

---

# TOIMINTAOHJE SUUHYGIENISTIOPISEKELIJOILLE MUISTISAIRAAN VUOROVAIKUTUKSEEN SUUN- TERVEYDEN HOITOTYÖSSÄ

---

Tinja Terävä  
Tiia Vihonen

Opinnäytetyö

---

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Suun terveydenhuollon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Tinja Terävä, Tiia Vihonen	
Työn nimi Toimintaohje suuhygienistiopiskelijoille muistisairaana vuorovaikutukseen suun terveydenhoitotyössä	
Päiväys	14.4.2012
Sivumäärä/Liitteet	43/3
Ohjaaja(t) Pirjo Miettinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suupirssi-projekti	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistaa toiminta ohje suuhygienistiopiskelijoille Suupirssi-projektiin. Työ käsittelee muistisairauksia erityisesti vuorovaikutuksen ja muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen kannalta. Toimintaohjeen tavoitteena on kehittää vuorovaikutusta suuhygienistin ja muistisairaana henkilön välillä. Hyödyn saajia ovat suuhygienistiopiskelijoiden lisäksi muistisairaat. Tavoitteena on myös tukea suuhygienistiopiskelijoiden ammatillista kasvua muistisairaiden kanssa työskentelyssä.</p> <p>Millerin (2002) tutkimuksen mukaan hoitajat kommunikoivat huomattavasti vähemmän niiden potilaiden kanssa, joiden vuorovaikutustaidot ovat heikentyneet kuin niiden, joilla ei ole ongelmia kommunikaatiossa. Samassa tutkimuksessa todetaan, että hoitajat kokevat muistisairaiden kanssa työskentelyn vaikeaksi.</p> <p>Toimintaohje valmistettiin verkko-oppimisympäristö Moodleen, jossa se on avoin kaikille opiskelijoille. Sitä voidaan hyödyntää osana Suupirssi-harjoittelujaksoa. Valmis toimintaohje arvioitiin opinnäytetyöntekijöiden laatiman arviointilomakkeen avulla, ja arvioinnin suorittivat suuhygienistiopiskelijat, jotka osallistuivat Suupirssi-harjoitteluun. Toimintaohje arvioitiin onnistuneeksi kaikilta mitattavilta osa-alueilta.</p> <p>Toimintaohje on kahdeksansivuinen, ja se on pääasiassa suunnattu suuhygienistiopiskelijoille. Ohjeistusta voivat käyttää hyödykseen myös muut hoitoalan opiskelijat. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään muistisairaiden vuorovaikutusta ja haasteellista käyttäytymistä suun terveydenhoidon näkökulmasta.</p> <p>Tulevaisuudessa toimintaohjetta voidaan hyödyntää oppimateriaalina.</p>	
Avainsanat Dementia, muistisairaus, dementiapotilaan kohtaaminen, vuorovaikutus, vanhusten suun terveys, toimintaohje	

--

**SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES****THESIS  
Abstract**

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Dental Hygiene			
Author(s) Tinja Terävä, Tiia Vihonen			
Title of Thesis Instruction for dental hygienist students with dementia patients interaction between oral health care work.			
Date	14.4.2012	Pages/Appendices	43/3
Supervisor(s) Pirjo Miettinen			
Project/Partners Suupirssi- project			
Abstract <p>The objective of the thesis was to provide instructions for dental hygienist students for the Suupirssi-project. The thesis deals with dementia diseases with a focus on communication and challenging behaviour. The aim of the material is to improve interaction between dental hygienist student and a patient with dementia. Beneficiaries of this project are dental hygienist students and dementia patients. Another goal is professional growth when working with patients with dementia.</p> <p>Miller's (2002) study shows that nurses communicate considerably less with patients, whose communication skills have deteriorated compared with patients who don't have interaction problems. The same study found that nurses feel that working with patients with dementia is difficult.</p> <p>We produced the Code of Conduct, an e-learning environment in the Moodle, which is open to all students. It can be used as a part of the training period Suupirssi. The completed Code of Conduct was evaluated with our assessment form by dental hygienist students, who participated in the Suupirssi training. The Code of Conduct was assessed as good in all of the measurable sub-regions.</p> <p>The policy is eight pages long, and it is mainly directed at dental hygienist students. Guidance can also be taken advantage of by other medical students. The thesis is limited to deal with patients with dementia and challenging behaviour in the interaction from the oral health care point of view.</p> <p>The Code of Conduct can be used in educational material for the future.</p>			
Keywords Dementia, memory loss diseases, interaction, dental care for aged, instruction			

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	
2	PALVELU- JA HOITOKODEISSA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN MUISTISAIRAUDET JA SUUN TERVEYS.....	9
2.1	Dementia .....	9
2.1.1	Alzheimerin tauti .....	10
2.1.2	Vaskulaarinen dementia .....	11
2.1.3	Lewyn kappale-tauti .....	12
2.1.4	Frontaalinen eli otsalohkodementia.....	12
2.2	Ikääntyvän suun terveys.....	13
3	MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN .....	14
3.1	Tavallisimmat käytösoireet.....	14
3.2	Levottomuus ja aggressiivinen käyttäytyminen .....	15
3.3	Psykoottiset oireet .....	15
3.4	Persoonallisuuden muutokset.....	16
4	VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAITA HOIDETTAESSA JA HOITOHENKILÖKUNNAN TOIMINTA .....	16
4.1	Vuorovaikutus.....	16
4.2	Hoitohenkilökunnan toiminta .....	17
4.2.1	Arvokkuuden tunteen ylläpitäminen.....	19
4.2.2	Hoitoympäristön huomioiminen.....	19
4.2.3	Sosiaalinen kanssakäyminen ja myönteinen palaute.....	20
4.2.4	Hoitajan ja muistisairaana välinen huumori .....	20
5	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	21
5.1	Opinnäytetyössä käytetyt tiedonkeruumenetelmät.....	22
6	TOIMINTAOHJEEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI .....	23
6.1	Toimintaohjeen suunnittelu .....	23
6.2	Toimintaohjeen toteutus .....	24
6.3	Toimintaohjeen arviointi .....	26
7	POHDINTA.....	27
7.1	Opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä .....	27
7.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	28

**LIITTEET**

- Liite 1 Haastattelu kysymykset
- Liite 2 Arviointilomake
- Liite 3 Toimintaohje

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä oli vuoden 2009 lopussa 36 000 asiakasta, joilla oli todettu olevan jokin muistisairaus. Suhteellisesti eniten muistisairaita oli sijoittunut terveyskeskusten vuodeosastoille sekä vanhainkoteihin ja palvelutaloihin. Muistisairaiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt yli 10 000 asiakkaalla 2000-luvun alusta. (Vuorio & Väyrynen 2011.) Vanhusten hoitotyö laitoksissa on vaativaa, sillä noin 90 % pitkäaikaishoidon asiakkailla on kognition alenemaa ja noin puolella asiakkaista on todettu dementoiva sairaus (Saarnio & Isola 2005, 323). Koska muistisairaiden määrä lisääntyy jatkuvasti, on suuhygienisteillä oltava valmiudet tehdä yhteistyötä muistisairaiden henkilöiden kanssa.

Opinnäytetyön aiheena on toimintaohje suuhygienistiopiskelijoille muistisairaahan vuorovaikutukseen suun terveyden hoitotyössä. Työn tarkoituksena oli tehdä hyvä ja laadukas toimintaohje Suupirssissä työskentelyyn opiskelijoiden käytettäväksi. Tavoitteena on kehittää vuorovaikutusta suuhygienistin ja muistisairaahan henkilön välillä. Hyödynsaajia ovat suuhygienistiopiskelijoiden lisäksi muistisairaajat. Tavoitteena on myös tukea suuhygienistiopiskelijoiden ammatillista kasvua muistisairaiden kanssa työskentelyssä. Suupirssi-palveluiden laatua voidaan parantaa toimintaohjeen avulla helpottamalla vuorovaikutusta suuhygienistiopiskelijoiden ja muistisairaiden välillä.

Suupirssi-projektin koordinoinnista ja hallinnoinnista vastaa Savonia-ammattikorkeakoulun hyvinvointialan osaamisalue. Suupirssi-projektin tarkoituksena on kehittää oppimis- ja palvelutoimintamalli liikkuvaan suunhoitoyksikköön. Se tarjoaa palveluita julkisille ja yksityisille suun terveydenhuollon organisaatioille sekä koulutuskäyttöön niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Tarkoituksena on, että palvelut tuodaan lähelle asiakkaiden omiin ympäristöihin, jolloin palvelujen kustannukset laskevat. Kohderymänä ovat pääasiassa erilaiset hoito- ja hoiva-alan yritykset. Opinnäytetyömme merkitys tässä projektissa on kehittää suuhygienistiopiskelijoiden ammatillista osaamista muistisairaiden suunhoitotyössä liikkuvassa yksikössä. Kun opiskelija on menossa työskentelemään Suupirssiin, voi hän etukäteen tutustua opinnäytetyössämme tuotettuun materiaaliin. Näin opiskelijalla on alustavaa tietoa ja valmiuksia muistisairaiden kanssa toimimiseen.

Työmme edistää Suupirssissä työskentelevien opiskelijoiden moniammatillista yhteistyötä. Harjoittelun aikana suuhygienistiopiskelija tekee yhteistyötä ja saa tukea asiakkaiden hoitohenkilöstöltä. Onnistunut materiaalin hyödyntäminen mahdollistaa muistisairaiden suun terveydenhoidon laadun paranemisen.

Toimintaohje on tehty Terveyden edistämisen keskuksen terveystieteen laatukriteerien mukaisesti. Terveyden edistämisen keskuksen laatukriteerit hyvälle terveystieteen tieteelle ovat kehittyneet tutkimuksen ja käytännön kokemusten kautta. Laatukriteereitä ovat konkreettinen terveystavoite, helppolukuisuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva määrä tietoa, sisällön selkeä esitystapa, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, helppo hahmoteltavuus, tekstiä tukeva kuvitus sekä huomiota herättävyys. Jotta terveystieteen tieteelle olisi hyvä, tulee sen käsittää kaikki edellä mainitut kriteerit. (Parkkunen, Vertio, Koskinen-Ollonqvist 2001, 9-10.)



## 2 PALVELU- JA HOITOKODEISSA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN MUISTISAIRAUDET JA SUUN TERVEYS

### 2.1 Dementia

Dementia tarkoittaa laaja-alaista älyllisten kykyjen ja aivotoimintojen heikentymistä. Dementia on oireyhtymä, ei siis tavallinen sairaus. Sairauden seurauksena syntyy rajoituksia sosiaalisessa selviytymisessä, joista näkyvimpiä oireita ovat muistihäiriöt. Lyhytkestoisen muistin heikkenemisen takia henkilö ei pysty oppimaan enää uutta tietoa. Aiemmin opittujen asioiden tai tapahtumien muistaminen hankaloituu pitkäkestoisen muistin heikkenemisen seurauksena. (Ervasti, Hanhela & Kauppi 2008, 16; Mäkisalo-Ropponen 2007, 11.)

Dementia voidaan jakaa vaikeusasteittain lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievä dementia tarkoittaa sitä, että henkilö kykenee asumaan yksin kotona, mutta tarvitsee satunnaisesti apua. Keskivaikeassa dementiassa henkilö tarvitsee apua päivittäisissä askareissa ja pystyy asumaan kotona esimerkiksi puolison kanssa. Muistamista ja päättelykykyä vaativissa asioissa henkilö ei selviydy ilman apua. Vaikeassa dementiassa henkilö tarvitsee säännöllisesti apua päivän askareissa. Yksinkertaistenkin asioiden muistaminen ja tekeminen tuottaa vaikeuksia. (Virkola & Vuori 2006, 11.)

Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi afasiaa eli puheen sisällön köyhtymistä. Afasia merkitsee vaikeutta ymmärtää ja tuottaa puhetta tai kirjoitettua kieltä. Muistisairaille on tapana käyttää kiertoilmaisuja, mikäli hän ei löydä oikeita sanoja. (Eloniemi-Sulkava 2001, 24.) Apraksia on häiriö, joka vaikuttaa motoristen liikesarjojen suorittamiseen, esimerkiksi pukeutuminen tuottaa ongelmia. Agnosia eli havaitsemishäiriö aiheuttaa vaikeuksia esineiden, henkilöiden tai äänien tunnistamisessa. Älyllisten toimintojen muutosten takia sosiaalinen tai ammatillinen toiminta rajoittuu merkittävästi, joten toiminta voi heikentyä huomattavasti entisestä tasosta. Oireilla on tapana kehittyä pikku hiljaa, useiden kuukausien kuluessa. Dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale-tauti sekä muut dementiaa aiheuttavat sairaudet. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54-55; Parviainen & Virkola 2004, 4.)

### 2.1.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tautia pidetään yleisimpänä dementiaan johtavasta sairaudesta. Kyseisen sairauden osuus kaikista muistisairauksista on noin 65-70 prosenttia. Taudin kesto on keskimäärin noin kymmenen vuotta. Alzheimerin tauti etenee vaiheittain yleensä hitaasti ja tasaisesti rappeuttamalla aivoja. Monilla Alzheimeria sairastavalla on merkittäviä verenkiertomuutoksia aivoissa. Sairauden tyypillisiä vaiheita ovat oireeton, lievä kognitiivinen heikentyminen, varhainen Alzheimerin tauti, lievä, keskivaikea ja lopuksi vaikea Alzheimerin tauti. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 49,77- 78; Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 31.)

Taudin alkuvaihe voi kestää kolmesta vuodesta seitsemään vuoteen. Alkuvaiheessa tavallisinta on lähimuistin heikkeneminen ja aktiivisuuden väheneminen. Myös ahdistuneisuus- ja masennusoireita voi ilmetä. Muistin heikkeneminen vaikuttaa alentavasti asiakokonaisuuksien mieleen painamiseen ja vaikeuttaa uusien asioiden oppimista. Vaikeuksia ilmenee erityisesti uusien nimien muistamisessa, erilaisissa vaativissa tehtävissä ja uusissa tilanteissa. Taudin alkuvaiheessa tyypillinen käyttäytymismalli on yleensä niin sanottu päänkääntöoire. Sillä tarkoitetaan sitä, kun muistihäiriöpotilaalta kysytään jotakin, hän kääntää vaivihkaa päätään läheisensä puoleen varmistaakseen, että hän vastasi oikein. Tavallista on myös, että potilas käyttää erilaisia muistikikkoja peittääkseen oireensa. Potilas selviytyy vielä yksin arkisista askareista ja pystyy asumaan kotona, jos hän saa kuitenkin päivittäin apua kotiaskareisiin.(Erkinjuntti & Huovinen 2008, 66; Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 6.)

Taudin keskivaiheen kesto voi olla 2-4 vuotta. Tässä vaiheessa yleensä tapahtuu suuria muutoksia itsenäisen selviytymisen kannalta. Päivittäisissä askareissa kuten esimerkiksi pukeutumisessa tarvitaan apua. Paikan hahmottaminen vaikeutuu, ja potilas voi eksyä ennestään tutuissa ympäristöissä. Harhaluuloja ja univalverytmin häiriöitä voi esiintyä ja potilaalla voi ilmetä myös sekavuustiloja. Persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt sekä liikuntakyky säilyvät kuitenkin normaalina. Muistisairas ei koe itseään sairaaksi, vaikka hänen kaikki toimintonsa ovat hidastuneet. Muistamista vaativien tehtävien tekeminen ei onnistu enää ilman apua. Hän voi asua vielä kotona, mutta tarvitsee päivittäistä valvontaa ja apua esimerkiksi puolisoilta. (Erkinjuntti ym. 2006, 87-88.)

Vaikea eli loppuvaihe voi olla kestoaltaan 1-5 vuotta. Tässä vaiheessa yksinkertaisetkin asiat kuten puhuminen ja puheen ymmärtäminen tuottavat vaikeuksia. Jäykkyys lisääntyy ja kävelykyky heikkenee huomattavasti, häviten lopulta kokonaan. Virtsan- ja

ulosteenpidätyskyvyn säätely katoaa. Muistisairas ei kykene ruokailemaan omatoimisesti, joten häntä tulee avustaa syömisessä. Taudin loppuvaiheessa tuoreet ja aikaisemmin tapahtuneet asiat unohtuvat. Potilaalta häviää ajan ja paikan taju kokonaan eikä hän enää tunnista läheisiään. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67-68.)

### 2.1.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaariseksi dementiaksi kutsutaan erilaisia aivoverenkierron häiriöiden aiheuttamia dementioita. Kyseisellä sairaudella on taipumusta heikentää henkisiä kykyjä. Sairautta esiintyy Suomessa noin 15–20 prosentilla kaikista muistisairaista. Vaskulaarinen dementia jaetaan eri osiin vaurioiden sijainnin ja syntymekanismien perusteella. Subkortikaalinen eli aivokuoren alainen vaskulaarinen dementia on yleisin vaskulaarisen dementian muoto. Subkortikaalisessa dementiamuodossa yleistä on, että aivojen syvien osien pienet valtimot ahtautuvat ja tukkeutuvat kokonaan. Tukkeutumisen seurauksena syntyy pieniä lakuunainfarkteja, mikä tarkoittaa sitä, että aivojen syvät osat vaurioituvat ja valkea aivoaine kokee iskeemisiä muutoksia eli hapenpuutteesta johtuvia muutoksia. Kyseisessä muodossa esiintyy puheen puuroutumista, kävelyvaikeuksia, hitautta ja jäähmyyttä. (Erkinjuntti, Juva, Sulkava 2002, 3-4.)

Kortikaalinen eli aivokuorelle painottuva vaskulaarinen dementia tarkoittaa sitä että tukoksia muodostuu aivojen päävaltimoiden haaroihin. Tukokset voivat olla joko paikallisia, joita kutsutaan trombeiksi tai sydäimestä lähtöisin olevia hyytymiä eli emboluksia. Kyseisten tukosten seurauksena voi esiintyä aivokudoksen infarkteja niin sanottuja kuolioita. Infarktit aiheuttavat neurologisia oireita, kuten esimerkiksi toispuolihalvausta, puhumisen ja ymmärtämisen vaikeuksia sekä näkökenttäpuutoksia. (Erkinjuntti ym. 2002, 3-4.)

### 2.1.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus ja sitä esiintyy 10-15 prosentilla kaikista muistisairauksista. Tauti sai nimensä lewyn kappaleista, joita esiintyy aivo-kuorella ja aivorungossa. Ne ovat mikroskooppisen pieniä hermosolun sisäisiä jyväsiä. Aivojen välittäjäaineiden toiminnassa tapahtuu muutoksia dopamiinin ja asetyylikoliinin osalta, jolloin välittäjäaineiden tasapaino häiriintyy ja aiheuttaa oireita. (Sulkava 2002, 2; Erkinjuntti ym. 2010, 31.)

Lewyn kappale -tautiin liittyvät kognitiiviset, parkinsonismiset sekä psykoottiset oireet. Kognitiivisia oireita ovat vähitellen heikkenevä muisti, puheentuottamisen vaikeudet sekä kätevyuden heikkeneminen. Lewyn kappale -tauti potilaan vireystaso voi vaihdella, ja vaikka potilas ei kykene tuottamaan puhetta normaaliin tahtiin, hänen ymmärrystasonsa voi olla täysin normaali virkeänä ollessaan. Parkinsonismin oireisiin kuuluvat lihasten jäykkyydet, kasvojen ilmeettömyys sekä kävelyn vaikeudet, jotka aiheutuvat kömpelyydestä. Psykoottisia oireita voivat olla erilaiset harhaluulot, selväpiirteiset hallusinaatiot sekä unet, jotka voivat jatkua vielä valvetilan aikana. Taudin alkuvaiheessa muistihäiriöt ovat yleensä vähäisiä. Ainoastaan potilaan ollessa väsynyt, voi huomata muistin ja loogisen ajattelun huononemisen. (Rinne 2006, 164.)

### 2.1.4 Frontaalinen eli otsalohkodementia

Frontaalidementiaa esiintyy noin kahdella prosentilla kaikista demenciasairauksista. Sairaus vaurioittaa aivojen otsa- eli frontaalilohkoja, josta seuraa dementioille tyypillisiä oireita. Frontaaliin dementioihin kuuluu useita erilaisia sairauksia ja yleisin niistä on Pickin tauti. Se käsittää noin kolmanneksen frontaalidementioista. Otsalohkodementioiden erottaminen toisistaan elämänsä aikana on vaikeaa, sillä tarkempi erottelu vaatii aivokudoksen mikroskooppista tutkimusta. (Rinne 2006, 169-171; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92-93.)

Otsalohkot vastaavat esimerkiksi oma-aloitteisuudesta ja motivaatiosta. Aivojen muutokset aiheuttavat potilaan oma-aloitteisuuden vähenemistä, estottomuutta, arviointikyvyn puutetta sekä tahdittomuutta. Tauti voi vaikuttaa potilaan koko persoonallisuuteen. Käyttäytyminen voi muuttua täysin erilaiseksi kuin ennen, jopa aggressiiviseksi ja hyökkääväksi. Dementian ensimmäisinä oireina yleensä ilmenee käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksia. Muistihäiriöt tulevat monesti vasta myöhemässä vai-

heessa mukaan. Useille potilaille kehittyy taudin kuluessa hankalia kielellisiä häiriöitä, kuten sanojen muistamattomuutta tai jopa puhekyvyttömyyttä. Otsalohkodementian etiologia on tuntematon. (Juva 2002, 3-5.)

## 2.2 Ikääntyvän suun terveys

Muistisairas ihminen voi käyttäytyä haasteellisesti suussa ilmenevien kipujen takia. Muistisairaalle tyypillistä on, ettei hän pysty ilmaisemaan kivun sijaintia tarkemmin. Siksi suun puhtaudesta ja kivuttomuudesta on syytä huolehtia. Suun hoitotilanne ei aina luonnistu ja muistisairaahan suun auki saaminen voi olla hankalaa. Jotta suun hoito onnistuisi parhaiten, tarvitaan suun terveydenhuollon erityisosaamista ja yhteistyötä muistisairaalle tuttujen hoitajien kanssa. (Heikka, Hiiri & Honkala 2009, 135.)

Ihmisten suun terveydessä tapahtuu ikämuutoksia. Ikääntyessä sidekudos- ja ihonalaisrasvan määrä vähenee, jonka seurauksena suun limakalvot ohenevat ja elastisuus vähenee. Kasvo- ja leuka-alueilla muutokset näkyvät mittasuhteiden ja muodon vaihtumisena ja suun alueen pienentymisenä. Leukanivelessä tapahtuu kulumista ja suuta avatessa kulumisen aiheuttaa leukanivelen lonksahtelua. Hampaattomassa suussa kieli toimii ruuan hienontajana ja tästä seurauksena se vahvistuu ja kasvaa kooltaan puuttuvien hampaiden tilalle. Hammasproteesien pysyvyys heikkenee, koska hampaaton limakalvoalue surkastuu ja poskipussit madaltuvat. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 231-233.)

Ikääntyneen ihmisen hammaskiille haurastuu ja lohkeaa helposti. Lisäksi hampaistossa tapahtuu normaalia iänmukaista kulumista. Tavallinen näkymä iäkkään suussa on hammaskaulan paljastumat eli ienvetäytymät, joista seuraa hankalasti hoidettavat juurikariekit. Hampaan kipuhermot sijaitsevat ydinontelossa hampaan sisällä sekä juurikanavissa ja ikääntymisen myötä ydinontelot kutistuvat. Tällöin hammaskipu ei tunnu enää yhtä selvästi kuin nuoressa hampaassa, joten hampaiden reikiintyminen voi edetä huomaamatta aiheuttamatta oireita hyvinkin pitkälle. (Heikka ym. 2009, 136; Meurman 2010, 309.) Suun kuivuminen ei ole vanhuuden tuoma ongelma, vaan se liittyy lääkitysten sivuvaikutuksiin. Usein kuitenkin vanhuksilla on käytössä yleissairauksiin liittyviä lääkkeitä, jotka aiheuttavat kuivaa suuta ja riskin suun terveydelle. Potilaan oma tuntemus suun kuivuudesta on aina huomioitava hoidossa. (Paavola, Lahtinen, Ainamo 2003, 8.)

### 3 MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Haasteellinen tarkoittaa käsitteenä vaativaa, vaikeaa tai hankalaa. Sillä tarkoitetaan myös kiehtovaa ja houkuttelevaa. (Moilanen 2010.) Käyttäytymisellä tarkoitetaan käyttäytymistapaa tai käytöstä. Leinosen, Kanalan ja Naumanen-Tuomelan (2002, 13–14) mukaan dementoituvan ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksen epäonnistuminen voi johtaa erilaisiin haasteellisen käyttäytymisen muotoihin.

#### 3.1 Tavallisimmat käytösoireet

Muistisairauksien edetessä muutoksia voi alkaa esiintyä potilaan käyttäytymisessä ja tunne-elämässä esimerkiksi aggressiivisuutena, mielialan vaihteluina sekä levottomuutena. Tällaisia oireita voidaan kuvata termillä non-kognitiiviset oireet eli käytösoireet. Muistisairaahan käytösoireet heikentävät elämänlaatua, ja muun muassa tapaturmariski kasvaa, samoin alttius joutua pahoinpidellyksi tai pahoinpitelijäksi kasvaa. Käytöshäiriöt rasittavat niin hoitajaa kuin potilasta itseäänkin. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182.)

Käytösoireita voidaan todeta sairauden jossakin vaiheessa 90 prosentilla muistisairaita, ja niitä voi esiintyä niin lievässä kuin vaikeassa muistisairaahan vaiheessa. Käytösoireiden hoidon kannalta on tärkeää ymmärtää oireen syy. Monesti käytöksen syynä voi olla kipu, tulehdus tai muu fyysinen syy, jonka toteaminen ja hoitaminen poistavat käytösoireet. (Vataja 2002, 5.) Käytösoireiden ilmenemiseen vaikuttavat sairauden kesto, ulkopuolisen avun tarve sekä potilaan älyllinen taso. Oireiden kehittymiseen vaikuttavat muun muassa potilaan persoonallisuus, muistisairaahan luonne, suhde läheisiin ja hoitajiin, hoitoympäristö sekä lääkitykset ja niiden sivuvaikutukset. Dementoituneen potilaan läheisten ja hoitajien käyttäytymisellä voi olla suuri merkitys käytösoireiden ilmenemiseen. Hoitajan epäarvostava suhtautuminen voi aiheuttaa herkästi käytösoireita. Myös hoitohenkilöstön keskeiset ongelmat tai kiireisyys voivat aiheuttaa käytösoireita. (Sulkava ym. 1999, 14.) Käytösoireita voivat aiheuttaa myös levoton hoitoympäristö, kuten meluisuus tai jatkuvasti vaihtuvat ihmiset. Hoitoympäristöön tulisi kiinnittää huomiota ja esimerkiksi virikkeiden lisääminen tai vähentäminen voi auttaa. Sopimaton lääkitys voi monesti lisätä käytösoireita sekä esimerkiksi hoitajan masennus voi heijastua dementoituneeseen potilaaseen erilaisina käytösoireina. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182- 183.)

### 3.2 Levottomuus ja aggressiivinen käyttäytyminen

Levottomuudella eli agitaatiolla tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista motorista, aggressiivista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Käyttöoireiden syynä on, ettei muistisairas pysty enää kunnolla ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan, jolloin asiat alkavat tuntua pelottavilta. Muistisairaana paha olo ja turvattomuuden tunne kuvastuvat aggressiivisena ja levottomana käytöksenä. Käyttöoireiden taustalla voi myös olla masentuneisuutta. (Virkola & Vuori 2006, 26; Erkinjuntti ym. 2010, 93.)

Levottomuus voi ilmetä kävelynä, kiroiluna, potkimisena, huutamisena, toistuvana kyselyinä, samojen asioiden hokemisena, jatkuvana puhumisena ja harhailuna. Muistisairalle on tavallista kannella erilaisia tavaroita tai nyyttejä mukanaan, mikä kuvaa hänen maailmansa kaoottisuutta, kun ei muista, ymmärrä eikä hahmota enää asioita. Levottomuuden syynä voi olla esimerkiksi kipu. Aggressiivisen käyttäytymisen syynä ovat yleensä pelko, suuri ahdistus ja tuska sekä heikko omanarvontunne. Esimerkiksi hoitotilanteessa potilas voi kokea olevansa alistettu tai epäonnistunut. Kiroilun ja lyömisen syynä on halu päästä niin sanotusti ”tilanteen herraksi”. Aggressiivisella käyttäytymisellä potilas voi myös hakea huomiota hoitajilta tai muilta potilailta, ja se voi olla myös merkki kivusta. Mitä pidemmälle muistisairaus etenee, sitä enemmän aggressiivisuutta ilmenee. Levottomuusoireet voivat jatkua pitkään, ja monesti niihin tarvitaan lääkehoitoa. (Ervasti, Hanhela, Kauppi 2008, 16- 17; Erkinjuntti ym. 2010, 93.)

### 3.3 Psykoottiset oireet

Psykoottisia oireita ovat erilaiset aistiharhat sekä harhaluulot. Näkö- ja kuuloharhat ovat yleisimpiä, sillä ne liittyvät muistisairaana heikentyneeseen näköön tai kuuloon. Sekavat puheet voivat olla yksi merkki ympäristön pelottavuudesta tai kaoottisen elämän tunteesta. Puheilla muistisairas voi myös haluta saada kontaktia hoitajiin tai muihin potilaisiin. Se voi olla myös keino purkaa tunteita tai selviytyä hankalista tilanteista. Erilaiset harhat voivat viestittää muistisairaana pelkoa ja sekavuuden tunnetta. Monissa tapauksissa harhat ovat virhetulkintoja, sillä monesti potilas ei vain tunnista enää itseään peilistä. Karkailun syynä voivat olla halu päästä tuttuun ympäristöön tai löytää oma äiti, joka luo turvallisuuden tunteen. (Virkola & Vuori 2006, 26-27.)

### 3.4 Persoonallisuuden muutokset

Muistisairauksien yhteydessä ihmisen persoonallisuudessa tapahtuu muutoksia. Peruspersoonallisuus säilyy, mutta jotkin piirteet voivat korostua tai saattaa ilmetä myös uusia piirteitä. Muistisairas ei kykene ilmaisemaan tunteitaan kontrolloidusti. Muistisairaalta potilaalta yleensä häviää niin sanotusti opittujen normien mukainen käyttäytyminen, joten he voivat ilmaista niin hyviä kuin huonojakin tunteitaan hyvin avoimesti. Tällainen käyttäytyminen saattaa varsinkin aluksi aiheuttaa hämmennystä ympäristössä ja potilas voidaan kokea jopa häiritsevänä. (Erkinjuntti ym. 2006,101; Virkola & Vuori 2006, 26.)

## 4 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAITA HOIDETTAESSA JA HOITOHENKILÖKUNNAN TOIMINTA

### 4.1 Vuorovaikutus

Keskeisessä roolissa muistisairaahan henkilön kanssa työskenneltäessä on vuorovaikutus. Vuorovaikutus perustuu siihen, että ihminen haluaa tarkoituksellisesti välittää toiselle osapuolelle jonkin viestin. Vuorovaikutus ei ole ainoastaan sanoja ja puhetta, vaan siihen kuuluvat lisäksi äänensävyt, katseet, ilmeet ja vartalon liikkeet. Myös viestijöiden välinen suhde, puhekuluttuuri ja tilanne yhdistyvät vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksella ei voida sanoa olevan aina selkeää alkua ja loppua, sillä se on prosessi, jossa tapahtuu jatkuvia muutoksia. Osapuolet vaikuttavat toisiinsa eli vuorovaikutus on yhteistoiminnallinen prosessi. Prosessissa tuotetaan, jaetaan ja tulkitaan merkityksiä yhdessä, eikä tietoa ainoastaan vain siirretä osapuolelta toiselle. (Helsingin yliopisto 2010.)

Millerin (2002) tutkimuksen mukaan hoitajat kommunikoivat huomattavasti vähemmän sellaisten potilaiden kanssa, joiden vuorovaikutustaidot ovat heikentyneet verrattuna potilaisiin, joilla ei ole ongelmia kommunikaatiossa. Samassa tutkimuksessa todetaan, että hoitajat kokevat muistisairaiden kanssa työskentelyn vaikeaksi. (Miller 2002, 45.) Muistisairaahan ihmisen kommunikaatiokyky on heikentynyt, jolloin hoitajan rooli vuorovaikutuksessa korostuu. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä vastaanottaa ja huomata muistisairaahan henkilön pyrkimyksiä vuorovaikutukseen sekä vastata asiakkaan tarpeisiin. Hoitajan on myös tärkeä rohkaista muistisairasta viestimään sellaisella tavalla, joka onnistuu ja luonnistuu kullekin asiakkaalle yksilöllisesti. Esimerkiksi hämmennys ja vää-



rinymmärykset ovat seurauksia minätietoisuuden ja orientaation häiriöstä. (Jootun & McGhee 2011, 41.)

Muistisairasta olisi hyvä seurata eri tilanteissa, jotta saataisiin realistinen kuva hänen todellisesta käsityksestä itsestään. Muistisairaahan minätietoisuutta voidaan tukea kutsumalla häntä hänen koko nimellään. (Laaksonen, Rantala, Eloniemi-Sulkava 2004,11.) Muistisairaahan toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parhaiten tukea, kun työntekijällä on tietoa dementoivista sairauksista ja niiden aiheuttamista oireista. Tällöin hänellä on valmius toimia myös hankalissa tilanteissa, kuten esimerkiksi käytösoireiden ilmetessä. Muistisairauden loppuvaiheessa vuorovaikutus muistisairaahan kanssa vaikeutuu, sillä puhuminen ja sanojen ymmärtäminen hankaloituu. Sanaton viestintä korostuu vuorovaikutuksessa, kun muistisairauden vaihe on keskivaikea tai vaikea. Tässä tilanteessa sanattoman viestinnän merkitys on suurempi kuin sanallisen. (Erkinjuntti & Alhainen 2006, 89.)

Muistisairaahan tulisi tuntea olonsa mahdollisimman mielekkääksi voidakseen vapaasti ilmaista itseään hoitajalleen. Tähän tilanteeseen päästäkseen hoitajan on luotava niin sanottu terapeuttilinen suhde potilaaseensa. Terapeuttilisella tarkoitetaan tässä lääketieteellisesti todetun häiriön hävittämistä sekä yleisen hyvinvoinnin edistämistä. Terapeuttilisen hoitosuhteen luominen onnistuu ainoastaan toimivalla vuorovaikutuksella. Jotta hoitaja voi tunnistaa ja havaita jokaisen potilaan tarpeet yksilöllisesti, hänen tulee koko ajan kehittää ja syventää terapeuttilista hoitosuhdettaan. (Jootun & McGhee 2011, 43.) Epäonnistunut vuorovaikutus voi johtaa hoidon laadun huononemiseen sekä asiakkaan turhautumiseen tai ahdistumiseen (Sormunen & Topo 2008, 11).

Yksilökeskeinen hoito tarkoittaa sitä, että henkilöön suhtaudutaan kunnioittavasti ja voimavarakeskeisesti. Viestinnässä tämä tarkoittaa sitä, ettei keskitytä siihen millaisia kommunikaatiovajeita muistisairaalla on, vaan kannustetaan osallistumaan keskusteluun vuorovaikutustaidoillaan, joita hänellä vielä on tallella. Tällä tavalla muistisairas voi tuntea mielekkyyttä elämässään sairautensa kanssa (Jootun & McGhee 2011, 44.)

#### 4.2 Hoitohenkilökunnan toiminta

Dementiahoidon palvelujärjestelmän kehittäminen perustuu siihen, että ihmisellä, jolla havaitaan dementia oireita, on palvelujen käyttäjänä oikeus saada arvokasta ja inhimillistä kohtelua. Hänen tulee kokea mielekkyyttä elämässä ja tuntea kuuluvansa johonkin

yhteisöön. Kaikissa palveluissa tulee ensisijaisesti korostaa kotona asumisen tukemista ja oman toimintakyvyn ylläpitämistä. (Sormunen & Topo 2008, 16.)

Hoitohenkilökunnan olisi hyvä olla perehtynyt muistisairauksiin sekä siihen, miten edellä mainittua sairautta sairastavia asiakkaita olisi parasta hoitaa. Muistisairaana hyvinvoinnille on tärkeää, että hänen kanssaan toimivat ihmiset kohtelevat häntä tasavertaisena ja aikuisena. Hoitohenkilökunnalta tulisi vaatia hyvää sekavuuden ja erilaisuuden sietokykyä, jonka avulla pystytään arvostamaan ja pääsemään henkisesti lähemmäksi muistisairasta ihmistä. Hoitajan hyviä ominaisuuksia ovat yhteistyökyky, iloisuus, huumorintaju, aitous sekä rohkeus ja valmius toimia moniammatillisesti. (Virkola & Vuori 2006, 37.)

Muistisairaiden käytösoireisiin voidaan vaikuttaa myös omalla käyttäytymisellä, esimerkiksi hoitotilanteessa turvallisuutta voidaan viestittää keskustelemalla rauhallisesti, ilmaisemalla huolenpitoa ja välittämistä, keskittymällä ainoastaan muistisairaaseen ja olemalla aito oma itsensä. (Virkola & Vuori 2006, 27) Oulun yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan (Saarnio 2005, 148) dementoituvan potilaan haasteellista käyttäytymistä kohdatessa edistykselliset toiminnat voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan. Niitä ovat persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta.

Persoonan käytöllä tarkoitetaan ihmisenä olemista, johon sisältyy huumorin ja luovuuden käyttö haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kohtaamisessa. Ihmisenä olemista kuvataan siten, että hoitaja on aito ja avoin ja hän on kiinnostunut muistisairaista. Hoitaja ei ota työntekijän roolia, vaan pyrkii olemaan yksi muiden joukossa. Huumori ilmenee leikinlaskuna, leikiksi lyömisenä ja leikillisenä kiusoitteluna, jolloin aloitteen tekijänä voi olla myös muistisairas. Järkipäristämisellä tarkoitetaan sitä, että haasteellinen tilanne ratkaistaan perusteluilla, vakuutteluilla, ohjaamisella ja ympäristön muokkaamisella. Perustelussa ideana ei ole torjua muistisairaana esittämää asiaa suoraan, vaan asiasta yritetään keskustella. Keskusteluissa voidaan vedota järkeviin syihin ja keskustellaan aikuismaisesti. (Saarnio 2005, 148-149.)

Intuitiivisella toiminnalla tarkoitetaan hoitajan aktiivista osallistumista hoitotilanteeseen, joka käy ilmi mukaan menemisenä, ennaltaehkäisynä ja huomion ohjaamisena muualle. Intuitiivisessa toiminnassa hoitajan voidaan sanoa kulkevan muutaman askeleen edellä dementoituvan toiminnassa. Tehokas ennaltaehkäiseminen vaatii kuitenkin hoitajalta vahvaa teoreettista dementiasairauden ja dementoituvan taustojen tuntemusta. Huomion ohjaamisella muualle tarkoitetaan sitä, että dementoituvan käyttäytyessä

haasteellisesti hänen huomionsa pyritään kohdistamaan aivan toisenlaiseen asiaan. (Saarnio 2005, 151.)

#### 4.2.1 Arvokkuuden tunteen ylläpitäminen

Muistisairaus heikentää ihmisen fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja, joka johtaa omanarvontunteen heikkenemiseen. Huonommuuden tunnetta lisäävät muistisairaahan kokemat epäonnistumisen tunteet tai toisten ihmisten moitteet ja epäkunnioittava suhtautuminen. Epäonnistumisen kokemuksia vastaan muistisairas voi kamppailla vetäytymällä syrjään ja välttelemällä hankalia tilanteita. Muistisairas voi puolustautua aggressiivisesti, mikäli hän kokee, että häntä määrällään tai kohdellaan epäkunnioittavasti. Kun hoitaja luo toiminnallaan kiireetöntä ja levollista tunnelmaa, muistisairas kokee että hoitaja on aidosti läsnä ja häneen voi luottaa. Vaikka muistisairas ei ymmärtäisikään mitä tehdään tai kuka hoitaja on, turvallisuuden tunteen varassa hän voi suostua tehtävään toimenpiteeseen. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto 2007, 227-228.)

Muistisairaahan kanssa työskennellessä on tärkeää suhtautua häneen vertaisena. Hoitotilanteessa kerrotaan, mitä seuraavaksi tapahtuu ja otetaan huomioon, että asiakas voi tehdä omia päätöksiä ja valintoja. Jokaista asiakasta tulisi kohdella tasavertaisesti, mutta huomioida jokainen yksilöllisesti ottaen huomioon heidän taustansa, tapansa ja toiveensa. Hoitotilanteissa asiakkaalle tulee puhua kuten kenelle tahansa aikuiselle, lapsenomaista puhetapaa tulee välttää. (Laaksonen & Rantala 2004, 47; Sormunen & Topo 2007, 14- 15.)

#### 4.2.2 Hoitoympäristön huomioiminen

Hyvinvointiin voidaan vaikuttaa myös äänien ja valojen käytön suunnittelulla. Jotkin äänet voivat laukaista pelon ja ahdistuneisuuden tunteita, siksi olisi hyvä miettiä, onko voimakkaita ääniä päästävän laitteen käyttö välttämätöntä hammashoidossa, esimerkiksi ultraääni- ja turbiinipora. (Sormunen & Topo 2007, 14-15.) Muistisairaahan asiakkaan tullessa hoitoon olisi hyvä sulkea erilaiset hälyäänet, kuten esimerkiksi radio ja avoinna oleva ikkuna. Hoitotilanteessa keskitytään täysin asiakkaaseen ja hänen tarpeisiinsa ja näin ollen muut päivän asiat jätetään taka-alalle. On tärkeää huolehtia, että valaistus on kirkas ja kasvot ovat näkyvillä. (Laaksonen & Rantala 2004, 47, Voutilainen 2011; Ranta 2011.)

#### 4.2.3 Sosiaalinen kanssakäyminen ja myönteinen palaute

Muistisairaahan käytösoireisiin voidaan vaikuttaa omalla käyttäytymisellä ja kärsivällisyydellä. Hoitotilanteissa hoitaja voi lisätä turvallisuuden tunnetta keskustelemalla rauhallisesti ja kiireettömästi. Turvallisuutta luo myös asiakkaan pitäminen istuma-asennossa, kasvat samalla tasolla kuin hoitajalla. Lisäksi huolenpitoa ja välittämistä hoitaja voi ilmaista olemalla oma aito itsensä. (Hytönen 2011.) Asiakasta puhutellessa kannattaa lähestyä häntä edestäpäin ja mainita samalla hänen nimensä sekä säilyttää katsekontakti koko keskustelun ajan. Hoitajan ja asiakkaan katsekontakti viestii siitä, että asiakas ymmärtää puheen kohdistuvan hänelle. Keskusteltaessa on myös hyvä pitää asiakkaan kädestä, sillä monesti koskettaminen auttaa muistisairasta keskittymisessä. (Sormunen & Topo 2007, 14-15; Laaksonen & Rantala 2004, 47.)

Hoitajan tulee tuottaa puhetta selkeästi ja hitaasti, yksi lause kerrallaan. Keskustellessa on hyvä huomioida muistisairauden aiheuttama hitaus eli puheen tuottaminen voi viedä aikaa. Muistisairaalle asiakkaalle on tavallista esittää samoja kysymyksiä toistuvasti eli muistisairaiden kanssa työskennellessä asioita joudutaan usein kertaamaan. Muistisairaiden kanssa keskusteltaessa tulee muistaa, että he eivät välttämättä ymmärrä monimutkaisia asioita tai lauseita. Tilannetta helpottaa, jos välttää niin sanottuja avoimia kysymyksiä ja käyttää sen sijaan kysymyksiä, joissa on yksinkertaiset vastausmahdollisuudet. (Hoe & Thompson 2010, 52; Aejmelaeus ym. 2007, 229-230.)

Muistisairaalle ihmiselle on tärkeää, että hän saa positiivista palautetta sekä kannustusta oman toiminnan ylläpitämiseen. Myönteistä palautetta voi antaa esimerkiksi asiakkaan vaatuksesta tai onnistuneesta hoitotilanteesta. On myös tärkeää antaa myönteistä palautetta vaikka hoitotilanne ei menisikään suunnitellusti sillä ikääntyneet ja varsinkin muistisairautta sairastavat henkilöt ovat herkkiä saamaan kielteistä palautetta. (Sormunen & Topo 2007, 14- 15; Voutilainen 2011; Ranta 2011.)

#### 4.2.4 Hoitajan ja muistisairaahan välinen huumori

Yhteinen nauru ja huumori lähentävät asiakasta ja hoitajaa sekä lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Asiakkaan käyttäytyessä haasteellisesti huumori voi olla hyvä keino laukaisemaan tilanne. Hoitajan hyviä ominaisuuksia ovat yhteistyökyky, iloisuus, huumorintaju, aitous sekä rohkeus ja moni ammatillisuus. (Ervasti ym. 2008, 16- 17; Virkola & Vuori 2006, 37.)

Oulun yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa (Erkheikki-Kurtti 2004) selvitettiin huumorin käyttöä hoitotyössä potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan lähes kaikki kyselylomakkeisiin vastanneista olivat sitä mieltä, että huumorin käyttö hoitotyössä on tarpeellista ja vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin sairaalajakson aikana. Huumorin käyttö koettiin tärkeäksi vuorovaikutuksen onnistumisessa, terveyden edistymisessä ja ilma-  
piirin kohentamisessa. Huumorin katsottiin ilmenevän hyväntuulisuuksena, leikinlaskuna ja hyvänä mielenä. Esteitä huumorinkäytölle olivat hoitajan tai potilaan huumorintajut-  
tomuus tai potilaan vakava sairaus. (Erkheikki-Kurtti 2004).

## 5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö suunnataan tavallisesti työelämän käyttöön. Se ohjeistaa tai opastaa muun muassa käytännön toimintaa. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista ja toiminnan järjeistämistä. Toteuttamistapana voi olla esimerkiksi vihko, kansio, kirja, opas tai järjestetty tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista selviää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut sekä minkälaisiin tuloksiin on päädytty. Raportissa ilmenee myös, miten oppija arvioi omaa oppimistaan ja tuotostaan. Raportin lisäksi toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu myös produkti eli tuotos, joka on usein kirjallinen. Produktit ovat erilaisia tekstuaalisilta ominaisuuksiltaan kuin opinnäytetyöraportti. Produktissa on tapana puhutella suoraan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 65)

Idea toiminnalliseen opinnäytetyöhön syntyi tarpeesta valmistaa opetusmateriaalia suuhygienistiopiskelijoille Suupirssi-harjoitteluun. Materiaalin aihe osoittautui tarpeelliseksi, kun Suupirssiharjoittelu aloitettiin. Toiminnallinen opinnäytetyö valittiin, koska haluttiin valmistaa tuotos, jolla on käytettävyyttä eikä ainoastaan tutkimustietoa. Lisäksi toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellaan käytännön toiminnan kehittämistä, joten tässä opinnäytetyössä halutaan edistää suun terveydenhoitotyössä tapahtuvaa vuorovaikutusta opiskelijan ja muistisaira-  
an välillä.

## 5.1 Opinnäytetyössä käytetyt tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin haastattelua ja kyselyä tiedonkeruumenetelmänä. Avoimessa haastattelussa on tyypillistä, että haastattelutilanne perustuu keskusteluun haastateltavan ja haastattelijan välillä. Haastattelutilanteen etu on se, että vastauksia voidaan vielä tarkentaa täsmentävillä kysymyksillä ja siinä päästään suoraan vuorovaikutukseen asiantuntijoiden kanssa. Haastattelussa voi olla ryhmä tai yksittäinen henkilö. Kysymysten muotoilu on avoimessa haastattelussa vapaa ja osallistujamäärä yleensä pieni. (Niskanen 2002; Routio 2005.) Avoin haastattelu on tässä opinnäytetyössä paras vaihtoehto, koska sen avulla voidaan saada sellaista tietoa esille, jota ei välttämättä osaisi ottaa huomioon kysymysten laatimisessa.

Ennen haastattelukysymysten laatimista, tutustutaan tutkittavaan aiheeseen eli vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Kysymykset pyritään laatimaan huolellisesti ja siten, että ne kohdentuisivat haastateltavien kokemuksiin. Lisäksi kysymyksiä rinnastetaan jo kerättyyn teoriatietoon ja pohditaan sitä, mihin tarvitaan vielä tarkentavaa tietoa. Kysymykset jaotellaan pääteemoihin, joita ovat vuorovaikutus muistisairaana kanssa, haasteellinen käyttäytyminen, muistisairaana suhtautuminen hammashoitotilanteeseen sekä vuorovaikutustilanteen edistäminen omalla toiminnalla.

Haastatteluiden jälkeen tapahtuu litterointi, joka tarkoittaa haastatteluiden auki kirjoittamista. Litterointi tulee tehdä, jotta aineisto voidaan analysoida. Käytetään valikoitua litterointia, joka tarkoittaa sitä, että kirjoitetaan auki ne osat, jotka ovat tutkimuksen raportoinnissa merkittäviä. Tämän jälkeen tapahtuu abstrahointi eli tutkimusaineiston niin sanottu järjestäminen. Aineisto hajotetaan niin, että haastatteluissa ilmenneet johtopäätökset voidaan siirtää yksittäiseltä henkilöltä, tapahtumalta tai lausumalta yleiselle käsitteelliselle tai teoreettiselle asteelle. (Metsämuuronen 2006, 121-122.)

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tutkimusaineiston analysoinnin ei tarvitse olla yhtä tarkka ja järjestelmällinen kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Analysoinnin peruseriaatteena ovat haastatteluaineistoin jakaminen pääteemoihin tai tyypittelyihin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57-58.)

Toisena tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Kyselyllä saadaan selville asioita, jotka voidaan tarkasti määritellä. Kyselyä käytetään, kun halutaan etukäteen päättää, mitä kysymyksiä kysytään tai halutaan tiedustella. Kysely toteutetaan yleensä suurelle

joukolle ja kaikilta kysytään samat kysymykset. Kysely on strukturoitu, joka tarkoittaa sitä, että väittämät esitetään johdonmukaisesti ja vastausvaihtoehdot ovat valmiina. (Niskanen 2002; Routio 2005.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeiden vastausasteikkona käytetään Likert-asteikkoa. Asteikko sisältää neljä erilaista asenneväittämää, jotka ilmaisevat joko myönteistä tai kielteistä asennetta. Näistä vastaaja valitsee kuhunkin kyselylomakkeessa kysytyyn kohteeseen omasta mielestään parhaimman vaihtoehdon. Tällä tavalla voidaan tarkastella ohjeistuksen toimivuutta tilastollisesti. Kyselyyn sisällytetään kuitenkin yksi avoin kohta, johon opiskelija voi vapaasti kommentoida ohjeistusta.

Kyselyllä kartoitetaan ohjeistuksen eri osa-alueiden toimivuutta, niitä ovat esimerkiksi toimintaohjeen selkeys, helppolukuisuus, tiedon määrä, kuvat ja tarpeellisuus. Väittämiä laadittaessa tulee ottaa huomioon, että vastaaja ei välttämättä muista tai tiedä kysytyä asiaa tai ei halua antaa oikeita tietoja. Toisaalta on myös huomioitava se, etteivät väittämät ole johdattelevia tai sisällä ennako-oletuksia. Niihin ei myöskään saa olla oikeita tai väriä vastausvaihtoehtoja. Väittämien asettelu tulee olla mahdollisimman neutraalia. Lisäksi keskitytään siihen, että väittämät sisältävät oleellisimpia asioita, joita halutaan tietää. Väittämistä pyritään tekemään kiinnostavia, mutta samalla mahdollisimman yksinkertaisia ja selkeitä. Pitkät kyselyt kyllästyttävät vastaajan ja lomakkeiden käsittely on työläämpää. Vastaajien henkilöllisyys ei tule tietoon. Lomakkeet numeroidaan, jotta vastaajien tunnistaminen olisi helpompaa. (Niskanen 2002; Routio 2005.)

## 6 TOIMINTAOHJEEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI

Tässä luvussa käsitellään toimintaohjeen valmistamisen lähtökohtia. Teoriapohjaa toimintaohjeen tekemisen tueksi on haettu kirjallisuudesta, tutkimuksista ja alan ammattilaisten haastatteluista. Opinnäytetyö on toiminnallinen, jonka tuotoksena syntyy toimintaohje Suuhygienistiopiskelijoille.

### 6.1 Toimintaohjeen suunnittelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistaa toimintaohje, joka parantaa suuhygienistiopiskelijan ja muistisairaana vuorovaikutusta suun-terveydenhoitotyössä. Konkreettisesti ohjeista hyötyvät suuhygienistiopiskelijat sekä palvelu- ja hoitokodeissa asuvat muistisaira ihmiset. Ohjeistuksen avulla opiskelijat pystyvät toteuttamaan parempaa suun-terveydenhoitotyötä. Myös muiden ammattialojen opiskelijat voivat hyödyntää tietoa

sitä halutessaan, kun ohjeistus julkaistaan internetissä kaikille opiskelijoille avoimessa Moodle-oppimisympäristössä.

Toimintaohjemateriaalin tavoitteeksi asetettiin se, että opiskelija oppisi arvostavan ja ennakkoluulottoman tavan lähestyä muistisairaita ihmisiä. Tärkeäksi koettiin, että ohjemateriaali sisältäisi selkeitä ja käytännönläheisiä ohjeita kokemattomille opiskelijoille. Aluksi kartoitettiin opiskelijoiden kokemuksia Suupirssi-harjoittelusta, joka kohdentui palvelutaloihin, joissa asuu pääasiassa muistisairaita ikääntyneitä. Haastattelu (Liite 1) toteutettiin kahdelle suuhygienistiopiskelijalle, joilla ei ollut alustavia toimintaohjeita harjoittelua varten.

Opiskelijoiden haastatteluiden lisäksi kerättiin tietoa konsultaationa eli haastateltiin asiantuntijoita. Konsultaatiohaastattelut tehtiin suuhygienisti Hanna Hytöselle, hammaslääkäri Irja Voutilaiselle ja hammashoitaja Elisa Rannalle. Edellä mainitut henkilöt työskentelevät Kuopion Harjulan sairaalan hammashoitolassa ja kohtaavat päivittäin muistisairaita henkilöitä. Näin saatiin opinnäytetyöhön lisää lähdeaineistoa sekä syvyyttä ja luotettavuutta teorian tietoon. Tavoitteena oli kerätä tietoa muistisairaiden vuorovaikutustilanteista. Haastatteluiden analysoinnin peruseriaatteena olivat haastatteluaineistojen jakaminen pääteemoihin tai tyyppitelyihin.

## 6.2 Toimintaohjeen toteutus

Opiskelijoiden haastatteluissa kysyttiin heidän kokemuksiaan Suupirssi-harjoittelusta muistisairaiden kanssa. Haastatteluista selvisi, että opiskelijat kokivat harjoittelussaan haasteellisia hoitotilanteita, joissa asiakas käyttäytyi aggressiivisesti ja hyökkäävästi. Yhteistyö ei opiskelijan ja muistisairaana välillä onnistunut suunnitellusti, esimerkiksi suun auki saaminen oli vaikeaa. Aggressiivinen käyttäytyminen ilmeni nyrkkien heiluttamisena ja kirosanojen käyttämisenä. Opiskelijat olisivat kokeneet toimintaohjeen tarpeellisenä ennen Suupirssi-harjoittelua.

Konsultaatiohaastatteluissa otettiin selville, minkälaisia ominaisuuksia muistisairaiden kanssa työskentelevä tarvitsee. Vastauksista nousivat esille erityisesti kärsivällisyys, herkkyyden ja vahva tuntemus muistisairauksista. Haasteellisenä käyttäytymisenä haastateltavat kokivat fyysisen aggressiivisuuden, jota ilmenee heidän mukaansa päivittäin, mutta eriasteisena. Etenkin laitoshoidossa aggressiivisuutta ilmenee usein vaikeasteisena. Haasteellisen tilanteen ratkaisemiseksi vaaditaan kiireetöntä hoitotilannetta,



asiakas tarvitsee aikaa sekä selkeän ja yksinkertaisen selityksen siihen, mitä tulee tapahtumaan. Lisäksi ratkaisuna voi olla etukäteen annettu esilääkitys tai laitoshoitajien apu.

Kun kohtaa muistisairaana ensimmäisen kerran, on aina muistettava esitellä itsensä ja kertoa miksi on paikalla. Muistisairasta kannattaa lähestyä hellävaraisesti ja kuulostellen. Haastateltavien mukaan muistisairaiden suhtautuminen hammashoitoon on vaihteleva. Henkilöt, jotka ovat tottuneet hammashoitoon, ovat yhteistyökykyisempiä hoitotilanteissa. Ne henkilöt, joilla on vähän kokemusta hammashoidosta, suhtautuvat varauvaisesti tilanteeseen. Hoitotilanteen onnistumiseen vaikuttavat olennaisesti myös muistisairauden vaihe sekä yleinen vointi ja vireystaso.

Toimintaohjeen rungoksi valitaan suukirurgisen hoidon prosessiajattelu, jossa toimenpidettä jäsentää pre-, intra- ja postvaiheet. Pre-vaihe tarkoittaa aikaa ennen hoitotilannetta. Toimintaohjeen pre-vaiheessa esitellään työympäristöä ja työssä huomioitavia asioita ennen toimenpiteen aloittamista. Intra-vaiheella tarkoitetaan ajanjaksoa, jolloin toimenpide on jo käynnissä. Toimintaohjeen intra-vaiheessa käydään läpi muistisairaana haasteellista käyttäytymistä ja toimenpidettä edistäviä asioita. Post-vaihe käsittelee toimenpiteen jälkeistä aikaa ja toimintaohjeessa se sisältää neuvoja palautteen antamiseen ja hoitotilanteen positiiviseen päättymiseen. Jokaiseen vaiheeseen on lisätty teorian tietoa, jotta opiskelijalla olisi valmiuksia ymmärtää muistisairaita ihmisiä.

Toimintaohjeen sisältö on koostettu teorian tiedon ja tämän opinnäytetyön aikana tehtyjen konsultaatiohaastattelujen perusteella. Asiantuntijahaastatteluilla saatiin toimintaohjeeseen käytännönläheisyyttä ja konkreettisia esimerkkejä. Toimintaohjeen pohjana on käytetty Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatukriteereitä hyvälle terveystieteelle. Laatukriteereitä ovat huomiota herättävyys, helppolukuisuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva määrä tietoa, sisällön selkeä esitystapa, helppo hahmoteltavuus sekä tekstiä tukeva kuvitus. Terveystieteiden tulisi sisältää kaikki edellä mainitut kriteerit. (Parkkunen ym., 9-10.)

Taustaväriksi valittiin pastillin vihreä, sillä se luo rauhallista tunnelmaa ja herättää huomiota. Tekstintyyliä valittiin Gill Sans MT:n selkeyden vuoksi. Tekstin fonttikokona käytettiin 14 pistettä. Tekstiosuuksissa suosittiin lyhyitä ja selkeitä virkkeitä, jotta teksti olisi ymmärrettävää ja helppolukuista. Oikeaa ja virheetöntä tietoa kerättiin siten, että aineisto on 2000-luvulla tuotettua ja asiantuntijoiden kirjoittamia. Väliotsikoinnilla jäsensimme tärkeimpiä osa-alueita. Käytimme kuvia havainnollistamaan Suupirssiä

hoitoympäristönä, ja halusimme lisätä kuvilla aineiston kiinnostavuutta. Valitsimme kuvia, jotka liittyivät Suupirssiin.

### 6.3 Toimintaohjeen arviointi

Toimintaohje, joka on tässä opinnäytetyössä esitelty, on tehty suuhygienistiopiskelijoille helpottamaan vuorovaikutusta muistisairaiden kanssa. Tavoitteena oli, että toimintaohje olisi mahdollisimman monimuotoinen. Toimintaohjeen materiaalia on pyritty valmistamaan opiskelijoiden tarpeita vastaaviksi. Toimintaohjeen valmistamisessa on huomioitava paljon asioita. Suuhygienistiopiskelijat ovat osaamisen tasollaan eri asteilla, sillä monilla opiskelijoilla on jo entuudestaan toinen opiskeltu ammatti takana. On todella haasteellista yrittää huomioida kaiken tasoiset opiskelijat, kun toimintaohje materiaalia suunnittelee.

Kyselyyn (Liite 2) vastasivat Suupirssi-harjoittelun suorittaneet suuhygienistiopiskelijat. Vastauksia saatiin kymmenen kappaletta. Otoksen ollessa pieni, ei SPSS-ohjelman käyttö ja aineiston tilastollinen käsittely kyselyn analysoimisessa ollut mielekästä. Vastaukset sijoittuvat Likert-asteikoissa siten, ettei vaihtelua ollut. Kyselyn mukaan toimintaohje oli onnistunut kaikilta mitattavilta osa-alueilta. Avoimen kohdan vastaukset osoittautuivat tässä kyselyssä merkittävämmäksi kehitysmateriaaliksi kuin strukturoitu osio. Avoimen kohdan kehittämisideoita olivat tiedon syventäminen ja laajentaminen muistisairauksien osalta.

Tuotoksen eli toimintaohjeen arvioinnissa kriteereinä olivat yksinkertaisuus, helppokäyttöisyys sekä soveltuvuus muihin yhteyksiin. Kyselylomake toteutettiin siten, että se oli mahdollisimman selkeä ja väittämät etenivät loogisesti. Tavoitteena oli lisäksi, että lomake oli ulkonäöltään siisti ja houkuttelisi vastaamaan. Toimintaohjeesta tuli yksinkertainen, koska se jaoteltiin loogisesti eteneviin vaiheisiin eli ennen, aikana ja jälkeen hoitotilanteen. Yksinkertaisuutta lisäävät tekstiosuuksien jälkeen sijoitetut tiivistetyt ohjeet aiheista. Toimintaohjeet sijoitettiin Moodle-oppimisympäristöön, josta se on helposti saatavilla muiden Suupirssi materiaalien ohella. Teoriaosuuksista tuli melko laajoja, mutta muistisairaana kanssa onnistunut työskentely vaatii tietoa sairaudesta, sen vaiheista ja käytöshäiriöistä. Tekstin kieli on selkeä ja helppolukuinen. Kuvia olisi voinut käyttää runsaammin elävöittämään tekstiä, mutta niitä oli niukalti saatavissa. Kriteereinä kuville oli, että ne liittyisivät Suupirssiin.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä

Opinnäytetyöprosessissa sitoudutaan noudattamaan eettisiä periaatteita, jotka edistävät opinnäytetyön onnistumista luotettavuuden ja asiantuntemuksen osalta. Eettistä tarkastelua opinnäytetyössä vaatii aiheen valinta, tuotoksessa mukana olevien henkilöiden kohtelu ja epärehellisuuden välttäminen opinnäytetyön eri vaiheissa. Eettisestä tarkastelusta ovat vastuussa opinnäytetyöntekijät ja eettisten periaatteiden noudattaminen tulee näkyä kaikessa toiminnassa. Eettisyys tulee esille sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyöissä erityisesti materiaalin keräämisessä ja niihin liittyvässä lupakäytännössä. Tavallisesti aineistot kohdistuvat potilaisiin, omaisiin tai dokumentteihin, jotka käsittelevät terveyttä. Opinnäytetyöprosessissa rehellisyys ja eettiset periaatteet voivat näkyä esimerkiksi haastateltavien henkilöiden kunnioittamisena, tulosten soveltamisena tai yhteisten sovittujen sääntöjen noudattamisena. Luotettavuuden yhtenä kriteerinä on lisäksi se, että aineistoa ei ole plagioitu. Plagiointi tarkoittaa toisen tekijän ideoiden ja ajatusten esittämistä omana tietonaan. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 78; Kivi 2004, 3-4.)

Suunniteltaessa toimintaohjetta otimme huomioon eettisyyden ja moraalisen ajattelun. Toiminnan eettisyys näkyy siinä, että otamme vastuun oikean ja luotettavan tiedon käyttämisestä. Ohjausmateriaalin tekemisessä apuna olleita ihmisiä sekä toimintaohjeita arvioivia ihmisiä olemme huomioineet ainutlaatuisina ihmisinä. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin lupa, joka varmistettiin haastattelun alussa, myös puheen nauhoituksesta pyydettiin lupa haastateltavalta. Haastateltavia ei voida tunnistaa aineistosta.

Opinnäytetyömme luotettavuuteen viittaavat käyttämämme lähteet, jotka valikoitiin kriittisesti. Valitsimme sellaisia lähteitä, joissa näkyi asiantuntemus ja käytännöllisyys. Käytimme tietolähteitä monipuolisesti etsimällä tietoa kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista, tutkimuksista sekä verkkosivuilta. Olemme etsineet materiaalia myös kansainvälisistä lähteistä. Käyttämiimme lähteisiin suhtauduimme kriittisesti ja teimme synteesiä eri lähteiden välillä. Valikoimme mahdollisimman uutta materiaalia, joka oli julkaistu korkeintaan kymmenen vuoden sisällä. Tuoreen tiedon käyttäminen lisää teorian tietojemme luotettavuutta.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Työmme aihe sai alkunsa Suupirssi-projektin tarpeesta, jonka esitteli meille yliopettaja Kaarina Sirviö. Aihe kuulosti mielenkiintoiselta, joten aloimme ideoida sitä tarkemmin. Projektin alkuvaihe oli todella haasteellinen, sillä emme olleet varmoja, millä menetelmällä tuotos toteutettaisiin. Toiminnallinen opinnäytetyö vaikutti kuitenkin parhaimmalta, sillä tarkoituksena oli laatia toimintaohje.

Vähitellen toimintaohje muotoutui Suupirssin tarpeita vastaavaksi. Laadimme tiiviin aikataulun, jota pyrimme noudattamaan tunnollisesti. Lähtökohtana oli, että aloittelevat suuhygienistiopiskelijat saisivat valmiuksia toimia muistisairaiden kanssa. Toisena lähtökohtana oli parantaa muistisairaiden suun terveyden hoidon palvelujen laatua Suupirssissä.

Työsuunnitelman pitkälle työstäminen selkeytti projektin kulkua niin, että raportin loppuun kirjoittaminen sujui mutkattomasti. Toimintaohjeen testaaminen oli suunniteltu niin, että toimintaohjeemme toimitettaisiin Suupirssiin, jossa suuhygienistiopiskelijat tutustuisivat materiaaliin ennen harjoittelukohteeseen saapumista. Harjoittelupäivän päätteeksi opiskelijat arvioisivat toimintaohjetta. Vanhusten hoitoyhteisöissä käyntien jälkeen Suupirssi-toiminta lähti lasten ja nuorten pariin päiväkoteihin ja kouluihin. Täten jouduimme lähestymään opiskelijoita sähköpostin välityksellä. Kyselyyn vastasivat ne opiskelijat, jotka olivat jo suorittaneet Suupirssi-harjoittelun. Palaute toimintaohjeesta oli heikko, sillä emme saaneet palautteesta juurikaan hyötyä toimintaohjeeseen. Opinnäytetyöprosessi oli laaja, eikä meillä ole aikaisempaa kokemusta tämänkaltaisesta prosessista. Saavutimme kuitenkin mielestämme asettamamme tavoitteet hyvin.

Vahvuuksia opinnäytetyöprosessissamme oli työympäristön ennalta tunteminen ja hyvä tiimityöskentely. Mahdollisuuksiksi koemme kiinnostavan ja ajankohtaisen opinnäytetyön aiheen sekä taustatukena olleet Suupirssi-projektin muut ryhmät. Aluksi koimme heikkoudeksi vähäisen kokemuksen muistisairaiden kanssa työskentelystä, mutta opiskelujen myötä käymämme harjoittelut ovat tuoneet lisää kokemuksia, joten koemme tämän heikkouden muuttuneen vahvuudeksi. Heikkoudeksi ajattelimme kokemattomuuden isoon projektiin. Uhkina olivat yhteisen ajan löytäminen, tiukka aikataulu suunnitelma sekä huono palautteen saaminen kehittämistyöstä. Ajankäyttö onnistui tehokkaasti ja aikataulusuunnitelma piti. Saamamme palaute oli hyvä, mutta se ei antanut niin paljon kehittämisideoita, kuin olisimme toivoneet.

Opinnäytetyö on työstetty pitkälle yhdessä eikä jaotellen omia osa-alueita. Yhteistyö sujui erittäin hyvin opinnäytetyöntekijöiden välillä, koska mielipiteet ja tavoitteet toteutukselle olivat samankaltaiset. Oma oppimisemme on kehittynyt useilla osa-alueilla. Erityisesti koemme oppineemme pitkäjänteisyyttä projektin eteenpäin viemisessä, yhteistyön tekemistä erilaisten ihmisten kanssa. Yleistietämyksemme muistisairauksista sekä projektityöskentelyn eri vaiheista on lisääntynyt. Lisäksi kirjallinen työskentely ja tiedonkeruutaidot ovat kehittyneet.

## LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.

Eloniemi- Sulkava, U. 2001. Kanssakäyminen dementoituneen henkilön kanssa. Podoprintti 3, 24-26.

Erkheikki-Kurtti, M. 2004. Potilaiden näkemyksiä huumorista hoitotyössä. Progradu. Oulun yliopisto. Viitattu 8.9.2011  
<http://www oulu.fi/hoitotiede/erkheikkim.htm>.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki. Duodecim.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Huovinen, M.2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY

Erkinjuntti, T., Juva, K. & Sulkava, R. 2002. Vaskulaarinen dementia. Suomen demen-tiahoitoyhdistys ry. Helsinki: Janssen-Cilag.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila- Oikkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö 1, 16-19.

Flinck, R. 1999. Summamuuttajat. Tuumasta tekstiksi. Perusopas seminaari- ja opin-näytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.6.2011.  
<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5c.html>.

Hartikainen, S.& Lönnroos, E. 2008. Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H. & Sirviö, K. 2009. Terve suu. 1., Helsinki: Duodecim.

Helsingin yliopisto 2010. Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista. Kielijelppi. Viitattu 12.3.2011

<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>.

Hoe, J. & Thompson, R. 2010. Promoting positive approaches to dementia care in nursing. Nursing Standard 5, 47-56.

Hytönen, H. 2011. Suuhygienisti. Harjulan sairaala, Kuopio. Haastattelu 23.8.2011.

Jootun, D. & McGhee G. 2011. Effective communication with people who have dementia. Learning Zone 25, 40-47.

Juva, K. 2002. Frontaalinen eli otsalohkodementia. Helsinki: Janssen- Cilag.

Kivi, S. 2004 Eettiset periaatteet terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Viitattu 16.1.2012  
<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:-H1UGv2FMtoJ:ameba.lpt.fi/~kivisabi/eettiset%2520periaatteet.doc+Kivi,+S.+Eettiset+periaatteet+terveydenhuollossa.+Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6.+Valtakunnallinen+terveydenhuollon+eettinen+neuvottelukunta>.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä- tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys Ry.

Leinonen, P., Kanala, A. & Naumanen-Tuomela, P. 2002. Dementoituvan potilaan haasteellinen käyttäytyminen. Sairaanhoitaja 8, 10-12.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Miller, L. 2002. Effective communication with older people. Nursing Standard 9, 45-50.

Moilanen, R. 2010. Haasteellinen käyttäytyminen? Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Viitattu 17.3.2011

<http://www.kotus.fi/index.phtml?s=3603>.

Mäkisalo- Ropponen, M. 2007. Elämäntarina- ajattelu laadukkaan hoidon lähtökohtana. *Dementiauutiset* 3, 10-12.

Niskanen, V. 2002. Kvantitatiivinen tutkimus. *Kasvatustieteellinen tiedekunta*. Viitattu 10.6.2011

<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/ainker.htm>.

Paavola, P., Lahtinen, A., Ainamo, A., Eerikäinen, T., Eerola, A., Huhtala, S., Nordblad, A., Rantala, S., Remes-Lyly, T. & Siukosaari, P. 2003. Ikäihmisten suun hoito. Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä. Helsinki: Hammaslääkäriliiton kustannus Oy.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Viitattu 12.7.2011

[http://www.health.fi/content/files/jul\\_laa\\_suunnitteluopas.pdf](http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf).

Parviainen, T. & Virkola, C. 2004. Nuori omainen - muista myös oma elämäsi. Suomen Dementiahoitoyhdistys Ry. Helsinki. Viitattu 8.1.2012.

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/4/OpasNuorille04a.pdf>.

Ranta, E. 2011. Hammashoitaja. Harjulan sairaala, Kuopio. Haastattelu 24.8.2011.

Rinne, J. 2006. Lewyn kappale -dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen K. & Soininen H. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim.

Routio, P. 2005. Kysely ja lomakehaastattelu. Viitattu 15.6.2011

<http://www.uiah.fi/projects/metodi/064.htm#select>.

Saarnio, R. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 3, 148-152.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 4, 323-334.

Sormunen, S. & Topo, P. 2007. Asiakkaan hyvinvointia tukevat käytännöt. *Dementiauutiset* 3, 14-15.



Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus.

Sulkava, R. 2002. Lewyn kappale tauti. Helsinki: Janssen-Cilag Oy.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys Ry. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Vataja, R. 2002. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Muistikeskus Helsinki- Bulevardi. Viitattu 2.1.2012  
<http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/39/kaytosoireet140403.pdf>.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virkola, C. & Vuori, U. 2006. Dementiamailma. Kuopio. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Voutilainen, I. 2011. Hammaslääkäri. Harjulan sairaala, Kuopio. Haastattelu 24.8.2011.

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystalouksissa 2009. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti. Viitattu 7.4.2011  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr12\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr12_11.pdf).

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2010. Tiedostoformaattit ja ohjelmistot. FSD. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.7.2011  
<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa4.html>.

## Liite 1 Haastattelu kysymykset

### Haastattelu kysymykset opiskelijoille:

- Minkälaisen käyttäytymisen koet haasteellisena?
- Tuliko yllättäviä tilanteita hoitotilanteessa?
- Miten toimit haasteellisessa tilanteessa?
- Mihin olisit kaivannut neuvoja muistisairaita kohdatessa?
- Olisitko kaivannut ohjeistusta muistisairaiden kanssa toimimisesta ennen suupirssi harjoittelua mm. haasteellisiin tilanteisiin?

### Haastattelut ammattilaisille:

- Minkälaisen käyttäytymisen koet haasteellisena?
- Minkälaisia ominaisuuksia muistisairaiden kanssa työskentelevä tarvitsee?
- Ilmeneekö haasteellista käyttäytymistä usein?
- Kuinka muistisairasta asiakasta tulisi lähestyä uutena hoitajana?
- Mikä herättää luottamusta/ turvallisuutta?
- Miten mielestäsi muistisairaspotilas suhtautuu hammashoitotilanteeseen?
- Miten voit omalla toiminnalla edistää vuorovaikutusta muistisairaanpotilaan kanssa?
- Miten ratkaiset haasteellisen tilanteen? olisiko esimerkki tilanne?

## Liite 2 Arviointilomake

TOIMINTAOHJE SUUHYGIENISTIOPISKELIJOILLE MUISTISAIRAAN  
VUOROVAIKUTUKSEEN SUUN TERVEYDENHOITOTYÖSSÄ

Arviointilomake toimintaohjeen lukijoille

**Vastaa kysymykseen rastittamalla (x) mielestäsi sopiva vaihtoehto:**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Materiaalin sisältö oli selkeä				
2. Materiaalin teksti oli helppolukuista				
3. Tietoa oli sopivasti				
4. Käytetty tekstilaji oli selkeä				
5. Käytetty taustaväri oli miellyttävä				
6. Käytetty fonttikoko oli sopiva				
7. Tekstin sijoittelu oli sopiva				
8. Kuvat olivat aiheeseen sopivat				
9. Kohderyhmä oli selkeästi määritelty				
10. Toimintaohje eteni loogisesti				
11. Toimintaohjeesta olisi ollut apua harjoittelussa				

12. Ruusuja ja risuja

**KIITOS VASTAUKSESTANNE!**

Suuhygienistiopiskelijat

Tinja Terävä &amp; Tiia Vihonen

Savonia- ammattikorkeakoulu, Terveysala, Kuopio

TOIMINTAOHJE  
SUUHYGIENISTIOPISKELIJOILLE  
MUISTISAIRAAN  
VUOROVAIKUTUKSEEN SUUN  
TERVEYDEN HOITOTYÖSSÄ



Tinja Terävä ja Tiia Vihonen  
Suuhygienistiopiskelijat  
Savonia-ammattikorkeakoulu

Kevät 2012

## Toimintaohjeen käyttäjälle

Tähän toimintaohjeeseen olemme tiivistäneet käytännöllistä tietoa vuorovaikutuksesta muistisairaahan kanssa ja tarkastelemme sitä suuhygienistiopiskelijan, muistisairaahan ja Suupirssi-toimintaympäristön näkökulmasta. Tavoitteena Suupirssi-harjoittelussa on parantaa vuorovaikutusta suuhygienistiopiskelijan ja muistisairaahan henkilön välillä. Lisäksi tavoitteena on, että suun terveydenhoitotyöstä saadaan mahdollisimman turvallinen ja sujuva kokemus molemmille osapuolille. Toimintaohjeen malli on ajateltu kolme-portaisena prosessina, joka on tuttu mm. kirurgisesta suun terveydenhoitotyöstä. Hoitotyö jaetaan siis pre-, intra- ja post vaiheisiin.

Toimintaohje on tehty Terveyden edistämisen keskuksen terveysaineiston laatu-kriteerien mukaisesti. Terveyden edistämisen keskuksen laatu-kriteerit hyvälle terveysaineistolle ovat kehittyneet tutkimuksen ja käytännön kokemusten kautta. Kriteerejä ovat konkreettinen terveystavoite, helppolukuisuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva määrä tietoa, sisällön selkeä esitystapa, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, helppo hahmoteltavuus, tekstiä tukeva kuvitus sekä huomiota herättävyys. Jotta terveysaineisto olisi hyvä, tulee sen käsittää kaikki edellä mainitut kriteerit. (Parkkunen, Vertio, Koskinen-Ollonqvist 2001, 9-10.)

Dementia tarkoittaa laaja-alaista älyllisten kykyjen ja aivotoimintojen heikentymistä. Sairauden seurauksena syntyy rajoituksia sosiaalisessa selviytymisessä, joista näkyvimpiä oireita ovat muistihäiriöt. Muistihäiriöiden lisäksi ilmenee afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa. Afasia eli puheen sisällön köyhtyminen merkitsee vaikeutta ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Muistisairailta on tapana käyttää kiertoilmaisuja, mikäli he eivät löydä oikeita sanoja. Apraksia eli tahdonalaisten liikkeiden häiriö vaikuttaa motoristen liikesarjojen suorittamiseen, esimerkiksi pukeutuminen tuottaa ongelmia. Agnosia eli havaitsemishäiriö aihe-

uttaa vaikeuksia esineiden, henkilöiden tai äänien tunnistamisessa. Muistisairauksien oireet kehittyvät pikku hiljaa, useiden kuukausien kuluessa.

Dementia voidaan jakaa vaikeusasteittain lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievää dementiaa sairastava henkilö kykenee asumaan yksin kotona, mutta tarvitsee satunnaisesti apua. Keskivaikeassa dementiaassa henkilö tarvitsee apua päivittäisissä askareissa ja pystyy asumaan kotona esimerkiksi puolison kanssa. Muistamista ja päättelykykyä vaativissa asioissa henkilö ei selviydy ilman apua. Vaikeassa dementiaassa henkilö tarvitsee säännöllisesti apua päivän askareissa. Yksinkertaisinkin asioiden muistaminen ja tekeminen tuottaa vaikeuksia. Dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale-tauti sekä muut dementiaa aiheuttavat sairaudet.

Toimintaohjeisiin tutustumalla opiskelijalla on alustavaa tietoa ja valmiuksia muistisairaiden kanssa toimimiseen. Onnistunut materiaalin hyödyntäminen mahdollistaa muistisairaiden suun terveydenhoidon laadun paranemisen.



## I. ENNEN HOITOTILANTEEN ALOITTAMISTA

Työympäristönä on pakettiauto, jonka sisään on rakennettu suun terveydenhoitoyksikkö. Yksikössä voidaan toteuttaa tavallista suun terveydenhoitotyötä, kuten esimerkiksi suun terveyden tarkastuksia sekä kariologista- ja parodontologista hoitoa. Suupirssin pyörätuolihissi mahdollistaa myös liikuntarajoitteisten henkilöiden hoitoon tulemisen.



Muistisairaahan ihmisen kommunikaatiokyky on heikentynyt, jolloin hoitajan rooli vuorovaikutuksessa korostuu. Suuhygienistiltä vaaditaan herkkyyttä vastaanottaa ja huomata muistisairaahan henkilön pyrkimyksiä vuorovaikutukseen. Suuhygienistin on tärkeää rohkaista muistisairasta viestimään sellaisella tavalla, joka onnistuu parhaiten.

Toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parhaiten tukea, kun työntekijällä on tietoa dementoivista sairauksista ja niiden aiheuttamista oireista. Näin hänellä on valmius toimia myös hankalissa tilanteissa, esimerkiksi käytösoireiden ilmetessä. Muistisairaahan tulisi tuntea olonsa mahdollisimman mielekkääksi voidakseen vapaasti ilmaista itseään hoitajalleen.

Muistisairaahan hyvinvoinnille on tärkeää, että hänen kanssaan toimivat ihmiset kohtelevat häntä tasavertaisena ja aikuisena. Tärkeää on puhutella teititellen ja aikuismaisesti, lapsenomaista puhetapaa tulee välttää. Asiakkaan yksilöllisessä hoidossa kannattaa hyödyntää moniammatillista yhteistyötä hakemalla tukea hoitohenkilökunnalta.

Ennen asiakkaan tuloa Suupirssiin kiinnitetään huomiota työympäristöön. Tarvittavat välineet kootaan tarjottimelle ja valmistellaan pyörätuolihissi

valmiiksi asiakasta varten. Kun asiakas saapuu, hoitoympäristö voi aiheuttaa negatiivisia tunteita, siksi asiakkaan kanssa keskustelu olisi tarpeen jo ennen hoitotuoliin asettumista. Asiakkaan toiminta ja tunnetila otetaan huomioon ja pyritään menemään asiakkaan kanssa samalle tasolle. Asiakasta ohjataan ja autetaan siirtymään hoitotuoliin.

- Esittele ensiksi itsesi
- Kun ohjaat asiakkaan istumaan – Näytä hoitotuolia
- Keskustele rauhallisesti ja kiireettömästi – Se luo turvallisuuden tunnetta
- Ennen keskustelun aloittamista voit koskettaa asiakasta kädestä tai olkavarresta – Se auttaa asiakasta keskittymään asiaan
- Pidä asiakas aina keskustellessa istuma-asennossa – Asiakas näkee kasvosi ja ymmärtää puheen kohdistuvan hänelle
- Anna asiakkaalle aikaa vastata – Puheentuottaminen voi olla hidasta
- Jos asiakas ei muista itseään koskevia asioita – Älä painosta vastaamaan
- Mikäli asiakas ei ymmärrä kuulemaansa – Esitä se eri sanoin



## 2. HOITOTILANTEEN AIKANA

Muistisairas ihminen voi käyttäytyä haasteellisesti, jos hän kokee olonsa turvattomaksi. Haasteellinen käyttäytyminen voi ilmetä esimerkiksi aggressiivisuutena tai levottomuutena. Muistisairaalle tyypillistä on, ettei hän kykene ilmaisemaan itseään ja omia tuntemuksiaan.



Käytöshäiriöitä voi esiintyä niin lievässä kuin vaikeassa muistisairauden vaiheissa. Käyttösoireiden ilmenemiseen voidaan vaikuttaa omalla käyttäytymisellä. Hoitotilanteessa turvallisuutta voidaan viestittää keskustelemalla rauhallisesti, ilmaisemalla huolenpitoa ja välittämistä sekä keskittymällä ai-noastaan asiakkaaseen.

Muistisairaahan paha olo ja turvattomuuden tunne kuvastuvat aggressiivisena ja levottomana käytöksenä. Asiakkaan käyttäytyessä haasteellisesti huumori voi olla hyvä keino laukaisemaan tilanne. Muistisairaalle on tavallista esittää samoja kysymyksiä toistuvasti, joten muistisairaiden kanssa työskennellessä asioita joudutaan usein kertaamaan.

Levottomuuden syynä voi olla esimerkiksi kipu ja aggressiivisen käyttäytymisen taustalla on yleensä pelko. Sekavat puheet voivat olla yksi merkki ympäristön pelottavuudesta. Se voi olla myös keino purkaa tunteita tai selviytyä hankalista tilanteista. Muistisairas ei aina kykene ilmaisemaan todellisia tuntemuksia, esimerkiksi onko suussa kipuja ja missä ne sijaitsevat. Toimenpiteen aikana on hyvä kertoa tarkasti mitä tapahtuu ja voiko se tuottaa kipua.

- Kerro asiakkaalle kun säädät tuolin hoitoasentoon – Jotta tuolin liikuminen ei yllätä
- Kerro asiakkaalle mitä olet tekemässä – Se helpottaa hoitotilannetta
- Totutelkaa ilmapuustin käyttöön – Sen ääni voi yllättäen säikäyttää
- Huomioi, että asiakas voi tehdä omia päätöksiä hoidon aikana
- Keskustele asiakkaan kanssa toimenpiteen aikana – Asiakas kokee, että hänestä ollaan kiinnostuneita
- Viestitä iloista ja positiivista ilmapiiriä

### 3. HOITOTILANTEEN JÄLKEEN

Muistisairaalle ihmiselle on tärkeää, että hän saa positiivista palautetta sekä kannustusta oman toiminnan ylläpitämiseen. On myös tärkeää antaa myönteistä palautetta vaikka hoitotilanne ei menisikään suunnitellusti, sillä ikäänntyneet ja varsinkin muistisairautta sairastavat henkilöt ovat herkkiä saamaan kielteistä palautetta.

- Kerro lyhyesti suun terveyden tilanne
- Saata asiakas takaisin omaan huoneeseen
- Varmista, että asiakkaalle jää turvallinen olo ja positiivinen kokemus hoitokäynnistä
- Hyvästele asiakas



## LÄHTEET

- Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Kanssakäyminen dementoituneen henkilön kanssa. Podo-printti 3.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö 1, 16-19.
- Hoe, J., Thompson, R. 2010. Promoting positive approaches to dementia care in nursing. Nursing Standard, Sep 29.10.2010.
- Jootun, D. & McGhee G. 2011. Effective communication with people who have dementia. Learning Zone. 25(25), 40-47.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Elämäntarina-ajattelu laadukkaan hoidon lähtökohtana. Dementiauutiset 3, 10-12.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Viitattu 12.7.2011 [http://www.health.fi/content/files/jul\\_laa\\_suunnitteluopas.pdf](http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf).
- Sormunen, S. & Topo, P. 2007. Asiakkaan hyvinvointia tukevat käytännöt. Dementiauutiset 3, 14-15.
- Virkola, C. & Vuori, U. 2006. Dementiamailma. Helsinki. Suomen dementiayhdistys ry.
- Voutilainen, I. 2011. Hammaslääkäri. Harjulan sairaala, Kuopio. Haastattelu 24.8.2011.