamalla hoitotoimenpiteitä. Hoitovastaista käyttäytymistä on esimerkiksi vartalon jäykistäminen pukeutumisen tai peseytymisen yhteydessä. (Davison ym. 2017, 40.) Jos hoitotilanne ei onnistu, hoitajan on syytä miettiä muita lähestymiskeinoja. Esimerkiksi hoitajan poistuminen hetkeksi tilanteesta, ja myöhemmin uudelleen yrittäminen, voi auttaa tilanteesta selviytymiseen. Myös huumorin avulla voi selvitä monista haastavista tilanteista. (Qvick 2008, 28–29, 35.) Hoitajan tulee myös kertoa toiminnan aikana, mitä tekee ja miksi, että muistisairaahan on helpompi rentoutua (Evers 2008, 185).

3.4 Muistisairaahan kivun tunnistaminen

Hoitokodeissa asuvien muistisairaiden kipu on usein aliraportoitu, koska sairaus heikentää huomattavasti kykyä ilmaista kipua (Cunningham, McClean & Kelly 2010, 29; Ahn, Garvan & Lyon 2015, 256–257; Burns & McIlpatrick 2015, 400). Kivusta johtuvat tunneperäiset reaktiot vaimenevat, ja sairastunut saattaa unohtaa kokemansa kivun (Hallikainen & Nukari 2017b, 156). Muistisairaant, jotka eivät kykene ilmaisemaan kipuaan sanallisesti, saavat kivunhoitoa epätodennäköisemmin kuin sairastuneet, jotka pystyvät kertomaan kivusta (Cunningham ym. 2010, 29; Ahn ym. 2015, 256–257). Alihoidettu kipu vaikuttaa kielteisesti elämänlaatuun (Cunningham ym. 2010, 29; Ahn ym. 2015, 256–257; Annear ym. 2015). Jos kipua ei tunnisteta tai kivunhoito epäonnistuu, seurauksena voi olla unihäiriöitä, aliravitsemusta, masennusta, liikkumisen vähentymistä, tarpeetonta kärsimystä tai epätarkoituksenmukaista psykoosilääkityksen käyttöä (Schwartzkopf & Twigg 2014, 402).

Kivun ilmenemistapa muistisairailta vaihtelee (Ahn ym. 2015, 260). Se voi näyttäytyä käyttäytymisen muutoksina (Hallikainen & Nukari 2017b, 156) tai huomion hakemisena (Lehtomäki 2016, 25). Tutkimuksen mukaan kipu voi aiheuttaa muistisairaalla aggressiivista käyttäytymistä. Sairastuneilla, jotka pystyivät kertomaan kivustaan, esiintyi vain sanallista aggressiivisuutta. Heillä, jotka eivät pystyneet kertomaan kivusta, aggressiivisuus oli sekä fyysistä että sanallista. (Ahn ym. 2015, 256–257, 260.) Muita mahdollisia kipuun viittaavia oireita ovat levottomuus, lisääntynyt sekavuus, hoitovastaisuus, rauhattomuus sekä jonkin kehon osan jatkuva raapiminen tai hankaaminen (Schwartzkopf & Twigg 2014). Lehtomäen (2016, 25) mukaan kipu voi ilmetä myös muutoksena kasvoissa tai äänessä, kosketusherkkyuden lisääntymisenä ja liikkumisen muutoksena.

Kivun voimakkuuden määrittämiseksi kivun arviointi on välttämätöntä. Sanallinen ilmaisu on luotettavin mittari. Kivun voimakkuutta tulee kysyä henkilöiltä, jotka pystyvät kommunikoimaan sanallisesti. (Schwartzkopf & Twigg 2014, 402.) Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kipua tulee arvioida huomioimalla kokonaisvaltaisesti heidän käyttäytymistään (Ahn ym. 2015, 260) ja kipuun viittaavaa sanatonta ilmaisua, kuten vaikerrusta tai itkua. Kipua on tärkeää arvioida sekä levon että toiminnan aikana. Yleensä sitä esiintyy etenkin toiminnan aikana, kuten asennon vaihtojen yhteydessä ja peseytymisessä. (Schwartzkopf & Twigg 2014, 402.)

Muistisairaana kivun arvioimiseen voidaan käyttää esimerkiksi PAINAD-mittaria (Pain assesment in advanced dementia scale). PAINAD-mittari perustuu käyttäytymisen muutosten arviointiin. Mittarissa on viisi eri aluetta, joiden perusteella kipua arvioidaan. Arvioitavat alueet ovat hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli sekä lohduttamisen tarve ja sen vaikutus. Arviointi tapahtuu hoitohenkilökunnan toimesta. Paikkansapitävyyden varmistamiseksi sen tulisi tapahtua jokaisella kerralla samaan aikaan päivittäisten toimintojen yhteydessä. (Öun 2016.) Jokainen arvioitava alue on pisteytetty nollasta kahteen kivun vaikeusasteen mukaan. Jokainen kohta arvioidaan erikseen. Jos arvioitava saa osa-alueesta tulokseksi nollan, hän on kivuton. Saadessaan yhden pisteen hän on kivulias. Kaksi pistettä tarkoittaa, että hän tuntee voimakasta kipua. Saadut pisteet lasketaan yhteen.

Jos kokonaistulos on nolla, henkilöllä ei ole kipuja. Saadessaan 10 pistettä henkilön kokemat kivut ovat sietämättömiä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014, 1.)

Kivun syy ja luonne on aina selvitettävä, sillä se on usein hoidettavissa. Kivun aiheuttajan paikallistamista helpottavat tieto aiemmista sairauksista ja kivuista sekä potilaan tutkiminen. (Hallikainen & Nukari 2017b, 156.) Hoitohenkilökuntaa voidaan kouluttaa hoitamaan kipua ja tunnistamaan sen epätavallisia merkkejä muistisairaista, jotka eivät voi kommunikoida (Ahn ym. 2015, 256–257).

3.5 Muistisairaana itsemääräämisoikeus ja hoitotahto

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) säädetään yksilön itsemääräämisoikeudesta. Ihminen on itsemääräävä, kun hän ymmärtää tarjolla olevat vaihtoehdot, ja kykenee tekemään sekä arvioimaan päätöksiä ja niiden seurauksia. Itsemääräämisoikeus on jokaisen toimintakykyisen henkilön yhdenvertainen oikeus päättää omista asioistaan. (Nikumaa 2014, 171.)

Itsemääräämisoikeus on perimmältä ajatukseltaan heikomman osapuolen suoja. Heikompia osapuolia ovat hoitoympäristössä asiakas, ja erityisesti sellaiset asiakasryhmät, jotka eivät pysty ollenkaan tai kykenevät vain osittain huolehtimaan itsestään tai omista oikeuksistaan. (Pahlman 2003, 182.) Hyvän hoitotyön edellytys on, että hoitohenkilökunta kunnioittaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137; Matsui & Capezuti 2014, 37).

Muistisairaana itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeää (Nikumaa 2014, 171; Schmidhuber, Haeupler, Marinova-Schmidt, Frewer & Kolominsky-Rabas 2017). Muistisairaana henkilön kohdalla itsemääräämisoikeus tarkoittaa sekä nykyhetkessä että aiemmin ilmaistujen toiveiden kunnioittamista (Nikumaa 2014, 171). Toiveet on hyvä tallentaa kirjallisesti (Schmidhuber ym. 2017). Siihen asti, kun muistisairas ymmärtää hänelle esitetyn kysymyksen ja sen merkityksen,

hänen ratkaisunsa asiaan tulee olla etusijalla. Sairauden edetessä päätöksentekokyky heikkenee, ja lopulta se menetetään kokonaan. Jos muistisairaahan tahtoa ei saada selville, tilanteessa huomioidaan hänen oletettu tahtonsa. (Nikumaa 2014, 171.)

Muistisairaahan itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa liiallisesti, jolloin lopputulos on hänen etujensa vastainen. Jos henkilökunta pidättäytyy hankaliksi kokemistaan hoitotoimista asiakkaan itsemääräämisoikeuteen vedoten, esimerkiksi sairastuneen vastustaessa hoitoa, tilanteen voidaan katsoa olevan jopa heitteillejättö. (Nikumaa 2014, 171–172.) Potilaan itsemääräämisoikeudella ei voi perustella ammatillisesti vastuutonta toimintaa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 148). Jos sairastunut ymmärtämättömyyttään vastustaa hoitoa, hoitohenkilökunnan ja sairastuneen läheisten on mietittävä, kuinka pitkälle sairastuneen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan (Nikumaa 2014, 171–172).

Asiakkaan ymmärryksen sekä tiedonkäsittely- ja päätöksentekokyvyn heikkeneminen voivat olla perusteita itsemääräämisoikeuden rajoittamiselle (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 146). Muistisairaus itsessään ei aiheuta tarvetta rajoitustoimenpiteiden käytölle. Sairastuneen tai muiden turvallisuuden, terveyden tai omaisuuden vaarantuessa rajoitustoimenpiteitä voidaan joutua harkitsemaan. Rajoittamiskeinoja tulee käyttää vain silloin, kun lievemmät keinot eivät riitä ja rajoittaminen on välttämätöntä. Hoitohenkilökunnan tulee ensin kokeilla käytössä olevia lievempiä keinoja. Hoitohenkilökunnan puute ei ole peruste itsemääräämisoikeuden rajoittamiselle. (Nikumaa 2017a, 193.)

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on myös yksilön perusoikeuksien rajoittamista (Nikumaa 2017a, 191). Asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan yleisimmin erilaisin liikkumista estävin välinein, kuten turva- ja magneettivöin, sängyn laidoin, turvaliivein, tuoliin kiinnitettävien pöydin ja raajasidoksin (Valvira 2017). Lisäksi hygieniahaalarin käyttö on yksi rajoittamiskeino (Nikumaa 2017a, 191). Liikkumista rajoittavia välineitä käytetään myös varmistamaan asiakasturvallisuutta. Esimerkiksi kävelykykynsä menettäneellä asiakkaalla voidaan käyttää turvavöitä mahdollisen kaatumisen ehkäisemiseksi. Tällöin turvavöiden käyttö ei ole liikku-

misen rajoittamista. Vastaavasti ulko-oven lukitseminen muistisairaiden yksikössä mahdollistaa asiakkaiden vapaan, mutta turvallisen liikkumisen yksikön sisällä. (Valvira 2017.)

Päätös rajoitustoimenpiteiden käytöstä tehdään yksilöidysti ja se kirjataan potilasasiakirjoihin. Päätöksen tekee aina potilaan hoitava lääkäri, hoitajien asiantuntemusta hyödyntäen. Jos tilanne on kiireellinen, tilanteessa voidaan toimia sen vaatimalla tavalla. Rajoitustoimenpiteiden käytöstä on tehtävä ilmoitus hoidosta vastaavalle lääkärille heti tilanteen jälkeen. Rajoitustoimenpiteistä on keskusteltava muistisairaana itsensä kanssa. Jos hän ei ole kykenevä päättämään hoidostaan, toimenpiteistä tulee keskustella muistisairaana valtuuttaman henkilön, muun laillisen edustajan tai läheisen kanssa. Rajoitustoimenpiteissä täytyy noudattaa suosituksia ja ohjeistuksia ja niiden käyttö on lopetettava heti, kun ne eivät ole enää välttämättömiä. (Nikumaa 2017a, 191,193.) Rajoittamisluvasta huolimatta toimenpiteiden käyttöä tulee harkita jokaisella käyttökerralla (Valvira 2017).

Muistisairaana hoitosuunnitelmaan on kirjattava itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet. Niiden toteutumista tulee seurata ja arvioida jokaisessa hoitoyksikössä. Jokaisen yksikön on pyrittävä ehkäisemään rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Rajoittamistoimenpiteisiin johtavia tekijöitä ovat yleensä ammattitaidoton muistisairaana kohtaaminen, riittämätön tuki tai ympäristötekijät. (Nikumaa 2017a, 191–192.) Rajoittamistoimenpiteistä huolimatta muistisairaana itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja vahvistaa, esimerkiksi mahdollistamalla arkeen ja tulevaisuuden suunnitteluun osallistumisen. (Nikumaa 2017a, 191.)

Muistisairauden eteneminen heikentää henkilön oikeudellista toimintakykyä ja päätöksentekokykyä. Sairauden varhaisessa vaiheessa on hyvä tehdä oikeudellista ennakointia. Muistisairauden eteneminen on aina yksilöllistä, joten tarkkaa hetkeä oikeudelliseen ennakointiin ei voida määrittää. (Suomen muistiasiantuntijat 2016, 11.) Oikeudellinen ennakointi on tulevaisuuden suunnittelua ja varautumista toimintakyvyyttömyyteen. Yhtenä keinona on hoitotahdon tekeminen. (Nikumaa 2017b, 194.) Sillä varmistetaan sairastuneen toiveiden toteutuminen sen jälkeen, kun hän ei enää itse kykene päätöksentekoon. Hoitotahdon tekemiseen on hyvä kannustaa jo ennen sairastumista. (Laakkonen 2013.)

Hoitotahto on aina henkilökohtainen oikeustoimi. Se on tahdonilmaisu, joka on osoitettu erityisesti terveydenhuollon henkilöstölle ja hoitolinjauksista vastaavalle lääkärille. Hoitotahdossa asiakas ilmaisee yksilöllisesti tahtonsa erilaisista hoidoista, tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Hän voi eritellä hoitotahdossaan mil-laiseen kivunhoitoon hän suostuu, tai antaa muita ohjeita esimerkiksi hengityskonehoidosta tai elvytyksestä. (Pahlman 2003, 273.) Hoitotahdon muodossa ei ole vaatimuksia. Sen voi tehdä sekä suullisesti että kirjallisesti. (Nikumaa 2017c, 196.) Hoitotahdosta voidaan poiketa, jos ilmenee vahva epäily siitä, että potilaalla on ollut väärä käsitys sairautensa etenemisestä, hoitomuodosta tai hänen tahtonsa on muuttunut (Nikumaa 2017c, 197).

Muistisairaahan hoitotyössä korostuu eettinen osaaminen. Muistisairas ei välttämättä kykene kertomaan sanallisesti epäasiallisesta kohtelusta tai huonosta hoidosta. Siksi hoitajilta edellytetään erityistä vastuullisuutta ja omaatuntoa. (Qvick 2008, 29.) Asiakkaan edunvalvonta on tärkeä osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Sen tarkoituksena on edistää asiakkaan asemaa, ehkäistä kärsimystä, puolustaa hänen laillisia oikeuksiaan ja toteuttaa hyvää hoitoa. Sairaanhoitajan kuuluu mahdollistaa asiakkaan osallistuminen häntä koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi hoitajan tulee valvoa muiden ammattihenkilöiden mahdollista epäeettistä toimintaa asiakasta kohtaan. (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen & Puukka 2010, 40.)

3.6 Muistisairaahan läheisten tukeminen

Muistisairaiden läheiset ovat kuormittuneempia kuin muiden pitkäaikaissairaiden henkilöiden läheiset. Merkittävimmät kuormitusta aiheuttavat tekijät liittyvät läheiseen itseensä. Läheisten kuormittuneisuuden tunnetta lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi masentuneisuus ja kokemus elämänlaadun heikkenemisestä sekä oman ajan rajallisuudesta. Näiden lisäksi kuormittuneisuutta lisäävät tunne sairastuneen hoidon epäonnistumisesta sekä syyllisyys muistisairaahan hoitamatta jättämisestä hänen siirryttyään pitkäaikaishoitoon. Myös muistisairauteen liittyvät yleiset muutokset kuormittavat läheisiä. (Stolt, Suhonen, Koskenniemi, Hupli, Kattajisto & Leino-Kilpi 2014, 127.)

Etenevän muistisairauden toteaminen voi aiheuttaa läheisen elämään kriisin. Kriisin jälkeen on sopeuduttava sairauteen ja sen aiheuttamiin muutoksiin. Muutosten hyväksyminen tukee hyvinvointia huolimatta siitä, että elämä ja tilanteet muuttuvat sairauden myötä. Sopeutuminen on yksilöllistä. Sitä voi edesauttaa ammattilaisten tai vertaisryhmän tuki. (Mönkäre 2017b, 182–183.) Muistisairasta ja hänen läheisiään on hyvä kannustaa osallistumaan kodin ulkopuolisiin harrastuksiin ja vertaisryhmien toimintaan, sillä vertaistuki lisää sosiaalista hyvinvointia. Virkistystä ja päivätoimintaa järjestävät esimerkiksi potilasyhdistykset ja palvelukeskukset. (Huhtamäki-Kuoppala, Ekola & Hallikainen 2015, 533.)

Muistisairaus muuttaa arkielämää ja ihmissuhteita. Muuttuneet tilanteet voivat aiheuttaa läheiselle tunnemyllerryksen. Myös tunteet sairastunutta kohtaan saattavat muuttua ja vaihdella. Kielteisten tunteiden vuoksi läheinen voi kokea syyllisyyttä tai häpeää. Tunteet vaikuttavat hyvinvointiin ja elämän sujumiseen, joten ammattilaisen tulee tarjota läheiselle mahdollisuutta kertoa tunteistaan ja kokemuksistaan. (Mönkäre 2017b, 182–183.) Tutkimuksen mukaan muistisairaana omaiset kokevat helpottavana, kun saavat kertoa kuulumisistaan hoitajalle. Hoitajien tulee ottaa heidän huolensa vakavasti ja pyrkiä auttamaan mahdollisuuksien mukaan. (Qvick 2008, 37–39.) Läheinen ei välttämättä ole joka hetki halukas keskustelemaan, joten uusien keskustelumahdollisuuksien tarjoaminen on tarpeellista (Mönkäre 2017b, 183).

Läheisille on annettava luotettavaa tietoa muistisairaudesta ja sen mukana tulevista muutoksista. Tiedon saanti auttaa varautumaan ja sopeutumaan tuleviin muutoksiin. Tietoa annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullinen tiedon antaminen tarjoaa mahdollisuuden keskustelulle ja kysymyksille. Vuorovaikutustilanteessa tiedon antaminen kohdistuu paremmin yksilöllisiin tarpeisiin. Kirjallisesti annetun tiedon myötä asiaan on helpompi palata tarpeen vaatiessa. Tietoa tulee antaa ymmärrettävällä tavalla, oikea-aikaisesti ja sopiva määrä kerrallaan. Tiedon antaminen oikeaan aikaan vaatii muistisairaana ja hänen läheisensä kuuntelemista ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Asioita on hyvä kerrata, sillä läheinen ei välttämättä ymmärrä kaikkea tietoa. (Mönkäre 2017c, 178–179.) Läheisillä saattaa olla sairastuneen kunnosta ja toimintakyvystä epärealistinen käsitys,

ja osa saattaa jopa odottaa sairauden paranevan (Qvick 2008, 37). Tiedon antamisessa on muistettava, että sitä voidaan antaa ainoastaan muistisairaalle luvalla (Mönkäre 2017c, 179).

Muistisairauden varhaisessa vaiheessa läheistä tuetaan jatkamaan tavallista arkielämäänsä. Sairaudesta ei tarvitse vaikuttaa kaikkeen tekemiseen ja olemiseen. Läheistä ja muistisairasta kannustetaan miettimään ja suunnittelemaan tulevaisuutta yhdessä. Kun hoito on riittävää ja muistisairaalle toimintakyvystä huolehditaan, elämä voi pysyä lähes entisellään useitakin vuosia. Sairaudesta edetessä läheisen rooli päätöksenteossa lisääntyy. Läheisen uupuminen johtaa muistisairaalle hoidon ja huolenpidon heikkenemiseen, joten läheisen jaksamisen tukeminen on tärkeää. (Mönkäre 2017d, 179.)

Läheisten uupuminen on yksi merkittävimmistä vaaratekijöistä, joka johtaa muistisairaalle siirtymiseen tuetun asumisen piiriin. Läheisten tukemisen tavoitteena on muun muassa ylläpitää läheisten hyvinvointia ja elämänlaatua sekä helpottaa muistisairaalle ja läheisten kotona pärjäämistä, palvelujen hankintaa ja pitkäaikaishoitoon siirtymistä. Tukeminen voi olla esimerkiksi toimintaa, joka edistää sosiaalista hyvinvointia, ylläpitää toimintakykyä ja turvaa kotona asumista. Tuen ja avun tarve on yksilöllistä. Tarve on tunnistettava, ja siihen on etsittävä ratkaisu. (Huhtamäki-Kuoppala ym. 2015, 531.)

Läheistä tuetaan osallistumaan muistisairaalle hoitoon ja päätöksentekoon. Hänellä on oltava mahdollisuus olla läsnä ja osallistua hoitoon myös muistisairaalle siirryttyä pitkäaikaishoitoon. (Mönkäre 2017d, 179–180.) Hoitajien on tunnistettava läheisten erilaisten tarpeet. Kaikki läheiset eivät halua osallistua sairastuneen hoitoon, vaan haluavat esimerkiksi vain vierailla hoitoyksikössä. (Qvick 2008, 37.)

Tukeminen on kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tehtävä. Läheisten ja muistisairaalle tueksi tehdään hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Siinä on oltava selkeästi kirjattuna muistisairaalle hoidolle ja kuntoutukselle asetetut tavoitteet, toteutus ja toteuttajat sekä toteutusmenetelmät ja seurantakeinot. (Huhta-

mäki-Kuoppala ym. 2015, 530, 536.) Läheisten jaksamisen tukemiseksi muistisairaahan ja hänen läheisensä terveys- ja sosiaalipalvelujen tulisi olla suunniteltu yksilöllisesti ja tarvelähtöisesti. (Stolt ym. 2014, 125.)

Terveydenhuollon toimijoiden tehtävänä on, yksin tai yhdessä muiden toimijoiden kanssa, antaa ensitietoa ja neuvontaa muistisairaalle sekä hänen läheiselleen. Muistihoitaja tai -koordinaattori on sairastuneen ja hänen läheisensä tukena kaikissa sairauden vaiheissa, tarjoaa matalan kynnyksen neuvontaa ja toimii perheen yhteyshenkilönä. Myös kolmannen sektorin toimijat, esimerkiksi potilasyhdistykset ja seurakunta, tarjoavat neuvontaa. Lisäksi ne järjestävät toimintaa edesauttaakseen läheisen jaksamista. Kansaneläkelaitos järjestää sopeutumisvalmennuskursseja, joihin sekä muistisairas että hänen läheisensä voivat osallistua. Eri toimijoista muodostuu muistisairaahan ja hänen perheensä ympärille moniammatillinen, tukea tarjoava verkosto. (Huhtamäki-Kuoppala ym. 2015, 530–531.)

4 Verkko-oppiminen ja verkko-oppimateriaali

Verkko-oppiminen määritellään koulutusprosessiksi, joka tuottaa koulutusta, oppimateriaalia ja oppimisympäristön. Se mahdollistaa oppilaiden ja opettajien välisen vuorovaikutuksen tieto- ja viestintätekniikan avulla (Abuatiq, Fike, Davis, Boren & Menke 2017, 81). Käytännössä verkko-oppiminen on verkossa tapahtuvaa opiskelua, jossa pystytään hyödyntämään monia eri menetelmiä (Keränen & Penttinen 2007, 2–3; Feng, Chang, Chang, Erdley, Lin & Chang 2013, 174). Verkko-oppimiselle on määritelty tavoite, sisältö, laajuus ja arviointi. Oppiminen tapahtuu usein virtuaalisessa ympäristössä eli oppimisalustalla. (Keränen & Penttinen 2007, 3.) Mishran, Ranin & Bhardwajin (2017, 6, 9) tutkimuksessa todetaan, että verkko-oppiminen on tehokas keino lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa.

Virtuaalinen ympäristö mahdollistaa joustavan opiskelun, jossa oppiminen ei ole sidottuna aikaan tai paikkaan (Keränen & Penttinen 2007, 2–3; Feng ym. 2013,

174). Verkko-oppimisen joustavuus ei kuitenkaan vähennä oppimisprosessiin kuuluvaa aikaa. On myös hyvä huomata, ettei verkko-oppimateriaali ole saatavilla ilman verkkoyhteyttä. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 78.) Verkko-opiskelua hankaloittavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi opiskelutavasta johtuva erillään olo muista opiskelijoista ja siitä johtuva yksinäisyys, verkkoyhteyksien haasteet ja muut tietotekniset ongelmat, puutteet henkilökohtaisessa ohjauksessa ja palautteessa sekä opintokokonaisuuden liian suuret vaatimukset. Verkko-opintojen toteuttamista helpottaa aiempi kokemus vastaavanlaisesta opiskelutavasta. (Nevgi & Tirri 2003, 162–163.)

Verkko-oppimateriaalin tulee soveltua opetus- ja opiskelukäyttöön tukeakseen oppimista. Verkko-oppimateriaali antaa opetukseen uusia keinoja tiedon käyttöön ja kehitykseen sekä mahdollistaa monipuolisemman työskentelyn. Materiaalin tulee olla ajankohtaista, viimeisimpiin tutkimuksiin perustuvaa. Tärkeintä on, että verkko-oppimateriaali ei ole pelkästään kokoelma tekstejä, kuvia ja videoita verkossa ilman opetuksellista käyttötarkoitusta. Sen tulisi tukea oppimista monipuolisesti. (Opetushallitus 2012.)

Verkko-oppimateriaali kootaan usein samankaltaisesti kuin kirjat. Kuten kirjoissa, verkko-oppimateriaalissa pyritään esittämään todenperäistä tietoa mahdollisimman selkeällä tavalla. Tieto kootaan verkkoon kokonaisuuksiksi, jotka ovat tietyssä järjestyksessä, sisältävät valmiiksi rajattuja selkeitä tehtäviä ja vaativat yksilötyöskentelyä. Opiskelijan tehtäväksi jää ainoastaan tiedon mieleen painaminen. (Paavola, Ilomäki & Lakkala 2012, 44.) Tämän sijaan verkko-oppimateriaalin olisi hyvä olla joustavaa, jokaisen oppijan henkilökohtaisen tason, kiinnostuksen ja tarpeiden huomioivaa. Sen tulisi aktivoida opiskelijan omaa ajattelua keskittymällä opiskeltavan asian keskeisiin asioihin ja samalla mahdollistaa oppimisen taitojen kehittyminen. Oppimateriaalin käytön on oltava helppoa, ulkoasussa on huomioitava opettavaisuus ja sisällön tulee tukea kurssille asetettuja tavoitteita. (Ilomäki 2012, 11.)

Verkko-opetusta hyödynnetään kaikilla kouluasteilla. Opettajan roolissa on tärkeää rajata aihe, valita sopivat lähdemateriaalit ja valmistella kurssi huolellisesti.

(Karevaara 2009, 14.) Sen tehokkuutta ja käyttöä hoitotyön koulutuksessa on tutkittu vain vähän. Ei ole näyttöä siitä, onko verkko-oppiminen perinteisiä oppimiskäytäntöjä parempi vaihtoehto. Sen sijaan yksilöllisesti suunnitellut verkko-opinnot ovat perinteisiä keinoja tehokkaampi menetelmä. (Abuatiq ym. 2017, 82.) Verkko-opetuksesta ei ole todettu olevan yhtä paljon hyötyä, kuin käytännön harjoittelusta, mutta se on hyödyllinen lisä hoitoalan perinteiseen opetukseen (Feng ym. 2013, 181, 174).

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden tietoutta muistisairaahan hoitotyöstä. Tavoitteena on edistää muistisairaiden hyvän hoidon toteutumista. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa verkko-oppimateriaali muistisairaahan hoitotyöstä Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksolle.

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

6.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä

Toimeksiantaja on luonteva osa toiminnallista opinnäytetyötä. Sen avulla on mahdollista verkostoitua työelämään, ja kehittää sitä. Jos toiminnallisella työllä on toimeksiantaja, se lisää opiskelijan vastuuntuntoa, kehittää projektinhallintaa ja ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 16–17.) Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulu. Se on monialainen ammattikorkeakoulu, jonka omistaa Joensuun kaupungin omistama osakeyhtiö. Karelia-ammattikorkeakoulu toimii kolmessa eri toimipisteessä Joensuun alueella ja tarjoaa seitsemän eri koulutusala. Opiskelijoita on yhteensä 4000. Sosiaali- ja terveysalan tutkintoihin kuuluu muun muassa sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja -koulutukset. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018a.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksella on aina käyttötarkoitus ja kohderyhmä. Kohderyhmän määrittämiseen vaikuttavat muun muassa koulutus sekä toimeksiantajan tuotokselle asettamat toiveet ja tavoitteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–39.) Tämän opinnäytetyön tuotos oli verkko-oppimateriaali hoitotyön opiskelijoille Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksolle. Opintojakso kuuluu neljännen lukukauden opintoihin. Opintojakson tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää gerontologisen hoitotyön arvoja ja eettisiä periaatteita sekä terveyden edistämisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeyden ikäihmisten hoitotyössä. (Karelia ammattikorkeakoulu 2017.) Opinnäytetyön tuotoksen kohderyhmänä olivat Karelia-ammattikorkeakoulun neljännen lukukauden hoitotyön opiskelijat, jotka suorittavat opinnoissaan Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakson. Tässä työssä hoitotyön opiskelijoilla tarkoitetaan sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita.

Lopulliseen aihevalintaan vaikuttivat opinnäytetyöntekijöiden työelämässä havaitsemat haasteet muistisairaiden hoidossa ja koulussa havaitut puutteet muistisairaiden hoitotyön teoreettisessa opetuksessa. Lisäksi toimeksiantajalla oli tarve muistisairaankäytännön hoitotyötä käsittelevälle oppimateriaalille. Oppimateriaali tehtiin verkko-oppimateriaaliksi, koska opintojakso muuttuu tulevaisuudessa kokonaan verkossa opiskeltavaksi. Toimeksiantajan toiveena verkko-oppimateriaalille oli opiskelijälähtöisyys. Tätä ajatusta tukee opinnäytetyönä tuotettu verkko-oppimateriaali. Työn käyttötarkoituksena oli syventää opiskelijoiden tietoa muistisairaankäytännöstä.

6.2 Toiminnallisen opinnäytetyön kuvaus

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi opinnäytetyön muoto. Sen pyrkimyksenä on ohjeistaa, opastaa ja järjestää toimintaa ammatillisessa ympäristössä. Toiminnallisen opinnäytetyön voi toteuttaa erilaisin menetelmin, esimerkiksi tuottamalla ammatilliseen käyttöön tarkoitettua oppaan tai ohjeistuksen. Ammattikorkeakoulun toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu käytännön toteutuksesta ja sen raportoinnista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Käytännön toteutus on usein kirjallinen produkti, eli tuotos, jonka teksti on suunnattu kohteelle tai kohderyhmälle. Raportissa puolestaan kuvataan prosessia ja omaa oppimista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli verkko-oppimateriaali muistisairaahan hoitotyöstä Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Oppimateriaalissa esiteltiin yleisimmät etenevät muistisairaudet, niiden aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia sekä muistisairaahan hoitotyön eri osa-alueita. Hoitotyötä tarkasteltiin kohtaamisen ja vuorovaikutuksen, toimintakyvyn ja aktiivisen arjen, päivittäisissä toiminnoissa tukemisen, kivun tunnistamisen, itsemääräämisoikeuden ja hoitotahdon, sekä läheisten tukemisen näkökulmasta. Tuotoksessa käsiteltiin myös muistisairaahan haastavaa käytöstä ja keinoja eri tilanteissa toimimiseen.

6.3 Verkko-oppimateriaalin suunnittelu

Opinnäytetyön tuotoksen alustava suunnittelu aloitettiin helmikuussa 2018. Tuotos suunniteltiin tehtäväksi Prezi-esityksenä. Prezi on verkossa toimiva esitysgraafikkatyökalu (Lammi 2013). Teoriatiedon suunniteltiin etenevän opinnäytetyön raportin mukaisessa järjestyksessä. Jokainen aihealue oli tarkoitus esitellä omana kokonaisuutenaan. Verkko-oppimateriaalissa oli tarkoitus testata oppijan tiedon kehittymistä erilaisin keinoin. Jokaisen teoriaosion jälkeen olisi tullut opettajalle palautettava tehtävä, pieni verkkotentti tai case-pohdinta. Case-pohdinnassa oli tarkoituksena kuvata erilaisia muistisairaahan hoitotyöhön liittyviä tilanteita, joiden eettisiä näkökulmia opiskelijat olisivat pohtineet vapaata tekstiä käyttäen. Esityksen visuaalinen ilme oli tarkoitus suunnitella itse käyttäen esimerkiksi erilaisia aiheisiin sopivia taustakuvia.

Toimeksiantajan mukaan verkko-oppimateriaali tuli tuottaa Karelia-ammattikorkeakoulun käyttämään Karelia-Moodlerooms verkko-oppimisympäristöön. Ohjeena oli tuottaa verkko-oppimateriaalin teoriaosuus PowerPoint-esityksen muotoon. PowerPoint on esitysgraafiikkaohjelmisto, jonka avulla voidaan tehdä graafisia esityksiä eri tilanteisiin ja tehostaa suullista esitystä (Hautsalo 2007, 4). Valmis PowerPoint-pohja saatiin toimeksiantajalta, joten visuaaliseen ilmeeseen ei voitu vaikuttaa. Toimeksiantaja antoi ohjeita tuotoksen sisällöstä, laajuudesta ja

esitysten kestosta. Hän myös ehdotti mahdollisia käsiteltäviä aiheita ja rajasi laajuutta hoitotyön perusosaamiseen. Lisäksi hän toivoi opiskelijoiden tiedon kehittymistä testattavan verkkotentillä, joka sisältäisi kysymyksiä kaikista aihealueista. Toimeksiantaja halusi jokaisen aihealueen sisällön mahtuvan noin kymmeneen diaan, ja diaesitysten keston olevan viidestä kahdeksaan minuuttia. Hän ohjeisti, että PowerPoint-esitysten tuli sisältää myös nauhoitettua puhetta kirjoitetun tekstin lisäksi. Toimeksiantaja ehdotti, että diaesityksen puheen sisältö olisi sama, kuin diojen teksti. Näin voitaisiin tukea erilaisia oppimistyyliä.

Oppimistyyliä ovat yksilöllisiä ja henkilökohtaisia tapoja ottaa vastaan, käsitellä ja palauttaa mieleen tietoa. Ne voidaan jakaa esimerkiksi aisteihin pohjautuen audittiiviseen, visuaaliseen ja taktiiliseen oppimiseen. Aisteja käytetään tiedonhankintaan ja muistamiseen. Yleensä jokin aisteista on muita vahvempi, ja sitä hyödynnetään eniten. Audittiivinen oppija oppii parhaiten kuuntelemalla. Visuaalinen oppija hyötyy eniten hiljaisesti itsekseen lukemisesta sekä kuvien ja taulukoiden katselusta. Taktiilinen oppija tarvitsee oppimiseen tilaisuuden käyttää käsiään. Hyviä oppimistapoja ovat esimerkiksi kirjoittaminen, piirtäminen ja mallintaminen. (Jyväskylän yliopiston kielikeskus 2018.)

Ennen hyvän esityksen tekoa, on tärkeää asettaa päämäärä esityksessä käytettäville dioille. Diojen ulkoasun täytyy olla sellainen, että yleisö ymmärtää helposti niiden sisällön, pystyy muistamaan sen vielä pitkään esityksen jälkeen ja käyttämään dioja muistiinpanoina. Diojen sisältö määrittelee esityksen onnistumisen. (Heath 2008, 15.) Diojen määrän tulisi olla linjassa esityksen kanssa. ja niihin tulee laittaa ainoastaan oleellinen tieto. Yhdessä diassa olisi hyvä olla alle kymmenen riviä tekstiä ja alle kymmenen sanaa yhdellä rivillä. Tarkentavan tiedon voi antaa yleisölle esimerkiksi puheen avulla. Dioissa tulee käyttää tarpeeksi suurta kirjasinkokoa ja korkeintaan kahta eri kirjasintyyppiä. Esityksen eteneminen täytyy olla johdonmukaista ja diojen otsikkojen tulee vastata sisältöä. (Hautsalo 2007, 33.)

Jokaisesta aihealueesta haluttiin tehdä aihekohtainen diaesitys. Jokaisen PowerPoint-esityksen ensimmäisessä diassa oli tarkoitus kuvata kyseisen diaesityksen sisältöä ja esitellä kysymyksiä, joihin opiskelijoiden olisi etsittävä tieto esityksen

aikana. Diojen tekstin haluttiin olevan tiiviissä muodossa, ja aihetta oli tarkoitus käsitellä laajemmin nauhoitetun puheen avulla. Valmiit nauhoitteet suunniteltiin liitettäväksi Geriatrinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakson verkko-oppimisympäristöön. Diojen alussa esitetyt kysymykset suunniteltiin kysyttäväksi uudelleen osion lopuksi, jolloin opiskelijan olisi vastattava kysymyksiin päästäkseen jatkamaan seuraavaan osioon. Verkko-oppimateriaalin opiskelun jälkeen tietoa oli tarkoitus testata kokoavalla verkkotentillä. Verkkotenttiin suunniteltiin monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja case-pohdintatehtäviä.

6.4. Verkko-oppimateriaalin toteutus

Verkko-oppimateriaali tuotettiin Moodlerooms verkko-oppimisympäristöön. Teoriatieto esitettiin PowerPoint-esitysten muodossa. Esitysten aiheet olivat johdanto, yleisimmät etenevät muistisairaudet, käyttäytymisen muutokset, muistisairaahan toimintakyvyn tukeminen ja aktiivinen arki, kohtaaminen ja vuorovaikutus, päivittäisissä toiminnoissa tukeminen, kivun tunnistaminen, läheisten tukeminen sekä itsemääräämisoikeus ja hoitotahto.

Verkko-oppimateriaali koettiin hankalaksi toteuttaa toimeksiantajan alkuperäisen suunnitelman mukaan osaksi valmista verkko-oppimisympäristöä. Opiskelijan näkökulmasta toteutuksesta olisi tullut hankalakäyttöinen, sillä PowerPoint-esityksiä ja aihekohtaisia kysymyksiä ei olisi saanut järjestettyä johdonmukaisesti eteneviksi. Opiskelijan olisi täytynyt siirtyä edestakaisin sivujen välillä. Tämän vuoksi verkko-oppimateriaali päädyttiin toteuttamaan erilliseen verkko-oppimisympäristöön, joka liitettiin alkuperäiseen Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakson verkko-oppimisympäristöön.

Verkko-oppimisympäristön rakentaminen aloitettiin kirjoittamalla verkko-oppimateriaalin kuvaus johdantosivulle. Kuvauksessa kerrottiin verkko-oppimateriaalin olevan opinnäytetyön tuotos ja osa Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksoa. Kuvauksessa ohjattiin kuuntelemaan ensimmäinen esitys, jossa kerrottiin verkko-oppimateriaalin sisällöstä ja siihen liittyvistä tehtävistä. Lukemi-

sen helpottamiseksi johdantosivulla käytettiin tarpeeksi suurta kirjasinkokoa. Samaa kirjasinkokoa käytettiin kaikissa verkko-oppimisympäristön teksteissä. Tekstin väriksi valittiin mustan sijaan tumman harmaa. Tällä pyrittiin välttämään liian suurta kontrastia valkoisen taustan ja tekstin välillä.

Jokainen aihe otsikoitiin omaksi osiokseen. Tässä vaiheessa etsimme aiheisiin sopivia kuvia internetin kuvahakukoneella, joka tarjoaa tekijänoikeuksista vapaita kuvia. Käytimme useita erilaisia hakusanoja, muun muassa "alzheimer", "depression", "pain", "old people" ja "dementia". Hakusanoina käytettiin pääsääntöisesti englanninkielisiä termejä, sillä niiden avulla sopivia kuvia löytyi enemmän. Tarkoituksena oli etsiä jokaiseen aihealueeseen sopiva kuva herättämään mielenkiintoa ja parantamaan verkko-oppimisympäristön visuaalista ilmettä. Osaan aiheista, kuten päivittäisissä toiminnoissa tukemiseen ja muistisairaana kivun tunnistamiseen, olisi löytynyt sopivia kuvia. Kaikkiin aiheisiin sopivia kuvia ei kuitenkaan löytynyt, minkä vuoksi kuvia ei käytetty missään aihealueessa. Ainoa verkko-oppimisympäristössä käytetty kuva oli verkko-oppimisympäristön kansikuva. Kansikuvaksi valittiin kuvitukseltaan ja väritykseltään harmoninen kuva.

Toimeksiantaja neuvoi hahmottelemaan PowerPoint-esityksen kirjallisen ja suullisen tiedon tekstinkäsittelyohjelmaan ennen varsinaisen diaesityksen tekoa. Dia-kohtainen teksti ja nauhoitettava puhe hahmoteltiin Word-pohjaan. Dioissa esitetyn tiedonlähteenä käytettiin opinnäytetyön raporttia. Dioissa esitettiin teorian tiedon pääkohdat ja teksti pyrittiin pitämään mahdollisimman vähäisenä. Tavoitteena oli, että opiskelijoiden olisi helpompi lukea diat nauhoitetta kuunnellessa. Diaesityksissä kiinnitettiin huomiota diojen esityskohtaiseen yhtenäisyyteen. Jokaisessa diassa otsikot asetettiin samalle tasolle ja käytettiin samaa kirjasinkokoa. Tekstissä kirjasinkokoa jouduttiin muokkaamaan dian tekstimäärän mukaan. Jokaisen dian ensimmäinen tekstiosuus aloitettiin samalta tasolta. Myös tekijöiden nimet muokattiin samalle tasolle jokaiseen diaan.

Diaesitysten puhe nauhoitettiin PowerPoint-ohjelman nauhoitusominaisuuden avulla. Nauhoituksissa päädyttiin yksimielisesti käyttämään vain yhden henkilön ääntä. Tällä oli vaikutusta nauhoitusten yhtenäisyyteen. Puhuja valittiin äänen miellyttävyyden perusteella. Nauhoitteista tehtiin muutama harjoitusversio, joiden

toimivuutta arvioitiin yhdessä. Niistä arvioitiin puhutun tekstin ja diojen tekstin yhtenäisyyttä sekä puheen selkeyttä ja nopeutta. Esityksiä jouduttiin nauhoittamaan useamman kerran puheessa esiintyneiden virheiden tai keskeytysten vuoksi. Nauhoitetta oli mahdollista muokata vain diakohtaisesti, jonka vuoksi nauhoitukset veivät paljon aikaa. Valmiit esitykset kuunneltiin ennen verkko-oppimisympäristöön siirtämistä. Diaesityksen kesto riippui aihealueen laajuudesta. Esitysten kesto vaihteli kolmen ja kymmenen minuutin välillä. Yhteensä ne kestivät tunnin ja neljä minuuttia.

Jokaisesta aiheesta oli laadittu kysymyksiä, jotka käsittelivät keskeisiä asioita. Opiskelijan tuli etsiä vastaukset kysymyksiin diaesityksen aikana. Kysymykset pyrittiin pitämään melko suppeina, ettei niihin vastaamiseen kuluisi suhteettoman paljon aikaa. Tavoitteena oli, että opiskeluun ei kuluisi liikaa aikaa verrattuna koko opintojakson suorittamiseen. Alun perin kysymykset suunniteltiin laitettavaksi diaesitysten ensimmäisiin dioihin. Kysymysten haluttiin kuitenkin olevan opiskelijan nähtävillä ennen diaesityksen alkua, jotta opiskelijalla olisi paremmin aikaa valmistautua käsiteltävään aiheeseen. Tämän vuoksi kysymykset päädyttiin laittamaan verkko-oppimisympäristöön jokaisen aihealueen yhteyteen. Alustavan suunnitelman mukaan kysymyksillä oli tarkoitus kontrolloida opiskelijan etene mistä verkko-oppimisympäristössä, mutta teknisesti tätä ei ollut mahdollista toteuttaa.

Kysymyksille tehtiin verkko-oppimateriaaliin erillinen palautuskansio. Kysymysten esittämistavaksi testattiin lyhyt vastaus, monivalinta- ja esseekysymystyyppiä. Lyhyt vastaus -kysymystyyppiin tuli määritellä esitetulle kysymykselle valmis vastaus. Kysymystyyppissä ongelmaksi muodostui se, että ohjelma tulkitse vastauksen vääräksi, jos se ei ollut kirjoitettu täsmälleen samalla tavalla, kuin valmiiksi määritelty vastaus. Koska samaa asiaa voidaan ilmaista monella eri tavalla ja eri aikamuodossa, tämä kysymystyyppi koettiin epäkäytännölliseksi.

Toisena vaihtoehtona testattiin monivalintakysymystä. Tässä kysymystyyppissä tuli määritellä kysymyskohtaisesti oikea ja väärä vastaus sekä kirjoittaa vapaa- muotoinen kommentti, esimerkiksi antamaan lisätietoa aiheesta. Ensimmäisellä sivulla näkyivät pelkästään kysymys ja vastausvaihtoehdot. Seuraavalla sivulla

näkyivät vastausvaihtoehtojen tulokset ja lisäkommentit. Vastausnäkyminen oli sekavalukuinen, sillä kaikki kysymykset vastauksineen olivat yhtä aikaa näkyvissä ja toisistaan huonosti erotettavissa. Sopivin kysymystyyppi oli esseekysymys, jota käytettiin jokaisen kysymyksen kohdalla. Tämän kysymystyyppin haittapuoli oli se, että opiskelija ei pystynyt näkemään oikeaa vastausta heti kysymykseen vastattuaan. Lisäksi opettajan oli tarkastettava jokaisen opiskelijan vastaus erikseen.

Aihekohtaisten kysymysten lisäksi opiskelijoille tehtiin case-pohdintatehtävä, jossa kertautui koko oppimateriaalin asiat. Pohdintatehtäväksi hahmoteltiin kaksi erilaista esimerkkitapausta. Esimerkkitapauksissa pohdittiin tilanteita, joita hoitaja todennäköisesti kohtaa hoitotyössä. Ensimmäinen vaihtoehto liittyi ruokailutilanteeseen, jossa asiakas yllättäen alkaisi käyttäytyä uhkaavasti ympärillä olevia ihmisiä kohtaan. Toisessa versiossa asiakkaan käyttäytyminen oli muuttunut merkittävästi aiempaan tyyliin verrattuna, esimerkiksi vetäytyneemmäksi ja sanallisesti aggressiiviseksi. Tässä vaihtoehdossa opiskelija joutui pohtimaan esimerkkitapaukseen vaikuttavia asioita monipuolisemmin ja huomioimaan myös asiakkaan omaiset. Pohdinta tuli palauttaa erilliselle keskustelualueelle. Lisäksi tehtävään kuului kommentoida vähintään yhden opiskelijan pohdintaa. Erillistä loppupotenttiä oppimateriaaliin ei tehty, koska työmäärä olisi kasvanut liian suureksi.

6.5 Verkko-oppimateriaalin arviointi

Arvioinnin avulla määritetään oman toiminnan hyötyä ja arvoa. Arviointi on tärkeää opetuksen kehittämiseksi. Sitä on verrattava kurssin tavoitteisiin. Arvioinnin tulosten avulla kurssin tekijä voi muuttaa toimimattomia tai haasteellisia elementtejä paremmiksi. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 85.) Tämän opinnäytetyön tuotos arvioitiin testiryhmän antaman palautteen perusteella.

Verkko-oppimateriaalin arvioimiseksi suunniteltiin käytettäväksi sähköpostitse lähetettävää kyselylomaketta, johon opiskelijat vastaisivat nimettömästi. Kyselylo-

makkeessa ajateltiin hyödyntää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Vastusten toivottiin antavan tietoa verkko-oppimateriaalin sisällön toimivuudesta ja kehittämiskohteista, opiskelijoiden tiedon lisääntymisestä ja heidän kokemuksistaan verkko-oppimateriaalin hyödyllisyydestä. Opinnäytetyön ohjauksessa nousi esiin mahdollisuus toteuttaa arviointi verkko-oppimisympäristössä tehtävällä kyselyllä. Opinnäytetyön ohjaajien mukaan opiskelijoiden vastausprosentti on korkeampi suoraan verkko-opintoihin liitettyllä, kuin myöhemmin sähköpostitse lähetettävällä, kyselyllä. Tämän vuoksi päädyttiin käyttämään verkko-oppimisympäristön palautekanavaa, jossa oli mahdollista antaa palautetta nimettömästi.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla toimeksiantaja ehdotti verkko-oppimateriaalin testausta kevään 2018 Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksoa suorittavilla opiskelijoilla. Tuotoksen olisi pitänyt olla valmiina huhtikuun alkuun menneessä, että testaukseen olisi voitu hyödyntää kyseistä opiskelijaryhmää. Tuotoksen valmistuminen viivästyi alkuperäisestä suunnitelmasta kahdella viikolla, joten toimeksiantajalla ei ollut enää testaukseen sopivaa opiskelijaryhmää. Mahdollisia testaaajia kysyttiin omista opiskelijaryhmistä sekä harjoittelupaikoista. Seitsemän opiskelijaa lupautui testaamaan tuotosta. Myöhemmin toimeksiantaja antoi seitsemän opiskelijan yhteystiedot testauspyyntöä varten. Opiskelijoille laitetiin sähköpostitse pyyntö verkko-oppimateriaalin testaamisesta.

Verkko-oppimisympäristöön kirjautui yhdeksän opiskelijaa. Verkko-oppimisympäristössä ei pystytty seuraamaan, kuinka moni materiaalin todellisuudessa opiskeli. Palautetta saatiin kuudelta opiskelijalta. Sitä kysyttiin sekä monivalinta- että avoimilla kysymyksillä. Liitteessä 1 on esitelty kysymykset, joita oli yhteensä 13. Kysymyksissä keskityttiin verkko-oppimateriaalin sisällön ja käytettävyyden arviointiin.

Verkko-oppimateriaali sai suurimmaksi osaksi myönteistä palautetta. Kaikkien palautteenantajien mielestä verkko-oppimateriaali oli hyödyllinen. Suurin osa palautteenantajista kuitenkin totesi oppimateriaalissa käsiteltyjen asioiden olleen ennestään tuttuja. Vain yksi vastaajista kertoi oppineensa paljon uutta. Yksi vastaajista jätti kokonaan vastaamatta kysymykseen, lisäsikö verkko-oppimateriaali tietämystä muistisairaahan hoitotyöstä. Kaikkien vastaajien mielestä oppimateriaali

eteni loogisessa järjestyksessä ja aiheisiin liittyvät kysymykset olivat laajuudeltaan sopivia. Kenenkään mielestä oppimateriaalista ei puuttunut mitään oleellista.

Neljä vastaajaa totesi verkko-oppimateriaalin olevan sopivan pituinen. Yhden mielestä se oli liian pitkä. Diojen tekstimäärä oli neljän vastaajan mielestä sopiva. Yhden mielestä tekstiä oli liikaa, ja yhden mielestä liian vähän. Viisi kuudesta piti nauhoitetun puheen nopeutta sopivana. Yhden mielestä puhe oli liian hidasta. Kaikkien vastanneiden mielestä äänenvoimakkuus esityksissä oli sopiva.

Teknistä toimivuutta kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Saadut vastaukset koskivat puheen käyttöä, tekstin määrää ja diojen etenemistä. Vastausten perusteella puhetta oli miellyttävä kuunnella, mutta välillä lauseet ja tauot olivat liian pitkiä. Eräs vastaajista koki dioissa olleen liian paljon puhetta diojen tekstimäärään nähden, jolloin huomio kohdistui pois aiheesta. Vastaaja koki myös, että diat eivät vaihtuneet tarpeeksi usein. Yksi vastaajista piti myönteisenä asiana sitä, että esitykset oli mahdollista tauottaa muistiinpanojen tekoa varten. Yksi vastaajista ei ollut saanut käyttöönsä kaikkia diaesitysten teknisiä ominaisuuksia.

Palautteen lopussa pyydettiin kehittämissuhteita ja annettiin mahdollisuus kommentoida tuotosta vapaasti. Eräs vastaajista olisi halunnut kokonaan erilliset esitykset dioille ja puheelle. Kaksi olisi kaivannut dioihin kuvia viihdykkeeksi. Diojen koettiin olleen oppimista tukevia ja niissä näkyi sairaanhoitajan näkökulma. Yhden vastaajan mielestä oppimateriaalissa oli hyödyllisimmät asiat, joita tulevana sairaanhoitajana tulee työssään tarvitsemaan. Vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että verkko-oppimateriaali sisälsi kattavasti oleellista tietoa muistisairaanhoidotyöstä. Yksi vastaaja nosti esille oppimateriaalissa olleen hyviä käytännön apukeinoja, joita voi hyödyntää omassa työssään. Yksi vastaajista oli kirjoittanut palautteeseen, että olisi toivonut tällaista verkko-oppimateriaalia jo silloin, kun Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakso oli hänen omissa opinnoissaan ajankohtainen. Erään vastaajan mielestä verkko-oppimateriaalin pitäisi olla verkkokurssi, koska se sisälsi liian paljon materiaalia ollakseen oppitunti.

Verkko-oppimateriaalista saatiin palautetta myös toimeksiantajalta. Hän antoi palautetta sekä puhelimitse että kirjallisesti. Palaute oli myönteistä. Tuotos vastasi toimeksiantajan tarpeeseen, eikä siihen ollut tarvetta tehdä muutoksia. Kirjallisessa palautteessa toimeksiantaja arvioi tuotosta laajemmin. Tarkempi kuvaus palautteesta on liitteessä 3.

6.6 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi joulukuussa 2017 aihevalinnalla. Valittu aihe oli tutkimuksellinen opinnäytetyö. Tarkoituksena oli tutkia, kuinka muistisairaana itsemääräämisoikeus toteutuu tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tietoperustassa käsiteltäviksi aiheiksi suunniteltiin yleisimmät etenevät muistisairaudet, itsemääräämisoikeus sekä tehostetun palveluasumisen määritelmä. Aiheet jaettiin tasaisesti ryhmän jäsenten kesken tietoperustan kirjoittamista varten. Tiedonhankinta aloitettiin heti. Ensimmäisellä opinnäytetyön ohjauskerralla, 30.1., käytiin läpi aihe-suunnitelmaa ja ajatuksia opinnäytetyöstä. Opettajat ehdottivat opinnäytetyön vaihtamista toiminnalliseksi opinnäytetyöksi ja tuotokseksi esimerkiksi osastotuntia hoitohenkilökunnalle tai oppimateriaalia Karelia-ammattikorkeakoululle Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksolle.

Helmikuussa päädyttiin tekemään toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotokselle mietittiin eri menetelmiä ja vaihtoehtoja arvioitiin monesta näkökulmasta. Opinnäytetyön tuotoksena päädyttiin tekemään oppimateriaali Karelia-ammattikorkeakoululle. Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakson opettajaan otettiin yhteyttä 6.2 ja kysyttiin toimeksiantoa.

Helmikuun alussa tavattiin toimeksiantaja ensimmäisen kerran. Toimeksiantajalla oli tarve verkko-oppimateriaalille, jossa käsiteltäisiin muistisairauksia. Opinnäytetyön sisältö laajeni muistisairaana itsemääräämisoikeudesta muistisairaana hoitotyöhön. Tietoperustaa muokattiin ja laajennettiin uuden suunnitelman mukaiseksi. Toimeksiantaja tavattiin uudelleen 26.2. Tällöin käytiin läpi verkko-oppi-

materiaalin teknisiä ominaisuuksia. Helmi-maaliskuun ajan keskityttiin tiedonhankintaan ja tietoperustan kirjoittamiseen. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin 21.3 (Liite 2).

Verkko-oppimateriaalin sisältöä suunniteltiin opinnäytetyön tietoperustaa kirjoittaessa. Tuotoksen tekeminen aloitettiin opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen 3.4. Verkko-oppimateriaali saatiin valmiiksi ja luovutettiin testattavaksi 20.4. Testauksen aikana viimeisteltiin opinnäytetyön raporttia. Opinnäytetyö ilmoitettiin seminaariin 25.4. Raportti lähetettiin suomen kielen opettajalle väliluentaan huhtikuun viimeisenä päivänä. Kieliasua muokattiin hänen ohjeidensa mukaan. Opinnäytetyö esiteltiin seminaarissa 18.5. Tämän jälkeen tehtiin viimeiset muutokset opinnäytetyön raporttiin ennen työn palauttamista arvioitavaksi.

7 Pohdinta

7.1 Toteutuksen tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden tietoutta muistisairaahan hoitotyöstä. Palautteen perusteella opiskelijoiden tieto lisääntyi vaihtelevasti. Tiedon lisääntymiseen vaikuttivat opiskelijoiden aiemmat tiedot ja kokemukset. Palautteen perusteella voidaan päätellä, että tieto lisääntyi opiskelijoilla, joilla ei ollut aiempaa tietämystä aiheesta. Vaikka verkko-oppimateriaali ei lisännyt kaikkien opiskelijoiden tietämystä, se koettiin tarpeelliseksi. Yksi palautteen antanut opiskelija olisi toivonut vastaavaa materiaalia hänen opiskellessaan Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksoa. Lisäksi verkko-oppimateriaali oli vastannut opiskelijan toiveisiin hoitotyön opintojen kehittämisestä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää muistisairaiden hyvän hoidon toteutumista. Palautteen perusteella verkko-oppimateriaali antoi käytännöllisiä keinoja muistisairaahan auttamiseen ja haasteellisista tilanteista selviytymiseen. Tämän opinnäytetyön tuotos tulee osaksi Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakson

opetusta. Valmistuvien hoitoalan opiskelijoiden on mahdollista tuoda muistisaira-
raan hoitotyön osaamista työelämään. Aiemmin hoitoalan opiskelijoille ei ole ollut
tarjolla muistisaira-
raan hoitotyötä käsittelevää teoretietoa tässä laajuudessa.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa verkko-oppimateriaali muistisaira-
raan hoitotyöstä Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksolle. Ilomäen
(2012, 11) mukaan verkko-oppimateriaalin tulee olla sisällöllisesti kurssin tavoit-
teita tukevaa. Karelia-ammattikorkeakoulun (2017) Gerontologinen asiakasläh-
töinen hoitotyö opintojakson tavoitteena on muun muassa ikäihmisten hoito-
työssä toimintakyvyn ylläpitäminen. Tässä opinnäytetyössä käsitellään ikäänty-
neen muistisaira-
raan hoidon osa-alueita, jotka vaikuttavat kokonaisvaltaisesti sai-
rastuneen toimintakykyyn. Omien kokemusten perusteella arvioitiin, millaisesta
oppimateriaalista opiskelijat hyötyisivät eniten.

Hautsalon (2007, 33) mukaan diassa on tärkeää huomioida tekstin määrä, kirja-
sinkoko ja -tyyppi. Verkko-oppimateriaalin tulee olla helppokäyttöistä ja ulko-
asuun on kiinnitettävä huomiota (Ilomäki 2012, 11). Verkko-oppimisympäristö on
ulkoasultaan selkeä ja pelkistetty. Siihen vaikuttivat monet asiat. Verkko-oppimis-
ympäristön rakennetta ei voitu muokata juuri lainkaan. Ympäristöön tuodulle tie-
dolle, esimerkiksi PowerPoint -esitykselle ja kysymyksille, oli valmiiksi määritellyt
paikat. Diojen taustan värimaailma, kirjasinvärit ja -tyypit olivat ennalta määritel-
tyjä, eikä niihin saanut tehdä muutoksia. Huomiota kiinnitettiin PowerPoint diojen
tiivistettyyn sisältöön sekä selkeään ja yhtenäiseen ulkoasuun. Diakohtainen
teksti haluttiin pitää lyhyenä, ja dioissa olikin keskimäärin neljä pääkohtaa. Pa-
lautteen perusteella tekstimäärä oli sopiva. Diaesitysten muodostama koko-
naisuus saatiin pidettyä riittävän lyhyenä ja sisältö laadukkaana.

Verkko-oppimisympäristö ja -materiaali pyrittiin tekemään helppokäyttöiseksi.
Oppimateriaalia testanneet opiskelijat eivät antaneet palautetta käytettävyy-
destä. Harmonisella kansikuvalla pyrittiin herättämään kiinnostus oppimateriaalia
kohtaan. Osa palautteen antajista olisi toivonut diaesityksiin kuvia ja ulkoasuun
monipuolisuutta. Ympäristöä olisi voitu elävöittää esimerkiksi kuvien avulla, mutta
löydetty kuvat eivät tukeneet käsiteltävää aihetta. Verkko-oppimateriaalin pelkis-
tetty ulkonäkö voi kuitenkin heikentää oppimateriaalin kiinnostavuutta.

Verkko-oppimateriaalin tulee tukea oppimista monipuolisesti (Opetushallitus 2012). Jyväskylän yliopiston kielikeskuksen (2018) mukaan oppimistyylit jaetaan auditiiviseen, visuaaliseen ja taktiiliseen. Tässä opinnäytetyössä huomioitiin kaikki oppimistyylit. Oppimateriaalissa on huomioitu parhaiten auditiivinen oppija, muun muassa nauhoittamalla puhetta diojen tueksi. Nauhoitettu puhe oli yhdenmukaista kaikissa diaesityksissä, jolloin kuuntelijan huomio ei kiinnittynyt puhe-tyylin vaihteluihin. Äänitteissä ilmeni äänenvoimakkuuden vaihteluja teknisistä syistä johtuen. Palautteen perusteella ääni oli miellyttävä ja puhenopeus sopiva. Visuaalista oppijaa varten dioihin kirjoitettiin pääkohdat käsiteltävästä aiheesta. Hän voi kokea oppimisen haastavaksi kuvien puuttumisen ja vähäisen tekstin vuoksi. Visuaalista oppimista olisikin voitu tukea tekstin yhteydessä olevien kuvien avulla. Kuvia päätettiin olla käyttämättä, koska kaikkiin aiheisiin sopivia kuvia ei löytynyt ja esitysten ulkoasu haluttiin säilyttää yhtenäisenä. Osa palautteen antajista olisi toivonut diaesityksiin kuvia.

Taktiilinen oppija huomioitiin sisällyttämällä verkko-oppimateriaaliin kirjallisia tehtäviä. Taktiiliselle oppijalle oli haastavaa tuottaa oppimistyyliä tukevaa oppimateriaalia, koska kirjallisten tehtävien osuus haluttiin pitää rajallisena. Käsiteltäviin aiheisiin päätettiin tehdä keskimäärin kaksi kysymystä, joihin pystyi vastaamaan hyvin lyhyesti. Kysymyksistä ei haluttu tehdä liian laajoja, että oppimateriaalin opiskeluun kuluva aika ei kasvaisi liian suureksi. Taktiilista oppimista tuki diaesityksen keskeytys mahdollisuus, jolloin opiskelija pystyi tekemään muistiinpanoja esityksestä. Palautteen perusteella kirjalliset tehtävät olivat laajuudeltaan sopivia ja tukivat oppimista. Tehtävämuotoihin olisi toivottu vaihtelua.

Toimeksiantaja toivoi opinnäytetyön tuotoksena verkko-oppimateriaalia opetus-käyttöön. Toimeksiantajan mukaan Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojakso siirtyy tulevaisuudessa kokonaan verkko-opinnoiksi. Verkko-oppiminen on hyödyllinen lisä hoitoalan perinteiseen opetukseen (Feng ym. 2013, 174). Keräsen ja Penttisen (2007, 2–3) mukaan verkko-oppiminen on joustavaa, koska se ei ole sidottuna aikaan tai paikkaan. Joustavuudesta johtuen, osa tämän hetkisestä hoitoalan opetuksesta on jo nyt siirretty verkko-opinnoiksi. Verkko-opinnot voivat yleistyä tulevaisuudessa entisestään, koska ne mahdollistavat esimerkiksi yhtäaikaisen työssäkäynnin ja opiskelun.

Verkko-oppimisympäristön tekeminen vei paljon aikaa, koska sen tekemisestä ei ollut aiempaa kokemusta. Opinnäytetyön ohjaajat tarjosivat apua verkko-oppimisympäristön teknisten ominaisuuksien käyttöön. Sillä hetkellä apu ei ollut ajankohtaista, eikä sitä voitu hyödyntää. Oppimisympäristön eri työkaluja kokeilemalla löydettiin toimivimmat vaihtoehdot. Näin ollen kaikkia verkko-oppimisympäristön tarjoamia mahdollisuuksia ei välttämättä hyödynnetty. Esimerkiksi kysymystyypeissä käytettiin vain yhtä menetelmää, mikä voi heikentää opiskelijoiden motivaatiota tehtävien tekemiseen ja oppimateriaalin opiskeluun. Oppimateriaalin lopuksi suoritettavan kokoavan case-pohdintatehtävän oli tarkoitus aktivoida opiskelijaa pohtimaan opittuja asioita laajemmin. Pohdintatehtävää pidettiin hyvänä päätöksenä verkko-oppitunnille, koska se kertasi opittua ja laittoi opiskelijan pohtimaan oppimaansa.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa voi hyödyntää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018b). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan aina kokonaisuutena, ja tutkimuksen täytyy olla sisäisesti johdonmukainen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163.) Vilkan (2015, 196) mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan lopulta tutkijan tekemien valintojen, tekojen ja ratkaisujen sekä hänen rehellisyytensä kautta. Opinnäytetyötä voi arvioida esimerkiksi uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista. Tutkimuksen eri vaiheiden tutkimustulosten todenperäisyyttä arvioimalla ja tutkimuspäiväkirjaa pitämällä voidaan lisätä tutkimuksen uskottavuutta. Myös vahvistettavuus lisääntyy prosessin kulun huolellisen ja ajantasaisen kuvaamisen avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Aluksi prosessin kulusta kirjoitettiin tutkimuspäiväkirjaa. Opinnäytetyön menetelmän vaihtuessa tutkimuspäiväkirjaa

ei pidetty ajan tasalla. Tämä heikentää uskottavuutta ja vahvistettavuutta. Prosessin vaiheet ovat todennettavissa sähköpostiviestien ja kalenterimerkintöjen avulla. Prosessin kulku on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman tarkasti, että lukija saa selkeän kuvan sen vaiheista. Opinnäytetyössä on käytetty mahdollisimman paljon alkuperäislähteitä ja tutkimusartikkeleita. Tietoa on etsitty niin kansainvälisistä kuin kotimaisistakin tietokannoista. Tiedonhankinnassa hyödynnettiin rajoituksia. Esimerkiksi yli kymmenen vuotta vanhat, maksulliset ja vain osittain saatavilla olevat julkaisut jätettiin haun ulkopuolelle. Jos tuloksia ei löydetty tarpeeksi tai lainkaan, vanhempia lähteitä hyväksyttiin mukaan tapauskohtaisesti. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin kriittisesti.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden mahdollistamiseksi tulee tutkittavan aiheen lisäksi antaa mahdollisimman tarkka selvitys tutkimusaineiston hankinnasta ja analysoinnista. Myös kohdejoukon valinta ja aihe on kuvattava huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tietoa on etsitty sekä kansainvälisistä että kotimaisista tietokannoista. Käytettyjä tietokantoja olivat esimerkiksi Chinal, PubMed, Medic, Finna ja Terveysportti. Kaikkia käytettyjä hakusanoja, hakutulosten määrää tai hakuajankohtia ei ole kirjoitettu muistiin. Opinnäytetyössä käytettyjä tietoja voi siirtää muiden sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden koulutukseen, esimerkiksi toisen asteen opintoihin. Opinnäytetyön aihe ja tuotoksen kohdejoukon valinta on perusteltu raportissa.

Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija tunnistaa itsestään johtuvat vaikutukset tutkimusprosessiin ja arviointiin. Vaikutukset on kirjattava lopulliseen tutkimusraporttiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tietoperustassa ei ole esitelty tekijöiden mielipiteitä. Riippuvuutta voi heikentää se, että työssä käsiteltäviksi aiheiksi valittiin sellaisia muistisairaahan hoitotyön osa-alueita, joita työn tekijät pitivät itse tärkeinä. Opinnäytetyötä ohjaavat opettajat ovat seuranneet ja ohjanneet opinnäytetyön prosessia. Opinnäytetyötä on muokattu osittain heidän ehdotustensa mukaan. Kaikkia ohjaajien ehdotuksia on pohdittu ja arvioitu kriittisesti työn kokonaisuuden kannalta. Esimerkiksi prosessin alkuvaiheessa ohjaajat

ehdottivat poistamaan työstä itsemääräämisoikeus ja hoitotahto osion. Aiheet koettiin kuitenkin kokonaisuuden ja hoitajan ammattitaidon kannalta oleellisiksi, joten aiheet haluttiin säilyttää tietoperustassa.

Eettisyys on tieteellisen tutkimuksen perusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, ja kaikki tutkimuksen tekijät ovat velvoitettuja noudattamaan sitä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyvät yleisesti sovitut pelisäännöt ja eettisesti kestävä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät. (Vilka 2015, 42.) Tutkimusetiikkaa tarkastellessa voidaan erottaa tutkimuksen sisäinen ja ulkopuolinen etiikka. Sisäinen etiikka kuvaa tutkimusaineiston luotettavuutta ja todenmukaisuutta. Ulkoinen etiikka käsittelee ulkopuolisten tahojen vaikutusta tutkittavaan aiheeseen, esimerkiksi aihevalintaan tai tutkimusmenetelmiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Tässä opinnäytetyössä työn sisäistä etiikkaa on pohdittu jo osittain luotettavuuden arviointikriteerien kautta. Työn eettisyyttä lisää se, ettei opinnäytetyöllä ole ulkopuolista rahoittajaa, joka mahdollisesti vaikuttaisi tutkimuksen tuloksiin tai työssä käsiteltäviin aiheisiin.

Tutkijan tulee hyödyntää tutkimuksessaan oman alansa tieteellistä kirjallisuutta ja asianmukaisia tietolähteitä, kuten ammattikirjallisuutta (Vilka 2015, 42). Opinnäytetyössä käytettiin oman ammattialan kirjallisuutta ja tieteellisiä tutkimuksia sekä artikkeleja monipuolisesti. Opinnäytetyön tietoperustassa hyödynnettiin myös muiden terveydenhuoltoalojen tieteellisiä julkaisuja ja ammattikirjallisuutta. Pääosin tietoperustassa hyödynnettiin viiden vuoden sisällä julkaistua tietoa. Työssä käytettiin myös joitain yli kymmenen vuotta vanhoja julkaisuja. Vanhempiä lähteitä tarkasteltiin kriittisesti ja lähde hyväksyttiin käytettäväksi vasta, kun tiedon todettiin olevan edelleen ajantasaista.

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu, sillä tutkijan on pohdittava aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti ja tutkimuksen vaikutuksia siihen osallistuviin henkilöihin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Opinnäytetyön aihe valittiin kiinnostuksesta muistisairaiden kohtaamiseen ja hoitotyöhön. Muistisairaiden parissa työskennellessä on kohdattu haastavia tilanteita ja huomiota herät-

täviä puutteita hoitohenkilökunnan tietämyksessä muistisairaahan hoidon erityispiirteistä. Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksessa ei juuri syvennytä muistisairaahan hoitotyöhön. Tulevaisuudessa hoitajat kuitenkin joutuvat kohtaamaan työssään entistä enemmän muistisairaita, kun eliniän odotteen kasvaessa myös muistisairaiden osuus väestöstä lisääntyy.

Tutkijan ei tule toimia epärehellisesti tai harjoittaa vilppiä. Vilpillä tarkoitetaan esimerkiksi toisen tuotoksien vääristelyä tai plagiointia. (Vilkkä 2015, 42.) Plagiointi tarkoittaa toisen tuotoksen lainaamista luvatta ja omissa nimissä esittämistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173). Tutkija ei saa toimia piittaamattomasti. Piittaamattomuudella tarkoitetaan harkitsematonta toimintaa, esimerkiksi sellaisten lähteiden käyttöä, joiden sisältöä tutkija ei ymmärrä. Tutkijan on kunnioitettava toisten tutkijoiden tuotoksia ja aikaansaannoksia merkitsemällä lähdeviitteet huolellisesti tekstiin ja esittämällä muiden ja omat tutkimustulokset totuudenmukaisesti. (Vilkkä 2015, 41–43.) Kerättyä tietoa ei vääristelty, eikä opinnäytetyöhön plagioitu toisen tuottamaa tekstiä. Opinnäytetyön lähdemerkinnät tehtiin huolellisesti ja opinnäytetyön ohjeita noudattaen. Virheiden välttämiseksi lähdemerkinnät merkittiin välittömästi tiedon referoimisen jälkeen. Jos lähteiden sisältöä ei ymmärretty tai osattu kääntää suomenkielelle, ne hylättiin.

7.3 Oppimisprosessi

Opinnäytetyöprosessi kehitti opinnäytetyöntekijöiden kykyä aikatauluttaa ja suunnitella työtään. Lähtökohta opinnäytetyön tekemiseen oli haastava, sillä opinnäytetyöryhmä koostui kolmesta tekijästä. Jokaisella tekijällä oli loppukeväästä opinnäytetyötä aikataulullisesti rajoittavia opintoja. Tämän vuoksi opinnäytetyön tekeminen oli tarkoitus aloittaa täysipainoisesti jo tammikuussa 2018. Opinnäytetyön työmäärä jaettiin tasaisesti heti aiheen valinnan jälkeen. Tämä mahdollisti itsenäisen työskentelyn. Myöhemmin sisältöä työstettiin myös yhdessä. Prosessissa ilmenneet vaikeudet viivästyttivät aikataulua, ja kevääksi jäi paljon tekemistä muiden opintojen ohelle. Työn etenemistä täytyi aikatauluttaa sen valmistumiseksi ajoissa.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti kykyä työskennellä itsenäisesti. Myös ryhmätyötaidot kehittyivät. Opinnäytetyötä tehtiin sovittuina ajankohtina kasvokkain tai etäyhteyden avulla. Yhdessä sovittuja asioita, kuten tapaamisia, noudatettiin. Opinnäytetyöprosessi vaati keskinäistä luottamusta, avoimuutta ja joustamista. Jokainen toi mielipiteitään esille prosessin eri vaiheissa, ja lopullisia ratkaisuja pohdittiin yhdessä. Loppukeväältä yhteisten tapaamisten järjestäminen ei ollut mahdollista. Tällöin tapaamisia pyrittiin toteuttamaan etäyhteyden avulla. Kommunikaatio etäyhteyden välityksellä oli haasteellisempaa fyysiseen vuorovaikutukseen verrattuna.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti kykyä arvioida tietoa kriittisesti. Tieto uudistuu jatkuvasti, ja terveydenhuollon ammattihenkilön täytyy osata hakea ajankohtaista tietoa. Tietoperustan tekeminen opetti muodostamaan hakusanoja ja rajaamaan tietoa. Myös kansainvälisen tiedon etsiminen ja hyödyntäminen helpottui. Opinnäytetyöprosessin ansiosta tiedon etsiminen tulevaisuudessa on helpompaa. Koska työskentely vaati erilaisten verkkopohjaisten sovellusten käyttöä, tietotekniset taidot ovat kehittyneet monipuolisesti.

Opinnäytetyöprosessi vahvisti alkuperäistä ajatusta muistisairaiden hyvän hoidon tärkeydestä. Muistisairaudet ovat kasvava ongelma, eikä hoitotyöntekijä voi välttyä kohtaamasta muistisairaita henkilöitä. Aiemmassa työhistoriassa tai harjoitteluissa on itsekkin kohdattu muistisairaita. Opinnäytetyötä tehdessä tietämys muistisairauksista, ja niiden vaikutuksista sairastuneeseen, lisääntyi merkittävästi. Tieto auttoi myös ymmärtämään syitä muistisairaahan käytökselle. Myös haasteellisista tilanteista selviytymiseen löytyi uusia keinoja. Tietoperustaa kirjoittaessa huomattiin, että käytännössä hoitotyöntekijöiden tiedossa ja asenteissa on puutteita. Näitä puutteita voi korjata koulutuksella, johon verkko-opetus voi olla sopiva keino. Se on nykyaikainen sekä aikaa ja rahaa säästävä koulutusmenetelmä.

7.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Toimeksiantaja voi hyödyntää tämän opinnäytetyön tuotosta osana Gerontologinen asiakaslähtöinen hoitotyö opintojaksoa. Verkko-oppimateriaalin avulla opettaja voi edistää hoitoalan opiskelijoiden tietoa ja osaamista muistisairaahan hoitotyöstä. Toimeksiantajalle annettiin käyttöoikeuden lisäksi oikeudet muokata verkko-oppimateriaalia tarpeen mukaan. Toimeksiantaja huolehtii jatkossa tiedon päivittämisestä. Näin voidaan varmistaa, että opetuksessa käytettävä tieto säilyy ajantasaisena.

Karelia-ammattikorkeakoulu voi hyödyntää verkko-oppimateriaalia esimerkiksi ammattihenkilöstön lisäkoulutukseen. Myös alempi ammattikoulutaso voi hyödyntää oppimateriaalia omassa koulutuksessaan, etenkin vanhustyön erikoistumisopinnoissa. Hoitoalan ammattilaiset kohtaavat työssään muistisairaita entistä enemmän riippumatta siitä, missä yksikössä he työskentelevät. Tämän vuoksi on tärkeää, että kaikille hoitoalan ammattilaisille tarjotaan mahdollisuus oppia muistisairauksista. Muistisairauksien mukana tuomien muutosten ymmärtäminen helpottaa muistisairaahan kohtaamista.

Toiminnallisen opinnäytetyön jatkokehittämisideaksi ehdotetaan osastotuntia työntekijöille. Osastotunnilla esiteltäisiin muistisairaahan hyvän hoidon käytäntöjä ja erityispiirteitä. Toinen kehittämis ehdotus on tutkia, kuinka muistisairaahan kohtaaminen toteutuu käytännössä. Lisäksi voi kehittää case-tyyppistä oppimateriaalia muistisairaahan hoitotyöstä. Case-esimerkit voivat kuvata muistisairaahan hoidossa esiintyviä haasteellisia tilanteita. Näitä esimerkkejä voi hyödyntää esimerkiksi simulaatio-oppimisympäristössä.

Lähteet

- Abuatiq, A., Fike, G., Davis, C., Boren, D. & Menke, R. 2017. E-learning in nursing: literature review. *International Journal of Nursing Education* 9 (2), 81–86. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=122807547&site=ehost-live>. 20.1.2018.
- Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. 2015. Pain and aggression in nursing home residents with dementia. *Nursing Research* 64 (4), 256–263.
- Annear, M. J., Toye, C., McInerney, F., Eccleston, C., Tranter, B., Elliot, K.-E. & Robinson, A. 2015. What should we know about dementia in the 21st century? A Delphi consensus study. *BMC Geriatrics*. <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0008-1>. 21.3.2018.
- Barrie, M. 2016. Dealing with patients with concurrent dementia and urinary incontinence. *Journal of community Nursing* 30 (3), 37–46. <https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/51766-11-dementia-and-urinary-incontinence.pdf>. 29.3.2018.
- Burns, M. & McIlfratrick, S. 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing* 21 (8), 400–407. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109836418&site=ehost-live>. 26.2.2018.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M. & Marx, M. S. 2010. Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging & Mental Health* 14 (4), 471–480. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105202777&site=ehost-live>. 19.2.2018.
- Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. 2010. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People* 22 (7), 29–37. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105108220&site=ehost-live>. 26.2.2018.
- Davison, T. E., McCabe, M. P., Bird, M., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., Seede, M. & O'Connor, D. W. 2017. Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 43 (1), 34–43.
- Edemekong, P. F. & Levy S. B. 2017. *Activities of daily living (ADLs)*. Treasure Island: StatPearls publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>. 12.2.2018.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim, 18–22.
- Evers, C. 2008. Positive dementia care: taking perspective. *Nursing & residential care* 10 (4), 184–187. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105731815&site=ehost-live>. 14.3.2018.
- Feng, J.-Y., Chang, Y.-T., Chang, H.-Y., Erdley, W. S., Lin, C.-H. & Chang, Y.-J. 2013. Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education. *Worldviews on Evidence-Based*

- Nursing 10 (3), 174–183. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104203123&site=ehost-live>. 20.2.2018.
- Forder, M. 2014a. Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn muutokset. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 109–110.
- Forder, M. 2014b. Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen hyödyt. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 109.
- Forder, M. 2014c. Muistisairaahan liikkumisen ohjaaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 110.
- Forder, M. 2014d. Muistisairaahan tasapainoharjoittelu. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 113.
- Forder, M. 2014e. Muistisairaahan fysioterapia. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 112.
- Futrell, M., Devereaux Mellilo, K. & Remington, R. 2014. Evidence-based practice guideline wandering. *Journal of Gerontological Nursing* 40 (11), 16–23.
- Gallagher, M., Hall, G. K. & Butcher, H. K. 2014. Bathing persons with Alzheimer's disease and related dementias. *Journal of Gerontological Nursing* 40 (2), 14–20.
- Giorgi, R. D. & Series, H. 2016. Treatment on inappropriate sexual behavior in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980403/>. 6.4.2018.
- Gordin, A. & Kaakkola, S. 2012. Huomio liikehäiriöistä riippumattomiin Parkinsonin taudin oireisiin. Suomen Parkinson-liitto ry. Parkinson postia 1/2012. <https://www.parkinson.fi/artikkelit/huomio-liikehairioista-riippumattomiin-parkinsonin-taudin-oireisiin>. 28.1.2018.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Sanasto. <https://www.mielen-terveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/sanasto.aspx>. 14.4.2018.
- Hallikainen, M. 2017a. Yleisimmät etenevät muistisairaudet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 226.
- Hallikainen, M. 2017b. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 231–232.
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017a. Muistisairauden hoidon kehittäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 21–24.
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017b. Muistisairauden vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 156.
- Hallikainen, M., Nukari, T. & Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan hyvän hoidon lähtökohdat. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 18–20.
- Hautsalo, H. 2007. Esitysgrafiikan pikaopas. Jyväskylä: WSOYpro.

- Heath, P. 2008. Power to your point. A practical guide to the creation of effective PowerPoint presentation. Tampere: Amk Publishing Ltd.
- Huhtamäki-Kuoppala, M., Ekola, J. & Hallikainen, M. 2015. Potilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 530–536.
- Ilomäki, L. 2012. E-oppimateriaalit oppimisen ja opettamisen tukena. Teoksessa Ilomäki, L. (toim.). Laatus e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Opetushallituksen julkaisuja 2012:5. Opetushallitus. http://www.oph.fi/download/144415_Laatus_e-oppimateriaaleihin_2.pdf. 20.3.2018.
- Jansen, S., Ball, L., Desbrow, B., Morgan, K., Moyle, W. & Hughes, R. 2015. Nutrition and dementia care: Informing dietetic practice. *Nutrition & Dietetics* 72 (1), 36–46. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103783953&site=ehost-live>. 13.2.2018.
- Juva, K. 2014. Alkava muistisairaus. Milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <http://duodecim-lehti.fi/lehti/2014/10/duo11656>. 25.1.2018
- Jyväskylän yliopiston kielikeskus. 2018. Oppimistyylit. <https://kielikompassi.jyu.fi/opioppimaan/oppimistyylit.htm>. 1.3.2018.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2017. E-hops. Opintojakson kuvaus. https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops_OpetTapTeks/tab/tab/sea?page=&opettap_id=182097030&stack=push. 19.3.2018.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018a. Näkymä 2020. Osaavia ammattilaisia osaavaan maailmaan. <http://www.karelia.fi/fi/karelia/tutustu-meihin/strategia>. 19.3.2018.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018b. Opinnäytetyön ohje. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf. 1.3.2018.
- Karevaara, S. 2009. Moodlen perusteet. Opettajan ja opiskelijan opas. Helsinki: Oy Finna Lectura Ab.
- Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOYpro: Docendo.
- Kivelä, S.-L. 2014. Unen ja vuorokausirytmien muutokset muistisairaalla ja vanhenevalla. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 252–253.
- Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524#T1>. 17.3.2018.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592>. 3.2.2018.

- Käypä hoito. 2017. Muistisairaudet. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. 25.1.2018.
- Laakkonen, M.-L. 2017. Selvitä vanhuksen kognitio ja oma toive hoidosta. Lääkärilehti 72 (44). <http://www.laakarilehti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/ajassa/nakokulmat/selvita-vanhuksen-kognitio-ja-oma-toive-hoidosta/>. 9.2.2018.
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä - tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Suomen muistiasiantuntijat ry:n julkaisuja. 2016. Suomen muistiasiantuntijat.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Lammi, O. 2013. Prezi-pikaopas. <https://www.slideshare.net/outilammi/prezipikaopas>. 26.3.2018.
- Lee, K. H., Algase, D. L. & McConnell, E. S. 2013. Daytime observed emotional expressions of people with dementia. *Nursing Research* 62 (4), 218–225.
- Lehtomäki, K. 2016. Ikääntyneiden muistisairaiden kivun tunnistaminen, hoito ja omaishoitajien tuensaanti. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Makkonen, A., Hupli, M. & Suhonen, R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (22), 129–140.
- Matsui, M. & Capezuti, E. 2014. Differences in perceived autonomy among american and japanese older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 40 (5), 36–44.
- Mattila, J., Jousimaa, J. & Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet. Toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 599–603. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xme-dia/duo/duo12165.pdf>. 7.2.2018.
- Mauk, K. L. 2014. Glossary. Teoksessa Mauk, K. L. (toim.). *Gerontological nursing: competencies for care*. Burlington: Jones & Bartlett Learning cop, 971–1014.
- Mauk, K. L., Hanson, P. & Hain, D. 2014. Management of common illnesses, diseases, and health conditions. Teoksessa Mauk, K. L. (toim.). *Gerontological Nursing: competencies for care*. Burlington: Jones & Bartlett Learning cop, 271–374.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Pienten aivoverisuonten tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim, 148–156.
- Mishra, A., Rani, S. & Bhardwaj, U. 2017. Effectiveness of e-learning module on first aid: a study on student nurses. *International Journal of Nursing Education* July 9 (3), 6–10. <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=125086358&site=ehost-live>. 28.2.2018.
- Muistiliitto ry. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2016:2. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf. 28.2.2018.
- Mäkitalo, E. & Wallinheimo, K. 2012. Virtuaaliset ympäristöt: Innostava oppiminen, tehokas koulutus. Helsinki: Talentum.

- Mönkäre, R. 2014a. Muistisairaahan kohtaamisen peruseriaatteita. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 86–87.
- Mönkäre, R. 2014b. Muistisairaahan ja läheisten tunteiden tunnistaminen ja tunteiden kanssa selviytyminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 77–79.
- Mönkäre, R. 2014c. Muistisairaahan psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 102–103.
- Mönkäre, R. 2017a. Muistisairaahan ohjaamisen toimintatavat. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 39–42.
- Mönkäre, R. 2017b. Muistisairaahan läheisten voimavarojen tukeminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 182–185.
- Mönkäre, R. 2017c. Muistisairauteen liittyvän tiedon antaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 178–179.
- Mönkäre, R. 2017d. Muistisairaahan läheisen osallistaminen hoitoon. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 179–180.
- Mönkäre, R., Hurnasti, T. & Topo, P. 2014. Muistisairaahan vaatetus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 137–138.
- Mönkäre, R., Nukari, T., Hurnasti, T. & Topo, P. 2016. Muistisairaahan wc-käyntien onnistuminen. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/pit/koti>. 15.4.2018.
- Mönkäre, R. & Topo, P. 2016. Muistisairaahan peseytyminen & hygienian hoitaminen. Kustannus oy Duodecim. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/pit/koti>. 15.4.2018.
- Nazarko, L. 2008. Dressed to impress: dressing in dementia. *Nursing & Residential Care* 10 (8), 401–403. <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105666649&site=ehost-live>. 19.2.2018.
- Nevgi, A. & Tirri, K. 2003. Hyvää verkko-opetusta etsimässä. Helsinki: Suomen Kasvatustieteellinen Seura.
- Nikumaa, H. 2014. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 171–172.
- Nikumaa, H. 2017a. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 190–193.
- Nikumaa, H. 2017b. Muistisairaahan tulevaisuuden suunnittelu oikeudellisin keinoin. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 194–196.
- Nikumaa, H. 2017c. Hoitotahto: merkitys, laatiminen ja säilytys. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196–197.

- Nukari, T. 2014. Muistisairaahan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 104–106.
- Nukari, T. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan päivittäisten toimien sujumisen periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76.
- Opetushallitus. 2012. E-oppimateriaalin laatuksiteerit. http://www.edu.fi/verkko_oppimateriaalit/e-oppimateriaalin_laatuksiteerit. 1.3.2018.
- Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014a. Muistisairaahan kognitiivisen aktivoinnin lähtökohdat. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 98.
- Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014b. Kognitiivinen harjoittelu muistisairaahan hoidossa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 99–101.
- Paavola, S., Ilomäki, L. & Lakkala, M. 2012. Tiedon esittäminen verkko-oppimateriaalissa. Teoksessa Ilomäki, L. (toim.). Laatu e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Opetushallituksen julkaisuja 2012:5. Opetushallitus. http://www.oph.fi/download/144415_Laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf. 20.3.2018.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Prizer, L. P. & Zimmerman, S. 2018. Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. Oxford Academic. https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/suppl_1/S74/4816734. 28.1.2018.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. 2014. PAI-NAD-mittari. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAI-NAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>. 19.4.2018.
- Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ray, K.D. & Fitzsimmons, S. 2014. Music-assisted bathing: Making shower time easier for people with dementia. *Journal of Gerontological nursing* 40 (2), 9–13.
- Remes, A. 2014. Otsa-ohimolohkorapeumien aiheuttama muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 282–285.
- Remes, A. & Hallikainen, M. 2016. Alzheimerin tauti. *Suomalainen Lääkärikirja Duodecim*. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artik-keli=ykt00883&p_haku=alzheimerin%20tauti. 25.1.2018.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 165–171.
- Rinne, J. & Erkinjuntti, T. 2016. Parkinsonin taudin muistisairaus ja Lewyn kappale -tauti. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.kare>

- lia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00884&p_haku=muistisairaus. 25.1.2018.
- Rinne, J. & Karrasch, M. 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 157–164.
- Sarvimäki, A. & Stanbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Schmidhuber, M., Haeupler, S., Marinova-Schmidt, V., Frewer, A. & Kolominsky-Rabas, P. L. 2017. Advance Directives as Support of Autonomy for Persons with Dementia? A Pilot Study among Persons with Dementia and Their Informal Caregivers. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5662977/>. 7.3.2018.
- Schwartzkopf, C. E. & Twigg, P. 2014. Nursing management of dementia. Teoksessa Mauk, K. L. (toim.). Gerontological Nursing: Competencies for care. Burlington: Jones & Bartlett Learning cop, 377–414.
- Shih, Y.-H., Wang, C.-J., Sue, E.-P. & Wang, J.-J. 2015. Behavioral characteristics of bowel movement and urination needs in patient with dementia in Taiwan. *Journal of Gerontological nursing* 41 (6), 22–29.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 81–89.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2012:10. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 28.2.2018.
- Stolt, M., Suhonen, R., Koskenniemi, J., Hupli, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. *Hoitotiede* 26 (2), 125–135. [http://elektra.helsinki.fi/tietopalvelu.karelia.fi/se/h/0786-5686/26/2/laheisen.pdf](http://elektra.helsinki.fi/tietopalvelu/karelia.fi/se/h/0786-5686/26/2/laheisen.pdf). 16.3.2018.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M.-L., Tsangani, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito. Potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2), 80–91.
- Sulkava, R. 2016. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121–123.
- Suomen muistiasiantuntijat ry. 2016. Miten turvaan tahtoni toteutumisen? Opas oikeudelliseen ennakkointiin. Suomen muistiasiantuntijat ry:n julkaisu 2016:1. Suomen muistiasiantuntijat. http://netpaper.lonn-berg.fi/muistiasiantuntijat/opas_oikeudelliseen_ennakkointiin/#p=2. 12.2.2018.
- Suominen, M. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan ruokailun käytännön toteutus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 114–117.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 16.3.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Muistisairaudet. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>. 28.2.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Muistisairauksien yleisyys. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. 9.3.2018.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Puukka, P. 2010. Edunvalvonta näkyväksi hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 83 (4), 40–41.
- Valvira. 2017. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto. 7.2.2018.
- Vataja, R. 2011. Lewyn kappale -tauti. Kun sohvalta istuu vierasta porukkaa. Suomen Parkinson-liitto ry. <https://www.parkinson.fi/artikke-lit/lewyn-kappale-tauti-kun-sohvalta-istuu-vierasta-porukkaa>. 28.1.2018.
- Vataja, R. 2014a. Masennus muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim, 49–50.
- Vataja, R. 2014b. Apatia muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim, 51.
- Vataja, R. 2014c. Ahdistuneisuus muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim, 51–53.
- Vataja, R. 2017a. Käyttäytymisen muutosten taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 54–56.
- Vataja, R. 2017b. Impulssikontrollin muutokset eli estottomuus muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 68–69.
- Vataja, R. 2017c. Käyttäytymisen muutosten hoitoperiaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 56–58.
- Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90–98.
- Veselinova, C. 2014. Influencing communication and interaction in dementia. *Nursing & Residential Care* 16 (3), 162–166. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104031276&site=ehost-live>. 21.2.2018.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viramo, P. & Stranberg, T. 2015. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim, 488–494.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim, 35–43.
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Belzile, E. & Richard, H. 2015. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 41 (1), 22–37.

- Väestöliitto. 2018. Vuorovaikutus. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/ihmissuhteet/vuorovaikutus/>. 8.3.2018.
- Wang, C.-J., Pai, M.-C., Hsiao, H.-S. & Wang, J.-J. 2015. The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 29 (4), 769–775. <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=111811999&site=ehost-live>. 19.2.2018.
- World health organization. 2012. Dementia. a Public health priority. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1. 12.4.2018
- Young, J. J., Lavakumar, M., Tampi, D., Balachandran, S. & Tampi, R. R. 2017. Frontotemporal dementia: latest evidence and clinical implications. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5761910/>. 26.1.2018.
- Öun, I. 2016. Muistisairaahan kivun arviointi. Kustannus oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/pit/koti?p_haku=painad. 8.4.2018.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAENTOSOPIMUS
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä,
joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Karelia-ammattikorkeakoulu Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Hanish Bhurtun, 050 4364497, hanish.bhurtun@karelia.fi	
	Työn aihe Muistisairaahan hoitotyö - verkko-oppimateriaali hoitotyön opiskelijoille	
Tekijä	Nimi Tiia Kokko, Niina Mertanen, Mervi Nevalainen	Opiskelijanumero 1600171, 1600189, 1601383
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite tiia.kokko@edu.karelia.fi
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidajatutkinto	Ryhmätunnus STHNK16A
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Hanish Bhurtun	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Karelia-ammattikorkeakoulu, Tikkarinne 9, 80200 Joensuu	
	Puhelin 050 4364497	Sähköpostiosoite hanish.bhurtun@karelia.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omissa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan	Oppimateriaalin tietojen päivitysvelvollisuus on Karelia-ammattikorkeakoululla.	
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Joensuu. 21-3-18	Hanish Bhurtun
Tekijä	Joensuu. 21-3-18	Tiia Kokko, Niina Mertanen, Mervi Nevalainen
Karelia-amk		

Palautekysymykset verkko-oppitunnista

1. Oliko oppitunti mielestäsi hyödyllinen?

- Kyllä
 Ei

2. Opitko uutta muistisairaahan hoitotyöstä? Mitä?



3. Etenikö oppimateriaali loogisessa järjestyksessä?

- Kyllä
 Ei

4. Olivatko aiheisiin liittyvät kysymykset laajuudeltaan sopivia?

- Kyllä
 Ei

6. Arvioi verkko-oppimateriaalin pituutta. Valitse sopivimmat vaihtoehdot.

- Oppitunti oli liian lyhyt
 Oppitunti oli sopivan mittainen
 Oppitunti oli liian pitkä
 Oppitunnin suorittamiseen kulunut aika oli kohtuullinen
 Oppitunnin suorittamiseen kului liian pitkä aika suhteessa opintojakson laajuuteen

7. Jäikö mielestäsi oppimateriaalista puuttumaan jotakin oleellista? Mitä?



8. Arvioi diojen tekstimäärää puheeseen suhteutettuna. Valitse sopivin vaihtoehto.

- Dioissa oli liian vähän tekstiä
- Dioissa oli sopivasti tekstiä
- Dioissa oli liikaa tekstiä

9. Arvioi dioihin nauhoitetun puheen nopeutta. Valitse sopivin vaihtoehto.

- Liian hidas puhenopeus
- Sopiva puhenopeus
- Liian nopea

10. Arvioi dioihin nauhoitettua äänen voimakkuutta. Valitse sopivin vaihtoehto

- Liian hiljainen ääni
- Sopiva ääni
- Liian voimakas ääni

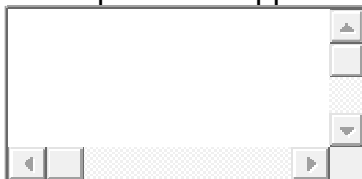
11. Olivatko diaesitykset teknisesti toimivia? Jos eivät, niin mitä ongelmia/puutteita esiintyi?

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically: a top button with an upward-pointing triangle, a middle button with a square, and a bottom button with a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

12. Miten kehittäisit oppimateriaalia?

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically: a top button with an upward-pointing triangle, a middle button with a square, and a bottom button with a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

13. Vapaa sana oppimateriaalin sisällöstä ja oppimisympäristöstä.

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically: a top button with an upward-pointing triangle, a middle button with a square, and a bottom button with a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

1. Toimeksiantajan palaute

Tervehdys Tiia, Niina ja Mervi,

Kiitos hyvästä tuotosta! Tässä teille hieman palautetta.

Opinnäytetyön tuotos on verkko-oppimateriaali aiheesta muistisairaahan hoitotyöstä. Tuotos on merkityksellinen toimeksiantajalle sekä on otettava käyttöön heti kun on mahdollistaa.

Tuotos on suunniteltu hyvin ja toteutettu loogisesti verkossa. Muistisairaahan hoitotyö aihe on käsitelty hyvin videossa jotka ovat informatiivinen, ja lähdet ovat monipuolinen sekä luotettava.

Lopullinen kertaava tehtävä on hyvää. Tuotos palvelee hyvin tilaajan toimeksiantaja. Verkko-oppimateriaali pilotti ja palautteet määrä on tyydyttävä. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa on sujunut hyvin.

Terveisin,

Hanish Bhurtun

Lehtori | Lecturer
Karelia-ammattikorkeakoulu | Karelia University of Applied Sciences
Tikkarinne 9, FI-80200 Joensuu
Hanish.Bhurtun@karelia.fi

+358 504364497

www.karelia.fi