

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Anu Lahti

# MUISTISAIRAAN ELÄMÄNTARINAN KARTOITUS JA SEN HYÖDYNNETTÄVYYS HOITOTYÖSSÄ

Anu Lahti

# MUISTISAIRAAN ELÄMÄNTARINAN KARTOITUS JA SEN HYÖDYNNETTÄVYYS HOITOTYÖSSÄ

Etenevät muistisairaudet ovat sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti lisääntyvä ongelma, jotka rasittavat terveydenhuoltoa ja valtion resursseja. Etenevillä muistisairauksilla tarkoitetaan aivosairausta, joka johtaa dementiaan. Dementia on oireyhtymä, jossa ilmenee kognitiivisten taitojen huononemista. Maailman terveysjärjestön mukaan Alzheimerin tauti ja muut dementiat ovat tällä hetkellä kolmanneksi yleisin kuolinsyy korkean tulotason valtioissa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka pohjalta luotiin elämäntarinan kyselylomake muistisairaille. Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä muistisairauksien aiheuttamiin käytösoireisiin ja psykologisiin oireisiin ja teorian pohjalta luoda elämäntarinan haastattelulomake muistisairaille pitkäaikaishoidon asiakkaille. Näiden toimien kautta tavoitteena on asukkaiden persoonien ja henkilökohtaisten toiveiden parempi esille nostaminen, jotta heidän identiteettinsä ja yksilöllisyytensä säilyisi palveluasumisen arjessa. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset (n = 22) valittiin luotettavista sähköisistä tietokannoista, esimerkiksi Cinahlist ja PubMedistä.

Muistelu ja elämäntarinan kertominen ovat lääkkeettömiä muistisairauden hoitokeinoja, jotka ovat hyvin siedettyjä ja niitä on lähes jokaisen helppo toteuttaa. Tutkimusten perusteella elämäntarinaa perehtymällä ja muistelulla on positiivinen vaikutus käytösoireiden hoitoon ja näiden keinojen on katsottu parantaneen hoitavan henkilökunnan ymmärrystä muistisairaita kohtaan. Muistisairauksien aiheuttamia käytösoireita on kuitenkin paljon, ja niiden taustalla on aina monia eri tekijöitä. Niiden vuoksi muistisairauksien hoito onkin usein haastavaa.

## ASIASANAT:

dementia, elämäntarina, käytösoireet, muistelu, muistisairaudet

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | Total number of pages 40

Anu Lahti

# CHARTING OF THE LIFE STORIES AND HOW TO USE THEM IN NURSING

Progressive memory disorders are a growing problem both in Finland and globally, burdening health care and state resources. Progressive memory disorders are defined as brain diseases, which leads to dementia. Dementia is a syndrome in which the deterioration of cognitive skills occurs. According to the World Health Organization, Alzheimer's disease and other dementias are currently the third most common cause of death in high-income countries.

The thesis was conducted as a descriptive literature review. Based on this thesis is conducted a life history questionnaire. The purpose of this thesis is to take a look to behavioral and psychological symptoms of memory diseases. Based on these results, purpose is to make a life history interview form for patients with memory diseases. Through these actions, the aim is to raise the personality and personal desires of the people with the memory disorders, in order to preserve their identity and individuality in their everyday life. The studies used in this thesis (n = 22) were selected from reliable electronic databases such as Cinahl and Pubmed.

Reminiscence and telling the story of life are drug-free methods for treating memory disorders. They are also well tolerated by patients and almost everyone can do them. Based on the studies, the story of life and reminiscence have a positive effect on behavioral problems, and these methods have been seen to improve the understanding of memory disorders by the nursing staff. However, there are a lot of behavioral problems with memory disorders and also many different factors behind them. Therefore, the treatments of memory disorders are often challenging.

## KEYWORDS:

behavioural problems, dementia, life story, memory disorders, reminiscence

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 MUISTISAIRAUDET</b>	<b>6</b>
2.1 Yleisimmät muistisairaudet	6
2.2 Muistisairauksien lääkkeettömät hoitokeinot	8
<b>3 HAASTATTELU</b>	<b>10</b>
3.1 Avoin haastattelu	10
3.2 Muistisairaahan haastatteleminen	11
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>13</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ</b>	<b>14</b>
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET</b>	<b>16</b>
6.1 Muistisairauksien yhteydessä ilmenevät käytösoireet	16
6.2 Muistisairaahan elämäntarinan tuntemisen tärkeys hoitotyön kannalta	17
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>20</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>22</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>24</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Elämäntarinan haastattelulomake.
- Liite 2. Tiedonhakutaulukko.
- Liite 3. Tutkimustaulukko.

# 1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat räjähdysmäisesti lisääntyvä ongelma. Suomessa muistisairaita arvioidaan tällä hetkellä olevan yli 190 000, kun taas maailmanlaajuisesti luku on yli 50 miljoonaa. Arvioiden mukaan vuoteen 2050 mennessä luku on moninkertaistunut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus ja yli puolet muistisairaista on saanut Alzheimerin taudin diagnoosin (Käypä hoito 2017). Maailmanlaajuisesti Alzheimerin tauti ja muut dementiaat ovat maailman viidenneksi yleisin kuolinsyy (World Health Organization 2018).

Lähes kaikilla muistisairailta ilmenee käytösoireita, joita voivat olla esimerkiksi levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus ja unettomuus. Käytösoireet vaikuttavat sekä sairastuneeseen itseensä, mutta myös hänen läheisiinsä sekä hoitavaan henkilökuntaan. Lääkehoidon lisäksi käytössä on laajasti lääkkeettömiä hoitokeinoja, joita ovat hyvän perushoidon lisäksi mieluista tekemistä painottavat virikkeet, jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen, mahdollisesti ahdistusta aiheuttavien tekijöiden minimoiminen ja muistisairaansa oman persoonan huomioiminen jokapäiväisessä toiminnassa hänen kanssaan. Lisäksi muistisairaansa läheisille sekä häntä hoitavalle henkilökunnalle tulee antaa tarpeellista ohjausta ja koulutusta. (Käypä hoito 2016.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Lamminniemen Hyvinvointikeskus Oy, ja se tehtiin sen yhteydessä toimivalle Katajakodille. Katajakoti on vuonna 2014 avattu Someron kaupungin omistama, 60 paikkainen tuetun palveluasumisen yksikkö ja hoidon ja hoivan sinne tuottaa Lamminniemen Hyvinvointikeskus Oy. Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä muistisairauksien aiheuttamiin käytösoireisiin ja psykologisiin oireisiin ja teorian pohjalta luoda elämäntarinan haastattelulomake muistisairaille pitkäaikaishoidon asukkaille. Näiden toimien kautta tavoitteena on asukkaiden persoonien ja henkilökohtaisten toiveiden parempi esille nostaminen, jotta heidän identiteettinsä ja yksilöllisyytensä säilyisi palveluasumisen arjessa.

## 2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet ovat räjähdysmäisesti lisääntyvä ongelma. Suomessa muistisairaita arvioidaan tällä hetkellä olevan yli 190 000, kun taas maailmanlaajuisesti luku on yli 50 miljoonaa. Arvioiden mukaan vuoteen 2050 mennessä luku tulee moninkertaistumaan. (THL 2019.) Maailmanlaajuiset vuosittaiset kustannukset muistisairauksien hoidossa olivat vuonna 2015 melkein 820 miljardia dollaria (THL 2018). Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron häiriön aiheuttama muistisairaus, näiden kahden edellämäinitun yhdistelmä, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorapheet. (Käypä hoito 2017.)

### 2.1 Yleisimmät muistisairaudet

Etenevä muistisairaus on sairaus, joka etenemisen aikana heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn eli kognition alueita. Käsitettä dementia käytetään usein kuvailemaan näitä heikentyneitä toimintoja. (THL 2019.) Dementia on siis oireyhtymä, ei sairaus, ja sen yleisin aiheuttaja on etenevä muistisairaus (WHO 2019). Dementiassa ilmenee huononemista muistissa, ajattelussa, käytöksessä ja jokapäiväisten asioiden hoidossa (Lazar ym. 2014; Poon ym. 2018). Eteneville muistisairauksille ei ole parantavaa hoitokeinoa, vaan lääkehoidon avulla pyritään hoitamaan oireita ja helpottamaan muistisairaan oloa. Lääkkeettömien hoitokeinojen merkitys onkin muistisairauksien hoidossa suuri. (THL 2014.)

Alzheimerin tauti on kaikista muistisairauksista yleisin, noin 70 % etenevää muistisairautta sairastavista on saanut Alzheimerin taudin diagnoosin. Alzheimerin tauti etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti, ja sen ensioireena on lähes aina tapahtumamuistin heikkeneminen, eli uuden muistiaineksen mieleen painaminen ja vanhojen tapahtumien mieleen palauttaminen. Tiedonkäsittelyn lisääntyvä heikkeneminen hallitseekin taudinkuvaa sen kaikissa vaiheissa, ja yleensä tämän alueen ongelmat painottuvat juuri muistin alueelle. (Käypä hoito 2017.)

Aivoverenkierron häiriön aiheuttama muistisairaus eli verisuoniperäinen muistisairaus liittyy aivojen verisuonten vaurioihin ja erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin, ja on etenevistä muistisairauksista toiseksi yleisin. Sen syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine, veren suurentunut kolesterolipitoisuus ja diabetes.

(Käypä hoito 2017; Muistiliitto 2017.) Alzheimerin taudin ja aivoverenkierron häiriön aiheuttama muistisairaus on yleinen alatyyppeittäin erityisesti vanhemmalla väestöllä; yli 80-vuotiaista muistisairaista yli puolella on todettu se. Siihen liittyvät samat riskitekijät kuin aivoverenkierron aiheuttamaan muistisairauteen. (Käypä hoito 2017.)

Lewyn kappale -tauti etenee hitaasti ja seuraavista kolmesta kriteeristä vähintään kahden tulee täytyä: vaihtelu tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelyn osalta, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat sekä jähmeys, hitaus, kävelyvaikeus ja joissain tapauksissa vapina (eli Parkinsonin taudin tyypilliset oireet). Tauti on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, ns. Lewyn kappaleiden kertymisestä aivojen kuorikerrosten alle. Parkinsonin taudin yhteydessä todettu muistisairaus edellyttää, että Parkinsonin taudin diagnoosista on kulunut vähintään vuosi. Tiedonkäsittelyn oireita esiintyy esimerkiksi tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen ja muistitoimintojen heikentymisenä ja hidastumisena. Parkinsonin tauti voi aiheutua Lewyn kappale -taudin tapaan Lewyn kappaleiden kertymisestä kuorikerroksen alle, Alzheimer -muutoksista, eri välittäjäainejärjestelmien vaurioista tai näiden kaikkien yhdistelmästä. (Käypä hoito 2017; Muistiliitto 2017.)

Otsa-ohimolohkorappeumissa aivojen kuorikerrosten kuduskato painottuu otsalohkoihin ja ohimolohkojen etuosiin. Otsalohkodementia alkaa yleensä 45 – 65 -vuoden iässä ja sitä esiintyy yleisemmin miehillä. Ominaispiirteitä sille ovat vähittäinen ja hiipivä eteneminen, oireiden alkaminen yleensä käytöksen ja persoonallisuuden muutoksilla, toiminnanohjauksen vaikeuksilla, sosiaalisten taitojen heikkenemisellä ja sosiaalisten taitojen sekä empatia- ja sympatiakykyjen heikentymisellä. (Käypä hoito 2017.) Ohimolohkorappeumat voidaan jakaa edelleen useampaan alalajiin, mutta niille kaikille yhteistä on alkaminen nuorella iällä, yleensä ikävuosien 50 ja 70 välillä (75 % alle 65 vuoden iässä). Ne alkavat ja etenevät hitaasti, ja kielelliset vaikeudet ovat alussa tyypillisiä. Sen sijaan muisti ja kognitiiviset toiminnot ovat alussa hyvin säilyneitä, mutta sairauden edetessä nekin heikentyvät asteittain. (Käypä hoito 2017; Muistiliitto 2017.)

Lähes jokainen muistisairautta sairastavista kärsii jonkinlaisista käytösoireista tai psykologisista oireista jossain vaiheessa sairauttaan. Nämä lisäävät taloudellisia kustannuksia, kuormitusta hoitajille, aiheuttavat heikentyneitä hoitotuloksia, aikaistettua hoitokoteihin siirtymistä, pitkiä sairaalajaksoja ja lääkkeiden väärinkäyttöä. (Imtiaz ym. 2018; Lin ym. 2018.) Potilaan lisäksi käytösoireet rasittavat hänen läheisiään sekä hoitajia ja voivat pahimmillaan aiheuttaa vaaratilanteita ympärillä oleville ihmisille (Suontaka-Jamalainen 2011). Muistisairaudet ovat suurin riskitekijä, jotka johtavat ympärivuorokautiseen hoitoon paikkaan siirtymisen (Numminen ym. 2011).

## 2.2 Muistisairauksien lääkkeettömät hoitokeinot

Hoidettaessa muistisairauksia lääkkeillä, tulee aina huomioida lääkkeiden aiheuttamat mahdolliset sivu- ja haittavaikutukset, lääkkeiden hinta ja eri lääkevalmisteiden mahdolliset vaikutukset keskenään. Kaikkia käytösoireita ei myöskään voida hoitaa lääkkeillä. (Lin ym. 2018). Joissain tapauksissa lääkehoito on välttämätöntä, mutta lääkkeettömien hoitokeinojen käytön lisäämisen on katsottu olevan yhteydessä lääkehoidon haittavaikutusten aiheuttamien riskien vähenemiseen (Kemerer 2018). Useimpien käytösoireiden kohdalla lääkkeettömät hoitokeinot ovatkin ensisijainen vaihtoehto (Kemerer 2018; Lin ym. 2018). Lääkkeettömien hoitokeinojen onkin katsottu hoitavan muistisairaahan sosiaalisia ja psykologisia ongelmia, siinä missä lääkehoito keskittyy suuremmin fyysiseen puoleen (Lazar ym. 2014).

Lääkkeettömät hoitokeinot voidaan kohdistaa joko suoraan muistisairaaseen, hänen hoitajiinsa tai ympäristöön. Suoraan muistisairaaseen kohdistuvia keinoja ovat esimerkiksi elämänhistoriaan perehtyminen ja sitä kautta tapahtuva muistelu, joiden on katsottu lisänneen ymmärrystä muistisairaahan henkilökohtaisista tarpeista ja käyttäytymisestä. Fyysiseen tilanteeseen sovitettu liikunta on myös osoitettu hyväksi hoitokeinoksi. (Kuronen 2017.) Musiikin merkitystä muistisairaahan jokapäiväisessä hoidossa on myös tutkittu paljon; tuttujen melodoiden on todettu laukaisevan aiempaa elämää koskevia muistoja ja auttavan esimerkiksi masennuksen oireiden hoidossa (Cunningham ym. 2019).

Muistelulla tarkoitetaan eletyn elämän uudelleen elämistä omien kokemusten kautta, usein faktojen parantamana tai vääristämänä. Sen ideana on vaikuttaa henkilön muistiin stimuloimalla jotakin aistia; näköä, kuuloa, hajua, makua tai tuntoa. Näin ollen muistelemista voi harjoittaa kuka vain ja sen ei aina tarvitse olla aktiivista keskustelua tai konkreettista tekemistä. Sitä voi harjoittaa jokainen hiljaa omassa mielessään ja se voi olla yksinkertaistettuna yhden hajun tai maun mieleen tuoma muisto. Tällä on todettu olevan rauhoittava vaikutus. (Swann 2013.) Vanhemmille ihmisille muistelun ja elämän läpikäyminen on myös valmistautumista omaan kuolemaan ja omien ajatusten ja opetusten jättämistä muille (Fletcher & Eckberg 2014). Elämäntarinalla sen sijaan tarkoitetaan eri elämänvaiheita kerrottuna (Kotimaisten kielten keskus 2018).

Hoitavalle henkilökunnalle tulisi tarjota mahdollisuus kouluttautua ja perehtyä riittävästi näihin hoitokeinoihin, ja sitä kautta mahdollistaa riittävä ongelmanratkaisukyky. Muistisairaahan läheisten osalta riittävä perehdyttäminen, jotta kommunikointi ja läheisten oman



terveyden ylläpito mahdollistuisivat, on tärkeä keino sairauden ymmärtämisessä ja hoidossa. (Kuronen 2017.) Hoitavan henkilökunnan tulee myös pyrkiä mahdollisimman hyvään vuorovaikutukseen ja muistisairaana yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen. Arvostavan kohtaamisen merkitys korostuu; muistisairasta ei saa väheksyä, hänen kokeemaansa todellisuutta ja tunteitaan tulee arvostaa ja ottaa todesta ja häntä tulee auttaa tunteidensa ilmaisussa. (Hölttä & Pitkälä 2019.)

Fyysisen ympäristön selkeys, mahdollisimman paljon myönteisiä virikkeitä ja mahdollisimman vähän kielteisiä virikkeitä, esimerkiksi melua, luovat mahdollisuutta tukea muistisairaana toimintaa. Monen muistisairaana kohdalla asuinympäristönä on jokin sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautisista toimintaympäristöistä, jolloin olisi tärkeää luoda muistisairaille kodinomaista tunnetta olemassa olevien säädösten ja lakien puitteissa. (Numminen ym. 2011.) Ensimmäiseksi tulee selvittää mahdolliset altistavat ja laukaisevat tekijät ja pyrkiä puuttumaan niihin (Hölttä & Pitkälä 2019).

Teknologian lisääntyminen terveydenhuoltoalalla parantaa toimintamahdollisuuksia informaation ja kommunikoinnin kannalta. Erityisesti muistisairaiden kanssa hyödytään parantuneista mahdollisuuksista osallistaa ihmisiä muisteluun pitkienkin matkojen päästä ja arvioida paremmin hoidon tuloksia. (Lazar ym. 2014.) Erilaisilla sovelluksilla voidaan myös konkreettisesti helpottaa hoitotyötä; musiikki- ja muistelusovelluksia on viime vuosien aikana kehitelty juuri muistisairaiden hoitotyötä ajatellen, tarkoituksena helpottaa hoitajien arkea. Nämä sovellukset ovat kuitenkin vielä kehitysvaiheessa. (Imtiaz ym. 2018; Lazar ym. 2014.)

### 3 HAASTATTELU

Haastattelun ideana on saada selville haastateltavan ajatukset ja miksi hän toimii niin kuin toimii. Tämä onnistuu parhaiten keskustelulla, jossa haastateltava ja haastattelun tekijä ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Juuri vuorovaikutus on kyselyn ja haastattelun välillä erona; kyselyssä yleensä tarkoituksena on, että tiedon antaja täyttää lomakkeen itse, kun taas haastattelussa kyseessä on kahden tai useamman ihmisen välisestä vuorovaikutuksesta ja keskustelusta. Poikkeuksia kuitenkin on, esimerkiksi sähköpostitse tapahtuvan haastattelu, jolloin kasvokkain tapahtuva keskustelu jää kokonaan pois. Haastattelu on tiedonkeruun menetelmänä joustava; sen aikana kysymykset voidaan kysyä uudestaan, mahdollisesti selittää auki ja oikaista väärinkäsityksiä. Haastattelulle olennaista ei ole tiedon määrä, vaan sen laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84 -86.)

Haastattelu on yksi käytetyimpiä tapoja hankkia tietoja, sillä sen avulla on mahdollista saada tietoa sekä syvällisemmin että pinnallisemmin, vastaajasta riippuen. Haastattelussa ongelmana on kuitenkin luottamus siihen, kertooko ihminen asiat juuri niin kuin ne ovat. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Erityisesti muistisairaiden kohdalla monet muistot ja kokemukset voivat unohtumisen lisäksi muuttaa merkitystään ja sekoittua muihin elämän vaiheisiin. Olisikin hyvä, jos paikalla voisi olla muistisaira luotettava läheinen, joka tarvittaessa voi auttaa kysymyksiin vastaamisessa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2018.)

Haastattelut voidaan jakaa strukturoituihin sekä puolistrukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin. Strukturoidut haastattelut ovat kaikista virallisista haastattelumuotoista ja niissä on valmiina vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja voi valita parhaiten itseään kuvaavan vaihtoehdon. Strukturoimattomassa eli avoimessa haastattelussa tarkoitus on mahdollisimman rennon keskustelun kautta puhua tietystä aiheesta, ja vaikka etukäteen olisi luotu kysymyksiä, ne eivät ohjaa tilannetta. Vastaajan annetaan puhua aiheesta vapaasti sillä laajuudella kuin hän haluaa. Puolistrukturoitu haastattelu on näiden kahden välimuoto. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

#### 3.1 Avoin haastattelu

Avoin haastattelu eli strukturoimaton haastattelu tarkoittaa nimensä mukaisesti sitä, ettei sen sisältämää keskustelua ole sidottu tiukkaan formaattiin. Siitä voidaankin käyttää

myös nimitystä keskustelunomainen haastattelu ja sen juuret ovatkin esimerkiksi lääkärin käyttämässä menetelmässä, joka on myöhemmin levinnyt muun muassa psykologien käyttöön. Haastatteli onkin avoimen haastattelun aikana lähinnä keskustelukumppani, joka vastaanottaa haastateltavan antamaa tietoa ja yrittää hyödyntää sitä mahdollisimman hyvin omien tarkoitustensa ja tavoitteidensa mukaisesti. Avoimen haastattelun huono puoli on siinä, että se vaatii runsaasti aikaa. Sen kautta myös korostuu haastattelijan persoona ja sen merkitys, erityisesti arkaluontoisista aiheista puhuttaessa. Näissä tapauksissa merkitystä on myös luottamuksella. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Avoimessa haastattelussa haastateltavan annetaan kertoa tietystä asiasta tai ilmiöstä oman kokemuksensa ja ajatusmaailmansa mukaisesti, joskus haastattelun teeman ulkopuoleltakin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 90). Avoin haastattelu kulkee eteenpäin paljolti haastateltavan ehdoilla, eikä etenemistä ole lyöty lukkoon etukäteen. Haastattelutilanteen tulla olla mahdollisimman luonteva ja avoin, jotta keskustelu sujuisi luontevasti. Tarkkoja kysymyksiä ei kuulu esittää, vaan pyytää haastateltavaa kertomaan tietystä aiheesta. Monesti tarkentavia kysymyksiä vaaditaan, jolloin aihe saattaa laajeta ja lähteä kulkemaan sivuraiteille. Tämä on yleistä monessa tavallisessakin keskustelussa. Jos asiassa eksytään liian kauas keskustelun tarkoituksesta, haastattelijan tulee osata ohjata keskustelu hienovaraisesti takaisin asiaan. Haastateltavan tunteille, ajatuksille, ideoille, mielipiteille ja niiden perusteluille ja muistoille tulee kuitenkin antaa tilaa ja niitä pitää kunnioittaa asianmukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

### 3.2 Muistisairaahan haastattelemine

Muistisairaudet aiheuttavat usein ongelmia kognitiivisella alueella (Beuscher & Grando 2009; Fletcher & Eckberg 2014). Näitä kognitiivisia ongelmia muistin huononemisen lisäksi voi ilmetä ongelmanratkaisussa, keskittymisessä, kielellisissä toiminnoissa ja järjestyksessä. Nämä kognitiiviset ongelmat kuitenkin vaihtelevat henkilöstä riippuen, kuten myös heidän oma suhtautumisensa niihin. Nämä ongelmat yhdessä mahdollisesti muiden sairauksien tai oireiden kanssa edellyttävät, että haastatteli on perillä haastateltavan tilanteesta ja ymmärtää miten eri sairauksien aiheuttamissa tilanteissa tulee toimia. Muistisairaahan kanssa keskusteltaessa tärkeää on tämän kunnioittava kohtaaminen. Parhaiten mahdollisten vastauksien optimoimiseksi tulee puhua rauhallisesti ja selkeästi, ottaa katsekontaktia, odottaa omaa puheenvuoroaan sekä kuunnella aktiivisesti; muisti-

sairaahan tulee tuntee olevansa tärkeä ja tulevana kuulluksi. Ahdistuksen välttämiseksi haastattelu ympäristön tulisi olla mahdollisimman turvallinen ja tuttu, ja tilanteesta tulee tehdä rauhallinen ja kiireetön. Tutun termistön käyttäminen edesauttaa muistamista. (Beuscher & Grando 2009.)

Elämäntarinan selvittäminen haastattelemalla ja keskustelemalla on suoraa kysymistä pehmeämpi lähestymistapa vaikeisiin asioihin. Siinä vastaajalle itselleen annetaan mahdollisuus kertoa asia omin sanoin, ja vaikka kyseessä olisi muistisairaus ja vastaajan vastaukset mahdollisesti epävarmoja, kyselijä voi kuunnellessaan poimia vihjeitä, jotka jatkossa helpottavat luottamuksen rakentamista ja henkilön ymmärtämistä. (Mast 2012.) Haastateltavan ehdoilla eteneminen on tärkeää, ja joskus tämä voi tarkoittaa haastattelun jakamista useampaan kertaan. Ahdistuminen tai levottomuus voivat muistelemisen ja mahdollisesti ikävien asioiden pintaan tuomisen myötä tehdä molempien osapuolten olon epämiellyttäväksi. (Beuscher & Grando 2009.)

Elämäntarinaa läpikäydessä tulee huomioida koko elämäntarina, erityisesti nuoruus ja lapsuus, sillä muistisairaille tämän aikakauden muistot ja tiedot ovat parhaiten tallessa. Mitä lähemmäs tullaan nykyhetkeä, sitä haastavampia muistot ja muisti ovat. (Swann 2013.) Verratessa kaukaisempia muistoja tuoreempiin, dementiaa sairastavat säilyttävät paremmin mielessään kaukaisemmat muistot (Cleary ym. 2012). Elämäntarinaa kirjatessa tulee kysyä mahdollisimman selkeitä ja yksinkertaisia kysymyksiä (Hyvän hoidon kriteeristö 2016). Kysymykset eivät kuitenkaan saa olla liian suoria, esimerkiksi kun halutaan tietää sairauksista, suoraan kysymisen sijaan voi tiedustella yleisesti mahdollisista sairauksista. Vaikka vastaaja muistaisikin ja ymmärtäisi sairautensa, jos hän ei niistä halua puhua, sitä tulee kunnioittaa. (Mast 2012.)

## **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä muistisairauksien aiheuttamiin käytösoireisiin ja psykologisiin oireisiin ja teorian pohjalta luoda elämäntarinan haastattelulomake muistisairaille pitkäaikaishoidon asukkailla. Näiden toimien kautta tavoitteena on asukkaiden persoonien ja henkilökohtaisten toiveiden parempi esille nostaminen, jotta heidän identiteettinsä ja yksilöllisyytensä säilyisi palveluasumisen arjessa.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia käytösoireita muistisairauksien yhteydessä ilmenee?
2. Miksi muistisairaana elämänkaaren tunteminen on hoitotyön kannalta tärkeää?

## 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotiin elämäntarinan haastattelulomake tuetun palveluasumisen yksikön muistisairaille asukkaille (Liite 1). Työn toimeksiantajana toimi Lamminniemen Hyvinvointikeskus Oy. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on koota jo olemassa olevien tutkimusten tuloksia uuden tutkimuksen pohjaksi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimpiä kirjallisuuskatsauksen tyyppejä ja sitä voidaan kutsua myös yleiskatsaukseksi, sillä sitä eivät sido tiukat säännöt. Käytettävät aineistot voivat olla laajoja ja tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvailemaan laaja-alaisesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi myös tarjota uusia tutkittavia ilmiöitä. Työn tulee täyttää yleiset tieteen metodeille asetetut vaatimukset, joita ovat kriittisyys, julkisuus, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. (Salminen 2011.)

Haastattelulomake (Liite 1) luotiin avoimen haastattelun muotoon. Tämä haastattelumuoto vastaa parhaiten opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta, sillä sillä on tietty tavoite, mutta se antaa samalla haastateltavalle, eli muistisairaille, mahdollisuuden kertoa elämästään haluamallaan laajuudella (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88). Tässä työssä lomake jaoteltiin elämänkaaren mukaisesti; lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus. Lisäksi on vielä erikseen annettu mahdollisuus kertoa mieleen tulleita muistoja sekä mieltymyksiään, joille ei mahdollisesti löytyisi sopivaa kohtaa muualta lomakkeesta. Haastattelutilanne voikin siis mukailla muistisairaalan omia kertomuksia. Puuttuvia aukkoja voivat haastattelua tekevä hoitaja, ja mahdollisesti paikalla oleva omainen, tarvittaessa oman harkintansa mukaan täyttää. Haastattelulomakella ei opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tehdä tutkimusta, vaan sen avulla halutaan perehtyä asukkaan elämään, joten kysymykset on teemojen puitteissa jätetty mahdollisimman avoimiksi ja tilaa antaviksi. Opinnäytetyöprosessin aikana haastattelulomake lähetettiin toimeksiantajalle, joka antoi sen hoitajien luettavaksi. Sieltä tulleiden korjausehdotusten mukaan lomaketta muokattiin tarvittavista kohdista.

Tiedonhaussa käytettyjä luotettavia sähköisiä tietokantoja ovat PubMed, Medic ja Cinahl. Aikarajaksi on laitettu viimeiset kymmenen vuotta (2009 – 2019), poikkeuksena jotkin vakiintuneet käytännöt tai termit, jotka eivät muutu. Haku toteutettiin pääosin englanniksi, joten suurin osa haetusta materiaalista oli englannin kielellä. Käytettyjä englanninkielisiä hakusanoja olivat: *Alzheimer's disease, dementia, life history, memory disorder, reminiscence ja behavioral problems*. Suomenkielisiä hakusanoja olivat:

*muistisairas, muistisairaus, lääkkeetön hoito ja käytösoireet.* Lisäksi tietoa on haettu eri organisaatioiden (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus, Muistiliitto, Maailman terveysjärjestö ja Käypä hoito -suositukset) julkaisuista. Myös kirjallisia lähteitä käytettiin. Aineistojen tarkempi rajaus sekä hakusanojen käyttö selviävät tiedonhakutaulukosta (Liite 2). Tutkimustaulukosta (Liite 3) selviävät valitut tutkimukset (n = 22) ja niiden tarkemmat tiedot.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Muistisairaudet ovat jo nykyään suuri ongelma vailla parantavaa tai pysäyttävää hoitokeinoa, ja jatkossa muistisairaiden määrä tulee lisääntymään reilusti (Fletcher & Eckberg 2014). Suomessa muistisairaita on tällä hetkellä lähes 200 000 ja lähes 15 000 uutta sairastunutta vuodessa (Muistiliitto 2017). Maailmanlaajuisesti muistisairauksista aiheutuvat kustannukset olivat vuonna 2015 melkein 820 miljardia dollaria ja tämän luvun enustettiin nousevan vuosittain (THL 2018). Alzheimerin tauti ja muut dementiat ovat tällä hetkellä viidenneksi yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti. Korkean hyvinvoinnin valtioissa, joihin myös Suomi kuuluu, Alzheimerin tauti ja dementia ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy. (WHO 2018.)

### 6.1 Muistisairauksien yhteydessä ilmenevät käytösoireet

Käytösoireet muistisairauksien yhteydessä ovat yleisiä, niitä ilmenee noin 90 % sairastuneista. Itse muistisairaana lisäksi ne aiheuttavat rasitetta heidän omaisilleen, hoitavalle henkilökunnalle ja mahdollisen hoitopaikan muille hoidettaville. (Backhouse ym. 2014; Suontaka-Jamalaininen 2011.) Neuropsykiatrisista oireista yleisimpiä ovat apatia, ahdistus ja masentuneisuus (Hölttä & Pitkälä 2019). Näiden lisäksi käytösoireita ovat ongelmat syömisen suhteen, harhaisuus, hallusinaatiot, vainoharhaisuus, aggressiivisuus, vaeltelu sekä ongelmat unen kanssa. Yhdessä muistamattomuuden kanssa nämä usein tekevät muistisairaasta ”vaikean” potilaan. (George & Padmam 2014.) Masennus on yleisin psykologinen lisäsairaus dementiaa sairastaville. Sitä ei lasketa käytösoireeksi, mutta se on suurin vaikuttaja kognitiivisten oireiden syntyyn. Masennus dementiaa sairastavilla voi laskea myös fyysistä toimintakykyä ja madaltaa elinajanodotetta. (Jo & Song 2015.)

Psykologisten oireiden ja käytösoireiden syntyyn vaikuttavat sairastuneen persoonallisuus, ihmissuhteet sekä sukulaisten että hoitohenkilökunnan kanssa, muu terveydentila ja siihen mahdollisesti liittyvät lääkitykset, hoitoympäristö sekä sairastetun muistisairauden luonne (Scales ym. 2018; Suontaka-Jamalaininen 2011). Pitkäaikaishoitopaikoissa tärkein käytösoireita aiheuttava tekijä on huono elämänlaatu (Numminen ym. 2011). Käytösoireet voivat ilmetä aaltoilevasti ja vuorotella, mutta joissakin tapauksissa ne voivat jatkua jopa vuosia. Käytösoireiden säännöllinen seuranta on tärkeä osa potilaan



hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Uusien käytösoireiden ilmetessä tai vanhojen pahentuessa tuleekin muistisairauden lisäksi miettiä, voisiko taustalla olla mahdollisesti jokin somaattinen sairaus tai muu laukaiseva tekijä, kuten kipu. (Käypä hoito 2017.)

Erään teorian mukaan käytösoireet voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin; kiistelyyn, palaamiseen ja erottautumiseen. Kiistelyn tyyppiin asetettaville oireille tyypillistä on muistisairaahan vaikeus erottaa menneisyys ja nykyisyys. He esimerkiksi voivat vastata tyyliä, kun heitä kehoitetaan syömään varovaisesti sotkun välttämiseksi. Aggressiivisuus, viha, ahdistus, innostus ja hamstraaminen yleisimpiä reaktioita tämän tyyppisissä tilanteissa. Palaamisen tyyppiin kuuluvat potilaat eivät pysty hyväksymään itseään nykyisellään, vaan haikailevat menneisyyteen ja yrittävät sitä kautta kadottaa ikääntymisen aiheuttavat ongelmat. Vaeltelu ja hämmentyneisyys ovat tyypillisiä merkkejä tästä. Erottautumisen tyyppissä potilaat ovat välittämättä tai jopa luopuvat kokonaan nykyisestä maailmasta ja piiloutuvat omaan sisäiseen maailmaansa. Passiivisuus ja välinpitämättömyys kuuluvat tähän kategoriaan. Tarkka erottaminen näiden kategorioiden mukaan ei kannata, sillä ne ovat vain suuntaa antavia ja usein muistisairailla on monia käytösoireita. (Lin ym. 2018.)

## 6.2 Muistisairaahan elämäntarinan tuntemisen tärkeys hoitotyön kannalta

Persoonallisuus ja yksilöllisyys ovat ihmisoikeuksia, jotka pitkäaikaishoidon piireissä eläviltä muistisairailta ovat vaarassa kadota heidän heikentyneiden tai jopa kadonneiden kommunikaatiokykyjensä ja sosiaalisten taitojensa vuoksi. Persoonallisuuden kautta on lähdetty rakentamaan ihmiskeskeistä hoitoa ja hoivaa, joiden avulla on tarkoitus korostaa muistisairaahan hoitoa ja asettaa pitkäaikaishoidon piirissä oleva asukas hoidon keskipisteeksi. (Buron 2010.) Muistisairaahan edetessä itsensä ilmaisemisen kyky huononee ja voi lopulta jopa kadota. Tällaisessa tapauksessa hoitohenkilökunnan tuntemus elämästä korostuu. (Hyvän hoidon kriteeristö 2018.)

Ihmiskeskeisen hoidon tärkeänä näkökulmana voidaan pitää muistisairaiden uniikkien piirteiden tuntemista. Perehtymällä heidän elettyyn elämäänsä, voidaan esimerkiksi aiemman ammatin ja perheenjäsenten kautta jäsentää keskustelua. Hämmentynyt tai levoton muistisairas voidaan tuttuun nimien tai käsitteiden avulla saada rauhoittumaan ja orientoitumaan. Ainutlaatuisten piirteiden tunnistamisen ja tietämisen myötä muistisairas on helpompi nähdä yksilönä ja tätä kautta kohottaa tämän omanarvontuntoa. Mieluisan viriketoiminnan järjestäminen myös helpottuu kun tiedetään muistisairaahan mielen-

kiinnonkohteista ja mitä hän on elämänsä aikana tehnyt. (Buron 2010.) Vastavuoroisesti hoitohenkilökunnan ihmislähtöinen hoiva voi saada muistisairaahan vastaamaan hoitajalle aiempaa myönteisemmin ja tätä kautta kehittää osapuolten välistä suhdetta (Buron 2010; Siverová & Buzgová 2014).

Muistelun on todettu parantavat muistisairaahan oloa ja joitakin kognitiivisia taitoja, sekä kohentaneen itsetuntoa, muistia ja sosiaalisia taitoja. Hämmennyksen ja ahdistuksen vähenemisestä on saatu myös tuloksia. (Lazar ym. 2014; Subramaniam ym. 2014.) Lisäksi muisteluun osallistuneiden hoitajien kuormituksen todettiin pienentyneen (Khan & Curtice 2011). Muistisairaahan tunteminen helpottaa hoitajan osallistumista muisteluun; se voidaan ottaa osaksi päivittäisiä virikkeitä ja tuntiessaan muistisairaahan historian hoitajan on helpompi johdatella keskustelua ja tarvittaessa auttaa vaikeutta tuottavissa kohdissa ja oikeiden sanojen löytymisessä (Beuscher & Grando 2009; Buron 2010). Elämäntarinan läpikäyminen elämän loppupuolella on osoittautunut hyväksi keinoksi muistella omaa arvoaan ja merkitystään ja tulla sinuiksi epämiellyttävien asioiden kanssa. Tästä aiheutuvia hyötyjä ovat muun muassa parantunut olotila ja mieliala, hämmennyksen ja ahdistuksen väheneminen, sekä itsetunnon, muistin ja sosiaalisen kanssakäymisen paraneminen. (Subramaniam ym. 2014.)

Muistelemista on suositeltu muistisairaille erityisesti masennuksen hoidossa ja sen on todettu parantavan elämänlaatua ja suojelevan mielenterveyttä. Tästä seurauksena ovat itsetunnon paraneminen ja tyytyväisyys. (Jo & Song 2015.) Päivittäisessä kommunikoinnissa muistelu myös kohentaa äänen voimakkuutta ja kirkkautta ja lisää puheeseen tunteita (Beuscher & Grando 2009). Joissain tapauksissa muistot eivät aina ole positiivisia, vaan niihin voi liittyä vahvoja negatiivisia tunteita. Hoitavan osapuolen tulee olla tietoinen siitä mahdollisuudesta, että vanhojen muistojen esiin tuominen voi aiheuttaa muistisairaissa levottomuutta ja ahdistusta. Tällaisissa tapauksissa muistelu tulee keskeyttää, negatiiviset tunteet huomioida ja muistisairaille tulee tarjota aikaa rauhoittua ja lohduttavaa seuraa. (Swann 2013.)

Tutun ja muistoja herättävän musiikin yhdistäminen vaikeutta tuottaviin tapahtumiin, esimerkiksi syömiseen tai suihkussa käymiseen, on katsottu helpottavan muistisairaahan jokapäiväistä elämää ja vähentävän hämmennystä. Erityisesti ikävuosien neljä ja kaksitoista välillä kuunnellun musiikin on katsottu jääneen parhaiten mieleen. (Cunningham ym. 2019.) Muisteluun aktiivisesti osallistuvat ja esimerkiksi elämäntarinakirjaa tekevät kokivat elämänlaatunsa parantuneen paremmin kuin ne, jotka saivat elämäntarinakirjan lahjana ja osallistuivat ainoastaan sen lukemiseen ja siitä keskustelemiseen

(Subramaniam ym. 2014.) Siverová ja Buzgovà (2014) tulivat siihen tulokseen, että muistelu paransi fyysistä ja psyykkistä terveyttä, kognitiivisia toimintoja ja masennuksen oireita.

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö toteutetaan noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joita ovat esimerkiksi rehellisyys, tarkkuus, huolellisuus sekä valmiin, jo julkaistun tiedon käyttö vastuullisesti. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on määritellyt nämä tekijöiksi, joita tutkimuksen eettinen hyväksyttävyys, luotettavuus ja tulosten uskottavuus edellyttävät. Tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan ja heidän tutkimuksiinsa viitataan oikeaoppisesti. (TENK 2012.) Tässä opinnäytetyössä lähteet ja viitteet on merkitty oikein ohjeiden mukaisesti. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä ei vaadi tutkimuslupaa.

Muistisairaudet ovat aiheena neutraali ja tässä työssä ne on pyritty pitämään sellaisina. Tarkoitus ei ole myöskään loukata ketään. Tehdyssä lomakkeessa kysymykset muotoiluun mahdollisimman selkeästi ja helposti ymmärrettäväksi, kohderyhmä koko ajan huomioiden. Koska työhön ei ole hankittu tutkimuslupaa ja kyseessä ei ole tutkimus, lomakkeen avulla muistisairaita tulevat haastattelemaan vain hoitajat sen valmistuttua, ei opinnäytetyön tekijä opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tekemisen aikana ei ollut tarvetta arkaluontoisten tietojen (esimerkiksi henkilötiedot) säilyttämiselle. Työhön valituissa tutkimuksissa on tehty haastatteluja ja tutkimuksia, mutta näissäkin tiedot ovat olleet luot-tamuksellisia ja henkilötietoja, jotka eivät ole olleet tutkimusten kannalta oleellisia ja joiden perusteella yksilön tunnistaminen onnistuisi, ei ole julkaistu.

Tieteelliset haut on tehty luotettavista tietokannoista ja tutkimukset on valittu tutkimuskysymykset koko ajan mielessä pitäen. Tulosten luotettavuutta lisää tutkimusten hakeminen sekä englannin että suomen kielellä. Toisaalta kielirajoitus jättää pois mahdollisesti hyviä tutkimuksia, mutta tässä vaiheessa esteeksi asettuu työn tekijän kielitaito. Myös englannin kielen kääntäminen suomeksi saattaa aiheuttaa virheitä, mikä tulee ottaa myös huomioon. Virheiden minimoimiseksi on käytetty luotettavaa sanakirjaa. Aihetta joutui rajaamaan myös niin, että vaihtoehtona oli pelkästään kokonaisen tekstin lukemismahdollisuus. Tämä on saattanut jättää hyviä tutkimuksia pois, mutta toisaalta pelkän tiivistelmän perusteella ei olisi ollut mahdollista saada riittävästi tietoa.

Työn luotettavuutta lisää myös se, että se lähetettiin toimeksiantajan pyynnöstä Katajakodin henkilökunnalle, joka sai antaa siitä omat kommenttinsa. Heidän mielestään työ oli hyvä jo ensimmäisessä versiossa ja vain elämäntarinan haastattelulomakkeen (Liite 1) otsikko muutettiin fonttiltaan selkeämmäksi ikäihmisten kannalta. Tiedonhaku- ja tutkimustaulukot (Liitteet 2 ja 3) mahdollistavat työn toistettavuuden ja niissä näkyvät haun

ja tutkimusten tarkemmat yksityiskohdat. Toistettavuutta saattaa kuitenkin hankaloittaa se, että kaikki tietokannat eivät ole kaikkien saatavilla. Opinnäytetyön aiheesta on runsaasti tietoa, joten rajausta piti tehdä paljon. Tämä omalta osaltaan voi muodostaa liian suppean otannan tutkimusten suhteen, mutta runsaan tiedon vuoksi raja piti asettaa johonkin kohtaan, tässä tapauksessa 22 tutkimukseen. Tutkimuskysymykset on pidetty mielessä koko prosessin ajan ja niihin on pyritty vastaamaan.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista käy ilmi, että muistelu on tehokas keino muistisairauksia hoidettaessa ja sen aiheuttamien käytösoireiden kanssa arjessa pärjäämisessä (Cleary ym. 2012; Jo & Song 2015; Lin ym. 2018; Siverová & Buzgová 2014). Tutkimukset kuitenkin toivat esiin useita haasteita muistisairaiden kanssa toimimisesta (Beuscher & Grando 2009; George & Padmam 2014; Mast 2012). Muistisairaana kanssa toimiessa tulee aina ottaa huomioon myös eettisyys ja sanattoman viestinnän ja kehonkielen tulkitseminen on erityisen tärkeää (Beuscher & Grando 2009).

Muistisairauden aiheuttamien käytösoireiden kirjo on laaja ja niiden syntyyn ja kehitykseen vaikuttavat useat eri tekijät. Sairastettu muistisairaus, siihen mahdollisesti käytettävä lääkitys, persoonallisuus, aiemmin saatu hoito ja nykyinen hoitoympäristö hoitajineen, eletty elämä ja sen tuomat negatiiviset ja positiiviset muistot sekä omat mieltymykset luovat jokaisesta muistisairaasta oman persoonansa, jonka hoidosta hoitajien tulee olla perillä. (Scales ym. 2018.) Käytösoireet luovatkin pysyvän ongelman, joka altistaa hoitajat jatkuvalle ahdingolle, aiheuttaen epämukavuutta myös sairastuneen läheisissä ja omaisissa (George & Padmam 2014; Poom ym. 2018; Swann 2013). Hoitajien tietämyksellä ja taidoilla on paljon merkitystä muistisairauksien hoidossa. Tietämättömyys lisää useasti lääkehoidon käyttöä erilaisten käytösoireiden kohdalla. Tutkimuksissa todettiin tiedon lisääntymisen käytöshäiriöistä ja niiden hoitamisesta parantaneen hoidon tuloksia ja kohentaneen hoitajien itsetuntoa, samalla kun lääkehoidon määrä hiljalleen väheni. (Backhouse ym. 2014; Khan & Curtice 2011.)

Elämäntarinan selvittämisen ja muistelun hyödyistä elämänlaatuun saatiin positiivisia tuloksia (Siverová & Buzgová 2014; Subramaniam ym. 2014). Käsitteenä elämänlaatu on kuitenkin laaja ja sisältää monta eri osa-aluetta, esimerkiksi fyysinen terveys, psyykkinen terveys ja sosiaalinen kanssakäyminen. Elämänlaadun arvioimisessa tuleekin muistaa ottaa huomioon sen laajuus ja osata suhteuttaa mahdolliset muutokset aiempaan tulokseen. (Mast 2012; Siverová & Buzgová 2014; Subramaniam ym. 2014.) Yleisesti muistisairaiden alentuneiden kognitiivisten taitojen vuoksi eettisyys ja erityisesti heitä hoitavan tahon vastuu korostuvat. Heidän kanssaan mitä tahansa tutkimusta tehdessä tuleekin aina ottaa huomioon taustalla vaikuttava muistisairaus ja osata suhteuttaa saadut tulokset siihen. (Beuscher & Grando 2009.)

Haastattelulomaketta tehdessä kysymykset on tarkoituksella jätetty mahdollisimman selkeiksi ja avoimiksi ja lomake on jäsennelty elämänkulun mukaisesti (lapsuus, nuoruus, aikuisuus, vanhuus, muut muistot ja mieltymykset). Jokainen ihminen on yksilö ja elämänkulut poikkeavat toisistaan, joten niinkin suurelle joukolle kuin muistisairaille haastattelulomaketta tehdessä tuli ottaa huomioon mahdollinen suuri vaihtelevuus, kuitenkin lomakkeen pitäminen järkevän mittaisena. Haastattelutilanteessa tuleekin voida luottaa haastattelijan kykyyn lukea haastateltavaa ja päätellä mitä häneltä kannattaa kysyä. Tarkoituksena ei myöskään ole tehdä haastattelua heti kun muistisairas muuttaa Katajakotiin, vaan antaa hänen hetken aikaa tutustua uuteen paikkaan, järjestellä huoneensa ja tehdä olonsa mahdollisimman kotoiseksi. Ennen haastattelua olisi myös hyvä rakentaa pientäkin luottamusta hoitajien ja muistisairaalle välille, jotta sitä on haastattelun myötä helpompi lähteä entisestään syventämään ja rakentamaan.

Opinnäytetyö on tehty kirjallisuuskatsauksen ja luotettavien tietolähteiden pohjalta, mutta on silti vain teoriaan pohjautuva. Jos haastattelulomake olisi haluttu tarkemmin kohdentaa juuri Katajakodille, olisi sen toimivuutta pitänyt varmistaa testaamalla haastattelulomaketta tällä hetkellä Katajakodin asukkaisiin. Tämä olisi kuitenkin vaatinut tutkimusluvan ja opinnäytetyöhön varatun ajan puitteissa ei olisi onnistunut. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on kuitenkin voinut rakentaa pohjan, jota hoitajat voivat tulevaisuudessa mahdollisesti hyödyntää ja kokemustensa perusteella muokata itselleen sopivammaksi. Tämän opinnäytetyön pohjalta on annettu heille teoreettista tietoa perustaksi muistisairaiden mahdollisimman hyvän hoidon takaamiseksi.

Jatkotutkimukset aiheesta ovat tarpeellisia. Muistisairauksista löytyy suomenkielisiä tutkimuksia, mutta niistä vain muutamat käsittelivät lääkkeettömiä hoitokeinoja pitkäaikashoidon piirissä ja vielä harvemmat käsittelivät muistelua. Englannin kielellä tutkimuksia löytyi runsaasti. Aihetta olisi hyvä tutkia vielä syvemmin ja laajemmalla kannalla ottaa kantaa muistelun vaikutukseen. Olisi myös hyvä tutkia muistelun hyödynnettävyyttä hoitotyöhön suuremmalla otannalla. Muistisairaudet ovat laaja sairauden ryhmä ja niitä sairastavia on paljon sekä kansallisesti että kansainvälisesti, joten vaihtelevuuttakin on runsaasti. Erityisesti alkuvaiheen tutkimuksia tulisi saada lisää ja tutkia sairastunutta sekä sairautta mahdollisimman pian sairauden toteamisen jälkeen. Lisäksi olisi hyvä saada tutkimuksia hoitajien jaksamisesta ja hyvinvoinnista, sekä muistisairaiden läheisten pärjäämisestä. Opinnäytetyön pohjalta olisi mahdollista teettää esimerkiksi ohjeellinen muistisairaalle elämäntarinan selvittämiseen ja muistelun hyödyntämiseen hoitotyössä, joko omaksi kokonaisuudekseen tai tässä liitteenä olevan haastattelulomakkeen tueksi.

## LÄHTEET

Backhouse, T.; Killett, A.; Penhale, B.; Burns, D. & Gray, R. 2014. Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Aging & Mental Health*, vol. 18, no. 2, pp. 187-193.

Beuscher, L. & Grando, V.T. 2009. Challenges in Conducting Qualitative Research with Persons with Dementia.

Buron, B. 2010. Life history collages: effects on nursing home staff caring for residents with dementia. *Journal of gerontological nursing*, vol. 36, no. 12, pp. 38-48.

Cleary, S.; Hopper, T. & Van Soest, D. 2012. Reminiscence therapy, mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, vol. 23, no. 2, pp. 8-13.

Cunningham, S.; Brill, M.; Whalley, J.H.; Read, R.; Anderson, G.; Edwards, S. & Picking, R. 2019. Assessing Wellbeing in People Living with Dementia Using Reminiscence Music with a Mobile App (Memory Tracks): A Mixed Methods Cohort Study. *Journal of Healthcare Engineering*, vol. 2019, pp. 1-10.

Fletcher, T.S. & Eckberg, J.D. 2014. The Effects of Creative Reminiscing on Individuals with Dementia and Their Caregivers: A Pilot Study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 32, no. 1, pp. 68-84.

George, R.K. & Padmam, R. 2014. Prevalence of Behavioural Problems in Alzheimers Disease and Related Distress to Care Givers. *International Journal of Nursing Education*, vol. 6, no. 2, pp. 45-50.

Hölttä, E. & Pitkälä, K. 2019. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Suomen lääkärilehti*, vol. 74, no. 5/2019, pp. 242-247.

Imtiaz, D.; Khan, A. & Seelye, A. 2018. A Mobile Multimedia Reminiscence Therapy Application to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms in Persons with Alzheimer's. *Journal of Healthcare Engineering*, vol. 2018, pp. 1-9.



Jo, H. & Song, E. 2015. The Effect of Reminiscence Therapy on Depression, Quality of Life, Ego-Integrity, Social Behavior Function, and Activities of Daily Living in Elderly Patients With Mild Dementia. *Educational Gerontology*, vol. 41, no. 1, pp. 1-13.

Kemerer, D. 2018. Addressing Adventitious Behaviors Associated with Dementia. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing*, vol. 7, no. 1, pp. 40-45.

Khan, F. & Curtice, M. 2011. Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *British journal of community nursing*, vol. 16, no. 9, pp. 441-449.

Kotimaisten kielten keskus. 2018. Kielitoimiston sanakirja. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?ListWord=el%C3%A4m%C3%A4ntarina&SearchWord=el%C3%A4m%C3%A4ntarina&dic=1&page=results&UI=fi80&Opt=1>

Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. Cross-sectional study in home care and residential care. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Lazar, A.; Thompson, H. & Demiris, G. 2014. A Systematic Review of the Use of Technology for Reminiscence Therapy. *Health Education & Behavior*, vol. 41, no. 1 suppl, pp. 51S-61S.

Lin, H.; Yang, Y.; Cheng, W. & Wang, J. 2018. Distinctive effects between cognitive stimulation and reminiscence therapy on cognitive function and quality of life for different types of behavioural problems in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 32, no. 2, pp. 594-602.

Mast, B.T. 2012. Methods for Assessing the Person with Alzheimer's Disease: Integrating Person-Centered and Diagnostic Approaches to Assessment. *Clinical gerontologist*, vol. 35, no. 5, pp. 360-375.

Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 17.9.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2018. Tarkistuslista muistisairaille ja läheisille. Hyvän hoidon kriteeristö. Viitattu 11.10.2019. Sähköinen julkaisu. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/1615/3354/8361/HHK-tarkistuslista\\_2018\\_tulostettava.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/1615/3354/8361/HHK-tarkistuslista_2018_tulostettava.pdf)

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 17.9.2019). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Numminen, A; Eloniemi-Sulkava, U; Topo, P. & Valtonen H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa?. Tieteessä tapahtuu, no. 6/2011, pp. 17-24.

Poon, N.Y.; Ooi, C.H.; How, C.H. & Yoon, P.S. 2018. Dementia management: a brief overview for primary care clinicians. Singapore medical journal, vol. 59, no. 6, pp. 295-299.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 23.11.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Opetusjulkaisuja 62. Vaasan yliopisto. Viitattu 7.11.2019. [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Scales, K.; Zimmerman, S. & Miller, S.J. 2018. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The Gerontologist, vol. 58, no. suppl\_1, pp. S88-S102.

Siverová, J. & Bužgová, R. 2014. Influence Reminiscence Therapy on Quality of Life Patients in the Long-Term Hospital. Central European Journal of Nursing & Midwifery, vol. 5, no. 1, pp. 21-28.

Subramaniam, P.; Woods, B. & Whitaker, C. 2014. Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. Aging & Mental Health, vol. 18, no. 3, pp. 363-375.

Suontaka-Jamalain, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatriassa osastohoidossa. Pro - gradu tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 4.11.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf>

Swann, J.I. 2013. Dementia and reminiscence: not just a focus on the past. *Nursing & Residential Care*, vol. 15, no. 12, pp. 790-795.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Muistisairaudet. Viitattu 28.11.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Muistisairauksien hoito. Viitattu 28.11.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-hoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Muistisairauksien kustannukset. Viitattu 7.11.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 31.10.2019.  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 16.9.2019.  
<https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 84 – 90.

World Health Organization. 2018. Dementia. Viitattu 18.9.2019.  
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>

World Health Organization. 2019. Top 10 causes of death. Viitattu 16.9.2019.  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

## Elämäntarinan haastattelulomake (Liite 1)

Vastaaja: \_\_\_\_\_

Omahoitaja(t): \_\_\_\_\_

### ***MINUN ELÄMÄNI:***

#### LAPSUUS

Syntymäpaikka:

\_\_\_\_\_

Vanhempien nimet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vanhempien ammatit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sisarukset: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lapsuudenkoti (paikka, oliko eläimiä, maalla/kaupungissa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

Mitä teit lapsuudessa (lempileikit, kaverit, oliko kotona töitä): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Muistoja lapsuudesta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## NUORUUS

Koulunkäynti (lempiaine, opettajat, koulukaverit, koulumuistot): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Kävitkö rippikoulun? Muistatko rippipapin nimeä?: \_\_\_\_\_

---

Mitä teit nuorena (kävitkö töissä, kävitkö tansseissa, autoitko kotona, matkustelitko)?:

---

---

---

---

---

---

---

#### AIKUISUUS

Ammatti ja työpaikka: \_\_\_\_\_

---

---

---

Puoliso (missä tapasitte, hääpäivä): \_\_\_\_\_

---

---

---

Lapset: \_\_\_\_\_

---

---

Lapsenlapset: \_\_\_\_\_

---

---

Oma koti (paikka, millainen oli, muistoja): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Ystäväni: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

VANHUUS

Eläkkeelle jääminen, mitä on sen jälkeen tehnyt: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Sairaudet:

---

## MUISTOJA

Hyviä:

Huonoja:



MIELTYMYKSENI JA TOTTUMUKSENI

Lempiruokani: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ruoka josta en pidä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miten haluan viettää aikaani (televisio, radio, lukeminen, ulkoilu, käsityöt, keskusteleminen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haastattelija(t): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muut paikallaolijat (esim. omaiset): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

## Tiedonhakutaulukko (Liite 2)

Haun päivämäärä	Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valitut tutkimukset
2.11.2019	Medic	muistisairaus AND käytösoireet	2009 – 2019 vain kokotekstit synonyymit käytössä	7	2
2.11.2019	Medic	muistisaira AND lääkkeetön hoito	2009 – 2019 vain kokotekstit synonyymit käytössä	5	1
2.11.2019	Cinahl Complete	alzheimer's dis- ease AND life his- tory	full text 2009 – 2019 englanti	11	2
2.11.2019	Cinahl Complete	dementia AND life history	full text 2009 – 2019 englanti	29	2
3.11.2019	Cinahl Complete	alzheimer's dis- ease AND behav- ioural problems	full text 2009 – 2019 englanti	13	1
11.11.2019	Cinahl Complete	dementia AND reminiscence	full text 2009 – 2019 englanti	53	8
13.11.2019	PubMed	memory disorder AND reminiscence	free full text 2009 – 2019 englanti	10	1
13.11.2019	PubMed	reminiscence therapy AND dementia	free full text 2009 – 2019 englanti	42	2
23.11.2019	PubMed	alzheimer's dis- ease AND reminiscence	free full text 2009 – 2019 englanti	18	3

## Tutkimustaulukko (Liite 3)

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja kohdema	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä, otos	Tutkimuksen tulokset
Kuronen 2017 Suomi	Muistisairauksiin käytettävien lääkkeiden vaikutus käytösoireisiin ja fyysisten rajoitteiden käyttö laitoksissa.	Kyselytutkimus n = 2821	Hyvän toimintakyvyn ja psykoosilääkkeiden käytön välillä oli negatiivinen yhteys. Fyysisiä rajoitteita käytti 52 % laitoshoidon potilaista edeltävän vuorokauden aikana.
Suontaka-Jamalainen 2011 Suomi	Kuvata vanhuspsykiatrisella osastolla hoidettujen muistisairaiden käytösoireiden ilmenemistä, jäljellä olevaa toimintakykyä ja niiden muutosta.	Tilastollinen tutkimus n = 85	Yleisimmät käytösoireet apatia, masentuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus ja harhaluulot. Vaikeasti dementoituneilla levottomuus ja aggressiivisuus yleisimmät.
Hölttä & Pitkälä 2019 Suomi	Miten muistisairauden aiheuttamia neuropsykiatrisia oireita voidaan parhaiten hoitaa.	Katsaus	Oireita tulee hoitaa yksilöllisesti, purkamalla tapahtumaketjuja ja vaikuttamalla altistaviin ja laukaiseviin tekijöihin.

Mast 2012 Yhdysvallat	Kuvailla eri metodeja joilla tutkijat voivat paremmin ymmärtää muistisairasta ja antaa konkreettisia keinoja, joilla näitä metodeja voi muokata.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	Asiakaslähtöistä menetelmää käyttävien työntekijöiden tulee olla valmiita muokkaamaan työskentelytapaansa hoidettavan persoonan mukaisesti.
Fletcher & Eckberg 2014 Yhdysvallat	Luovan muistelun merkitys muistisairaiden elämänlaatuun ja heidän hoivaajiensa taakkaan.	Havainnointi ja haastattelu	Hoivaajien taakka pieneni ja perspektiivi muistisairaana elämänlaadusta parani . Muistisairaiden elämänlaadun kohdalla ei merkittävää muutosta.
Subramaniam ym. 2014 Iso-Britannia	Arvioida miten eri keinot (osallistuminen itse ja omaisten tekemä lahja) luoda elämäntarina -kirja vaikuttavat dementiaa sairastavaan.	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus n = 23	Kuuden viikon jälkeen elämänlaadussa ei ollut huomattavaa eroa dementiaa sairastavien välillä, mutta itse kirjan tekoon osallistuvien elämänlaatu parani hieman.
Swann 2013 Yhdysvallat	Muistelun kehittyminen hoivakodissa aktiviteettinä demen-toituneille asukkaille.	Kuvaileva katsaus	Muistelu on tehokasta sekä suunniteltuna että suunnittelemattomana. Se on myös hyödyllistä ja suosittua aktiviteettiä.

George & Padmam 2014 Intia	Alzheimerin taudin yhteydessä ilmenevien käytösoireiden yleisyyden ja niihin liittyvän ahdingon määrittäminen.	Haastattelu n = 389	84,3 % Alzheimeria sairastavilla olin useita käytösoireita. Ne korreloivat suoraan hoivaajien kanssa.
Lin ym. 2018 Taiwan	Tutkia kognitiivisen simulaatioterapian ja muisteluterapian vaikutusta dementiaa sairastavan kognitiivisiin taitoihin ja elämänlaatuun.	Satunnaisesti kontrolloitu vertailututkimus n = 90	Kognitiivisella simulaatioterapialla ja muisteluterapialla on positiivia vaikutuksia kognitioon ja elämänlaatuun.
Kemerer 2018 Yhdysvallat	Osoittaa, että dementian hoidossa lääkkeettömät hoitokeinot ovat lääkehoitoa täydentäviä ja niistä erotettavia.	Kirjallisuuskatsaus	Tietokoneiden hyötykäyttö eri terapioiden yhteydessä on osoittautunut hyödylliseksi.
Buron 2010 Yhdysvallat	Elämänhistorian vaikutus hoitajien tietämykseen dementoituneesta ja hoidon asiakaslähtöisyyteen.	Satunnaisesti kontrolloitu vertailututkimus n = 36	Vaikka tieto hoidettavien elämänhistoriasta lisääntyisi, se ei aina tarkoita, että hoitajien käytös tai hoito muuttuisivat. Muutoksenhalun tulee lähteä hoitajista.

Cleary ym. 2012 Kanada	Tutkia muistelun vaikutusta ruuan kulutukseen dementoitu-neilla, jotka olivat vaarassa kärsiä aliravitsemuksesta.	Kvantitatiivinen vertailututkimus n = 7	Merkityksellinen keskustelu, joka sisältää muistelua, voi parantaa dementiaa sairastavien syömistä.
Jo & Song 2015 Etelä-Korea	Muisteluterapian merkitys masennukseen, elämänlaatuun, sosiaaliseen kanssakäymiseen, jokapäiväisiin aktiviteetteihin ja egon yhtenäisyyteen.	Satunnaisesti kontrolloitu vertailututkimus n = 19	Jokapäiväisten aktiviteettien kohdalla muistelun merkitys ei ollut suuri, mutta muilla osa-alueilla tapahtui muutoksia.
Backhouse ym. 2014 Iso-Britannia	Määrittää psyykenlääkkeiden yleisyys hoivakodeissa.	Kartoitus (postin kautta) n = 747	40% kyselyn vastaanottajista vastasi. 12 % hoivakodin asukeista käytti masennuslääkkeitä.
Khan & Curtice 2011 Iso-Britannia	Neljälle hoivakodille tuotettiin lisätietoa ja tukea dementian hoitoon.	Kyselytutkimus, n = 32 Havainnointi, n = 63	Tietous mielenterveyden ongelmista ja dementiasta lisääntyi, kuten myös itsevarmuus hoitaa käytösoireita.
Siverová & Buzgová 2014 Tsekki	Tunnistaa ja kuvailla hoivakodissa asuvien vanhusten elämänlaatua ja vertailla sitä ”yleiseen normiin”. Lisätä muistelun merkitystä elämänlaatuun.	Kvantitatiivinen tutkimus n = 41	Itsenäisyys ja sosiaalisen kanssakäymisen vähyys laskivat elämänlaatua hoivakotien asukkailla. Muistelulla on myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun.

Poon ym. 2018 Singapore	Eliniänodotteen noustessa yhä useampi hakee apua dementiaan. Ennen ohjeiden antamista ja hoidon aloittamista on tärkeää keskustella eri hoitomuodoista.	Katsaus	Hoitajilla on paljon annettavaa dementiaa sairastaville; asianmukainen hoito ja tuki vähentävät stressiä ja auttavat elämään aktiivista ja merkityksellistä elämää.
Scales ym. 2018 Yhdysvallat	Tunnistaa, kuvailla ja arvioida lääkkeettömiä käytäntöjä tunnistaa dementian aiheuttama käytös- ja psykologisia oireita. Tuottaa tietoon pohjautuvia suosituksia dementian hoitoon.	Systemaattinen katsaus	Suurin osa käytännöistä ovat hyväksyttäviä, harmittomia ja vaativat vähän tai eivät juurikaan investointeja.
Lazar ym. 2014 Yhdysvallat	Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttämistä muistelu-terapiassa sen helpottamiseksi.	Systemaattinen katsaus	Teknologian käyttäminen muistelun yhteydessä osoittautui hyödylliseksi.
Imtiaz ym. 2018 Yhdysvallat	Kehittää mobiilinen ratkaisu Alzheimerin tautia sairastavien käyttäsoireiden ja psykologisten oireiden osoittamiseksi.	Kaksiosainen valmistelevala tutkimus	Käyttöoireet ja psykologiset oireet aiheuttavat eniten stressiä hoitohenkilökunnalle, erityisesti harvaan asutuilla alueilla, joilla tuki on vähäistä. Sovellusta kehitellään vielä.

Cunningham ym. 2019 Iso-Britannia	Tutkia musiikin käyttöä demen- tian hoidossa musiikkisovelluk- sen kautta.	Kvantitatiivinen tutkimus n = 14	Musiikkisovellut paransi demen- tiaa sairastavien käytöstä, päi- värutiineja ja pärjäämistä ar- jessa.
Beuscher & Grando 2009 Yhdysvallat	Tutkia dementiaa sairastavan haastattelussa kohtattavia on- gelmia ja kysymyksiä.	Kvalitatiivinen tutkimus n = 15	Muistisairasta haastateltaessa tulee nähdä sairauden alle ja osata kohdata hänet henkilönä, kuitenkin ymmärtäen sairauden mukana tuomat ongelmat ja tie- dostaa, miten niiden kanssa tu- lee toimia.