

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapeuttikoulutus

Jarno Lång
Mikko Suominen

MUISTISAIRAUTTA SAIRASTAVIEN ASIAKKAIDEN
KOHTAAMINEN JA OHJAAMINEN

Opas moniammatilliseen Voimala-oppimis- ja palveluympäristöön

Opinnäytetyö
Helmikuu 2018



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2018
Fysioterapeuttikoulutus
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p.050 405 4816

Tekijät

Jarno Lång, Mikko Suominen

Nimeke

Muistisairautta sairastavien asiakkaiden kohtaaminen ja ohjaaminen
Opas moniammatilliseen Voimala-oppimis- ja palveluympäristöön

Toimeksiantaja

Karelia-ammattikorkeakoulu, Voimala-oppimis- ja palveluympäristö

Tiivistelmä

Muistisairaudet ovat ajankohtainen ja kasvava kansanterveydellinen haaste. Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaaminen ja ohjaaminen voi olla hankalaa niin ammattilaiselle kuin omaisellekin. Harvalla sosiaali- ja terveysalan opiskelijalla on kokemusta muistisairautta sairastavien kohtaamisesta ja ohjaamisesta ennen työharjoitteluja.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda opas Voimala-oppimis- ja palveluympäristössä toimiville sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille muistisairautta sairastavan asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Oppaalla edesautetaan toiminnan suunnittelua ja järjestämistä tälle asiakasryhmälle. Tarkoituksena on tarjota keinoja muistisairautta sairastavan asiakkaan ymmärtämiseen, ohjaamiseen sekä toimintakyvyn ja osallisuuden tukemiseen.

Tuotos on opas, jonka sisällön tarpeet on selvitetty haastatteleamalla kohderyhmää teemahaastattelumenetelmällä. Oppaan sisältö on koottu mahdollisimman uudesta alan kirjallisuudesta ja tutkimustiedosta, ja se on tarkistettu asiantuntijoilla. Oppaan tuottamisessa yhteistyötahoina toimivat Pohjois-Karjalan Muisti ry, Muistiliitto sekä Karelia-ammattikorkeakoulu.

Kieli
suomi

Sivuja 47
Liitteet 8
Liitesivumäärä 31

Asiasanat

muistisairaudet, kohtaaminen, ohjaaminen, opas



THESIS
January 2018
Degree Programme in Physiotherapy
Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
p.050 405 4816

Authors

Jarno Lång, Mikko Suominen

Title

Interaction and Guidance of Clients with Memory Disorders – A Guide for Multidisciplinary Voimala Learning and Service Environment

Commissioned by

Karelia University of Applied Sciences, Voimala Learning and Service Environment

Abstract

Memory disorders are a current and growing public health challenge. Encountering a person with a memory disorder might be challenging both for professionals and caregivers. Prior to practical training, few students of social services and healthcare have experience of how to interact with patients with memory disorders.

The purpose of this thesis was to produce a guide for students of social services and healthcare on how to plan and arrange activities for patients with memory disorders who attend Voimala Service and Learning Environment. The aim was to offer tools to understand and instruct patients with memory disorders and to support their functional ability and participation.

The content of the guide is based on the information acquired through focused interviews among the target group. The content has been compiled by collecting data from the newest literature and research data in the field. The guide has been reviewed by experts in the field. The guide was produced in cooperation with the Alzheimer Society of Finland, its local association in North Karelia and the Karelia University of Applied Sciences.

Language

Finnish

Pages 47

Appendices 8

Pages of Appendices 31

Keywords

memory disorders, encountering, guidance, guide

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	6
3	Muistisairaudet toimintakyvyn näkökulmasta	7
3.1	Toimintakyky ja ICF	7
3.2	Yleistä muistisairauksista	9
3.3	Kehon rakenteiden ja toimintojen muutokset muistisairauksissa	10
3.4	Muistisairauksien vaikutus suorituksiin ja osallistumiseen	10
3.5	Ympäristö- ja yksilötekijät	13
4	Muistisairautta sairastavan henkilön toimintakyvyn edistäminen	14
4.1	Moniammatillinen työryhmä	14
4.2	Toimintakykyä edistävä harjoittelu	15
5	Kohtaaminen ja ohjaaminen	16
5.1	Kohtaaminen ja ohjaaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla	16
5.2	Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaaminen	18
5.3	Fysioterapeuttinen ohjaaminen	20
5.4	Muistisairautta sairastavan henkilön ohjaaminen	21
6	Opinnäytetyöprosessi	23
6.1	Aloituskvaihe	24
6.2	Suunnitelmavaihe	24
6.3	Esi- ja työstövaihe	26
6.4	Tarkistus- ja viimeistelyvaihe	31
7	Opinnäytetyön tuotos	33
8	Pohdinta	33
8.1	Prosessin arviointi ja tuotos verrattaessa teoriaan	33
8.2	Luotettavuus ja eettisyys	34
8.3	Ammatillinen kasvu ja kehittyminen	36
8.4	Tuotoksen hyödynnettävyys ja jatkokehittämissideat	39
	Lähteet	41

Liitteet

Liite 1	Tiedonhaku tietokannoista
Liite 2	Suostumuslomake
Liite 3	Teemahaastattelunrunko opiskelijoille
Liite 4	Hyvän oppaan teoria ja käytännön toteutus
Liite 5	Aikataulu
Liite 6	Palaute opiskelijoilta
Liite 7	Toimeksiantosopimus
Liite 8	Opas

1 Johdanto

Vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia henkilöitä on Suomessa noin 93 000. Määrä kasvaa vuoteen 2060 mennessä lähes 240 000:een. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Kansallisen muistiohjelman vuosille 2012–2020. Sen tavoitteina on muun muassa aivoterveysten edistäminen, muistisairautta sairastavien hyvän hoidon varmistaminen ja tietoisuuden lisääminen. (Uusitalo 2013, 121–122.) Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan yhden muistisairautta sairastavan henkilön hoidon suorat ja epäsuorat kustannukset olivat Pohjois-Euroopassa keskimäärin 36 000 euroa vuonna 2008 (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014). Kyseessä on siis merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen tekijä (Martikainen & Viramo 2015, 44–45).

Väestön vanhetessa ja eliniän odotuksen kasvun seurauksena useampi terveydenhoidon ammattilainen työskentelee yhä enemmän muistisairautta sairastavien ihmisten parissa. Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaaminen ja ohjaaminen voi olla hankalaa ammattilaiselle ja omaiselle. Hoitohenkilökunnan tapa työskennellä on usein hoitava ja hoivaava, vaikka tarpeellisempaa olisi ohjaava, opettava ja tukeva työote (Virjonen & Kankare 2013, 78). Tämän takia on tärkeää, että terveydenhoidon ammattilaiset ymmärtävät muistisairautta sairastavan kokemusmaailmaa päästäkseen parempaan vuorovaikutukseen.

Opinnäytetyössä keräämme tietoa muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamisesta ja ohjaamisesta kirjallisuudesta, tutkimustiedosta sekä fysioterapeuttipöytäkirjojen ja asiantuntijoiden kokemuksesta. Työn tuotoksena on opas muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Tuotos tulee toimiksi Kareliala-ammattikorkeakoulun Voimala-oppimis- ja palveluympäristön opiskelijoiden käyttöön sekä kaikille aiheesta kiinnostuneille.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen, ja sen tavoitteena on suunnitella ja luoda opas muistisairautta sairastavan asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Opas on suunnattu ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille Karelia-ammatti-korkeakoulun Voimala-oppimis- ja palveluympäristössä.

Opinnäytetyön tarkoitus on tarjota keinoja muistisairautta sairastavan asiakkaan kanssa työskentelevälle ymmärtää muistisairautta sairastavaa henkilöä, ohjata häntä ja tukea hänen toimintakykyään ja osallisuuttaan. Kaikilla opiskelijoilla ei ole ollut mahdollisuutta ennen työharjoittelua työskennellä muistisairautta sairastavien kanssa. Opas auttaa suunnittelemaan kohtaamista, ohjaamista ja toiminnanjärjestämistä.

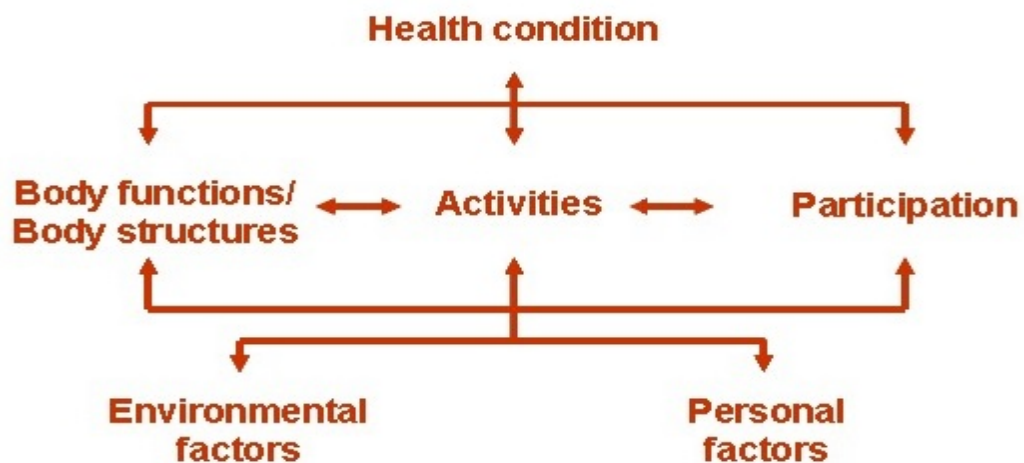
Voimalan moniammatilliset opiskelijaryhmät toimivat pääasiassa lievää ja keskivaikeaa muistisairautta sairastavien asiakkaiden parissa. Tämän takia tämä opinnäytetyö on rajattu käsittelemään kohtaamista ja ohjaamista lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavien asiakkaiden osalta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä eteneviä muistisairauksia: Alzheimerin tautia, Lewyn kappale-tautia, otsa-ohimolohkodementiaa ja vaskulaarista dementiaa.

3 Muistisairaudet toimintakyvyn näkökulmasta

3.1 Toimintakyky ja ICF

Toimintakyky on ihmisen ominaisuuksien suhde häneen kohdistuviin vaatimuksiin, jotka ovat peräisin muun muassa työelämästä, harrastuksista tai kotona selviytymisestä. Kun toimintakyky ei täytä vaatimuksia, kyse on toimintakyvyn vajauksesta. Terveystieteet tekevät toimintakyvyn arvon ja sen pohjalta päätöksen, mitä toimintakyvyn parantamiseksi on tehtävissä. (Lehto 2004, 18.)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2001 julkaisema toimintakyvyn, toimintakyvyn rajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 279). ICF jaetaan toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaavaan sekä kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavaan osaan. Ensimmäinen osa kuvaa kehon toimintoja, rakenteita, suorituksia ja osallistumista. Toisessa osassa on jaoteltu ympäristö ja yksilötekijät. Ympäristötekijät pitävät sisällään elinympäristön kokonaisuudessaan. Yksilötekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutus ja elämäntyyli. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Terveystieteen, toimintarajoitteiden ja kontekstuaalisten tekijöiden vaikutusta toisiinsa voidaan kuvata kuviolla (kuvio 1).



Kuvio 1. ICF-viitekehys (WHO 2018).

ICF-luokituksen mukaan toimintakyvyssä on kyse ihmisen osallistumisen mahdollisuuksista. Toimintakyvyn heikkeneminen johtuu useimmiten sairauksista ja muista terveydellisistä syistä. Jos henkilön on tarkoitus kyetä jatkamaan entisen kaltaisten vaatimusten vaatimalla tavalla, täytyy toimintakykyä pyrkiä parantamaan. Mikäli tämä ei ole mahdollista, tulee miettiä, kuinka vaatimuksia voidaan muuttaa. (Aro 2004, 25–26.)

Taulukossa on esitetty muistisairauksien vaikutukset toimintakykyyn ICF-luokista mukailien (taulukko 1).

Terveydentila: muistisairaus		
Kehon rakenteet ja toiminnot: -muutokset entorinaalisella kuorikeroksella, pyramidisoluissa ja hippokampuksessa -hermoverkon synapsien vaurio ja neuronien tuhoutuminen -iskeemiset neuronien vauriot ja ylemmän motoneuronin vauriot -ratayhteyksien uusiutumista nopeampi tuhoutuminen -tiedonkäsittelyn, suunnitelmallisuuden, ajankäytön, aloitekyvyn ja hahmottamisen vaikeudet -itserefleksien heikentyminen ja käyttäytymisen muutokset, ahdistuneisuus, masennus ja apaattisuus -toiminnanohjauksen heikentyminen ja psykomotorinen hidastuminen -tunne- ja liikesäätelyn sekä tasapainon heikentyminen -puheen tuottamisen heikentyminen -alafasiaaliheikkous, näkökentän puutokset, toispuolihalvaus, neglect -rigiditeetti, hypokinesia -muutokset kivun tuntemisessa -afasia, apraksia, agnosia	Suoritukset: -tarkkaavaisuuden ja muistin heikkentyminen -huomion suuntaamisen ja orientoitumisen puutteellisuus -ongelmat oppimisessa ja ongelmanratkaisussa -kävelyn ja liikkumisen vaikeutuminen -estottomuus, tahdittomuus, ärsykedonnainen toiminta ja arvostelukyvyn vaikeudet -talouden huolehtimisen ongelmat -autonomian ja ADL-toimintojen vaikeutuminen -laitteiden käytön vaikeutuminen -hallusinaatioita ja harhaluuloja	Osallistuminen: -sosiaalisen elämän rajoittuminen -työn ja harrastusten vaikeutuminen -haasteet yhteiskunnallisessa ja kulttuurisessa osallistumisessa
Ympäristötekijät: ympäristön asenteet, esteettömyys, apuvälineet, lääkitys, eri terapiamuodot	Yksilötekijät: ikä, elintavat, perimä, koulutus, sukupuoli	

Taulukko1. ICF-taulukko (mukailien Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016; WHO ICF Browser 2017).

3.2 Yleistä muistisairauksista

Dementia on yleisesti käytetty termi puhuttaessa muistisairaudesta. Dementia voi olla väliaikainen, etenevä tai pysyvä tila, jossa muisti on heikentynyt. Väliaikainen dementia voi johtua muun muassa masennuksesta, puutostilasta tai kilpirauhasen vajaatoiminnasta. Pysyvä dementia voi aiheutua aivovammasta, aivoverenkiertohäiriöstä tai aivotulehduksesta. (Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry 2010.)

Suomessa muistisairauteen sairastuu noin 14 500 henkilö vuodessa, vaikka merkittävä osa jää vaille diagnoosia. Muistisairaudet ovat eteneviä, ja niihin ei ole parantavaa hoitoa. Muistisairaus voidaan jakaa oireettomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. Diagnoosinnin tekee lääkäri haastattelun, testien ja kliinisen kuvantamisen perusteella. (Käypä hoito 2017.)

Muistisairaus on osittain huono nimitys näille patologioille. Parempi nimitys olisi aivojen vajaatoiminta, sillä aina muistin huononeminen ei toimintakyvyn näkökulmasta ole suurin tekijä (Snow 2013). Muistisairauksissa on kyse elimellisestä syystä johtuvasta älyllisten toimintojen heikkenemisestä, jonka takia päivittäinen elämä ei välttämättä onnistu ilman valvontaa, ohjausta tai avustamista (Pirttilä 2004, 239). Muistisairauksien eteneminen on yksilöllistä (Koski 2014, 6).

Alzheimerin tauti on yleisin etenevän muistisairauden muoto. Se muodostaa noin 70 % kaikista etenevistä muistisairaustapauksista, ja se voidaan diagnosoida ennen merkittävää arkiselviytymiseen vaikuttavaa muistisairautta (Erkinjuntti, Remes & Rinne 2015, 19). Muita eteneviä muistisairauksia ovat muun muassa vas-kulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumat sekä Parkinsonin tauti (Muistiliitto 2016).

3.3 Kehon rakenteiden ja toimintojen muutokset muistisairauksissa

Muutokset aivokudoksessa ja kuduskato ovat tyypillisiä kehon rakenteiden muutoksia etenevissä muistisairauksissa. Näitä muutoksia esiintyy myös normaalin ikääntymisen yhteydessä. Ikääntymisen tuomat muutokset ovat yleensä lievempiä kuin muistisairauksissa. (Vanninen, Mäntylä, Salonen, Valanne, Rinne & Erkinjuntti 2011.)

Alzheimerin taudissa varhaiset muutokset tapahtuvat entorinaalisella kuorikerroksella, pyramidisoluissa ja hippokampuksessa. Taudin varhaisvaiheessa syntyy hermoverkon synapsien vaurioita, ja taudin edetessä myös neuronit tuhoutuvat. (Erkinjuntti & Rosenvall 2015, 77–78.) Myöhemmin muutokset etenevät myös isoaiukuorelle, ja keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa ohimolohkojen sisäosat ovat suurimmaksi osaksi tuhoutuneet. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120–121, 124).

Tyypillisiä aivomuutoksia vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymässä ovat infarktut ja iskeemiset soluvauriot (Erkinjuntti 2010). Aivojen muutosalueiden sijainnin mukaan vaskulaarinen dementia jaetaan pienten ja suurten aivoverisuonien tautiin (Atula 2015). Lewyn kappale -taudissa aivojen kuorikerroksen alueella esiintyy Lewyn kappaleina tunnettuja valkuaisaineryvästymiä (Rinne 2015, 165). Otsa-ohimolohkorappeuma on joukko eri sairauksia, jotka johtavat otsa- tai ohimolohkon rappeutumiseen ja tästä aiheutuviin oireisiin (Käypä hoito 2016).

3.4 Muistisairauksien vaikutus suorituksiin ja osallistumiseen

Muistihäiriö ei poista tarvetta aktiivisuuteen, osallistumiseen, vaikuttamiseen, kulttuuriin ja esteettisiin kokemuksiin (Virjonen & Kankare 2013, 71–72). Muistisairaus heikentää merkittävästi älyllistä ja sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi päivittäiseen selviytymiseen vaikuttavat fyysiset oireet, yleinen terveydentila, lääkitus, koulutus, ikä ja ympäristö. Jo lievässä kognitiivisessa heikkenemisessä toimintakyky heikkenee huomattavasti vaativissa suorituksissa kuten ongelmanratkaisussa, harkintakyvyssä, suunnitelmallisuudessa ja nopeassa toimintatavan

muutoksessa. (Pirttilä 2004, 242.) Muistisairautta sairastava henkilö ei aina itse kykene arvioimaan tilaansa ja avun tarvettaan (Paajanen & Hänninen 2014, 98).

Normaaliin ikääntymismuutoksiin verrattuna Alzheimerin taudissa muistin ja toiminnanohjauksen kontrolli heikkenee, muisti on alttiimpi virheille ja mieleen palauttaminen vaikeutuu. Lievässä Alzheimer-dementiassa ilmenee aluksi ongelmia talouden ja ajankäytön suunnittelussa, laitteiden käytössä ja sovitusta asioista huolehtimisessa. (Soininen & Hänninen 2015, 82; Pirttilä 2004, 242.) Keskipaikeassa ja vaikeassa vaiheessa toiminnanohjaus ja arkiselviytyminen heikenevät ja psyykkisten toimintojen säätely ja käyttäytyminen muuttuvat. Myös ekstrapyramidaalioireita, eli liikesäätelyn oireita, voi ilmetä, ja vaikeassa vaiheessa primaariheijasteet voivat tulla esiin. (Remes ym. 2015, 124.)

Pienten aivoverisuonten eli subkortikaaliseen tautiin liittyvät tiedonkäsittelyn varhaisoireina toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden häiriöt, tiedonkäsittelyn hidastuminen ja muistihäiriöt. Kliinisiin löydöksiin kuuluvat ylemmän motoneuronin vaurion lievät merkit, kävelyvaikeudet, tasapainon häiriöt ja kaatuilu, virtsaamisvaikeudet sekä ekstrapyramidaali- ja pseudobulbaarioireet (tunnesäätelyn vaikeudet). Oireiden tasainen eteneminen tapahtuu hitaasti tai nopeasti. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 142–143.)

Suurten suonten taudissa eli kortikaalisessa taudissa tiedonkäsittelyn varhaisoireina toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden ja muistin häiriön lisäksi voi esiintyä hahmottamisvaikeuksia, afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa sekä neglect-oire. Neurologisina kliinisinä löydöksinä voi olla alafasiaaliheikkoutta (kasvojen alaosien lihasten heikkous), näkökentänpuutoksia, toispuolihalvausta, kävelyvaikeuksia, mielialan häiriöitä, persoonallisuuden muuttuminen ja psykomotorinen hidastuminen. Oireiden alkua on usein nopea, oireet pahenevat portaittain ja ovat vaihtelevia. Lisäksi usein esiintyy tasaisia vaiheita. (Melkas ym. 2015, 143.)

Lewyn kappale -taudin oireisiin kuuluvat hahmotushäiriöt sekä tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen heikkeneminen. Lisäksi voi ilmetä rigiditeettiä, hypokinesiaa, kävelyvaikeuksia, kaatumisia ja pyörtyilyä, hallusinaatioita ja harhaluuloja sekä vilkkaita ja pelottavia unia. Muisti heikkenee sairauden edetessä, mutta se ei ole

yleistä taudin alkuvaiheessa, ellei kyseessä ole samanaikainen Alzheimerin tauti. Todennäköisesti moni Lewyn kappale -tautia sairastava jää vaille diagnoosia tai on diagnosoitu väärin. (Rinne 2015, 166–167.)

Otsalohkodementialle keskeinen piirre ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, kuten estottomuus, tahdittomuus ja arvostelukyvyyttömyys. Aloitekyvyyttömyydestä ja apaattisuudesta huolimatta toiminta voi olla hyvin ärsykesidonnaista. Puheen tuotto vähenee ja voi muuttua samoja asioita, sanoja tai tavuja toistavaksi. Myöhemmin myös ekstrapyramidaalioireet voivat liittyä tautiin. Otsalohkodementia ei useimmiten ole yhtä muistipainotteinen kuin esimerkiksi Alzheimerin tauti, ja tapahtumamuisti on paremmin säilynyt. (Remes & Rinne 2015, 174.)

Etenevä sujumaton afasia sekä semanttinen dementia ovat otsa-ohimolohkorapteen kielellisiä muotoja, ja niissä tauti alkaa kielellisin oirein. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puhe hidastuu ja muuttuu vaikeaksi. Nimeäminen, sanojen löytäminen, lukeminen ja kirjoittaminen vaikeutuvat, mutta yleensä puhutun kielen ymmärtäminen säilyy. Taudin myöhemmässä vaiheessa myös muisti ja tiedonkäsittely heikkenevät. Semanttisessa dementiassa tyypillistä on merkitysten häviäminen, jolloin sujuva puhe muuttuu merkityksettömäksi. (Remes & Rinne 2015, 176–178.)

Toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa, ja kokonaisuudesta huolehtiminen on tärkeää. Terapeutin ammattitaitoon kuuluu psyykkisen toimintakyvyn arvioiminen ja huomioiminen asiakaskohtaamisissa. Terapiassa pitäisi aina lähteä voimavaralähtöisyydestä. Läheisten merkitys on tärkeää, koska he tuntevat asiakkaan paremmin. Psyykkisen hyvinvoinnin parantuminen voi viedä usein kauan. (Mönkäre 2014a, 102–103.)

Muistisairautta sairastavan henkilön tasapainoa heikentävät fyysiset, kognitiiviset ja psyykkiset tekijät sekä lääkitys. Kaatumisriskiä lisäävät lihasvoiman väheneminen, liikeratojen pieneneminen, puutteet suojareaktioissa, aisti-informaation heikkeneminen, kivut, opittujen taitojen unohtuminen, mielialan vaihtelut sekä lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset. (Forder 2014, 114.)

On pyrittävä erottamaan muistisairauden aiheuttamat ja muista syistä johtuvat toimintakyvyn alenemat toisistaan. Esimerkiksi iän myötä heikentyvä kuulo vaikeuttaa kommunikaatiota entisestään, ja voi vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä. (Mamo, Nirmalasari, Nieman, McNabey, Simpson, Oh & Lin 2017.)

3.5 Ympäristö- ja yksilötekijät

Yksilön odotetaan noudattavan yhteiskunnan sääntöjä ja käyttäytyvän kulttuuristen arvojen mukaisesti. Sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemisen vaikutukset näkyvät yksilön yhteisöllisenä käyttämisenä, ja ne esiintyvät vaikeuksina arjen eri toiminnoissa. Joskus ympäristö on esteenä ikäihmisten sosiaaliselle kanssakäymiselle. Jos sosiaalinen toimintakyky ei yllä ympäristön vaatimuksiin, ihmistä voi uhata yhteiskunnasta syrjäytyminen. (Tiikkanen 2013, 285–286.)

Muistisairautta sairastavan henkilön lääkehoito toimii parhaiten silloin, kun se on osa koko hoitoa. Hoitokokonaisuuteen kuuluvat myös muiden sairauksien hoito, mahdollisten käytösoireiden hoito sekä muu kuntoutus. (Tarnanen, Rosenvall & Tuunainen 2017.) Varhainen diagnoosi ja oikea lääkehoito hidastavat toimintakyvyn heikkenemistä. Siksi yleisen suhtautumisen muistitutkimuksiin tulee muuttua niin, että niihin hakeutumista ei koeta häpeänä. Kuitenkaan kuntoutusta ei ole tarpeeksi saatavilla työikäisille sairastuneille, ja tiedonsaanti on vaikeaa. (Virjonen ym. 2013, 77.)

Muistisairaudelle altistavia yksilötekijöitä ovat muun muassa ikä, geneettiset tekijät, koulutustaso, vähäinen fyysinen aktiivisuus, masentuneisuus, runsas alkoholin käyttö, tupakointi, aivovammat, korkea verenpaine, diabetes ja ylipaino. Terveellisillä elintavoilla ja päävammojen ehkäisyllä voidaan vähentää riskiä sairastua muistisairauteen. (Käypä hoito 2017.)

4 Muistisairautta sairastavan henkilön toimintakyvyn edistäminen

Ikääntyneiden toimintakyvyn kehittäminen ja tukeminen ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä tavoitteita. Toimintakyvyn tukeminen on taloudellisesti kannattavaa, ja ihmisten itsenäisyyden tukeminen on inhimillisesti tärkeää. Toimintakyky yleensä heikkenee iän myötä, mutta erilaisien tukitoimien avulla arjessa pärjäämistä voi helpottaa. Terveys- ja sosiaaliministeriö on laatinut pitkän ajan tavoitteita, että ikääntyneiden toimintakyvyn paraneminen jatkuu ja mahdollisuus itsenäiseen elämään säilyy. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 8–10.)

Toimintakykyä edistäviä toimia on muun muassa sairauksien ehkäiseminen ja hoito, varhainen puuttuminen toimintakykyongelmiin, elinympäristön esteettömyys ja toimeliaisuuden lisääminen. Toimintakyvyn edistämistä pitää tapahtua jokaisella sektorilla, ja se on koko yhteiskunnan tehtävä. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

4.1 Moniammatillinen työryhmä

Muistisairautta sairastavan henkilön kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu moniammatillinen työryhmä, joka ottaa huomioon myös asiakkaan läheiset (Hallikainen & Nukari 2014, 23). Parhaimpaan hoitotulokseen sekä kuntouttamiseen päästään, kun tunnetaan asiakkaan taustat ja tehdään yhteistyötä kaikkien osapuolien kanssa (Hammar, Emami, Engström & Götell. 2011). Kuntoutumiseen kuuluvat toimintakyvyn edistämisen lisäksi osallistumisen lisääminen, esteettömyys ja ennaltaehkäisevä kuntoutusote. Kuntoutujan kannalta omaan elämään vaikuttaminen on erityisen tärkeää ja motivoivaa. (Granö & Pikkarainen 2011, 265.)

Muistisairautta sairastavan toimintakyvyn arvio kirjataan fysioterapiasuunnitelmaan, joka on laadittu yhdessä muistisairautta sairastavan kanssa, ja se on osa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Lisäksi siihen on kirjattu fysioterapian tavoitteet, sisältö, intensiteetti, seuranta ja arviointi sekä yhteistyö. Apuvälinearvio, apuvälineen käytön opettaminen ja toimintaympäristön kartoitus ovat osa fysioterapiaa.

(Forder 2014, 112–113.) Moniammatillinen työryhmä, joka tutustuu potilaan toimintaympäristöön, mahdollistaa parhaan lopputuloksen (Pitkälä & Laakkonen 2015, 498).

4.2 Toimintakykyä edistävä harjoittelu

Sairauden vaihe vaikuttaa tyypillisesti käytettyjen harjoitteiden sisältöön ja harjoituskertojen keston. Esimerkiksi lievässä muistisairaudessa monimutkaisemmat taide- ja käsityöt ja kognitiiviset tehtävät ovat yleisiä. Keskivaikeassa sen sijaan yleistyvät musiikilliset ja leikinomaiset harjoitteet. Vaikeassa vaiheessa yksinkertaiset liikunnalliset harjoitteet ja esineiden käyttö- ja lajitteluharjoitteet ovat tyypillisiä. Harjoituskertojen kesto on sitä lyhempi, mitä vaikeammassa vaiheessa muistisairaus on, esimerkiksi lievässä muistisairaudessa keskimäärin 30 minuuttia ja vaikeassa keskimäärin 15 minuuttia. (Regier, Hodgson & Gitlin 2016.) Aivojen aktivoiminen on yhtä tärkeää kuin liikuntaelimityksen harjoittaminen. Kognitiiviset harjoitteet ovat toistuvia, tiedonkäsittelyä sisältäviä ja vakioituja. Pelit ja ihmisten seura ovat hyviä kognition lisääjiä. (Paajanen & Hänninen 2014, 99–101.)

Säännöllinen liikunta ylläpitää muistisairautta sairastavan fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä, sillä mielikuvat, liikkeen katsominen ja tekeminen antavat informaatiota motoriselle aivokuorelle. Liikunta lievittää myös kipua ja käyttäytymisen muutoksia. Fyysisellä harjoittelulla sekä elinympäristön ja apuväline-tarpeen kartoittamisella voidaan ehkäistä kaatumatapaturmia. Tasapainoharjoitteita pitää tehdä runsaasti, hyvässä vireystilassa ja ennen lihasvoimaharjoitteita. Kävelyä ja tasapainoa harjoitettaessa tulee ottaa huomioon oikea tekniikka ja rytmitys. Harjoittelussa voi hyödyntää rakennettua tai luonnollista ympäristöä sekä askelmalautoja ja muita välineitä. (Forder 2014, 109, 114.)

Progressiivisen voimaharjoittelun on havaittu parantavan huomattavasti kognitiivisia toimintoja (Mavros, Gates, Wilson, Jain, Meikljohn, Brodaty, Wen, Singh, Baune, Suo, Baker, Foroughi, Wang, Sachdev, Valenzuela & Fiatarone Singh 2017). Lihasvoimaharjoittelun perusteina on ainakin 10 viikkoa kestävä, kaksi

kertaa viikossa tapahtuva harjoittelu. Harjoituskuorma on progressiivisesti kasvava 60–80 % maksimista, sarjoja on vähintään kaksi ja toistoja 8–10 sarjaa kohti. Lihaskuntoharjoittelun ohjaamisessa on huomioitava sairauden aiheuttamat hahmottamisen ja muistamisen häiriöt. Musiikki, kuvat tai vanhat tavarat elävöittävät ja lisäävät motivaatioita ja niitä voi liittää ikääntyneiden kuntosaliharjoitteluun. Musiikki aktivoi aivojen eri alueita jopa vaikeaa muistisairautta sairastavilla. Rytmii ja hokemat eivät unohdu helposti. (Forder 2014, 114–115, 118–119.)

5 Kohtaaminen ja ohjaaminen

5.1 Kohtaaminen ja ohjaaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla

Kohtaamisen ja ohjaamisen periaatteissa on päällekkäisyyksiä, ja ne sisältävät samoja asioita, joten niiden erottelu voi olla vaikeaa. Kohtaamisen ja ohjaamisen pääperiaatteet ovat samoja kaikilla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisilla. Kohtaaminen on läsnäoloa ja ajan antamista toiselle ihmiselle. Oman arvokkuuden tunne syntyy kohtaamisesta toisten ihmisten kanssa. Asiakastyössä asiakkaiden asiallinen kohtaaminen vahvistaa myös oman työn tarkoituksellisuuden kokemusta. (Eloranta 2018.) Siksi kysymys eettisestä kohtaamisesta on tärkeä osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ammattitaitoa (Kangasniemi 2018).

Sosiaali- ja terveysalan työntekijän ja työympäristön arvot, asenteet ja ammattitaito näkyvät asiakaskohtaamisissa. Kohtaaminen on myös oppimisen ja itsearviointin mahdollisuus. Hyvä kohtaaminen mahdollistaa laajemman kirjoituksen- ja hoitotapoja. (Laine 2018.) Kohtaamiseen kuuluvat verbaalisuuden lisäksi eleet ja ilmeet sekä muu kehonkieli. Asiakasläheisyyteen kuuluu myös kosketuksenkestävyys: voi koskettaa ja tulla kosketetuksi. (Virjonen & Kankare 2013, 71.)

Ohjaus tarkoittaa lyhyesti ohjeiden antamista: informointia, neuvontaa, opastusta ja opetusta. Sen tarkoituksena on ohjattavan itsetuntemuksen lisääminen ja ongelmien ratkaisemisen oppiminen. Suosituksia ohjaukseen tulee eri terveys- ja

hyvinvointiohjelmista, Käypä hoito- ja laatusuosituksista, oppaista sekä muista hyvistä käytänteistä ja eettisestä toiminnasta. Ohjausta muokkaavat sen tavoite, sisältö ja menetelmät. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjaukseen vaikuttavia lakeja ovat muun muassa Suomen perustuslaki, kuntalaki, ammattihenkilöitä, potilaita, ja asiakkaita koskevat lainsäädännöt ja muut asiakkaan ohjausta sivuavat lait. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15–16, 19.)

Terveydenhoidon ammattihenkilön on kaikessa toiminnassaan noudatettava eettisiä periaatteita. Tämä tarkoittaa myös kliinisten taitojen sekä ohjauksen ja vuorovaikutustaitojen kehittämistä ja ylläpitämistä. Ohjauksessa potilaalla on itsemääräämisoikeus. Häneen kohdistuvat päätökset on tehtävä yhteisymmärryksessä, ja asiakkaalla on oikeus tiedonsaantiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5–17.)

Nykyisin ohjauksen tavoitteena on siis asiakkaan aktiivinen osallistuminen ja tämän omien ajatusten esiintuominen. Ohjaaja tukee asiakasta, eikä anna valmiita malleja. Yksilöllisessä kunnioittamisessa otetaan huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristölliset taustatekijät. (Kyngäs ym. 2007, 25–31.) Konstruktivistisessa ohjauksessa asiakkaan oppimisprosessia tuetaan ja hänet ymmärretään oppijana, joka jäsentää uutta tietoa aikaisemman tiedon varaan. Tavoite on asiakkaan itseymmärryksen lisääminen, jolloin hän pystyy perustelemaan toimintansa ja on motivoitunut. (Vänskä ym. 2011, 21–23.)

Hyvä ohjaustilanne on luottamuksellinen, tasa-arvoinen ja kunnioittava. Ohjaaja osoittaa kiinnostusta asiakkaaseen, ymmärtää häntä, rohkaisee mielipiteisiin ja luottaa häneen. Motivoivassa ohjauksessa pyritään empatian ilmaisuun, ristiriidan osoittamiseen asiakkaan nykytilanteen ja tavoitteen välillä, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn sekä pystyvyyden tunteen tukemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47–49.) Ohjaajakeskeisessä ohjauksessa saatetaan tukea liikaa ohjattavan riippuvuutta ohjauksesta. Jaetussa asiantuntijuudessa pyritään ohjaajakeskeisen yksinpuhelun sijaan vuoropuheluun, ja ohjattava nähdään oman elämänsä asiantuntijana. Ohjattava on itseohjautuva, omia ratkaisuja tekevä yksilö, jonka autonomiaa tuetaan antamalla tilaa kysymyksille ja valinnoille. Toisaalta myös korjaava ohjaus voi olla tarpeellista. (Vänskä ym. 2011, 69–73.)

Ohjaajan tulee ymmärtää asiakkaan tiedon vastaanottokyky. Ohjaaminen voi olla kielellistä, visuaalista, aktiivista toimintaa tai muiden luovien keinojen avulla toteutettua. Ympäristö vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Epäsiistit tilat, rauhatomuus ja kiireen tuntu vaikuttavat negatiivisesti ohjaamiseen. Ohjaajan on hyvä olla samalla korkeudella asiakkaan kanssa ja tarpeeksi lähellä. (Kyngäs ym. 2007, 32–38.) Ohjaajan täytyy kyetä näkemään ohjaustilanne myös ohjattavan näkökulmasta. Turvallisuudentunne edesauttaa ohjaustilanteeseen orientoitumista. (Vänskä ym. 2011, 64.)

Small talk -taidot ovat tärkeitä. Niillä ohjaaja voi tunnustella asiakkaan tilannetta, rakentaa luottamusta ja poistaa jännitystä. Sinuttelu ja teitittely kuuluvat etiketti-käyttäytymiseen, ja perinteisesti ikääntyneitä on teititely. Luvan saatuaan on voinut sinutella. Teitittely käy muodollisiin tilanteisiin, kun puhuja puhuu edustajan roolissa tai asiakas toivoo teitittelyä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 27–30.) Varma ja omaa persoonaa käyttävä ammattilainen voidaan tuntea kunnioitettavana asiakassuhteessa (Vanhala, Niemi & Ylinen 2016, 265). Matala ja rauhallinen puheääni luo luottamusta kuulijassa. Se herättää mielikuvan lämmöstä, huolenpidosta ja asiantuntemuksesta. (Niemi ym. 2006, 62.)

5.2 Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaaminen

Kuten kaikessa muussakin kohtaamisessa myös muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamisessa kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen ovat perusta tasa-arvoiselle vuorovaikutukselle. Asiallisella kohtelulla pyritään säilyttämään asiakkaan itsekunnioitus. (Mönkäre 2014b, 86–87.)

Mielekkäässä vuorovaikutuksessa muistisairautta sairastavan henkilön kanssa on pyrittävä ymmärtämään hänen käyttäytymisensä syyt ja hyväksymään hänen kokemuksensa todellisuudesta merkittävänä. Tämä ns. validaatiomenetelmä toimii vastapainona realiteettiorientaatiolle, jossa muistisairautta sairastavalle hen-

kilölle pyritään tarjoamaan tosiasioita ja sitouttamaan hänet nykyhetkeen. Realiiteettiorientaatio voi saada asiakkaan vihamieliseksi ja haluttomammaksi vuorovaikutukseen. (Pohjavirta 2012, 22, 26–27.)

Muistisairautta sairastava henkilö on itsessään tapahtuvien muutosten armoilla. Turvallisen ympäristön luomisella voidaan hallita käyttäytymisen muutoksia. Haasteellisella käyttäytymisellä ilmaistaan usein toiveita, tarpeita tai paha mieltä. Haasteellisen käyttäytymisen tulkitseminen ja ymmärtäminen voi olla vaikeaa. Siinä auttavat ymmärrys käyttäytymisen muutosten syistä, tieto asiakkaan elämänhistoriasta, rauhallisuus, tilanteeseen sopiva ja harmiton huumori, asiakkaalle tutut laulut ja lorut, huomion kääntäminen toiseen asiaan ja tarpeen mukainen tilanteesta poistuminen tai totuudenvastaisiin käsityksiin ”mukautuminen”. (Mönkäre 2014b, 87–88, 91–92.) Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamisessa äänensävy, tempo ja kehonkieli korostuvat entisestään (Häkämies 2012, 11).

Pyrkimys ymmärtää muistisairautta sairastavan asiakkaan tuntemuksia, toiveita, kokemuksia ja esimerkiksi mahdollisia kivun ja epämukavuuden aiheuttajia parantaa vuorovaikutusta (Kunik, Snow, Wilson, Amspoker, Sansiqiry, Morgan, Ying, Hersch & Stanley 2017). Esimerkiksi omaishoitajat hyötyvät tiedosta, jota saavat muistisairautta sairastavan omaisen käytösoireiden kohtaamisesta ja niiden hallinnasta (Barton, Merrilees, Ketelle, Wilkins & Miller 2014). Omaishoitajille suunnattu valmennus käytöshäiriöiden kohtaamisesta voi vähentää muistisairautta sairastavan henkilön käytöshäiriöitä, parantaa niiden hallintaa ja vähentää omaishoitajien kuormitusta (Huang, Kuo, Chen, Liang, Huang, Chiu, Chen, Sun, Hsu & Shyu 2013).

5.3 Fysioterapeuttinen ohjaaminen

Fysioterapeuttisessa ohjauksessa tavoitteena on vaikuttaa asiakkaan liikkeen, liikkumisen ja toiminnan laatuun terveyttä ja toimintakykyä tukevasti. Ohjauksessa motivoidaan asiakasta omien voimavarojen käyttämiseen tavoitteiden saavuttamiseksi. Motivaatiota tukevat asiakkaan näkemysten ymmärtäminen ja tavoitteiden realistisuus ja mielekkyys. Ohjaustyö koostuu eri mallintamiskeinojen (visuaalinen, auditiivinen, manuaalinen) sekä erilaisten palautteenantotapojen soveltamisesta. Ohjaukseen sisältyy myös asiakkaan läheisten ja muiden hänen kanssaan työskentelevien tahojen ohjaus ja neuvonta. Fysioterapeuttinen ohjaus perustuu motoriseen oppimiseen, ja terapeutti tukee tätä kognitiivista prosessia hermostoon, muistiin ja huomion suuntaamiseen vaikuttamalla. (Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 16.)

Motorinen oppiminen on jossain määrin pysyvä muutos keskushermoston hermoyhteyksissä, ja se perustuu hermoston plastisiteettiin. Motorisessa oppimisessa on siis kyse hermoston rakenteellisista muutoksista, jotka helpottavat synapsivälitystä. Näihin muutoksiin vaikuttavat tukiaktiiviteetit, muun muassa motivaatio, tarkkaavuus, vireystila ja lääkitys. Motorinen oppiminen ja taitavuus perustuvat neuronijoukkojen plastisuuteen. Siksi neuronien tuhoutuminen vaikuttaa myös motoriseen oppimiseen ja suoriutumiseen. (Kauranen 2011, 291,317–318, 400–401.)

Kuten yllä on mainittu, ohjaamisessa on erilaisia mallintamiskeinoja. Visuaalisesti voi ohjata esimerkiksi omalla näytöllä. Tällöin on varmistettava suorituksen näkyvyys oikeasta kulmasta ja että suoritus toistetaan oikein riittävän monta kertaa. Visuaalinen ohjaaminen perustuu aivojen peilisolujen aktivaatioon, joka jäljittelee liikkeen motorista suorittamista. Sanallisen ohjeistuksen tulee olla lyhyttä, selkeää ja ymmärrettävää, edetä pääkohdista yksityiskohtiin ja rakentua opittujen asioiden varaan. Ohjaamisessa on tärkeää suunnata rajallinen huomiokyky olennaiseen sekä ottaa huomioon vireystila ja sen vaikutus motoriseen suorituskyykyyn. Aktiivisessa ohjauksessa harjoittelija suorittaa liikkeen itse, passiivisessa ohjauksessa suoritus ohjataan manuaalisesti. Tällaisen passiivisen ohjauksen

heikkous on motorisen järjestelmän inaktiivisuus ja suorituksesta saadun palautteen vähäisyys. Siksi suositeltavaa on turvallisuuden rajoissa tapahtuva mahdollisimman itsenäinen suoritus. (Kauranen 2011, 364–377, 379–381.)

Ihmisen liikkumis- ja suoritusjärjestelmässä (human performance system) palautteella tarkoitetaan kaikkea saatua aistitietoa liikkeestä, sen laadusta ja tuloksesta. Oppiminen edellyttää palautetta. (Schmidt & Lee 2014, 256–257.) Palaute voidaan jakaa sisäiseen (taktiiliseen, auditiiviseen, visuaaliseen ja proprioseptiseen tehtäväsidonnaiseen palautteeseen) ja ulkoiseen, toisen henkilön tai laitteen, antamaan palautteeseen. Sisäistä palautetta voidaan kompensoida ulkoisella palautteella. Positiivinen palaute on tehokkaampaa kuin negatiivinen. Liian usein toistuva palaute voi menettää merkityksensä. (Kauranen 2011, 382–384.)

Ohjauksessa kannattaa ottaa huomioon positiivinen siirtovaikutus, jossa aiemmin opitut taidot auttavat uusien taitojen oppimisessa ja omaksumisessa (Magill 2011, 290–291, 334–337). Ohjattavan aiemmat taidot on syytä selvittää, jotta voidaan hyödyntää positiivista siirtovaikutusta ja ennakoida mahdollinen negatiivinen siirtovaikutus (Kauranen 2011, 365–366).

Harjoittelussa kannattaa käyttää mielikuvia. Liikkeen näkeminen tai mielikuva itsestään tai toisesta suorittamassa liikettä aktivoi peilisolut tavalla, joka jäljittelee neuraalista aktivaatiota motorisessa suorituksessa. Keskushermosto ei näytä ”ymmärtävän” negaation kautta kuviteltuja tapahtumia, joten virheellisen suorituksen kuvittelu vahvistaa kyseisessä suorituksessa aktivoituvia neuro-niyhteyksiä. (Kauranen 2011, 376–378.)

5.4 Muistisairautta sairastavan henkilön ohjaaminen

Muistisairautta sairastavan henkilön ohjauksessa voi käyttää kolmikanavatekniikkaa eli katsekontaktin, manuaalisen, visuaalisen ja verbaalisen ohjauksen yhtäaikaista käyttöä. Katsekontakti asiakkaan kanssa kiinnittää asiakkaan huomion. Sanallinen ohjaus on lyhyttä, selkeää ja se on yhdistynyt kehonkieleen. Ohjausta auttaa rauhallinen ja häiriötön ympäristö. Manuaalinen ohjaus voi auttaa oikean

liikkeen hahmottamista, mutta jokaisen yksilöllisen tilan kunnioittaminen on tärkeää. (Forder 2014, 111.)

Mielikuvaharjoittelun avulla voidaan edistää suoritusta. Mielikuvassa harjoitteen liike on hyvä liittää asiakkaalle tuttuihin toimintoihin. Toistojen määrän merkitys oppimisen kannalta korostuu muistisairautta sairastavilla henkilöillä. Palaute on annettava meneillään olevasta harjoitteesta, ja sen on oltava selkeää, kuvaavaa, realistista ja kannustavaa. Tuntemusten tiedustelu ja seuraavan harjoituskerran mainitseminen kuuluvat palautteeseen. (Forder 2014, 111–112.)

Muistisairautta sairastavien henkilöiden ryhmänohjauksessa vaaditaan kykyä mukautua nopeasti vaihteleviin tilanteisiin. Ryhmätuntiin kuuluvat aloitus, toimintavaihe ja selkeä lopetus. Tarkoituksena on käyttää mahdollisimman monta aistia samaan aikaan, jotta aivot toiminta aktivoituu enemmän. Tuntiin voi kuulua äänen käyttämistä, kuten laulamista tai tuoksujen haistelua. (Forder 2014, 115–117.)

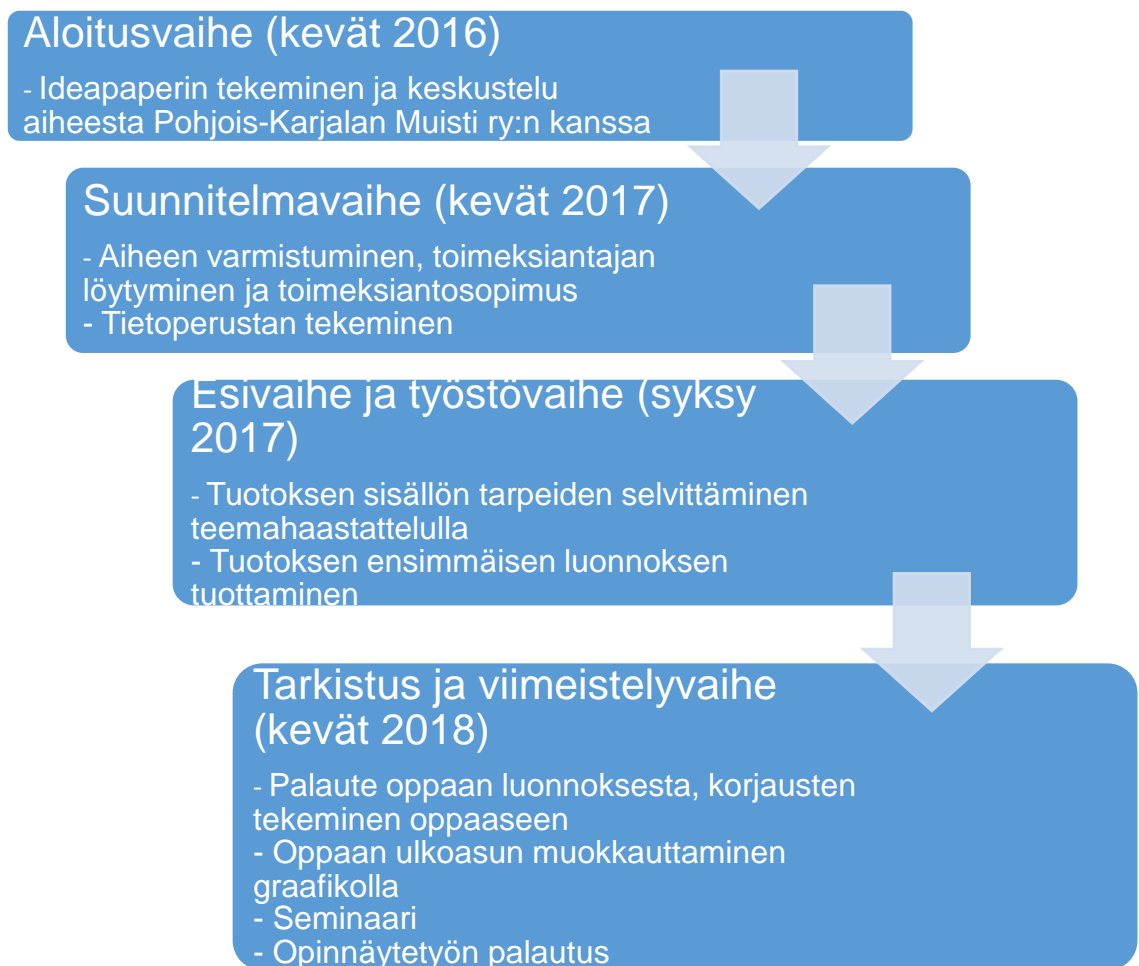
Asiakaslähtöisyys vaatii asiakkaan viestinnän ja tilanteen hyvää tulkintaa (Mönkäre 2014b, 91). Ohjeistuksen ja toimintojen yksinkertaistaminen parantaa kommunikaatiota ja ohjeiden ymmärtämistä (Bier, Macoir, Gagnon, Van der Linden, Louveaux & Desrosiers 2009). Asiakkaalle tuttujen asioiden tekeminen luo turvallisuutta ja parantaa toimintakykyä (Chard, Liu & Mulholland 2009). Yksilöity, asiakkaan toimintakyvyn mukainen päiväohjelma lisää aktiivisuutta ja voi vähentää ongelmakäytöstä (Gitlin, Winter, Burke, Chernett, Dennis & Hauck 2008).

Muistisairautta sairastavan henkilön toimintakykyä edesauttaa toiminnanmukainen ympäristö vihjeineen (Majlesi & Ekström 2016; Balouch & Rusted 2017). Asiakkaan huomio voi kuitenkin kiinnittyä itse vihjeeseen, eikä vihjettä osata liittää laajempaan kontekstiin (Kessels, van Doormaal & Janzen 2011). Vihjeiden hyödyntäminen voi heikentyä erityisesti Alzheimerin taudissa. Tämä johtunee muistiin tallentamisen heikkenemisestä, jolloin vihjeellä ei ole kontekstia. Esimerkiksi otsa-ohimolohkodementiassa ja vaskulaarisessa dementiassa vihjeistä on enemmän hyötyä, sillä ongelmat liittyvät enemmän muistiinpalauttamisstrategioiden

puutteisiin. (Cerciello, Isella, Proserpi & Papagno 2017.) Myös ylimääräiset ärsykkeet voivat kiinnittää huomion pois olennaisesta toiminnasta ja heikentää toimintakykyä (Wittwer, Webster & Hill 2013).

6 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyö on toiminnallinen. Opinnäytetyössä käytetään konstruktivistista mallia, jossa on aloitus-, suunnittelu-, esivaihe-, työstö-, tarkistus- ja viimeistelyvaihe (Salonen 2013, 16). Vaiheet on kuvattu kuviossa (kuvio 2). Tuotoksen suunnittelussa on käytetty teemahaastattelumenetelmää, joka on kuvattu tarkemmin luvussa 6.3.



Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessi

6.1 Aloitusvaihe

Opinnäytetyö alkoi vuoden 2016 keväällä tutkivan kehittämisen kurssilla, jolloin luonnosteltiin opinnäytetyön alustava ideapaperi. Kokemukset muistisairaiden asiakkaiden kanssa työskentelystä ohjasivat aihevalintaa. Aihe koettiin ajankohtaiseksi myös yhteiskunnallisella tasolla, ja sen tarkempi pohdinta selkiytti fysioterapian mahdollisuuksia muistisairautta sairastavien henkilöiden toimintakyvyn edistämiseen.

Mahdollista toimeksiantajaa hakiessa otettiin yhteyttä Pohjois-Karjalan Muisti ry:hyn, jolloin aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys varmentuivat. Lisäksi pohdittiin Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala-oppimis- ja palveluympäristön mahdollisuutta osallistua opinnäytetyöhön. Aloitusvaiheen tietoperustan luominen kesti elokuusta 2016 helmikuuhun 2017 asti.

6.2 Suunnitelmavaihe

Suunnitteluvaihe alkoi helmikuussa 2017. Lopulliseksi aiheeksi muodostui Joensuuun Muisti ry:ssä työharjoittelussa olevan sosionomiopiskelijan ehdotuksesta opas muistisairautta sairastavien asiakkaiden kohtaamiseen, ohjaamiseen ja toiminnan järjestämiseen.

Ehdotetusta ideasta keskusteltiin opinnäytetyön ohjaajan ja Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala-oppimis- ja palveluympäristön koordinaattorin kanssa. Voimala ryhtyi opinnäytetyön toimeksiantajaksi. Toimeksiantosopimukseen on merkitty kaikkien osapuolien vastuut ja velvollisuudet, ja toimeksiantosopimus on opinnäytetyöraportin liitteenä (liite 7).

Voimala on Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö, jonka toiminta on moniammatillista ja –alaista. Voimalan toiminnan tavoite on hyvinvoinnin ja terveyden tukeminen. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2017a.) Voimala järjestää ryhmätoimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille ja heidän omaisilleen (Karelia-ammattikorkeakoulu 2017b; 2017c). Toimeksiantajan mukaan opiskelijat

ovat kokeneet haastavana työskentelyn muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa. Näissä keskusteluissa toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus varmentuivat. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus ovat kerrottu luvussa 2.

Theseus-alustalta löytyi yksi aiempi muistisairautta sairastavan asiakkaan ohjaamiseen liittyvä opinnäytetyö. Sen tarkoituksena oli tuottaa kalenteri kuntouttavasta työotteesta ja muistisairautta sairastavan asiakkaan ohjaamisesta (Arokivi & Suvanto 2014). Google-hakukoneella löytyi kirjallisuuskatsausopinnäytetyö fyysioterapeutin vuorovaikutukseen liittyvistä tutkimuksista (Mähönen 2015).

Eniten tiedonhakua tehtiin suunnitelmavaiheessa. Lähteenä käytettiin alan kirjallisuutta ja internet-lähteitä sekä asiantuntijoita. Kirjallisuuslähteistä käytettiin pääasiassa Duodecimin julkaisemaa kirjallisuutta. Internet-lähteistä tietoa haettiin PubMed-, Cochrane- ja Cinahl- sekä Pedro-tietokannoista. Tietokantahaku rajattiin tutkimuksiin, jotka on julkaistu viimeisen 10 vuoden aikana. (Liite 1.) Lisäksi internetlähteistä on käytetty alakohtaisia sivustoja, kuten Muistiliiton, Ikäinstituutin sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuja.

Suunnitelmavaihetta on auttanut Karelia-ammattikorkeakoulussa toimiva ikäosaamisen opinnäytetyö -työryhmä, jonka tarkoituksena on antaa moniammatillista näkökulmaa ikäosaamisen opinnäytetöihin. Työryhmä on antanut varmuutta aiheen valintaan sekä ohjausta itse opinnäytetyön eri vaiheista.

Suunnitteluvaiheen alussa pohdittiin opinnäytetyöhön vaikuttavia tekijöitä. Näistä syntyi SWOT-taulukko myöhemmin työstövaiheessa (taulukko 2).

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Työparin hyvä yhteistyö aikaisempien töiden kautta -Molempia kiinnostava aihe ja omat kosketuspinnat aiheeseen -Tuttu ja luotettava toimeksiantaja -Aiheen ajankohtaisuus 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aihe on laaja ja monisyinen -Tekijöillä ei ole kokemusta opinnäytetyön tekemisestä
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oppia paremmaksi vuorovaikuttajaksi asiakkaiden kanssa -Voimalan toiminnan kehittyminen 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aikataulliset ongelmat työharjoittelusta johtuen -Aiheen paisuminen liian suureksi

Taulukko 2. SWOT-analyysi (mukaillen Opetushallitus 2017)

6.3 Esi- ja työstövaihe

Tuotoksen suunnittelu alkoi opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua elokuussa 2017. Voimalassa työskentelevien opiskelijoiden jo olemassa olevan tiedon ja oppaan sisällön tarpeiden selvittämiseksi päädyttiin käyttämään teemahaastattelua. Tämän jälkeen tehtiin teemahaastattelupohja, jonka teemat ja apukysymykset ovat liitteenä (liite 3).

Laadullista tutkimusmenetelmää voi käyttää esimerkiksi, kun tavoitteena on toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin nojautuva idea. Tällöin voidaan kerätä kirjoittamatonta tietoa esimerkiksi kokemuksista ja käsityksistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63.) Teemahaastattelun etuna on, ettei se sido haastattelijaa tarkasti eikä siihen vaikuta haastattelukertojen määrä. Teemahaastattelu pyrkii saamaan oleellimmman tiedon ja haastateltavien ”äänen” paremmin esille. Teemahaastattelu huomioi, että vastaukset ovat heijastumia haastateltavien kokemuksista ja syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Samantapainen kokemusmaailma ja tieto aiheesta parantavat aineiston yleistettävyyttä (Eskola & Suoranta 2000, 66). Määrää tärkeämpi on aineiston monipuolisuus ja miten se vastaa tavoitteita ja kohderyhmän tarpeita (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64). Aineiston saturaatiosta puhutaan silloin, kun uudet haastattelut eivät enää tuota uutta aineistoa (Kananen 2016, 110–111).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä haastatteluiden koko materiaalia ei ole välttämätöntä kirjoittaa puhtaaksi tai litteroida, vaan aineistoa voi käyttää lähteenä. Analyysissä pyritään tiivistämään aineiston hajanainen informaatio selkeäksi ja mielekkääksi. (Eskola & Suoranta 2000, 138.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston tulkintaa voidaan tehdä aineiston keruun yhteydessä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 223). Teemoittelussa aineistosta kerätään tutkimusongelmaa valaisevia teemoja ja keskeisiä aiheita. Teemoittelun avulla voidaan saada vastauksia ja tuloksia esitettyihin kysymyksiin. (Eskola & Suoranta 2000, 176, 180.)

Haastattelut suoritettiin Voimalan Muistin virrassa- ja Muistin virkistäjät -ryhmissä työskennelleille fysioterapeuttiopiskelijoille. Nämä ryhmät on suunnattu muistisairautta sairastaville sekä heidän omaisilleen (Karelia-ammattikorkeakoulu 2017a;

2017b). Toimeksiantaja antoi haastateltavien opiskelijasähköpostiosoitteet, ja heitä informoitiin mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Haastattelut tapahtuivat syys- ja lokakuussa 2017. Haastattelut ja myöhempi raportointi tapahtuivat yksityisyyden mahdollistavissa ryhmätyötiloissa. Yhteensä haastateltiin kuutta opiskelijaa, viittä kasvotusten ja yhtä sähköpostitse. Haastattelujen teemana oli muistisairautta sairastavan asiakkaan kohtaamisen ja ohjaamisen haasteet. Vastauksien kerrottiin tulevan opinnäytetyöhön ja haastatteluun pyydettiin kirjallinen suostumus. Suostumuksessa myös pyydettiin lupa ottaa tarvittaessa uudelleen yhteys haastateltavaan tarkennusten tai lisäkysymysten varalta (liite 2).

Haastattelussa käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Vaikka kyseessä ei ole tutkimuksellinen opinnäytetyö, teemahaastattelussa on kyseessä tutkimusasetelma (Kananen 2014, 125). Tutkimuslupan tarpeellisuus selvitettiin koulun opintotoimistosta. Tutkimuslupaa ei tarvittu otannan pienen koon takia ja koska henkilörekisteriä ei tarvittu. (Karelia-ammattikorkeakoulun opintotoimisto 2017.)

Haastattelujen tiedot kirjattiin paperille haastatteluiden aikana. Aineistosta tehtiin valikoituja litterointeja, joissa käsiteltiin tuotoksen kannalta oleelliset asiat. (Vrt. Metsämuuronen 2006, 122.) Lokakuussa 2017 analyysissä selvitettiin, onko saatu tieto oikeassa muodossa tai sisältääkö se puutteita. Tulokset järjestettiin teemoittain. (Vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 221–223.) Aineiston analyysillä perustellaan oppaan sisällölliset valinnat (Vilka & Airaksinen 2003, 63–64). Haastattelumateriaalista kerättiin myös käytännön esimerkkejä tuotokseen havainnollistamaan esitettävää asiaa.

Materiaali teemoiteltiin seuraavasti: suhtautuminen asiakkaaseen, ohjaaminen, tilat, moniammatillisuus, suunnittelu ja voimavaralähtöisyys sekä yleisesti ottaen tarve tiedolle muistisairauksista. Teemat menevät osittain päällekkäin. Esimerkiksi mielikuvien käyttö liittyy sekä ohjaamiseen, voimavaralähtöisyyteen että suunnitteluun. Myös voimavarojen kartoittaminen kuuluu suunnitteluun, suhtautumiseen asiakkaaseen, voimavaralähtöisyyteen sekä ohjaamiseen. Lisäksi turvallisuus on huomioitava koko suunnittelussa ja toteutuksessa, ei ainoastaan ti-loihin ja suunnitteluun liittyen. (Vrt. kuvio 3.)

Haastateltavat kokivat tärkeäksi oikean asennoitumisen muistisairaisiin; ei katsota yksinomaan sairautta tai toimintakyvyn puutteita, vaan pyritään näkemään ihminen ja hänen tarpeensa. Kuten eräs haastateltava totesi, perustarpeet ovat samat kaikilla ihmisillä myös silloin, kun he eivät kykene tarpeitaan ilmaisemaan. Patologiasta huolimatta asiakkaalla on itsemääräämisoikeus. Osa haastateltavista myös koki, ettei muistisairautta sairastavalle asiakkaalle aina anneta tilaa itseilmaisuuksiin. Luovissa harjoitteissa asiakkaiden luovuus yllätti haastateltavat. (Vrt. Kuvio 3.)

Osa haastattelihoitajista koki, ettei moniammatillisuus juuri näkynyt Voimalan toiminnassa. Toisaalta esimerkiksi sosionomi- ja sairaanhoitajaopiskelijat olivat korostaneet sosiaalisen toimintakyvyn merkitystä, jonka fysioterapeuttiopiskelijat kokivat usein itse unohtaneensa. Toimintaterapian näkökulmaa olisi toivottu myös mukaan. (Vrt. Kuvio 3.)

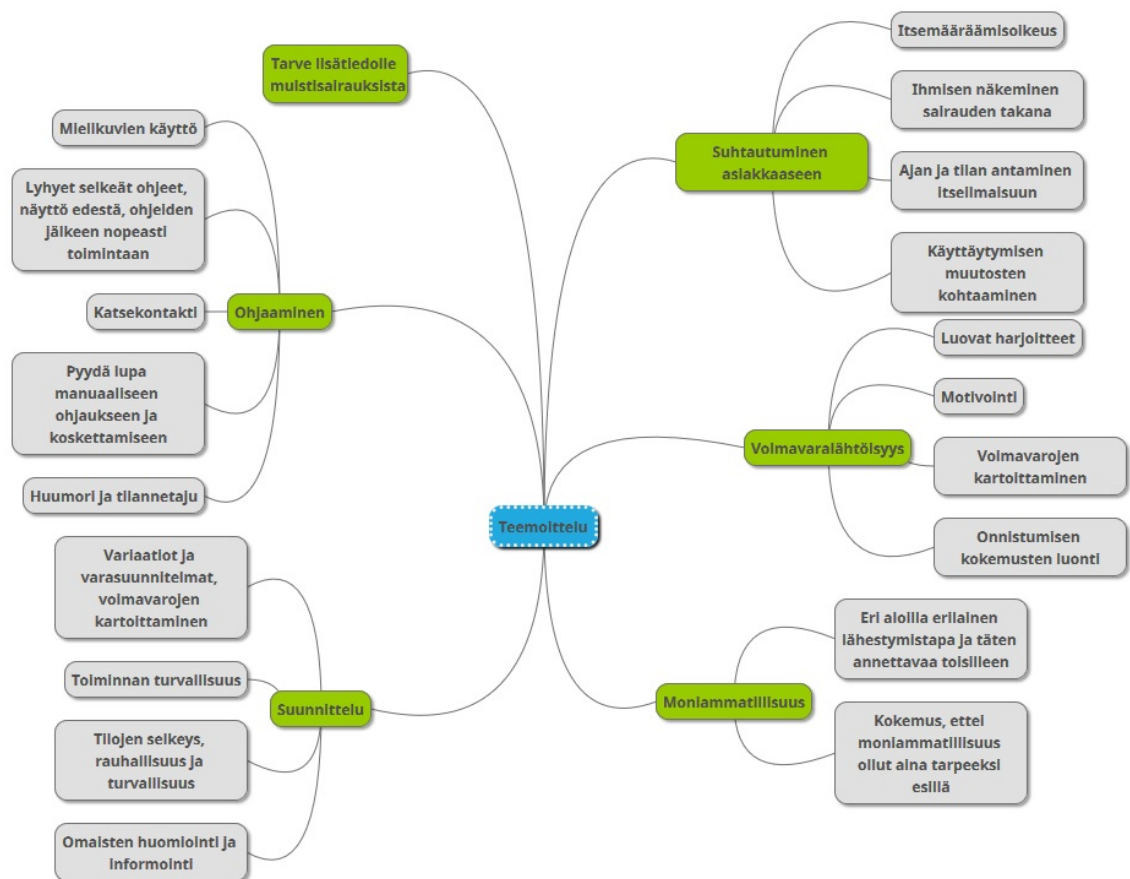
Asiakkaiden työn ja harrastusten selvittäminen voi myös auttaa toiminnan sisällön suunnittelussa. On myös otettava huomioon asiakkaiden väliset suuret erot toimintakyvyssä kehittämällä variaatioita ja varasuunnitelmia. Toiminnan täytyy olla sellaista, että ohjaajia on tarpeeksi, kuitenkin siten että on yksi selkeä pääohjaaja. Tilojen tulee olla rauhalliset, selkeät ja mahdollisimman esteettömät. (Vrt. Kuvio 3.)

Haastateltavat kokivat joskus motivoimisen haastavaksi. He kuitenkin myös huomasivat, että usein kyse ei ollut asiakkaan motivaation puutteesta, vaan hänelle sopivan harjoittelutavan löytämisestä. Esimerkiksi tasapainoharjoittelu saattoi onnistua paljon paremmin tanssin avulla. Asiakkaiden taholta ei myöskään tullut ”mitään turhaa hyssyttelyä”. Vaikka asiakkaan työ, harrastukset ja kiinnostuksen kohteet oli selvitetty, kokivat haastateltavat, että tätä tietoa olisi voinut käyttää paljon enemmän ohjaamisessa. (Vrt. Kuvio 3.)

Ohjaamisessa koettiin tärkeäksi ohjeiden selkeys ja ytimekkyys. Asiakkaalle puhuttaessa on kuitenkin muistettava, että hän on aikuinen ihminen. Myös ohjaamisessa koettiin hyväksi, jos etukäteen mietti variaatioita ohjaukseen ja miten kukin harjoite liittyy arkielämään. Haastateltavat huomasivat itsekkin näytön ja monien

kanavien käytön tärkeyden ohjauksessa. Tärkeänä pidettiin myös ohjaajan rauhallisuutta, omana itsenään olemista ja tilanteen kiireettömyyttä – suorituksen hitaus ei aina tarkoita, ettei ohjeita oltu ymmärretty. (Vrt. Kuvio 3.)

Haastateltavat myös ilmaisivat tarpeensa yleistiedolle muistisairauksista. Lisäksi oppaaseen toivottiin yleisesti hyviä käytänteitä toimintakyvyn tukemisesta muistisairauksissa ja käytösoireiden kohtaamisesta. Osa haastateltavista koki käytösoireet hankalina kokemuksen ja tiedon puutteen takia. (Vrt. Kuvio 3.)



Kuvio 3. Mielikuvakartta haastattelun teemoista

Tämän teemoittelun pohjalta tehty jäsentely tuotti ensimmäisen luonnoksen oppaasta. Ottaen huomioon, että kohderyhmä lukee opasta järjestääkseen toimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille, kyseinen jäsentely ei tukenut tätä tarvetta parhaalla mahdollisella tavalla. Ensimmäisessä luonnoksessa asioiden käsittelyjärjestys ei edennyt järjestyksessä, jossa toiminta etenee Voimala-oppimis-

ja palveluympäristössä. Siksi jäsentely muutettiin siten, että se jäljittelee toiminnan järjestämistä. Uusi jäsentely palvelee paremmin lukijoiden tarpeita, ottaen huomioon teemoittelussa ilmenneet tarpeet ja etenemällä toimintaa jäljitellen. Ensimmäinen jäsentely ja toinen, korjattu jäsentely on kuvattu taulukossa (taulukko 3).

Jäsentely 1	Jäsentely 2
1. Yleistä muistisairauksista	1. Saatteeksi
2. Suhtautuminen asiakkaaseen	2. Yleistä muistisairauksista
3. Voimavaralähtöisyys	3. Kohtaaminen
4. Suunnittelu	4. Toiminnan suunnittelu
5. Ohjaaminen	5. Toiminnan toteutus
6. Moniammatillisuus	
7. Tilat	

Taulukko 3. Oppaan sisällön jäsentely

Uudessa jäsentelyssä opas alkaa saatetekstillä, jossa kerrotaan oppaan tavoite ja sisältö sekä ohjeistus oppaan käytöstä. Saatetekstin jälkeen esitetään lyhyesti muistisairaudet ja ICF-toimintakykyluokittelulla niiden vaikutus toimintakykyyn. Tämän jälkeen käydään läpi asiat, jotka kannattaa huomioida ennen toiminnan järjestämistä, toiminnan suunnittelussa ja toiminnan toteutuksessa. Haastattelussa oli toivottu yksityiskohtaisempaa tietoa, joten oppaan lopussa on lista muita lähteitä, joihin lukija voi itsenäisesti tutustua.

Oppaan toimivuuden varmistamiseksi on kerätty teorian tietoa hyvästä oppaasta. Oppaan tavoite sekä kohderyhmä ja kohderyhmän tarpeet on selvitetty, ja oppaan sisältö on näiden mukainen. Haastattelumateriaalin teemoittelulla mielikuvakartaksi on jäsennetty ja järjestetty kohderyhmän tarpeet. Tämä jäsentely ohjaa oppaan sisällön luomista ja jäsentelyä. Koska oppaassa annetaan vinkkejä prosessin toteuttamiseen, etenee oppaan sisältö kronologisesti. Oppaan alussa selvitetään oppaan aihe, tavoite, käyttötapa ja teksti liitetään laajempaan yhteiskunnalliseen viitekehykseen. (Vrt. Kankaanpää & Piehl 2011, 31–36, 57–59, 70, 95–96, 148.)

Oppaassa käytetään yleiskieltä ja termistö on aukaistu (Kankaanpää & Piehl 2011, 67–71). Tutkimustieto, asiantuntijoiden mielipiteet ja käytännön esimerkit toimivat oppaassa perusteluna (vrt. Niemi ym. 2006, 133), jolla motivoidaan lukijaa (Kankaanpää & Piehl 2011, 63). Oppaassa on haluttu korostaa muistisairautta sairastavien asiakkaiden olevan omia ratkaisuja tekeviä yksilöitä, joilla on tarve osallisuuteen. Muistisairautta sairastavista asiakkaista puhutaan asiakkaina, koska on vältetty patologian samastamista sitä sairastavaan ihmiseen. Käyttösoi-reen sijaan käytetään ilmaisua käyttäytymisen muutos. (Vrt. Niemi ym. 2006, 28; Kankaanpää & Piehl 2011, 244–246.) Lähteet merkitään yläviitteiden avulla alaindeksiin, ja lopussa on lähdeluettelo (vrt. Niemi ym. 2006, 144). ICF-luokituksen mukaisessa taulukossa on havainnollistettu muistisairauksien vaikutus toiminta-kykyyn, ja jokaisen luvun alussa olevassa taulukossa on luvun avainkohdat (vrt. Kankaanpää & Piehl 2011, 48–50). Tarkemmin teoriatieto hyvästä oppaasta ja miten sitä opinnäytetyön tuotoksen tuottamisessa sovellettiin, on esitetty liitteessä 4.

6.4 Tarkistus- ja viimeistelyvaihe

Ensimmäinen luonnos tuotoksesta kahdella eri otsikoinnilla valmistui marras-kuussa 2017. Toimeksiantaja antoi palautetta tuotoksesta ja ehdotti korjauksia muun muassa tuotoksen otsikointiin, saatteen tarkentamiseen, ICF-taulukon termien avaamiseen ja asioiden esittämisjärjestykseen. Toimeksiantaja kehotti myös ottamaan yhteyttä oppaan ulkoasun, Karelia-ammattikorkeakoulun pohjan ja Voimalan logon osalta koulun graafikkoon.

Palautetta oppaasta on pyydetty toimeksiantajalta, Voimalan opiskelijoilta, asiantuntijoilta ja opinnäytetyön opponoijilta. Toimeksiantaja tarkasti oppaan ensimmäisen luonnoksen ja ehdotti korjauksia sen otsikointiin, saatetekstin tarkentamista, ICF-taulukon termien avaamista ja kappaleen 5 sisällön uutta jäsentämistä. Nämä muutokset tehtiin. Hyvää luonnoksessa olivat avainkohta-taulukko lukemisen helpottamiseksi ja sopiva pituus. Toimeksiantaja toivoi myös oppaaseen konkreettisia ohjeita moniammatillisen toiminnan aloittamisesta.

Haastatelluilta opiskelijoilta pyydettiin palautetta oppaasta, sen ulkoasusta, sisällystään, selkeydestä sekä siitä, olisiko se auttanut heitä muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamisessa ja ohjaamisessa sähköpostitse. Vastauksia saatiin kaksi. Oppaan ulkoasusta pidettiin, avainkohta-työkalun koettiin orientoivan aiheeseen, ja käytännön esimerkit koettiin hyviksi. Opasta ja sen etenemisjärjestystä pidettiin johdonmukaisena. Koettiin myös, että opas auttaisi opiskelijoita kohtaamaan ja ohjaamaan muistisairautta sairastavia asiakkaita sekä etsimään lisää tietoa. Kuvia toivottiin enemmän. Lisäksi toivottiin tietoa vaikeassa vaiheessa olevaa muistisairautta sairastavan asiakkaan kohtaamisesta ja ohjaamisesta. (Liite 6.)

Pohjois-Karjalan Muisti ry:n toiminnanjohtajan palautteessa opasta pidettiin hyvänä, mielenkiintoisena ja tiiviinä ja sen jakamista muistihoidtajaverkostolle harkittiin. Esimerkkejä ja avainkohta-työkaluja pidettiin hyvinä ja ne auttoivat ymmärtämään tekstiä.

Muistiliiton fysioterapeutin ja terveydenhoitajan palautteessa esimerkkejä ja avainkohta-työkaluja pidettiin hyvinä, sillä niistä sai heti hyvän tietopaketin aiheesta. Lähteiden merkitsemistapa koettiin toimivaksi, sillä lähteet eivät häirineet lukemista. Oppaan koettiin tarjoavan hyvää perustietoa muistisairauksista, mutta sitä ei pidetty liian spesifinä. Esimerkkikertomuksista toivottiin lyhyempiä. Tekstiin toivottiin parempaa ja johdonmukaisempaa jäsentelyä. Sivun 8 työkalua pidettiin hieman raskaana, ja asettelu ”heitti” sen kahdelle sivulle. Reflektiota pidettiin lyhyenä. Reflektio-luku päädyttiin poistamaan kokonaan, koska se ei antanut merkittävästi uutta tietoa.

7 Opinnäytetyön tuotos

Opinnäytetyön tuotos on opas kohtaamiseen ja ohjaamiseen (liite 8). Sen tavoitteena on kehittää muistisairautta sairastaville asiakkaille järjestettävää, toimintakykyä edistävää toimintaa Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala palvelu- ja oppimisympäristössä. Oppaan kohderyhmä on Voimalassa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan opiskelijat. Oppaaseen on koottu hyviä käytänteitä muistisairautta sairastavien asiakkaiden kohtaamisesta, fysioterapeuttisesta ohjaamisesta sekä toimintakyvyn edistämisestä. Oppaan alussa on saateteksti oppaan käytöstä ja sisällysluettelo. Oppaaseen on myös koottu käytännön esimerkkejä, jotka havainnollistavat teoriaa.

Opas on tehty vain sähköiseen muotoon, sillä toimeksiantajan mielestä paperisen oppaan tekeminen ei tuota lisäarvoa työlle. Sähköinen versio on helposti saatavilla Voimalan Moodle-alustalta aina sitä tarvittaessa. Tuotos on liitteenä 8.

8 Pohdinta

8.1 Prosessin arviointi ja tuotos verrattaessa teoriaan

Opinnäytetyön tarkka rajaaminen on tärkeää, jotta työ ei kasva liian suureksi. Vaikka rajaus pyrittiin määrittämään tarkasti, erityisesti tietoperustan kokoaminen laajeni usein kauas aiheen rajojen yli. Toisaalta koetaan, ettei ”turha työ” mene hukkaan. Opinnäytetyöraportin teksti on pyritty kirjoittamaan ja jäsentämään mahdollisimman tiiviisti. Tärkeimmät käsitteet on määritelty ja niitä on käytetty johdonmukaisesti läpi raportin. Erityisesti tuotoksessa on pyritty käsitteiden käyttämiseen ei-leimaavalla tavalla.

On tärkeää ensin tutustua ja tuntee prosessi, ennen kuin alkaa liian innokkaasti toteuttamaan työtä. Ajoittain opinnäytetyöprosessin aikana on menty asioiden edelle. Työvaiheiden tarkempi suunnittelu olisi helpottanut prosessia. Tuotoksen

suunnittelu näyttää jälkikäteen selkeämmältä kokonaisuudelta kuin miltä se tuntui itse suunnitteluvaiheessa.

Opinnäytetyössä on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää, teemahaastattelua, opinnäytetyön tuotoksen sisällön tarpeiden kartoittamiseen. Vaikka teemahaastattelumenetelmästä ei ollut aikaisempaa kokemusta, tuntui se silti luontevalta tavalta hankkia tietoa. Tämä johtunee siitä, että teemahaastattelu jäljittelee tavallista keskustelua.

Opinnäytetyöprosessissa ovat auttaneet Karelia-ammattikorkeakoulun ikäosamisen opinnäytetyöryhmän tapaamiset. Tapaamisissa ovat olleet mukana muun muassa Voimalan koordinaattori, ohjaava opettajamme sekä muita Karelia-ammattikorkeakoulun opettajia.

Oppaan jäsentely ja kieliasu perustuvat teoriaan joka on kuvattu liitteessä 4. Opas tiivistää tämän opinnäytetyön tietoperustassa olevan teorian muotoon, joka vastaa Voimalan opiskelijoiden tarpeita. Oppaassa on kohderyhmän tarpeista johtuen tietoa muustakin kuin kohtaamisesta ja ohjaamisesta. Toimeksiantajan, asiantuntijoiden ja opiskelijoiden palaute on parantanut tuotosta.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Fysioterapeutin tulee työssään toimia eettisten säännösten mukaisesti ja toimia luottamuksellisesti ja ihmistä arvostaen. Fysioterapeutti sitoutuu tutkimustehtävissä tutkimuseettisiin käytäntöihin ja tieteellisiin toimintatapoihin. (Suomen Fysioterapeutit 2014.)

Tutkimustiedon haussa on käytetty korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia. Haussa on käytetty muun muassa PubMed ja Cinahl -tietokantoja. Kirjallisuuslähteissä on käytetty tutkittuun tietoon perustuvaa ja asiantuntijoiden kirjoittamaa kirjallisuutta, kuten Duodecimin julkaisuja. Myös kirjallisuudessa on pyritty käyttämään mahdollisimman uusia, alle kymmenen vuoden ikäisiä lähteitä.

Kirjallisuuden ja tutkimustiedon lisäksi tietoa on myös haettu konsultoimalla asiantuntijoita. Sekä opinnäytetyöraporttiin että tuotokseen on merkitty tarkasti lähteet luotettavuuden varmistamiseksi (vrt. Kananen 2012, 88–89).

Teemahaastattelulla pyrittiin selvittämään, millaisia tarpeita Karelia-ammattikorkeakoulun Voimalassa työskentelevillä opiskelijoilla on muistisairautta sairastavien asiakkaiden ohjaamisen ja kohtaamisen suhteen. Tämän vuoksi haastateltiin Voimalan opiskelijoita, jotka ovat toimineet muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa. Teemahaastattelun apukysymykset oli aseteltu koskemaan käsiteltävää aihetta (liite 3). Tutkimusasetelma on pyritty järjestämään niin, että tutkittava tieto liittyy suoraan tutkimusongelmaan (vrt. Kananen 2014, 125). Teemahaastattelun luotettavuuden parantamiseksi haastattelutilat, teemahaastattelun apukysymykset, haastateltavien informointi, oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai jättäytyä siitä, haastattelun luottamuksellisuus, haastattelumateriaalin purku ja sen teemoittelu sekä palautteen hankkiminen on raportoitu (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 232; Hirsjärvi & Hurme, 2000, 20; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 175).

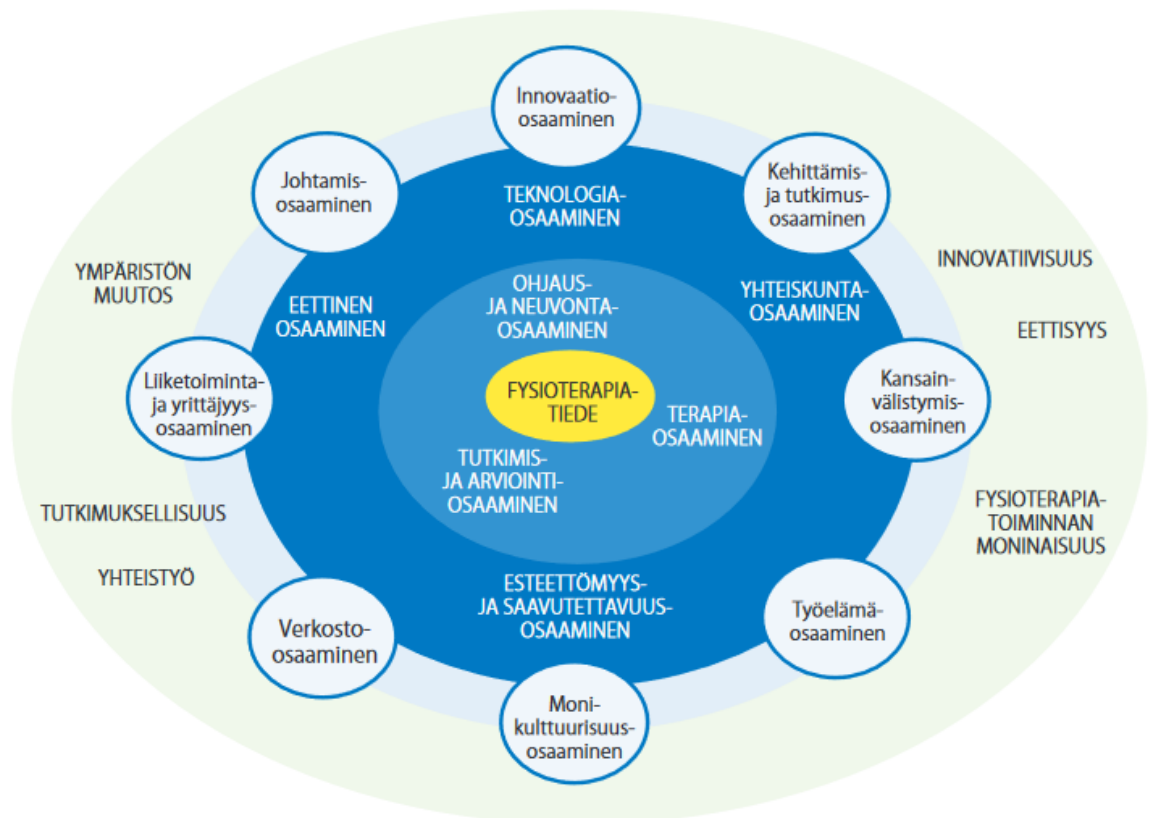
Haastattelutilanteissa tutkija ei saa johdatella vastauksia, mutta tutkija saa herättää keskustelua (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20). Ero näiden välillä voi joskus olla vaikea selvästi määritellä, ja kyse on haastattelijoiden motiiveista: haluavatko he aidosti selvittää tässä tapauksessa kohderyhmän tarpeet vai hakea vahvistusta omille näkemyksilleen. Luotettavuutta saattaa heikentää nauhoittamisen puute. Vaikka haastatteluja ei äänitetty, luotettavuutta parantaa se, että haastattelijat kirjasivat vastaukset paperille.

Haastateltavien määrää tärkeämpi on aineiston monipuolisuus ja miten se vastaa tavoitteita ja kohderyhmän tarpeita (Vilkka & Airaksinen 2003, 64). Aineisto saatiin jo kuuden (6) opiskelijan otannalla (vrt. Kananen 2016, 110–111). Tämä johtuu todennäköisesti haastateltavien samasta koulutuksesta ja yhteisestä työharjoittelusta Voimalassa. Aineisto myös vastasi kohderyhmää, sillä tuotos on suunnattu Voimalassa työskenteleville opiskelijoille. Toisaalta aineisto olisi vastannut kohderyhmää paremmin, jos olisi haastateltu myös muita sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita kuin vain fysioterapeuttiopiskelijoita.

Tarkastus- ja viimeistelyvaiheessa on haluttu varmistaa tuotoksen palvelevuus toimeksiantajan näkökulmasta pyytämällä tältä palautetta. Tuotoksen toimivuutta on pyritty varmistamaan myös pyytämällä palautetta haastatelluilta opiskelijoilta. Lisäksi luotettavuutta on lisätty pyytämällä palautetta asiantuntijoilta. Opinnäytetyön opponoiijat ovat auttaneet kieliasun tarkistamisessa.

8.3 Ammatillinen kasvu ja kehittyminen

Pohdinta ammatillisesta kasvusta ja kehitymisestä on tehty alle olevan fysioterapeutin ydinosaamista kuvaavan kuvion 4 avulla. Lisäksi tässä osiossa pohditaan prosessikirjoittamista.



Kuvio 4. Fysioterapeutin ydinosaaminen (Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 21.)

Muistisairautta sairastavan asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ymmärretään laajemmin, jolloin laadukas toimintakykyarvio ja tarkoituksenmukainen ja yksilöllinen fysioterapiasuunnitelma mahdollistuvat. (Vrt. Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 14–15.) Asiakaslähtöisyyden merkitys on korostunut työn

aikana ja tuotosta suunnitellessa, ja käsitys näytöstä on laajentunut; näyttö ei ole vain systemaattisia katsauksia tai meta-analyysyjä, vaan myös alan asiantuntijoiden kliininen kokemus ja osaaminen ovat näyttöä, vaikkei sillä olekaan näytön korkeinta astetta (vrt. Käypä hoito 2012, 63). Vaikka tiedonhankinnan haun tekeminen tietokannoista oli jossain määrin tuttua, osaaminen syveni esimerkiksi hakusanojen ja -termien käytön, tulosten järjestelmällisen seulonnan ja hakuprosessin kirjaamisen osalta. Jo opinnäytetyön tietoperustaa koottaessa esiin nousi ajatus, että muistisairaus on harhaanjohtava nimitys, sillä muistiin liittyvät ongelmat voivat olla toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta toissijaisia tekijöitä. Tutkimuksissa tuli esille huomio, ettei kaikkea toimintakyvyn alenemista tule laittaa muistisairauden syyksi. Tämä huomio tuntuu puuttuvan kirjallisuudesta.

Näkökulma fysioterapian suunnitteluun ja toteuttamiseen on muuttunut asiakaslähtöisemmäksi opinnäytetyöprosessin aikana. Tämä merkitsee asiakkaan merkityks maailman ymmärtämistä, tavoitteiden ja toteutuksen suunnittelua yhdessä asiakkaan kanssa sekä näiden realistisuutta ja mielekkyyttä asiakkaalle. (Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 16.)

Muistisairautta sairastavien henkilöiden kohtaaminen ja ohjaaminen koetaan usein haastavaksi. Käsitys kohtaamisesta ja ohjaamisesta on syventynyt opinnäytetyön aikana. Aiemmin luontaisena pidetyt toimintatavat ovat saaneet tiedon kautta merkityksen. Tämä tieto auttaa oman toiminnan reflektointiin ja kehittämiseen ja tekee vaikeasta aiheesta helpommin lähestyttävän.

Prosessin aikana on saatu välineitä ja keinoja suunnitella ja toteuttaa fysioterapiaa muistisairautta sairastaville asiakkaille. Myös eri harjoittelumuotojen laaja merkitys toimintakyvylle on tullut konkreettisemmaksi. (Vrt. Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 17.) Muistisairautta sairastavan henkilön kohtaamisessa ja ohjaamisessa pätevät samat periaatteet kuin kohtaamisessa ja ohjaamisessa yleensä. Kirjallisuudesta löytyy vielä valitettavasti ohjeita, jotka eivät näytä perustuvan yksilöllisyyteen, ja kuntoutujan toimintakykyä muistisairaudesta vähentävään. Esimerkiksi Duodecimin vielä vuonna 2017 julkaisemassa kirjassa muistisairautta sairastavan ihmisen lihaskuntoharjoittelu kotona kehoitetaan toteuttamaan 1–2 kg:n nilkkapainoilla (Nukari, Mönkäre & Forder 2017, 106). Parempaa

toimintakyvyn tukemista on kannustaa kuntoutujaa liikkumaan. Tuolilta ylösnou-suun tarvitaan alaraajojen lihasvoimaa enemmän kuin 1–2 kg:n nilkkapainoilla on mahdollista saada.

Kokemus on, että ensisijainen opinnäytetyön anti on ollut affektiivisen oppimisen – asenteiden, tunteiden ja suhtautumistapojen – alueella. Aina on kunnioitettava asiakkaan kokemusta ja tuntemuksia. Tämä tekee terapian mielekkäämmäksi myös terapeutille. (Vrt. Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 19.) Terveystenhuollon ammattilaisen on tunnistettava omat arvonsa ja pidettävä ammattitaitonsa ajan tasalla. Asiakastilanteessa on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta. (Vrt. Kyngäs ym. 2007, 154–155.)

Opinnäytetyön prosessin aikana on mietitty, romantisoidaanko muistisairautta sairastavia henkilöitä liittämällä heihin yksinomaan positiiviseksi miellettyjä asioita esimerkiksi sanomalla, etteivät he teeskentele. Toisaalta negatiivinen kokemus asiakkaasta voi johtua puutteista terapeutin osaamisessa. Lähtökohtaisesti on oletettava, että he kokevat aivan samoja tuntemuksia kuin kaikki muutkin.

Muistisairauksissa termi ”käytösoire” tulee usein esille. Termi herättää negatiivisia tuntemuksia ja on leimaava. Puhuttu kieli vaikuttaa ajatteluun, joten esimerkiksi opinnäytetyön tuotoksessa on käytetty termiä ”käyttäytymisen muutos”, joka ei leimaa muistisairautta sairastavaa henkilöä samalla tavalla. Muistisairautta sairastavan henkilön sosiaalisesti haastava käytös voi usein olla luonnollista ja ymmärrettävää, jos asiaa pyrkii katsomaan muistisairautta sairastavan henkilön näkökulmasta.

Opinnäytetyön aihe ja sen merkitys ovat ajankohtaisia yhteiskunnan ikärakenteen muutoksen ja sitä myötä syntyvien haasteiden kannalta. Opinnäytetyöprosessi on saanut pohtimaan fysioterapiatoiminnan ja kuntoutuksen vaikutusta koko väestön toiminta- ja työkykyyn ja osallisuuteen. Käsitys esteettömyydestä on laajentunut. Esteettömyys ei koske vain fyysistä ympäristöä, vaan on laajempi yhteiskunnallinen ja sosiaalinen tekijä joka on edellytys osallisuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumiselle. (Vrt. Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 8, 19–20.)

Opinnäytetyö on auttanut prosessikirjoittamisen hahmottamisessa. Työssä on ollut prosessin aikana pitkiä taukoja muun muassa työharjoitteluiden vuoksi. Se ei ole merkittävästi haitannut työtä, vaikka aikataulu pidentyi alkuperäisestä noin kuukaudella pidemmäksi. (vrt. Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 175; Kankaanpää & Piehl 2011, 40.) Tauon jälkeen, uudelleen työhön orientoituessa, kiinnittää huomioita eri asioihin ja kriittisemmin tarkastelee muun muassa kirjoittamaansa tekstiä (vrt. Niemi ym. 2006, 124). Työ on tarkentunut ja lyhentynyt paremman sisäistämisen ja jäsentelyn takia alkuperäisestä (vrt. Kankaanpää & Piehl 2011, 46).

Opinnäytetyöprosessi on sisältänyt yhteistyötä Joensuun Muisti ry:n sekä Muisti-liiton henkilöstön kanssa sekä Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalojen opettajien kanssa. Opinnäytetyön aiheen kannalta yhteistyö eri alojen ammattilaisten kanssa on tärkeää. Moniammatillisuutta olisi voinut olla enemmän. Toisaalta myös saman alan eri henkilöt voivat lähestyä samaa aihetta eri näkökulmista.

8.4 Tuotoksen hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijat voivat hyödyntää opasta omassa työskentelyssään, mutta opasta voi käyttää kuka tahansa muistisairautta sairastavan asiakkaan kanssa tehtävästä vuorovaikutuksesta kiinnostunut. Oppaasta voi olla hyötyä myös Pohjois-Karjalan Muisti ry:lle. Vaikka oppaan sisältö on laadittu muistisairauksien näkökulmasta, siinä on ohjauksesta myös laajemmin tietoa, jota voidaan soveltaa muillekin kuin muistisairautta sairastaville.

Jatkokehittämisideana voi olla oppaan toimivuuden tarkistuttaminen Voimalan opiskelijoilla, joilla ei ole kokemusta vuorovaikutuksesta muistisairautta sairastavan asiakkaan kanssa. Oppaan jaettavuutta voisi kehittää painetulla tuotoksella, jota voisi jakaa kaikille vuorovaikutuksesta kiinnostuneille. Oppaan ulkoasua voisi kehittää esimerkiksi media-alan ammattilaisia hyödyntämällä. Tuotosta on mah-

dollista parantaa tuomalla muiden sosiaali- ja terveysalojen näkökulmaa voimakkaammin mukaan, esimerkiksi terveyttä edistävän ravitsemuksen osalta. Myös omaisten laajempi huomioon ottaminen ja muistisairautta sairastavien henkilöiden osallistaminen prosessiin ovat potentiaalisia jatkokehittämisideoita.

Lähteet

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Yhdessä kirjoittaminen. Teoksessa Vanhanen-Nuutinen, L., Lambert, P. (toim.). Hankkeesta julkaisuksi. Helsinki: Edita Prima Oy, 167-179.
- Aro, T. 2004. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 22–27.
- Arokivi, A. & Suvanto, M. 2014. ”Lähekkö lenkille?” Muistisairaana ikääntyneen toimintakyky ja ohjaus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/78055/suvanto_meri.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 24.8.2017.
- Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Duodecim. Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. 16.8.2017.
- Balouch, S. & Rusted, J.M. 2017. Can verbal instruction enhance the recall of an everyday task and promote error-monitoring in people with dementia of the Alzheimer-type? *Neuropsychological Rehabilitation* 27(2), 239–262, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26329377>. 22.6.2017.
- Barton, C., Merrilees, J., Ketelle, R., Wilkins, S. & Miller, B. 2014. Implementation of advanced practice nurse clinic for management of behavioral symptoms in dementia: a dyadic intervention (innovative practice). *Dementia* 13(5), 686–96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24445399>. 22.6.2017.
- Bier, N., Macoir, J., Gagnon, L., Van der Linden, M., Louveaux, S. & Desrosiers, J. 2009. Known, lost and recovered: efficacy of formal-semantic therapy and spaced retrieval method in a case of semantic dementia. *Aphasiology* 23(2), 210–235. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=d715bbc3-6897-408b-83a5-3b6fcb942f7b%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105452224&db=cin20>. 22.6.2017.
- Cerciello, M., Isella, V., Proserpi, A. & Papagno, C. 2017. Assessment of free and cued recall in Alzheimer’s disease and vascular and frontotemporal dementia with 24-item Grober and Bschke test. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 38(1), 115–122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27672033>. 22.6.2017.
- Chard, G., Liu, L. & Mulholland, S. 2009. Verbal cueing and environmental modifications: strategies to improve engagement in occupations in persons with Alzheimer disease. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 27(3), 197–211. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=75a77ee4-27c2-458e-8724-86541904c7fd%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105503628&db=cin20>. 22.6.2017.

- Eloranta, S. 2018. Parasta mitä voimme toiselle ihmiselle antaa on aito kohtaaminen. Suomen muistiasiantuntijat ry. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?&udpview=read&src=db25114&sid=19&issue=2013-02>. 3.1.2018
- Erkinjuntti, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Käypä hoito. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01587>. 16.1.2017.
- Erkinjuntti, T., Remes, A. & Rinne, J. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–22.
- Erkinjuntti, T. & Rosenvall, A. 2015. Muistioireiden ja –sairauksien mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 77–80.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 107–120.
- Gitlin, L.N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M.P. & Hauck, W.W. 2008. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 16(3), 229–39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18310553>. 17.8.2017.
- Granö, S. & Pikkarainen, A. 2011. Työikäisen muistisairaahan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.). Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy, 262–377.
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muistisairaiden hoidon kehittäminen. Teoksessa (toim.). Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7–24.
- Hammar, L.M., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. 2011. Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(1), 160–168. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=098b4082-38fd-4c26-9af6-8ebe918e2459%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104814760&db=cin20>. 22.6.2017.
- Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteet ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 278–283.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Porvoo, Bookwell Oy.
- Huang, H.L., Kuo, L.M., Chen, Y.S., Liang, J., Huang, H.L., Chiu, Y.C., Chen, S.T., Sun, Y., Hsu, W.C. & Shyu, Y.I. 2013. *The American Journal*

- of Geriatric Psychiatry 21(11), 1060–70 A home-based training program improves caregiver's skills and dementia patient's aggressive behaviours: a randomized controlled trial. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23933422>. 22.6.2017.
- Hyvä fysioterapiakäytäntö –työryhmä. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen Fysioterapeutit. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>. 25.8.2017.
- Häkämies, A. 2012. Eläytyvä kuuntelu. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.). Onko tänään eilen TunteVa® -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry, 7–14.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2016. Opinnäytetyön ja pro gradun ohjaajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangasniemi, M. 2018. Eettinen kohtaaminen - päivittäinen suuri kysymys. Suomen muistiasiantuntijat ry. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=16&issue=2013-02>. 3.1.2018.
- Kankaanpää, S. & Piehl, A. 2011. Tekstintekijän käsikirja. Helsinki: Suomen Yrittäjäkirjat Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2017a. Voimala – hyvinvointipalvelut. <http://www.karelia.fi/fi/asiantuntijapalvelut/palvelu-ja-tutkimusymparistot/voimala-sosiaali-ja-terveysala>. 1.12.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2017b. Muistin virrassa-ryhmä. <http://www.karelia.fi/blogit/voimalaelamaa/2017/06/01/muistin-virrassa-ryhma/>. 1.12.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2017c. Ryhmätoimintaa muistin tueksi. <http://www.karelia.fi/blogit/voimalaelamaa/2017/01/02/ryhmatoimintaa-muistin-tueksi/>. 1.12.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulun opintotoimisto. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto. 12.9.2017.
- Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo-tuotteet.
- Kessels, R.P., van Doormaal, A. & Janzen, G. 2011. Landmark recognition in Alzheimer's dementia: spared implicit memory for objects for navigation. PLOS One 6(4), e18611. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21483699>. 22.6.2017.
- Koski, A. 2014. Muistisairauden kohtaaminen – opas muistisairaalle perheelle ja läheisille. Novartis Finland Oy. <http://www.alzhki.fi/wp-content/uploads/2017/07/Muistisairaalle-kohtaaminen.pdf>. 2.1.2018.

- Kunik, M.E., Snow, A.L., Wilson, N., Amspoker, A.B., Sansqiry, S., Morgan, R.O., Ying, J., Hersch, G. & Stanley, M.A. 2017. Teaching Caregivers of Persons with Dementia to Address Pain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 25(2), 144–54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27743840>. 22.6.2017.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito. 2012. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12762/hoitosuositustyoryhmien-kasikirja.pdf>. 5.1.2018.
- Käypä hoito. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594>. 17.8.2017.
- Käypä hoito. 2017. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1428E40CAC3FC4560A35E774F2025E72?id=hoi50044#T1>. 20.8.2017.
- Laine, M. 2018. Logoterapeuttisen ajattelun mahdollisuudet muistisairaiden ihmisten hoidossa. Suomen muistiasiantuntijat ry. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?&udpview=read&src=db25114&sid=96&issue=2011-01>. 3.1.2018.
- Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulomuuttujana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–21.
- Magill, R.A. 2011. *Motor Learning and Control – Concepts and Applications*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Majlesi, A.R. & Ekström, A. 2016. Baking together – the coordination of actions in activities involving people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 38:37–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27531451>. 22.6.2017.
- Mamo, S.K., Nirmalasari, O., Nieman, C.L., McNabey, M.K., Simpson, A., Oh, E.S. & Lin, F.R. 2017. Hearing Care Intervention for Persons with Dementia: A Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 25(1), 91-101 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27890543>. 22.6.2017.
- Martikainen, J. & Viramo, P. 2015. Muistisairaudet ja terveystalous. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 44–55.
- Mavros, Y., Gates, N., Wilson, G.C., Jain, N., Meiklejohn, J., Brodaty, H., Wen, W., Singh, N., Baune, B.T., Suo, C., Baker, M.K., Foroughi, N., Wang, Y., Sachdev, P.S., Valenzuela, M. & Fiatarone Singh, M.A. 2017. Mediation of Cognitive Function Improvements by Strength Gains After Resistance Training in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: Outcomes of the Study of Mental and Resistance Training. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(3), 550–559 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28304092>. 17.8.2017.

- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137–156.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Oy International Methelp Ltd.
- Muistiliitto. 2016. Muistisairaudet. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>. 18.8.2017.
- Mähönen, A. 2015. Vuorovaikutus fysioterapeutin työvälteenä asiakasohjauksessa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Fysioterapeuttikoulutus. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/90001/Mahonen_Anne.pdf?sequence=1. 24.8.2017.
- Mönkäre, R. 2014a. Muistisairaahan kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 97–106.
- Mönkäre, R. 2014b. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85–96.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Nukari, T., Mönkäre, R. & Forder, M. 2017. Toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 99-112.
- Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. Muistisairaahan kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 97–106.
- Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo-tuotteet.
- Pirttilä, T. 2004. Dementia. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Sepälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 239–244.
- Pitkälä, K. & Laakkonen, M.L. 2015. Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 495–505.
- Pohjavirta, H. 2012. TunteVa®-toimintamalli. Teoksessa Pohjavirta, H. (toim.). Onko tänään eilen TunteVa® -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 21–39.
- Pohjolainen, P. & Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf. 4.1.2018.
- Regier, N.G., Hodgson, N.A. & Gitlin, L.N. 2016. Characteristics of Activities for Persons With Dementia at the Mild, Moderate, and Severe Stage. *Gerontologist* 57(5), 987–997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27986794>. 22.6.2017.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119–136.

- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172–180.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165–171.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille ja opettajille ja TKI-tukihenkilöille. Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. 15.1.2018.
- Schmidt, R. A. & Lee, T.D. 2014. Motor Learning and Performance – From Principles to Application. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Snow, T. 2013. What is dementia? Senior Helpers National. 23.7.2013. <https://www.youtube.com/watch?v=t--mkzfHuIE>. 20.8.2017.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. ja Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81–89.
- Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapia-kaeytaentoe/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file>. 18.8.2017.
- Tarnanen, K., Rosevall, A. & Tuunainen, A. 2017. Muisti pätkii – mistä kyse, mikä avuksi? Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00094>. 18.8.2017.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Muistisairauksien kustannukset. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>. 11.12.2017.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ICF-luokituksen rakenne. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>. 8.1.2018.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Toimintakyvyn ylläpitäminen. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>. 4.1.2018.
- Tiikkanen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284–290.
- Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.). Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–183.
- Vanhala, A., Niemi H.O. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutumista tukeva työote. Teoksessa. Kuntoutuminen Autti-Rämö, I., Salminen, A.L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 264–267.
- Vanninen, R., Mäntylä, R., Salonen, O., Valanne, L., Rinne, J. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan aivojen kuvantaminen. Duodecim 127(24), 2615-26. <http://duodecimlehti.fi/lehti/2011/24/duo99969>. 3.1.2018.
- Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry 2010. Perustietoa muistisairauksista. <http://www.muistiturku.fi/perustietoa.html>. 2.1.2018.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa Virjonen, K. (toim.). Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, 59–85.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.
- WHO ICF Browser 2017. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. 8.11.2017.
- WHO 2018. ICF eLearning Tool – the ICF model. <http://icf.ideaday.de/en/page21441.html>. 8.2.2018.
- Wittwer, J.E., Webster, K.E. & Hill, K. 2013. Effect of rhythmic auditory cueing on gait in people with Alzheimer disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94(4), 718–24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23159787>. 22.6.2017.
- Kuvio 1. ICF-viitekehys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ICF-luokituksen rakenne. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>. 8.1.2018; WHO 2018. ICF eLearning Tool – the ICF model. <http://icf.ideaday.de/en/page21441.html>. 8.2.2018.
- Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessi
- Kuvio 3. Mielikuvakartta haastattelun teemoista
- Kuvio 4. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen Fysioterapeutit. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>. 5.1.2018.
- Taulukko 1. ICF-tilaus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ICF-luokituksen rakenne. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>. 21.12.2017; WHO ICF Browser 2017. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>. 8.11.2017
- Taulukko 2. SWOT-analyysi. Opetushallitus 2017. SWOT-analyysi. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi. 20.9.2017.
- Taulukko 3. Oppaan sisällön jäsentely.

Tiedonhaku tietokannoista

Hakuprosessi "dementia AND instruction" Cinahl–tietokannasta:

hakukriteerit	"dementia AND instruction"	"dementia AND instruction", julkaistu 2007-2017	"dementia AND instruction", julkaistu 2007-2017, full text saatavilla
osumat	91	61	11

Hakuprosessi "dementia AND instruction" Cochrane –tietokannasta:

hakukriteerit	"dementia AND instruction"	Otsikossa, abstraktissa tai avainsanoissa löytyvät "dementia AND instruction", julkaistu 2007-2017	"dementia AND instruction", julkaistu 2007-2017, duplikaattien poisjättäminen ja artikkeli vastaa otsikon ja abstraktin perusteella aihetta
osumat	262	44	4

Hakuprosessi "dementia AND instruction" PubMed –tietokannasta:

hakukriteerit	"dementia AND instruction"	otsikossa "dementia OR alzheimer" ja otsikossa tai abstraktissa "instruction OR cueing"	otsikossa "dementia OR alzheimer" ja otsikossa tai abstraktissa "instruction OR cueing" ja julkaistu 2007-2017	artikkeli vastaa otsikon perusteella opinnäytetyön aihetta
osumat	915	58	32	14

Laajennettu tiedonhaku: PubMed:

Hakukriteerit	Otsikossa tai abstraktissa: Patient education OR patient counsel* OR patient learn* OR patient teach* OR patient inform*, 2007-2017 ja koko teksti saatavilla	Otsikossa tai abstraktissa: Patient education OR patient counsel* OR patient learn* OR patient teach* OR patient inform*, 2007-2017, koko teksti saatavilla, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset
Osumat	2546	85

Pääasiassa tuloksena oli systemaattisia katsauksia potilasohjeiden antamisesta, hoitoon ja itsehoitoon sitoutumisesta eri vaivoissa sekä potilaan informoinnista esimerkiksi eri hoitomahdollisuuksista.

Laajennettu tiedonhaku: Cinahl

Hakukriteerit	Abstraktissa: Patient education OR patient counsel* OR patient learn* OR patient teach* OR patient inform*, 2007-2017, ja koko teksti saatavilla.	Abstraktissa: Patient education OR patient counsel* OR patient learn* OR patient teach* OR patient inform*, 2007-2017, ja koko teksti saatavilla, kaksois-sokkoutettu.	Otsikossa: Patient education OR patient counsel* OR patient learn* OR patient teach* OR patient inform*, 2007-2017, Abstrakti ja koko teksti saatavilla, kaksois-sokkoutettu.
osumat	4021	1491	69

Löytyneissä tutkimuksista suurin osa käsitteli sairaanhoitajan ohjeiden antamista eri sairauksien yhteydessä, potilasturvallisuutta sairaalassa ja informaation kulua hoitopolussa. Suurin osa tutkimuksista ei ollut relevantteja työllemme.

Suostumuslomake

Karelia-ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Suostumuslomake haastatteluun

Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen –opinnäytetyö
SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

1. Haastattelijoiden yhteystiedot
Mikko Suominen, 0400683852, mikko.suominen@edu.karelia.fi
Jarno Lång, 0400597791, jarno.lang@edu.karelia.fi
2. Opinnäytetyön taustatiedot
Karelia AMK
syksy 2017- kevät 2018
3. Tutkimusaineiston säilyttäminen
Opinnäytetyön tekijät vastaavat haastatteluaineiston turvallisesta säilyttämisestä.
4. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus
Tavoitteena on suunnitella ja luoda opas muistisairaahan asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Opas on suunnattu ensisijaisesti sote-alan opiskelijoille Karelia ammattikorkeakoulun Voimala oppimis- ja palveluympäristössä. Opinnäytetyön tarkoitus on tarjota keinoja muistisairaahan henkilön kanssa työskentelevälle ymmärtää muistisairasta henkilöä, ohjata häntä ja tukea hänen toimintakykyään ja osallisuuttaan
5. Menetelmä
Puolistrukturoitu teemahaastattelu
6. Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää
Haastattelun tuottamaa tietoa käytetään opinnäytetyön tuotoksen luomiseen.
7. Haastateltavien oikeudet
Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Haastateltavilla on oikeus kieltäytyä haastattelun jatkamisesta missä vaiheessa tahansa. Haastattelun tulokset ovat luottamuksellisia ja tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja tulokset julkaistaan opinnäytetyössä siten, ettei yksittäistä haastateltavaa voi tunnistaa.
8. Haastateltavan suostumus
Olen perehtynyt tämän opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Suostun osallistumaan haastatteluun ja annan suostumukseni haastattelussa antamieni tietojen käyttöön opinnäytetyössä ja sen tuotoksena syntyvässä oppaassa sellaisessa muodossa jossa yksittäistä haastateltavaa ei voi tunnistaa.

 Päiväys

 Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennös

 Päiväys

 Haastattelijoiden allekirjoitus ja nimenselvennös

Teemahaastattelunrunko opiskelijoille

Alkukysymykset:

- Milloin olet aloittanut opinnot?
- Kuinka monta työharjoittelua olet suorittanut?
- Miten käsität ohjaamisen ja kohtaamisen?

Teemat:

1. Ohjaaminen ja kohtaaminen fysioterapiassa

1. Mikä sinusta on tärkeää muistisairaiden kohtaamisessa ja ohjaamisessa?
2. Mitkä asiat koet helpoiksi muistisairaahan kohtaamisessa ja ohjaamisessa?
3. Mitkä asiat koet vaikeaksi muistisairaahan kohtaamisessa ja ohjaamisessa?
4. Onko voimavaraletähtöisyys esillä kohtaamisessa ja ohjaamisessa? Jos ei niin miten sen tulisi olla esillä?

2. Muistisairaiden ryhmä- ja yksilötoiminta

5. Mitä asioita on otettava huomioon järjestettäessä muistisairaille ryhmätoimintaa?
6. Mitä asioita tulee huomioida muistisairaahan yksilöohjaamisessa?
7. Miten muistisairas voi hyötyä moniammatillisesta ohjaajaryhmästä?
8. Mitä tiedät muistisairaahan käytösoireista?
9. Miten varmistat, että asiakas ymmärsi ohjeet?

3. Muistisairaiden omaiset

10. Millaisia kysymyksiä ja tarpeita muistisairaahan omaiset ovat esittäneet ohjaamisen ja kohtaamisen osalta omassa arjessaan?

4. Opas

11. Mitä asioita haluaisit oppaassa käsiteltävän?

Hyvän oppaan teoria ja käytännön toteutus

HYVÄ OPAS TEORIASSA	OPAS KÄYTÄNNÖSSÄ
On selvítettävä tekstin sisältö, kohderyhmä, aikataulu sekä tavoite ja miten se saavutetaan (Kankaanpää & Piehl 2011, 31).	Oppaan kohderyhmä on Voimalassa työskentelevät, muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa työskentelevät sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat. Oppaan tavoite on antaa tietoa muistisairaiden kohtaamisesta ja ohjaamisesta ja siten auttaa oppilaita järjestämään toimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille.
Tekstillä voi olla yksi päätavoite ja useita sivutavoitteita ja sisällön täytyy olla näiden mukainen. Tavoitteen ytimenä muotoilu helpottaa sisällön tuottamista. Tekstin tarkoitus on antaa tietoa vaikuttamalla mielipiteisiin, tunteisiin ja toimintatapoihin (Kankaanpää & Piehl 2011, 57-59).	Oppaan päätavoite on antaa tietoa muistisairaiden kohtaamisesta ja ohjaamisesta. Lisäksi oppaalla halutaan auttaa oppilaita järjestämään toimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille, sekä auttaa ymmärtämään muistisairautta sairastavan asiakkaan kokemusmaailmaa.
Sisällöstä ja esitystavasta päätettäessä tulee selvittää, mitä lukija jo tietää sekä mikä tieto on hänelle tarpeellista (Kankaanpää & Piehl 2011, 69, 79). Tietomäärän tarve voidaan selvittää hankkimalla palautetta mahdollisimman monelta. (Kankaanpää & Piehl 2011, 31-36.)	Haastattelemalla muistisairautta sairastavien asiakkaiden kanssa työskennelleitä Voimalan opiskelijoita teema-haastattelumenetelmällä on selvitetty kohderyhmän jo olemassa olevat tiedot ja tarpeet. Opiskelijoiden lisäksi palautetta on hankittu myös asiantuntijoilta ja toimeksiantajalta.
Suunnittelussa voi käyttää mielikuvakarttaa tai asialistaa tiedon jäsentämiseen ja tavoitteen ja kohderyhmän kannalta epäolennaiset asiat. (Kankaanpää & Piehl 2011, 31-36.)	Haastattelumateriaali on teemoiteltu ja järjestetty mielikuvakartan avulla. Tämä teemoittelu ja mielikuvakarttaa on käytetty apuna oppaan sisällön jäsentämisessä ja järjestämisessä. Teemoittelu ja mielikuvakartta ovat luvussa 7.1
Jäsentelyllä tieto tarjotaan johdonmukaisessa järjestyksessä. Mielikuvakartta auttaa käsittelyjärjestyksen valinnassa ja kokonaisuuden hahmottamisessa. Yhteen kuuluvat asiat on käsiteltävä samassa yhteydessä. Tapahtumajärjestyksessä, jossa teksti jäsentyy kronologisesti voidaan käyttää, kun tavoitteena on prosessin kuvaaminen (Kankaanpää & Piehl 2011, 36-37, 92, 95-96).	Opas on järjestetty siten, että se jäljittelee toiminnan järjestämistä muistisairautta sairastaville asiakkaille. Tällainen jäsentely ja järjesty helpottaa lukemista, sillä teksti on loogisessa järjestyksessä, ja kuhunkin toiminnan järjestämisen vaiheeseen kuuluvat asiat käsitellään samassa yhteydessä.
Tekstin tavoitteen ja sisällön on selvitettävä lukijalle jo alussa (Kankaanpää & Piehl 2011, 70). Tekstin alku rajaa ja perustelee aiheen, antaa tie-	Saatetekstissä selvitetään lukijalle oppaan tavoite, käyttötarkoitus ja -tapa sekä sisältö. Saatetekstissä myös pe-

toa sisällöstä, tekstilajista ja käsittelytavasta sekä liittää tekstin laajempaan viitekehykseen (Kankaanpää & Piehl 2011, 148).	rustellaan aiheen tarpeellisuus ja liittää se laajempaan yhteiskunnalliseen viitekehykseen.
Pääotsikko kertoo asian ja väliotsikot jäsentävät tekstiä ja tiivistävät luvun sisällön. Väliotsikkojen tulee olla ymmärrettävissä itsenäisesti. (Kankaanpää & Piehl 2011, 167-170.) Nimeävä otsikko kertoo lukijalle mitä teksti käsittelee ja se auttaa kirjoittajaa pysymään aiheessa (Kankaanpää & Piehl 2011, 173). Lukijan hahmottaa helpommin lyhyen otsikon, ihannepituus on vain muutama sana (Kankaanpää & Piehl 2011, 181).	Otsikot kertovat mitä kussakin luvussa käsitellään, ja väliotsikot ovat itsenäisesti ymmärrettävissä. Otsikot on pyritty pitämään mahdollisimman lyhyinä mutta tekstisisältöä kuvaavina.
Lukija kiinnittää ensin huomiota tekstin ulkoasuun ja -muotoon. (Niemi ym. 2006, 128.) Luettavuuteen vaikuttavat mm: kirjaisintyyppi, fontin koko, merkkiväli, sanaväli ja tekstin asettelu. (Pesonen 2007, 31.)	Ulkoasussa auttaa Karelia-ammattikorkeakoulun graafikko, jolta saadaan mm. toimeksiantajan logo ja Karelia-ammattikorkeakoulu pohja. Opas tehdään PDF-muotoon jossa tuotokseen lisätyt kuvat tulevat JPEG-tiedostoiksi. Näin tiedoston koko pysyy pienenä. Tekstin ulkoasu on sama kaikilla koneilla ja tekstin muokkaus on mahdollista estää. (vrt. Keränen & Penttinen 2007, 160.)
Koska lukija lukee tekstiä saadaksesen tietoa, on tekstin oltava ymmärrettävää ja sen tyyli ja sanasto lukijalle sopivia. Ammattialan kieltä voidaan käyttää, mikäli se on lukijalle tuttua, muutoin tekstiin sopii yleiskieli. (Kankaanpää & Piehl 2011, 67-71)	Ymmärrettävyyden takaamiseksi oppaassa käytetään yleiskieltä ja termistö on aukaistu.
Hyvä perustelu motivoi lukijaa (Kankaanpää & Piehl 2011, 63). Perustella voi vetoamalla esimerkiksi omiin kokemuksiin, käytännön esimerkkeihin tai asiantuntijoiden mielipiteisiin (Niemi ym. 2006, 133). Konkreettiset esimerkit helpottavat asian todellisuuteen siirtämistä. (Niemi ym. 2006, 23.)	Oppaassa perusteluna käytetään tutkittua tietoa, asiantuntijoiden hyviä käytänteitä sekä käytännön esimerkkejä, jotka on kerätty oikeasta elämästä.

<p>Esimerkit voi erottaa muusta tekstistä sientämällä ja ne ovat yleensä havainnollistettavan asian jälkeen ja linjassa sen kanssa. (Kankaanpää & Piehl 2011, 223-224.)</p>	<p>Esimerkit ovat oppaassa sisennettyjä ja erivärisellä pohjalla. Ne liittyvät kappaleessa käsiteltävään aiheeseen ja ovat havainnollistettavan asian jälkeen.</p>
<p>Kieli kertoo kertojan ajattelusta. Sanavalinnoilla ajattelua voidaan muuttaa myönteisemmäksi. (Niemi ym. 2006, 28.) On tärkeää, ketkä tekstissä esitetään subjekteina tai objekteina ja millaisia ilmauksia ihmisistä ja asioita käyttää, erityisesti viitattaessa ihmisryhmiin joiden yhdenvertaiseen kohteluun veloitetaan tai kun on kyse iästä, sairaudesta tai vammasta. Asiallisessa nimeämisessä ominaisuutta ei samasteta ihmiseen, eikä nimitystä käytetä tarpeettomasti. (Kankaanpää & Piehl 2011, 244-246, 250-251.)</p>	<p>Oppaassa halutaan korostaa muistisairautta sairastavia asiakkaita omia ratkaisuja tekevinä yksilöinä ja heidän tarvettaan osallisuuteen. Lisäksi patologiaa ei samasteta sitä sairastavaan ihmiseen, ja muistisairautta sairastavista asiakkaista puhutaan asiakkaina. Käyttösoireiden sijaan oppaassa puhutaan käyttäytymisen muutoksista.</p>
<p>Tekstin sävy on neutraalimpi, jos käytetään passiivia aktiivin sijaan. (Kankaanpää & Piehl 2011, 245)</p>	<p>Tekstissä käytetään passiivia.</p>
<p>Lähteiden käytön vaatimukset voivat vaihdella. Voi riittää, että lähteet ovat mainittu työn lopussa. Asiakirjoittamisessa on yleensä tarkemmat lähdeviittaukset. (Niemi ym. 2006, 144.)</p>	<p>Oppaassa lähteet on merkitty yläviitteiden avulla alaindeksiin ja lisäksi oppaan lopussa on lähdeluettelo.</p>
<p>Kuvat auttavat hahmottamaan ja muistamaan tekstin sisältöä. Internetistä on monia kuvapalveluita, joissa ei ole tekijänoikeudellisia ongelmia. (Keränen & Penttinen 2007, 174.)</p>	<p>Oppaassa kuvia on käytetty tekstin elävöittämiseen. Kuvat on otettu ilmaisista kuvapalveluista.</p>
<p>Taulukot ja kuviot, lyhyempi ilmaisu ja toiston poistaminen helpottavat ja lyhentävät tekstiä. Lyhentäminen ei kuitenkaan saa vähentää ymmärrettävyyttä. (Kankaanpää & Piehl 2011, 48-50.)</p>	<p>Oppaassa on ICF-luokituksen mukainen taulukko muistisairauksien vaikutuksista toimintakykyyn, joka lyhentää tekstiä. Lisäksi oppaassa on pyritty tiiviiseen ilmaisuun ja jokaisen luvun alussa luvun sisältö on tiivistetty key-points-tilukoon.</p>
<p>Viimeistelyssä on huomioitava tekstin johdonmukaisuus, ydinsisältö ja perustelut sekä ilmeneekö kirjoittajan omat ajatukset muusta tekstistä. Rakenteesta on huomioitava kappaleiden selkeys, kronologisuus ja vastaako työ tavoitteeseen. Kieliasusta huomioitavaa on yhtenäinen tyyli, tiiveys, erikoissanaston käyttö ja oikeinkirjoitus. (Niemi ym. 2006, 212-213.)</p>	<p>Oppaasta on pyydetty palautetta sisälön, ulkoasun ja rakenteen osalta. Lisäksi opiskelijoilta on pyydetty palautetta kokevatko he, että olisivat hyöttyneet oppaasta suunnitellussa ja toteuttaessaan toimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille. Opasta on täydennetty ja korjattu tarpeen mukaan.</p>

Tekstin on oltava luotettavaa (Salonen 2013, 25.)	Oppaassa perustellaan esitetyt käytännöt tutkitulla tiedolla sekä asiantuntijoiden näkemyksillä.
---	--

Aikataulu

Aikataulu	Kehittämistyö	Toimijat	Menetelmä	Tuotettu materiaali	
2016 huhtikuu	Opinnäytetyön aiheen pohdinta		Ideointi ja keskustelu	Alustava ideapaperi opinnäytetyöstä	SUUNNITTELU
2016 elo-lokakuu	Tiedonhaku muistisairauksista		Kirjallisuuden lukeminen	Tietoperustaa opinnäytetyöhön	
2017 tammikuu	Opinnäytetyön aiheen valinta	Muisti ry	Keskustelu		
2017 tammikuu	Opinnäytetyön aiheen valinta	Voimala	Neuvottelu	Opinnäytetyön aihe	
2017 helmikuu	Toimeksiantosopimuksen kirjoittaminen	Voimala	Keskustelu	Toimeksiantosopimus	
2017 elokuu	Opinnäytetyön suunnitelman teko				
2017 syyskuu	Opinnäytetyösuunnitelman hyväksyminen	Ohjaaja		Opinnäytetyösuunnitelma	
2017 syyskuu	Tutkimusluvan tarpeellisuuden selvittäminen	Opintotoimisto	Keskustelu		TOTEUTUS
2017 syyskuu	Opiskelijoiden haastattelu	Voimalan opiskelijat	Puolistrukturoitu teema-haastattelu	Haastattelimateriaali	
2017 lokakuu	Haastattelumateriaalin teemoittelu		Teemoittelu	Teemoiteltu haastattelumateriaali	
2017 marraskuu	Oppaan suunnittelu ja toteutus			Oppaan suunnittelu ja toteutus	
2017 marraskuu	Toimeksiantajan kuuleminen	Voimala	Keskustelu		
2017 marraskuu	Oppaan tarkastaminen asiantuntijoiden kanssa	Asiantuntijat	Keskustelu	Oppaan tarkistus ja viimeistely	
2018 tammi-helmikuu				Valmis tuotos (opas)	
2018 tammi-helmikuu				Seminaari	VALMIS

Palaute opiskelijoilta

Ulkoasu	<ul style="list-style-type: none"> - nuo värikkäät laatikot tekstin seassa värittivät hyvin opasta ja toivat mukavaa ilmettä oppaalle! - opas on hieno ja ammattimainen 😊 Ulkoasu on hyvä
Sisältö	<ul style="list-style-type: none"> - Kattava fakta tieto oppaassa ja keypoints-laatikot auttoivat hyvin orientoimaan aiheeseen. Teoriaosuuden jälkeen oli mukava lukea kokemuksia ja niihin pohdittuja ratkaisuja - Keypointsit selkeyttivät, kuvia voisi olla enemmänkin? Sisältö hyvä
Selkeys	<ul style="list-style-type: none"> - Opas oli looginen ja eteni johdonmukaisesti. Onko parempi, että lähde viitteet ovat tekstin seassa vai aina joka aihealueen lopussa?
Olisiko opas auttanut	<ul style="list-style-type: none"> - Tämä opas olisi auttanut minua ja tämän oppaan avulla olisi ollut helppo lähteä etsimään lisätietoa ja syventämään tietoa! - Kyllä

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Voimala oppimis- ja palveluympäristö Karelia AMK
Toimeksiantajan edustaja:	Kaisa Juvonen
Osoite:	Tikkariinne 9 80200 JOENSUU
Puhelinnumero:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapian koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	[REDACTED] Mikko Suominen Jarno Lång
Puhelinnumero:	[REDACTED]
Sähköposti:	[REDACTED]

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Opas muistisairaahan henkilön kohtaamiseen ja ohjaamiseen
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	1.8.2016-31.12.2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Mikäli toimeksiantaja haluaa oppaasta tulostetun version, vastaa toimeksiantaja itse kustannuksista.

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja sitoutuu tukemaan opiskelijoita opinnäytetyöprosessissa.	

Opiskelijoiden sitoumukset	
Opinnäytetyön valmistuminen 12/2017 mennessä.	
Toimeksiantajan tarpeet täyttävä, muistisairaahan henkilön kohtaamista ja ohjaamista tukeva opas.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Liisa Suhonen

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

Allekirjoitukset	
Päiväys 15.2.2017	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys [REDACTED] Mikko Suominen [REDACTED] JARNO LANG
Päiväys 15.2.2017	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys [REDACTED] KAISA JUVONEN
Päiväys 17.2.2017	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys [REDACTED] Liisa Suhonen

VOIMALA

Opas muistisairautta sairastavien asiakkaiden kohtaamiseen ja ohjaamiseen moniammatillisessa opiskelijaryhmässä

Jarno Lång
Mikko Suominen



SISÄLTÖ

1. SAATTEEKSI	5
2. YLEISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA	6
3. KOHTAAMINEN	8
4. SUUNNITTELU	10
5. TOTEUTUS	12
5.1 Ohjaaminen	12
5.1 Käyttäytymisen muutokset	14
6. LOPUKSI	16
7. LISÄÄ TIETOA	16
LÄHTEET	17



1. SAATTEEKSI

Tämän oppaan tarkoitus on auttaa sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita järjestämään ja toteuttamaan toimintakykyä edistävää toimintaa muistisairautta sairastaville asiakkaille Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala oppimis- ja palveluympäristössä. Oppaan aihe on enenevässä määrin ajankohtainen yhteiskunnan ikärakenteen muutoksen takia. Ajatus oppaan tarpeellisuudesta on saanut alkunsa tekijöiden kokemuksista muistisairautta sairastavien henkilöiden kohtaamisista työssään ja harjoitteluisaan.

Oppaaseen on koottu hyviä käytänteitä muistisairautta sairastavien ihmisten kohtaamisesta ja ohjaamisesta heille toimintaa järjestettäessä. Käytänteitä on pyritty havainnollistamaan esimerkein. Aineisto on koottu mahdollisimman uusista muistisairautta käsittelevistä tutkimuksista, alan kirjallisuudesta, asiantuntijatahoilta sekä Voimalan fysioterapeuttiopiskelijoiden kokemuksista.

Opas on rajattu käsittelemään lievää ja keskivaikeaa muistisairautta. Tässä oppaassa käytetään termiä ”käyttäytymisen muutos” termin ”käyttöoire” sijasta. Oppaan on tarkoitus herättää ajatuksia kohtaamisen merkityksestä ja auttaa suhtautumaan muistisairautta sairastavan henkilön kokemukseen todellisuudesta merkittävänä.

Opasta ei tarvitse lukea ja sisäistää yhdellä lukukerralla. Opas on järjestetty toiminnan etenemisen kannalta kronologisessa järjestyksessä. Kappaleiden alussa on koottuna avainkohdat taulukkoon. Esimerkkikertomuksia on kappaleiden lopussa esitetty vihreällä pohjalla ja niissä kursivoidut lainaukset on saatu haastatella Voimalan opiskelijoita. Tarkemmin lähteet on merkitty oppaassa alaviitteisiin ja lähdeluetteloon.

Fysioterapeuttiopiskelijat Jarno Lång ja Mikko Suominen

Joensuussa tammikuussa 2018

2 YLEISTÄ MUISTISAIRAUKSISTA

AVAINKOHDAT

- » Muistisairaudet ovat yleistyvä kansanterveydellinen haaste
- » Sairauden etenemisen hidastaminen ja elämänlaadun parantaminen on mahdollista sairauden kaikissa vaiheissa
- » Muistisairauksissa muistin heikkeneminen ei välttämättä ole asiakkaan toimintakyvyn kannalta suurin ongelma
- » Muistisairaus ei poista ihmisen tarvetta osallisuuteen

Vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia henkilöitä on Suomessa n. 93 000 ja määrä tulee vuoteen 2060 mennessä nousemaan lähes 240 000:een. Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen muistiohjelman tavoite on aivoterveystiedon edistäminen, hyvän hoidon varmistaminen ja tietoisuuden lisääminen. Kyseessä on siis merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen tekijä.^{1 2}

Toimintakykyä edistävällä toiminnalla, jossa muistisairautta sairastava henkilö on itse aktiivinen toimija, voidaan hidastaa sairauden etenemistä sekä parantaa elämänlaatua. Vaikka kuntoutumisen luonne muuttuu sairauden edetessä, on kuntoutuminen mahdollista sairauden kaikissa vaiheissa.³

Muistisairaudet heikentävät fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä⁴. Toimintakyvyn näkökulmasta muistin heikkeneminen ei siis ole aina suurin ongelma⁵. Fyysinen toimintakyky heikkenee lihasvoiman vähenemisen, liikeratojen pienemisen, suojareaktioiden puutteiden, aisti-informaation heikkenemisen, kipujen, opittujen taitojen unohtumisen ja tasapainon heikentymisen myötä. Toiminnanohjauksen heikkeneminen, mielen palauttamisen vaikeutuminen, ajankäytön suunnittelun ongelmat ja mahdolliset käyttäytymisen muutokset heikentävät sosiaalista toimintakykyä.^{6 7} Toimintakyvyn heikkeneminen ei poista henkilön tarvetta aktiivisuuteen, osallistumiseen, vaikuttamiseen, kulttuuriin ja esteettisiin kokemuksiin⁸.

¹ Uusitalo 2013, 121-122

² Martikainen & Vivamo 2015, 44-45

³ Muistiliitto ry, 2015

⁴ Pirttilä 2004, 242

⁵ Snow 2013

⁶ Soininen & Hänninen 2015, 82

⁷ Pirttilä 2004, 242

⁸ Virjonen & Kankare 2013, 71-72

Alla olevassa taulukossa esitetään muistisairauksien vaikutukset toimintakykyyn ICF-luokitusta mukailleen.

TERVEYDENTILA: MUISTISAIRAUS		
<p>Kehon rakenteet ja toiminnot:</p> <ul style="list-style-type: none"> » muutokset entorinaalisella kuorikerroksella, pyramidisoluissa ja hippokampuksessa » hermoverkon synapsien vaurio ja neuronien tuhoutuminen » iskeemiset neuronien vauriot ja ylemmän motoneuronin vauriot » ratayhteyksien uusiutumista nopeampi tuhoutuminen » tiedonkäsittely, suunnitelmallisuuden, ajankäytön, aloitteen ja hahmottamisen vaikeudet » itsereflektion heikentyminen ja käyttäytymisen muutokset, ahdistuneisuus, masennus ja apaattisuus » toiminnanohjauksen heikentyminen ja psykomotorinen hidastuminen (mm. apraksia) » tunne- ja liikesäätelyn sekä tasapainon heikentyminen » puheen tuottamisen heikentyminen (afasia) » aistitiedon käsittelyn heikentyminen (agnosia) » alafasiaaliheikkous, näkökentän puutokset, toispuolihalvaus, neglect » rigiditeetti (jäsenten kankeus), hypokinesia (lihaskäytön hitaus ja heikkous) » muutokset kivun tuntemisessa 	<p>Suoritukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> » tarkkaavaisuuden ja muistin heikkeneminen » huomion suuntaamisen ja orientoitumisen puutteellisuus » ongelmat oppimisessa ja ongelmanratkaisussa » kävelyn ja liikkumisen heikentyminen » estottomuus, tahdittomuus, ärsykesidonnainen toiminta ja arvostelukyvyn vaikeudet » taloudesta huolehtimisen ongelmat » autonomian ja ADL-toimintojen (päivittäiset toiminnot) vaikeutuminen » laitteiden käytön vaikeutuminen » hallusinaatiot ja harhaluulot 	<p>Osallistuminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » sosiaalisen elämän rajoittuminen » työn ja harrastusten vaikeutuminen » haasteet yhteiskunnallisessa ja kulttuurisessa osallistumisessa » kotona asumisen vaikeutuminen
<p>Ympäristötekijät: ympäristön asenteet, esteettömyys, apuvälineet, lääkitys, eri terapiamuodot</p>	<p>Yksilötekijät: ikä, elintavat, perimä, koulutus, sukupuoli</p>	

Kuva1: ICF-taulukko: muistisairauksien vaikutus toimintakykyyn⁹

⁹Erkinjuntti & Rosenvall 2015, 77-78; Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120-121, 124; Erkinjuntti 2010; Atula 2015; Käypä hoito 2016;

Pirttilä 2004, 242; Paajanen & Hänninen 2014, 98; Soininen & Hänninen 2015, 82; Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 142-143; Rinne 2015, 165-167; Remes & Rinne 2015, 174

3 KOHTAAMINEN

AVAINKOHDAT

- » Terveydenhuollon ammattilaisen on toimittava eettisten periaatteiden mukaisesti
- » Muistisairaus ei poista asiakkaan itsemääräämisoikeutta
- » Kommunikointiin kuuluu paitsi puhe, myös kehonkieli
- » Asiakas on oman elämänsä asiantuntija – hänen autonomiaansa on tuettava ja hänelle on annettava tilaa ja aikaa

Terveydenhuollon ammattilaisen on toimittava eettisten periaatteiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa myös ammattitaitojen kehittämistä ja ylläpitämistä. Tarkemmin itsemääräämisoikeudesta on säädetty sosiaalihuoltolaissa¹⁰ ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista¹¹.

Kaiken asiakastyön pohjana on luottamuksen rakentaminen sekä tasa-arvoinen ja kunnioittava kohtelu. Asiakkaalla on aina itsemääräämisoikeus itseensä kohdistuvista päätöksistä ja oikeus tiedonsaantiin. Asiakkaan motivointi kuntoutuksen kaikissa vaiheissa on tärkeää, näin häntä ohjataan ottamaan vastuu omasta hyvinvoinnistaan. Asiakslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan arvokkuuden tunteen säilyttämistä, jolloin hänen tarpeensa ja toiveensa huomioidaan.¹² Verbaalisen viestinnän lisäksi eleet, ilmeet ja kehonkieli ovat osa kohtaamista¹³.

Jaetussa asiantuntijuudessa pyritään monologin sijasta dialogiin, jossa ohjattava on oman elämänsä asiantuntija, joka tekee omia ratkaisujaan.¹⁴ Yksilöllisellä kunnioittamisella tarkoitetaan asiakkaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja ympäristöllisten taustatekijöiden huomioon ottamista¹⁵.

Kun asiakas nähdään aktiivisena oppijana, joka jäsentää uutta tietoa aikaisemman tiedon varaan on kyse konstruktivistisesta ohjauksesta¹⁶. Asiakkaan autonomiaa tuetaan antamalla tilaa kysymyksille ja valinnoille. Vaikka korjaava ohjaus voi olla tarpeellista, liiallinen ohjaajakeskeisyys voi saada asiakkaan riippuvaiseksi ohjaamisesta.¹⁷

Kieli kertoo puhujan ajattelusta. Kielteiset tai vihamieliset sanat luovat negatiivista ilmapiiriä. Sanavalinnoilla ajattelua voidaan muuttaa myönteisemmäksi.¹⁸

¹⁰ Sosiaalihuoltolaki 2014/1301

¹¹ Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812

¹² Väestöliitto 2018

¹³ Virjonen ym. 2013, 71

¹⁴ Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 69-70

¹⁵ Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25-31

¹⁶ Vänskä ym. 2011, 21-23

¹⁷ Vänskä, ym. 2011, 72-73

¹⁸ Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 28

Erään asiakkaan kertomus jatkui ja jatkui. Halusimme antaa hänelle aikaa itse lopettaa kertomuksensa, mutta puoliso sitten keskeytti tarinan hermostuneena ”Eiköhän se riitä”.

Tässä opiskelija mietti kuinka tuossa tilanteessa tulisi toimia – tulisiko antaa jatkaa tarinaa. Hän mietti myös, miten ottaa huomioon molemmat asiakkaat. Opiskelija myös mietti yleistä asennoitumista muistisairautta sairastavaan ja kiinnitti huomiota siihen, että helposti tulee kysyttyä asioita muistisairautta sairastavan omaiselta eikä muistisairautta sairastavalta itseltään:

Puolison ollessa mukana tulee helposti kysyttyä puolisolta. Ja vaikka sitä puolisoa ei olisi mukana, niin pitää antaa tilaa sille muistisairaalle.

Mikäli asiakas kokee, ettei hänen tuntemuksillaan ja mielipiteillään ole väliä, se luonnollisesti laskee hänen motivaatiotaan osallistua toimintaan:

Ryhmätunnin alussa meillä oli tapana aloittaa ryhmäkerrat kertaamalla mitä oli viikonlopun aikana tapahtunut. Muistisairas asiakas kertoi viikonlopustaan ja jäi miettimään hetkeksi asiaansa, mietti ilmeisesti sanavalintaansa, jolloin asiakkaan puoliso aloitti puhumaan asiakkaan puolesta juttua loppuun ja se silminnähden suututti asiakkaan. Muuten puhelias asiakas ei enää sinä päivänä osallistunut mihinkään ryhmäkeskusteluun.

4 SUUNNITTELU

AVAINKOHDAT

- » Jo suunnitteluvaiheessa on hyvä huomioida moniammatillisuus – mitä osaamista ja mahdollisuuksia ohjaajaryhmällä on?
- » Aivojen aktivoiminen on yhtä tärkeää kuin liikuntaelimestön harjoittaminen
- » Fyysinen aktiivisuus parantaa kognitiota, samoin ryhmätoiminta
- » Toiminnan suunnittelussa on hyvä hyödyntää tietoja asiakkaan elämänhistoriasta, työstä ja harrastuksista
- » Suunnitelmassa tulee olla variaatioita samoista harjoitteista, lisäksi varasuunnitelma voi tulla tarpeeseen

Toimintakykyä edistävässä toiminnassa kannattaa hyödyntää moniammatillista ohjaajaryhmää. Voimallassa työskentelee yhteistyössä mm. fysioterapeutti-, sosionomi-, terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajaopiskelijoita.

Aivojen aktivoiminen on yhtä tärkeää kuin liikuntaelimestön harjoittaminen. Kognitiiviset harjoitteet ovat toistuvia ja tiedonkäsittelyä sisältäviä. Pelit ja seura ovat hyviä kognition lisääjiä.¹⁹ Musiikki aktivoi aivojen eri alueita jopa vaikeaa muistisairautta sairastavilla henkilöillä. Rytmi ja hokemat eivät unohdu helposti. Musiikkia, kuvia tai vanhoja tavaroita voi liittää ikääntyneiden harjoitteluun sitä elävöittämään ja lisäämään motivaatiota.²⁰

Ryhmätoiminta antaa mahdollisuuden monien aistien yhtäaikaiseen käyttöön. Ryhmätuntiin kuuluu aloitus, toimintavaihe ja selkeä lopetus. Tuntiin voi kuulua tuoksujen haistelua tai äänen käyttämistä kuten laulamista. Ryhmänohjauksessa vaaditaan kykyä mukautua nopeasti vaihteleviin tilanteisiin.²¹

Muistisairaus heikentää tasapainoa ja lisää kaatumisriskiä. Fyysisellä harjoittelulla sekä elinympäristön ja apuvälinetarpeen kartoittamisella voidaan ehkäistä kaatumatapaturmia. Tasapainoharjoitteita pitää tehdä runsaasti, hyvässä vireystilassa ja ennen lihasvoimaharjoitteita. Kävelyä ja tasapainoa harjoitettaessa tulee huomioida oikea biomekaniikka. Harjoittelussa voi hyödyntää sekä sisä- että ulkotiloja sekä välineitä esim. askelmalautoja.²²

Progressiivisen voimaharjoittelun on havaittu parantavan huomattavasti kognitiivisia toimintoja²³. Lihasvoimaharjoittelun perusteina on ainakin 10 viikkoa kestävä, kaksi kertaa viikossa tapahtuva harjoittelu, jossa harjoituskuorma on progressiivisesti 60-80 % maksimista, sarjoja on vähintään kaksi ja toistoja 8-10 sarjaa kohti. Ohjaajan on huomioitava sairauden aiheuttamat hahmottamisen ja muistamisen häiriöt.²⁴

¹⁹ Paajanen & Hänninen 2014, 99-101

²⁰ Forder 2014, 118-119

²¹ Forder 2014, 115-117

²² Forder 2014, 113-114

²³ Mavros, Gates, Wilson, Jain, Meiklejohn, Brodaty, Wen, Singh, Baune, Suo, Baker, Foroughi, Wang, Sachdev, Valenzuela & Fiatarone Sing 2017

²⁴ Forder 2014, 114-115

Asiakkaan toimintakykyä edesauttaa toiminnanmukainen ympäristö vihjeineen^{25 26}. Toisaalta ylimääräiset ärsykkeet voivat kiinnittää huomion pois olennaisesta toiminnasta ja heikentää toimintakykyä²⁷. On syytä pyrkiä erottamaan muistisairauden aiheuttamat toimintakyvyn alenemat muista syistä johtuvista toimintakyvyn heikentymisestä. Esimerkiksi iän myötä heikentyvä kuulo vaikeuttaa kommunikaatiota entisestään, ja voi vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä.²⁸

Kuvasuunnistus, pallopelit ja luonnossa liikkuminen ovat monipuolisia harjoitteita. Erilaiset luovat tehtävät kuten maalaus, piirtäminen, tarinointi, tanssi, musiikki ja musisointi voidaan liittää muuhun harjoitteluun ja ne lisäävät kulttuurillista osallisuutta. Aivoja aktivoivia harjoituksia ovat kaikki sanaleikit, lorut ja laulut. Kaikissa harjoitteissa tulee edetä johdonmukaisesti esimerkiksi, kun luetellaan kalenteria, aakkosia tai numeroita. Harjoitteissa tavoitteena on myös artikuloinnin selkeys. Tärkeää on hengityksen ja äänen käytön korostaminen. Tärkeintä on onnistumisen kokemusten saaminen, joten suunnitelmissa pitää olla tarpeeksi variaatioita kuitenkin asiakkaita aliarvioimatta.

Toimintaa suunniteltaessa kannattaa miettiä harjoitteille monia variaatioita – helpompia ja vaikeampia suoritustapoja. On myös hyvä tehdä varasuunnitelma.

Toimintaympäristön selkeys ja esteettömyys tulee ottaa huomioon:

Musiikin tiloissa johdot meinasivat kompastuttaa, esineitä oli edessä, tolpat eivät olleet kiinteästi kiinni. Hyvä että itse pysyi pystyssä.

Ympäristö, joka ei ole asiakkaalle tuttu, voi heikentää toimintakykyä merkittävästikin:

Voimalan luokassa toimintakyky vaikutti hyvältä ja vuorovaikutus onnistui puhuen. Kuntosalilla toiminta oli vaikeampaa, keskittyminen/katsekontaktin saaminen hankaloitui. Puhe ei mennyt perille.

²⁵ Majlesi & Ekström 2016

²⁶ Balouch & Rusted 2017

²⁷ Wittwer, Webster & Hill 2013

²⁸ Mamo, Nirmalasari, Nieman, McNabey, Simpson, Oh & Lin 2017

5 TOTEUTUS

5.1 Ohjaaminen

AVAINKOHDAT

- » Muistisairautta sairastavan asiakkaan ohjaamisessa kehonkielen ja äänensävyn merkitys korostuvat
- » Kolmikanavatekniikka: katsekontaktin sekä manuaalisen, visuaalisen ja verbaalisen ohjauksen yhtäaikainen käyttö
- » Kaikki asiakkaat eivät pidä koskettamisesta – on hyvä pyytää asiakkaalta lupa koskettamiseen ja ilmoittaa siitä etukäteen
- » Mielikuvaharjoittelun avulla voidaan edistää suoritusta
- » Virheellisten suoritusten näyttämistä tulee välttää

Hyvä ohjaustilanne on luottamuksellinen, tasa-arvoinen ja toista kunnioittava. Empatian ilmaisu, ristiriidan osoittaminen asiakkaan nykytilanteen ja tavoitteen välillä, väittelyn välttäminen, vastarinnan myötäily sekä pystyvyyden tunteen tukeminen parantavat motivaatiota.²⁹

Asiakkaan ohjaamisen on oltava turvallista, kunnioittavaa ja omatoimisuutta tukevaa yhteistyötä. Asiakslähtöisyys vaatii asiakkaan viestinnän ja tilanteen hyvää tulkintaa.³⁰ Valtaosa vuorovaikutuksesta koostuu äänensävyä ja temposta sekä kehonkielestä. Muistisairautta sairastavan henkilön ohjaamisessa nämä korostuvat entisestään.³¹

Ohjauksessa on tavoitteena vaikuttaa asiakkaan liikkeen, liikkumisen ja toiminnan laatuun terveyttä ja toimintakykyä tukevasti. Häntä motivoidaan omien voimavarojen käyttöön tavoitteiden saavuttamisessa. Motivaatiota tukevat asiakkaan näkemysten ymmärtäminen sekä tavoitteiden realistisuus ja mielekkäisyys. Ohjaustyössä sovelletaan eri mallintamiskeinoja (visuaalinen, auditivinen, manuaalinen) ja palautteenantotapoja.³²

Ohjauksessa voi käyttää kolmikanavatekniikkaa eli katsekontaktin, manuaalisen, visuaalisen ja verbaalisen ohjauksen yhtäaikaista käyttöä. Katsekontaktin saaminen kiinnittää asiakkaan huomion. Sanallinen ohjaus on lyhyttä, selkeää ja on yhdistynyt kehonkieleen. Ohjausta auttaa rauhallinen ja häiriötön ympäristö. Manuaalinen ohjaus voi auttaa oikean liikkeen hahmottamista, mutta jokaisen oman, yksilöllisen reviirin kunnioittaminen on tärkeää.³³

Passiivisen ohjauksen heikkous on motorisen järjestelmän inaktiivisuus ja suorituksesta saadun palautteen vähäisyys. Siksi suositeltavaa on turvallisuuden rajoissa tapahtuva mahdollisimman itsenäinen suoritus.³⁴

²⁹ Kyngäs, ym. 2007, 47-49

³⁰ Mönkäre 2014, 90-91

³¹ Håkämies 2012, 11

³² Hyvä fysioterapiakäytäntö -työryhmä 2016, 16

³³ Forder 2014, 111

³⁴ Kauranen 2011, 379-381

Ohjatessa visuaalisesti omalla esimerkillä, on varmistettava, että ohjattavat näkevät suorituksen oikeasta kulmasta, suoritus toistetaan riittävän monta kertaa ja oikein³⁵. Visuaalinen ohjaaminen perustuu aivojen peilisolujen aktivaatioon, joka jäljittelee liikkeen suorittamista³⁶. Ohjaamisessa on tärkeää suunnata rajallinen huomiokyky olennaiseen sekä vireystilan huomioiminen ja sen vaikutus motoriseen suorituskyyntään³⁷.

Positiivisessa siirtovaikutuksessa aiemmin opitut taidot auttavat uusien taitojen omaksumisessa³⁸. Kun harjoittelijan aiempia taitoja ja kykyjä hyödynnetään harjoittelussa, puhutaan positiivisesta siirtovaikutuksesta. Tämä hyödyntäminen edellyttää aiempien taitojen kartoittamista. Fysiologisesti kyse on siitä, että pre-motorisella aivokuorella olevaa liikeaihiota muutetaan uutta tehtävää vastaavaksi. Negatiivisessa siirtovaikutuksessa aiemmin opittu taito poikkeaa ratkaisevasti uudesta, motorinen oppiminen hidastuu, sillä pre-motorisella aivokuorella oleva liikeaihiota täytyy oppia pois.³⁹

Liikkeen näkeminen tai mielikuva itsestään tai toisesta suorittamassa liikettä aktivoi keskushermoston peilisolut tavalla, joka jäljittelee hermoston aktivaatiota motorisessa suorituksessa. Keskushermosto ei osaa erottaa ”väärää” ja ”oikeaa” liikemallia, sillä suorituksen kuvittelemisen vahvistaa kyseisessä suorituksessa aktivoituvia neuroniyhteyksiä.⁴⁰ Tämän takia kannattaa olla näyttämättä virheellistä suoristusta, edes esimerkkinä liikemallista jota tulee välttää.

Mielikuvaharjoittelun avulla voidaan edistää suoristusta, kun se liitetään asiakkaalle tuttuihin toimintoihin. Toistojen määrän merkitys oppimisen kannalta korostuu muistisairautta sairastavilla henkilöillä. Palaute on annettava meneillään olevasta harjoitteesta ja sen on oltava selkeää, kuvaavaa, realistista ja kannustavaa. Tuntemusten tiedustelu ja seuraavan harjoituskerran mainitseminen kuuluvat palautteeseen.⁴¹

Joskus perinteiset harjoittelumuodot eivät tuo esiin asiakkaan voimavaroja.
Tieto asiakkaan elämästä ja mielenkiinnon kohteista voi avata vaihtoehtoisia harjoittelutapoja:

*Tasapainoharjoitteet eivät häneltä sujuneet, mutta kun Olavi Virtaa soitti,
niin tangot ja valssit löytyivät hienosti, ja hän myös kertoi omasta
historiastaan ja elämästään.*

Useamman kanavan käyttö ja katsekontakti auttavat ohjaamisessa:

*Ohjasin aluksi tuolilta nousua sivusta, mutta viesti ei mennyt perille.
Edestä ohjaaminen omalla näytöllä onnistui, kun sain katsekontaktin.*

*Mutta kun otti kädestä kiinni ja lähti juoksemaan, asiakas lähti mukaan,
näki hymyn ja innostuksen hänen naamalta.*

On otettava huomioon, että ohjaustilanteessa on tarpeeksi ohjaajia avustamassa.
Kuitenkin on hyvä, että vain yksi on ns. pääohjaaja. Pääohjaajan paita voi olla esimerkiksi eri värinen kuin muilla ohjaajilla hahmotuksen parantamiseksi.

³⁶ Kauranen 2011, 377

³⁷ Kauranen 2011, 364-365

³⁸ Magill 2011, 290-291; 334-337

³⁹ Kauranen 2011, 365-366

⁴⁰ Kauranen 2011, 376-378

⁴¹ Forder 2014, 111-112

5.2 Käyttäytymisen muutokset

AVAINKOHDAT

- » Asiakkaan pyrkimys saada omat toiveensa ja kokemuksensa kuulluiksi saatetaan leimata käytösoireeksi
- » Käyttäytymisen muutoksen ymmärtämisessä auttaa, jos pyritään asettumaan asiakkaan asemaan ja näkemään asiat hänen kannaltaan

Muutokset käyttäytymisessä voivat olla hämmentäviä, jopa uhkaavia. On muistettava, ettei asiakas itse kykene vaikuttamaan näihin muutoksiin. Pyrkimys ymmärtämään asiakkaan käyttäytymisen syitä ja hänen kokemustensa merkityksellisenä pitäminen helpottaa yhteistyötä hänen kanssaan. Tietty mukautuminen asiakkaan kokemukseen voi olla edullisempaa kuin yritykset saada asiakas hyväksymään meidän kokemuksemme todellisuudesta. Yritys pakottaa asiakas ”todellisuuteen” (realiteettiorientaatio) voi saada asiakkaan vihanieliseksi ja haluttomammaksi vuorovaikutukseen.⁴² Se, minkä muut kokevat käytösoireena, voi olla asiakkaan yritys saada omat tarpeensa ja toiveensa kuuluviin tai reaktio siihen, ettei hänen tarpeitaan huomioida. Esimerkiksi vaeltelu voi olla pyrkimystä hallita omaa arkea.⁴³

Turvallisella ympäristöllä voidaan pyrkiä hallitsemaan käyttäytymisen muutoksia. Haasteellisella käyttäytymisellä pyritään usein ilmaisemaan toiveita, tarpeita tai pahaa mieltä. Haasteellisen käyttäytymisen tulkitseminen ja ymmärtäminen voi olla vaikeaa, mutta siinä auttavat ymmärrys käyttäytymisen muutosten syistä, tieto asiakkaan elämänhistoriasta, rauhallisuus, tilanteeseen sopiva ja harmiton huumori, asiakkaalle tutut laulut ja lorut, huomion kääntäminen toiseen asiaan ja tarpeen mukainen tilanteesta poistuminen tai oman todellisuuskäsityksen vastaisiin käsityksiin ”mukautuminen”.⁴⁴

⁴² Pohjavirta 2012, 22; 26-27

⁴³ Jyrkämä 2013, 89

⁴⁴ Mönkäre 2014, 87-88; 91-92

Tilanteissa voi syntyä yllättäviä tunteenpurkauksia, joissa ei ole kuitenkaan syytä huoleen.

Asiakas alkoi yhtäkkiä itkeä, emmekä tienneet miten tulisi toimia. Hänellä oli kuitenkin henkilökohtainen avustaja mukana, joka sanoi, että todennäköisesti musiikki toi muiston tai herätti tutun tunteen.

Asiakas ajatteli olevansa junassa ja luuli minua tarjoilijaksi. En ollut varma, miten suhtautua ja mitä sanoisin.

Näe asiakkaiden mahdollisuudet: ennakkoluulottomuus, rehellisyys, he eivät teeskentele. Kun asiakkailta kysyttiin, onko kolme tuntia liian pitkä aika, vastattiin: "Ei ole – kun tänne on kerran tultu niin sitten täällä myös ollaan!"

Kun asettuu asiakkaan asemaan ja pyrkii ymmärtämään hänen tuntemuksiaan ilman, että tarjoaa hänelle omia faktojaan, voi tilanne helpottua:

Asiakas, joka koettiin aggressiiviseksi, totesi minulle: "minusta tuntuu, että sinä olet pirun asialla!" Mietin, että tuskin kannattaa väittää vastaan, ja sen sijaan kysyin: "miksi sinusta tuntuu siltä?" Asiakas meni miettelijäksi, ja tuntui että jännite hieman hellitti ja hän totesi "en tiedä, mutta jostain syystä siltä minusta tuntuu".

6 LOPUKSI

Toivottavasti opas on antanut eväitä muistisairautta sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. Toivomme että olet saanut lisää varmuutta muistisairautta sairastavan asiakkaan kanssa toimimiseen.

Vaikka oppaassa on paljon tietoa kohtaamisesta ja ohjaamisesta niin se on silti pintaraapaisu aiheeseen. Toivomme että tutustut lisäksi oppaan lopussa ja lähdeluettelossa oleviin lähteisiin.

Kohtaamisessa ja ohjaamisessa kehittyminen tapahtuu käytännön kokemuksen kautta. Oppiminen edellyttää oman ja muiden toiminnan reflektointia. Lähde rohkeasti, avoimesti ja rehellisellä asenteella järjestämään toimintaa muistisairautta sairastavien henkilöiden kanssa.

7 LISÄÄ TIETOA

”Käytösoireen” kohtaaminen:

<https://youtu.be/ZpXeeFZ2jAM?t=4m15s> (Snow 2017)

<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>

<https://www.aivoliitto.fi/aivoterveys>

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlkoo7o6&p_hakusana=muistisairaus

<http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia>

Kirjallisuutta:

Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt 2017 – Duodecim

Onnistuuko ohjaus? 2011- Edita Prima

Muistisairaudet 2015 – Duodecim

LÄHTEET

- Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia [verenkiertoperäinen muistisairaus]. Duodecim. Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. 16.8.2017.
- Balouch, S. & Rusted, J.M. 2017. Can verbal instruction enhance the recall of an everyday task and promote error-monitoring in people with dementia of the Alzheimer-type? *Neuropsychological Rehabilitation* 27(2), 239–262, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26329377>. 22.6.2017.
- Erkinjuntti, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01587>. 16.1.2017.
- Erkinjuntti, T. & Rosenvall, A. 2015. Muistioireiden ja –sairauksien mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 77–80.
- Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. [toim.]. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 107–120.
- Hyvä fysioterapiakäytäntö –työryhmä. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen Fysioterapeutit. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>. 25.8.2017.
- Häkämies, A. 2012. Eläytyvä kuuntelu. Teoksessa Pohjavirta, H. [toim.]. Onko tänään eilen TunteVa® -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry, 7–14.
- Jyrkämä, J. 2013. Muistisairaus, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Virjonen K. [toim.]. Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus. 87–113.
- Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat [frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia]. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594>. 17.8.2017.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.
- Magill, R.A. 2011. Motor Learning and Control – Concepts and Applications. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Majlesi, A.R. & Ekström, A. 2016. Baking together – the coordination of actions in activities involving people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 38:37–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27531451>. 22.6.2017.
- Mamo, S.K., Nirmalasari, O., Nieman, C.L., McNabey, M.K., Simpson, A., Oh, E.S. & Lin, F.R. 2017. Hearing Care Intervention for Persons with Dementia: A Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 25(1), 91–101 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27890543>. 22.6.2017.
- Martikainen, J. & Viramo, P. 2015. Muistisairaudet ja terveystalous. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 44–55.
- Mavros, Y., Gates, N., Wilson, G.C., Jain, N., Meiklejohn, J., Brodaty, H., Wen, W., Singh, N., Baune, B.T., Suo, C., Baker, M.K., Foroughi, N., Wang, Y., Sachdev, P.S., Valenzuela, M. & Fiatarone Singh, M.A. 2017. Mediation of Cognitive Function Improvements by Strength Gains After Resistance Training in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: Out comes of the Study of Mental and Resistance Training. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(3), 550–559 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28304092>. 17.8.2017.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137–156.
- Muistiliitto ry. 2015. Elämää muistisairauden kanssa – kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. <https://www.muistiliitto.fi/application/files/1615/1263/5753/Kuntoutusopas.pdf>. 20.1.2018.
- Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. [toim.]. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85–96.

- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. Muistisairaahan kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. [toim.]. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 97–106.
- Pirttilä, T. 2004. Dementia. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. [toim.]. Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 239–244.
- Pohjavirta, H. 2012. TunteVa®-toimintamalli. Teoksessa Pohjavirta, H. [toim.]. Onko tänään eilen TunteVa® -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry, 21–39.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmäärittäminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119–136.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172–180.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165–171.
- Snow, T. 2013. What is dementia? Senior Helpers National. 23.7.2013. <https://www.youtube.com/watch?v=t--mkzfHULc>. 20.8.2017.
- Snow, T. 2017. Challenging Behavior. Positive Approach, LLC. <https://youtu.be/ZpXeeFZ2jAM?t=4m15s>. 2.9.2017.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmäärittäminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. [toim.]. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81–89.
- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.
- Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Virjonen, K. [toim.]. Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–183.
- Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa Virjonen, K. [toim.]. Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, 59–85.
- Väestöliitto. 2018. Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys? http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhdeesta/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/. 20.1.2018.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.
- Wittwer, J.E., Webster, K.E. & Hill, K. 2013. Effect of rhythmic auditory cueing on gait in people with Alzheimer disease. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 94(4), 718–24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23159787>. 22.6.2017.

