

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2021

Mary Ann Datu-Sirén

VUOROVAIKUTUS

MUISTISAIRAAN KANSSA

OPAS HOITAJILLE YMPÄRIVUOROKAUTISISSA
HOIDOSSA

Mary Ann Datu-Sirén

VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KANSSA

Opas hoitajille ympärivuorokautisessa hoidossa

Vaikka puhe ja ymmärryskyky katoavatkin sairauden edetessä, muistisairaahan ihmisen halu olla vuorovaikutuksessa ja yhteydessä toisiin, säilyy elämän loppuun saakka. Kun muistisairaahan kielellinen kyky loppu, vastuu vuorovaikutuksen onnistumisesta siirtyy hoitajalle. Tämän tutkimuksen toimeksianto on saatu TULOS hankkeelta. Pää tavoitteena on lisätä hyvinvointia ja tuottavuutta palveluita tuottavissa järjestöissä ja sote-alan yrityksissä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaahan asukkaan kohtaamista ympärivuorokautisessa hoidossa. Tavoitteena on, että hoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla parantaa vuorovaikutustapoja, käyttämällä erilaisia vuorovaikutuksen keinoja kun hän kohta muistisairaahan asukkaan hoitokodissa. Tutkimuskysymys on: mitkä ovat vuorovaikutuksen keinoja muistisairaita kohdatessa?

Tutkimusmenetelmänä käytettiin narratiivista kirjallisuuskatsausta. Kaksikymmentäkaksi valikoitua tutkimusta analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysi menetelmällä.

Tutkimustuloksen mukaan vuorovaikutuksen keinot muistisairaahan kanssa ovat: verbaalinen kommunikointi kuten tervehtiminen, vuoropuhelu ja positiivinen palaute; nonverbaalinen kommunikointi kuten katsekontakti ja kosketus; verbaalisen ja non-verbaalisen kommunikoinnin yhdistelmä kuten ihmiskeskeinen kommunikointi ja musiikkiterapeuttinen hoito; sekä kommunikoinnin tuki- ja apuvälineet kuten kuulolaite.

Johtopäätöksenä voi päätellä, että on olemassa erilaisia vuorovaikutuksen keinoja, joita voi käyttää kohdatessa muistisairaita henkilöitä. Hoitajan on osattava arvioida muistisairaahan jäljellä olevaa kommunikointikykyä, ja soveltaa erilaisia vuorovaikutuskeinoja ja -menetelmiä kullekin asukkaalle. Hoitajalle tulee tarjota vuorovaikutus ja kommunikointi koulutusta. Jatkotutkimuksena voidaan selvittää erilaisia vuorovaikutuksen keinoja sairauden erivaiheissa jotta voidaan arvioida keinojen toimivuutta ja soveltuvuutta.

ASIASANAT:

Muistisairas, alzheimer, dementia, vuorovaikutus, kohtaaminen, kommunikaatio

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelors of Science in Nursing

15.04.21 | 53 pages, 10 appendix

Mary Ann Datu-Sirén

INTERACTION WITH A PERSON WHO HAS MEMORY LOSS

A guide for caregivers in the round-the-clock care

Although speech and comprehension abilities disappear as the disease progresses, a memory disordered persons desire to connect and interact with other person will remain till the rest of his life. When a cognitively impaired person's ability to speak is gone, the responsibility for the successful interaction transfer to the caregiver. The review of this thesis preparation was obtained from TULOS project. The main goal is to increase well being and productivity in the service producing organization as well as in the social and healthcare company.

The purpose of this thesis is to describe the encounter of the memory loss residents in the round-the-clock care. The aim is that the nurse can use the gathered information to improve the ways of interaction by using different means of interaction when encountering memory impaired resident in the nursing home. The research question is: What are the ways of interaction when encountering person with memory disorder?

The research method was conducted in a narrative descriptive literature review. A selected twenty two literature study was analyzed using a data-driven content analysis .

According to the result of the thesis the ways of interaction when encountering a person with memory disorder are verbal communication such as greeting, negotiation and positive feedback; nonverbal communication such as eye contact and touch; combination of verbal and nonverbal communication such as person centered communication and music therapeutic care ; and communication aids and support such as hearing aids.

It could be concluded that there are different means of interaction that can be use when encountering a person with memory disorder. The caregiver should assess the remaining communication skills of the person with memory disorder and apply what means of interaction suits to the resident. The caregiver should be provided with communication and interaction training. Further research may explore different ways of interacting with different stages of memory loss in order to asses its functionality and suitability.

KEYWORDS:

Memory disorder, alzheimer, dementia, interaction, encounter, communication

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 YLEISIMMÄT ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET	8
2.1 Alzheimer	8
2.2 Leweyn kappale tauti	12
2.3 Aivoverenkierto sairauden aiheuttama muistisairaus	13
2.4 Parkison taudin muistisairaus	14
2.5 Otsa-ohimolohko rapeumat	15
3 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KANSSA	17
3.1 Vuorovaikutuksen ja ohjauksen lähtökohdat muistisairaahan kanssa	17
3.2 Kommunikointi muistisairaahan kanssa	18
3.3 Vuorovaikutuksen ylläpitäminen	22
3.4 Tarpeen ymmärtäminen ja kohtaaminen vuorovaikutuksen aikana	23
3.5 Vuorovaikutus kun fyysistä yhteyttä tarvitaan	26
3.6 Hoitajan edellytykset vuorovaikutuksessa	29
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUS KYSYMYKSET	31
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	32
5.1 Tutkimusmenetelmä	32
5.2 Tiedonhaku	33
5.3 Analyysimenetelmä	33
6 KIRJALLISUUSKATSAUS	35
6.1 Tulokset	35
6.2 Vuorovaikutuksen keinoja muistisairaahan kohdatessa	35
6.2.1 Verbaallinen kommunikointi	35
6.2.2 Nonverbaallinen kommunikointi	37
6.2.3 Verbaallinen ja Nonverbaallinen kommunikointi	41
6.2.4 Kommunikoinnin Apuvälineet	44

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	47
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	49

LÄHTEET	51
----------------	-----------

LIITTEET

Pikaopas hoitajalle	Liite 1
Tiedonhaku talukko	Liite 2
Manuaallinen haku taulukko	Liite 3
Kirjallisuus katsauksen valitut artikkelit	Liite 4

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn osaluueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste. Ne yleistyvät tulevaisuudessa reilusti väestön ikääntymisen myötä. (THL 2020.)

Maailmanlaajuisesti muistisairauden määrä kasvaa nopeasti. Vuonna 2015 maailmassa oli jo lähes 50 miljoonaa muistisairasta ja määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana. (THL 2020.)

Suomessa arvioidaan olevan yli 190 000 muistisairasta henkilöä ja on arvioitu, että muistisairauteen sairastuu Suomessa vuosittain noin 14500 henkilöä. Sairastuneista yli 7000 henkilöllä on todettu etenevä muistisairaus. Pitkäaikaishoidossa olevista ikääntyneistä kolme neljästä sairastaa muistisairautta. (THL 2020.)

Etenevät muistisairaudet johtavat ajan kuluessa muistin- ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan nykyään eteneviksi muistisairauksiksi. (Hallikkainen ym.2019.) Dementian ja niiden eri tyyppien tunteminen auttaa meitä sopeutumaan ja räätälöimään viestintä- ja vuorovaikutustaitomme yksittäiselle henkilölle. Kunkin dementian piirteet näkyvät selvimmin sairauksien alkuvaiheessa; ajan mittaan dementioiden tyypit alkavat näyttää toisiltaan aivosolujen kuolemien kumulatiivisen vaikutuksen vuoksi. (James & Gibbons 2019.)

Muistisairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. Vaikka puhe ja ymmärryskyky katoavatkin sairaudesta edetessä, muistisairas ihminen tarvitsee entiseen tapaan läheisyyttä ja kontakteja muihin ihmisiin. Halu olla vuorovaikutuksessa säilyy ihmisellä elämän loppuun saakka. (Papunet 2020.)

Vuorovaikutus on kaikkea sitä, miten ollaan ja kommunikoidaan toisten kanssa: sanoja, puhetta, äännähdyksiä, eleitä, ilmeitä, katseita ja kosketusta. Vuorovaikutus on keskeinen arjen sujumisen, hoitamisen sekä ohjaamisen väline ja keino. Sen taitaminen on olennainen osa ammatillisuutta. Vuorovaikutustavat kuuluvat oleellisesti lääkkeettömään hoitoon. (Mönkäre 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, muistisaira-an asukkaan kohtaamista ympäri-vuorokautisessa hoidossa. Tavoitteena on, että hoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tie-don avulla parantaa vuorovaikutuksen tapoja käyttämällä erilaisia vuorovaikutuksen kei-noja kun hän kohtaa muistisaira-an asukkaan hoitokodissa.

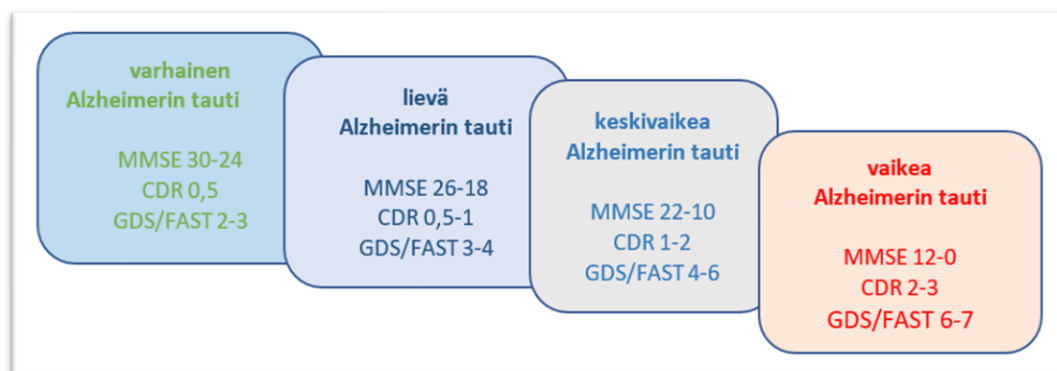
Toimeksianto tämän katsauksen laadintaan saatiin TULOS hankkeelta. TULOS-hank-keen päätavoitteena on lisätä työhyvinvointia ja tuottavuutta palveluita tuottavissa järjes-töissä ja sote-alan yrityksessä. (Turkuamk 2020.)

2 YLEISIMMÄT ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET

2.1 Alzheimer

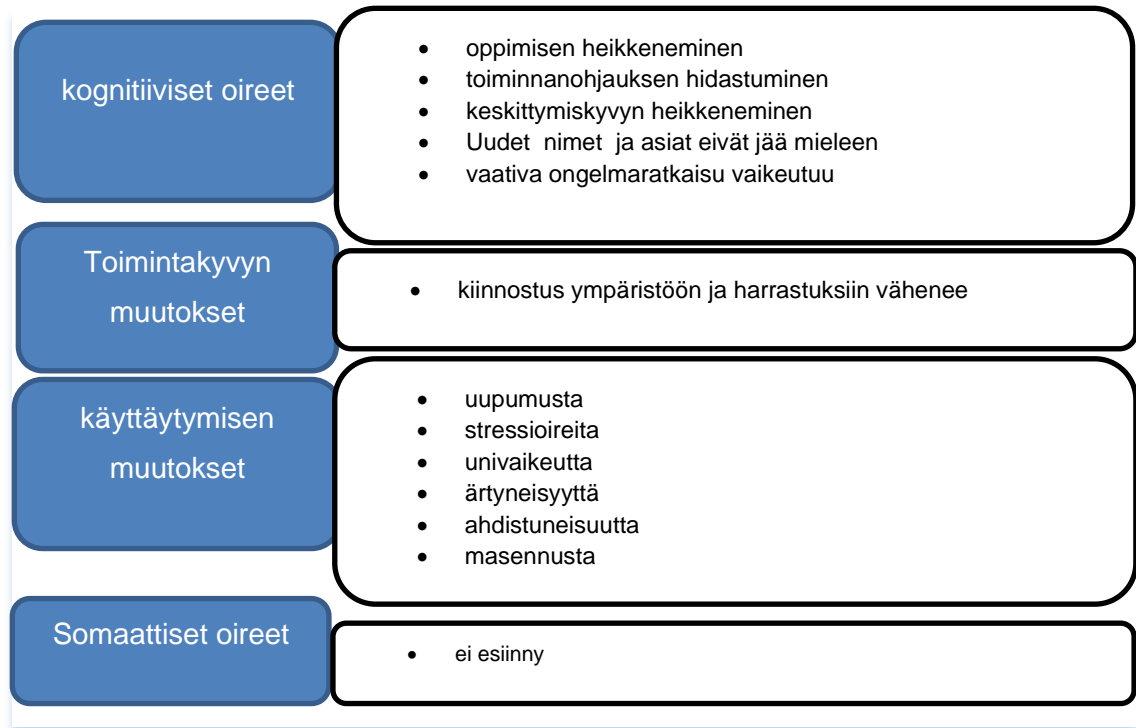
Alzheimer tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus. Se on yleisin etenevä muistisairaus. Sen yleisyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. Alle 65 vuotiaille tauti on harvinaisen, mutta yli 85-vuotiailla sitä esiintyy jo 15-20 prosentilla. Alzheimer on yleisin dementia aiheuttava sairaus. Kaikkista dementiasta kärsivistä noin 70-80 prosentilla on alzheimer tauti, osalla yhdessä muiden aivosairauksien kanssa. (Terveyskirjasto 2021.)

Tauti jaotellaan tyypilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypiseen muotoon. Tyypillinen tauti alkaa uuden oppimisen ja lähimuistin häiriöllä. Epätyypillisessä muodossa ongelmia on hahmottamisessa, puhe ja toiminnan ohjauksessa. Sekatyypisen oirekuvaan vaikuttaa mukana oleva muu rappeuttava aivo- tai aivoverenkiertosairausoireisto. Taudin eteneminen ja kesto on kaikissa muodossa kutakuinkin sama. Oireista kuolemaan on keskimäärin 12 vuotta, vaihdelleen kahdesta vuodesta yli 20 vuoteen. Kliininen oirekuva voidaan jakaa neljään vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea alzheimerin tauti. (Kts. kuva 1). Oireiden arvioineissa käytettyjen mittareiden pistemäärät antavat viitteitä taudin vaikeusasteista. (Halikkainen 2017, 226; Halikkainen 2019.)



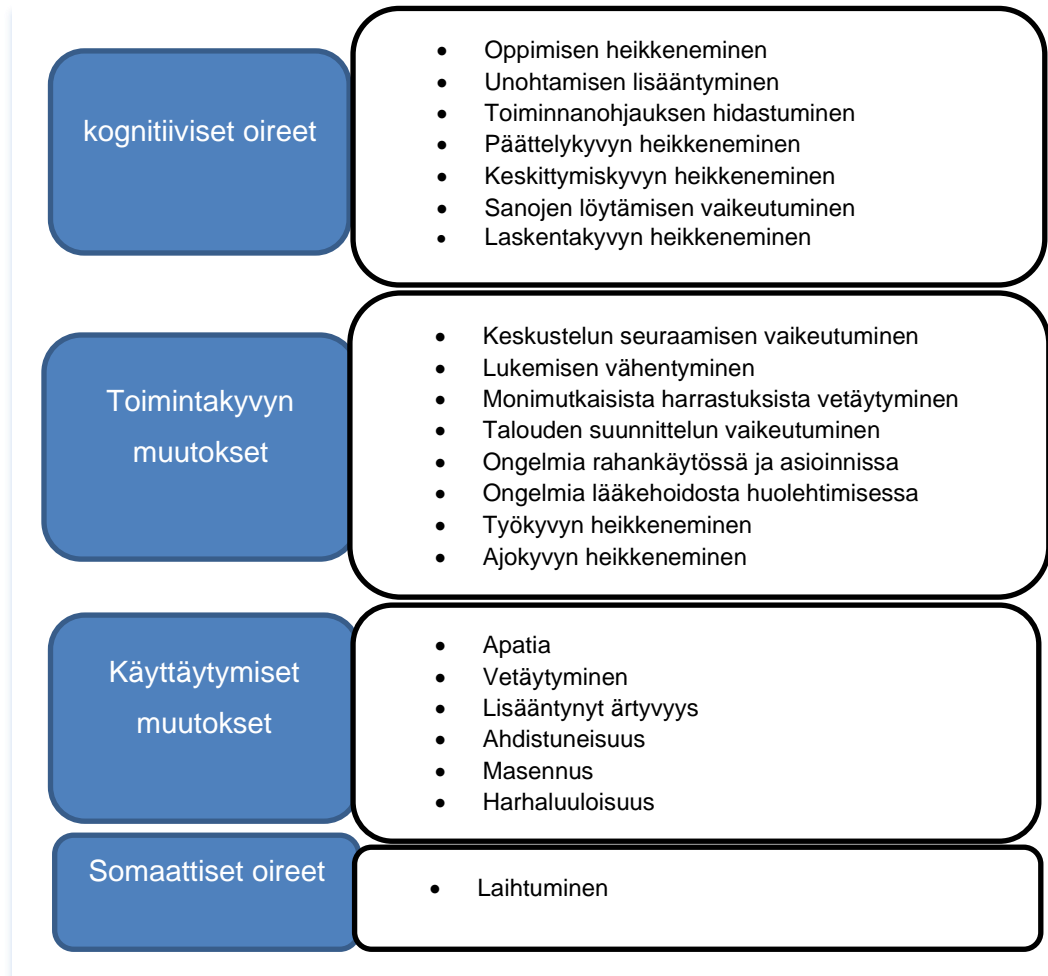
Kuva 1. Alzheimerin taudin vaiheet (Halikkainen 2019).

Varhaisen Alzheimerin taudin tutkimuksiin hakeudutaan joko omatoimisesti tiedostettaessa oma muistivaikeus tai useimmiten läheisten aloitteesta. Läheinen kuva oireet arkaa haittavina, kun taas henkilö itse pitää sitä harmittomina ja selittelee niitä milloin milläkin syyllä (Kts. kuva 2).



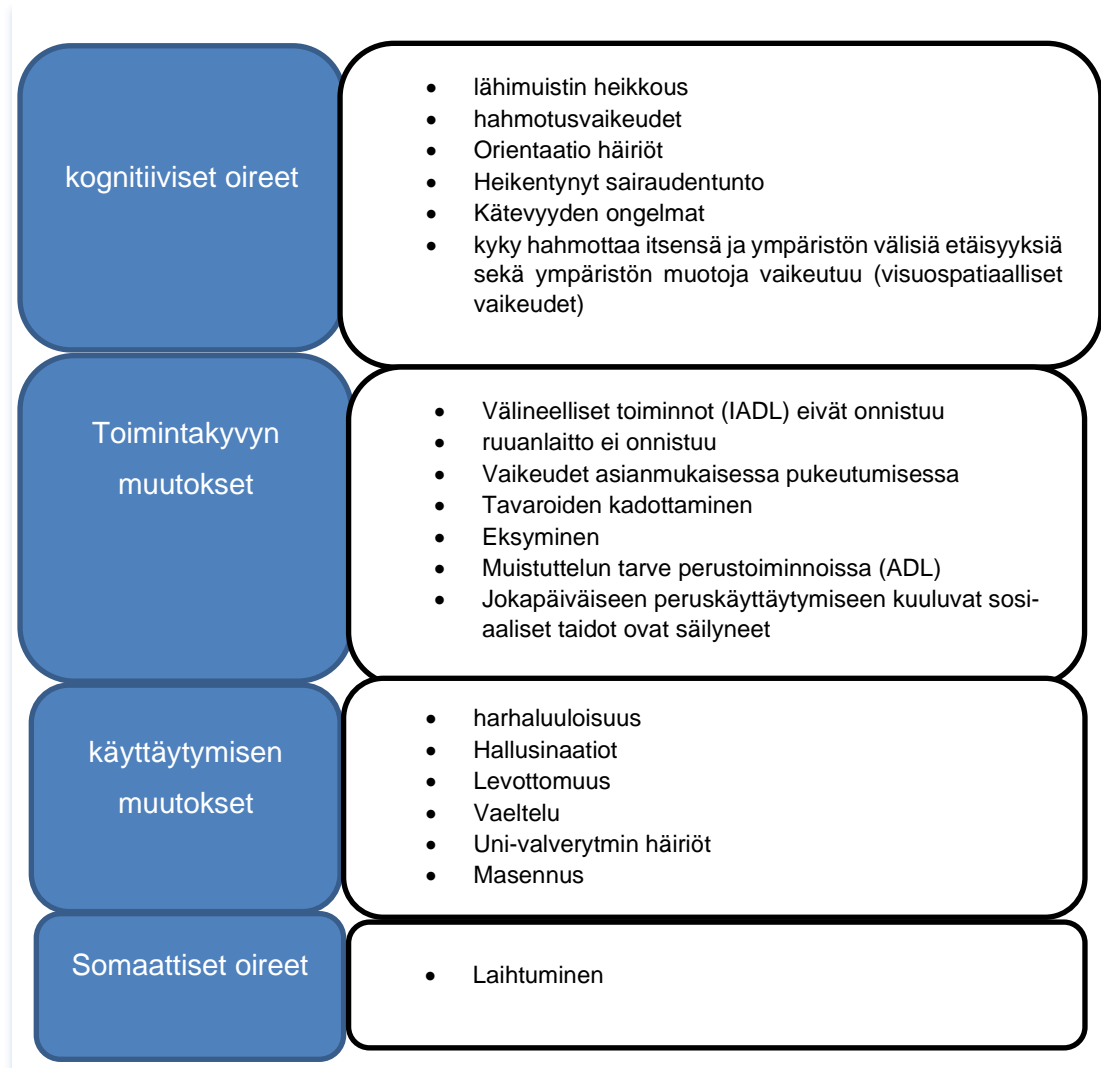
Kuva 2. Varhaisen Alzheimerin taudinkuva (MMSE 26-30, GDS/FAST 3, CDR 0,5). (Halikkainen 2019.)

Lievässä Alzheimerin taudissa ympäristön hahmottaminen vaikeutuu, sairastunut ek-syy helposti etenkin vieraassa ympäristössä. Sanojen löytäminen vaikeutuu. Monimut-kaisten ja abstraktien asioiden ymmärtäminen ja ajantaju heikkenee. Monimutkaisissa kotiaskareissa on toiminnanohjauksen ongelmista johtuen vaikeuksia. (Kts. kuva 3).



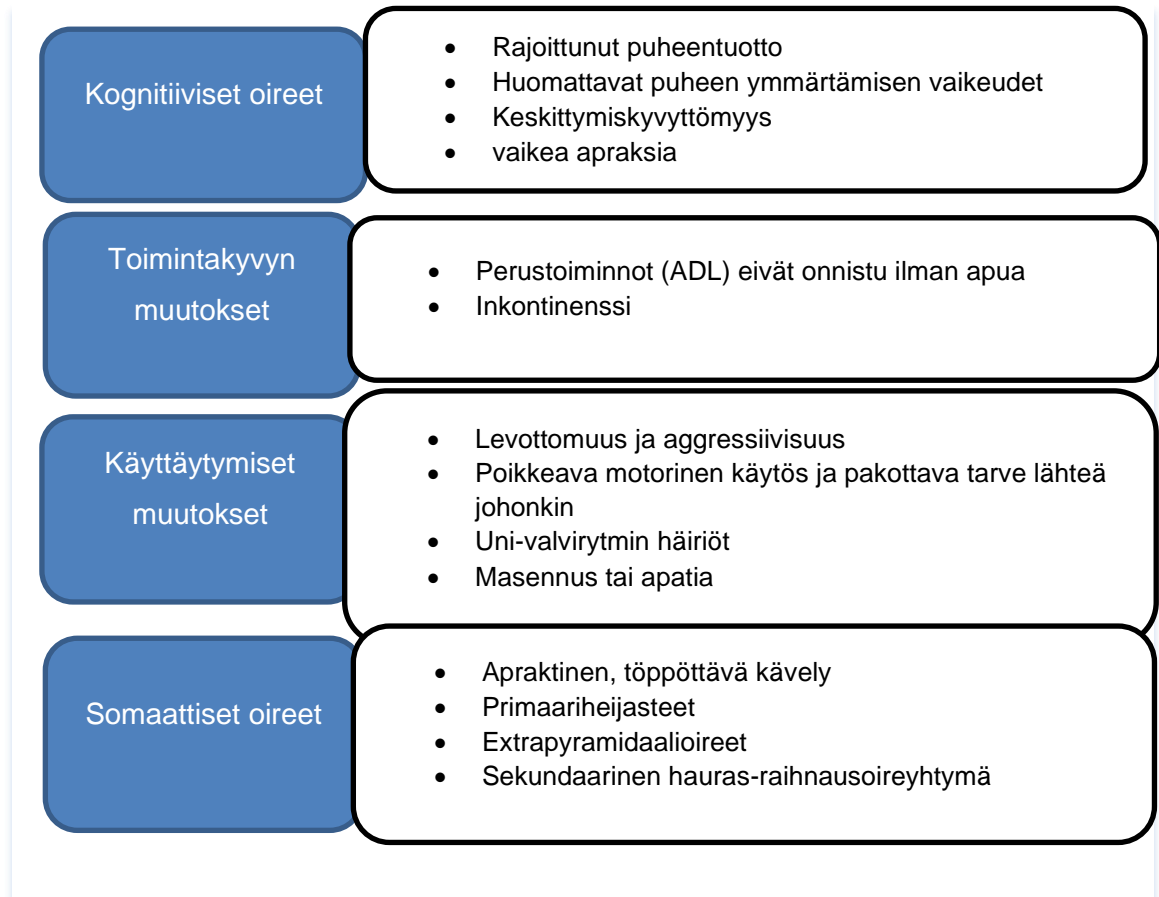
Kuva 3. Lievän Alzheimerin taudin kuva (MMSE 18-26, gds/ 3-4, CDR 0,5 1) (Halikkainen, 2019.)

Keskivaikeassa Alzheimer taudissa sairauden tunto on merkittävästi heikentynyt eikä muistisairas itse tunnista selviytymisvaikeuksiaan. Sairastunut aistii hyvin hoitoympäristön ilmapiirin ja hoitajan asenteen. Jos ympäristö on levoton, kiireinen tai hoitaja äkäinen, on myös muistisairas tätä. (Kts. kuva 4).



Kuva 4. Keskivaikeaa Alzheimerin taudinkuva (MMSE 10-22, GDS/FAST 4-6, CDR 1-2). (Halikainen, 2019.)

Vaikean Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa muisti toimii satunaisesti, muistisairas elää lapsuuttaan. Omaisia ei yleensä tunnisteta, vaan heitä pidetään lapsuuteen liittyvinä henkilöinä. Avun ja valvonnan tarve on 2-4 vuotiaan lapsen tasoista. (Kts. kuva 5).



Kuva 5. Vaikean Alzheimerin taudin taudinkuva (MMSE 0-12, GDS/FAST 6-7, CDR 2-3.) (Halikainen, 2019.)

2.2 Leweyn kappale tauti

Leweyn kappale tauti on sairaus, jotta on ollut vaikea diagnosoida ja tunnistaa. Useimmiten potilaat ovat saaneet yleisimmän muistisairauden eli Alzheimerin tauden diagnossin. Leweyn kappale taudin esiintyvyys on 1-2 % yli 65 – vuotiassa väestössä ja 5% yli 75 vuotiasta muistipotilaista. Sairaus johtaa usein merkittävään toimintakyvyn alenemaan. Taudin kesto ja siihen liittyvä kuolleisuus on usein arvioitu lyhyimmäksi Leweyn Alzheimer kappale taudissa kuin alzheimer taudissa. Keskimäärin elinikä leweyn kappale tautia sairastavilla vaihtelee 1.9 – 7.7 vuotta taudin vaikeusasteista ja yhtäaikaisesta alzheimerin taudin aivomuutosten määrästä riippuen. Leweyn kappale taudissa ei ole

parantava hoito, eikä myöskään taudin kulkua hidastavia lääkkeitä ole. Hoito on oireenmukaista (Hartikainen 2019.)

Lewyn kappaleita nähdään tyypillisesti Parkinsonin taudissa mustatumakkeessa (substantia nigra), tyvitumakkeissa ja myös vaihtelevassa määrin aivokuorella. Lewyn kappale-taudissa Lewyn kappaleita löytyy runsaasti libisen järjestelmän rakenteissa mm. amygdala ja aivokuorella. Puolella potilaista on myös Alzheimer taudin muutoksia. Lewyn kappale tauti alkaa hitaasti ja on hieman yleisempi miehillä. Lewyn kappale tautia esiintyy 5 %:lla yli 75-vuotiaista sekamuodot mukaan lukien. Taudin kesto on hyvin vaihteleva. Ominaispiirteet ovat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittely toimintojen vaihtelut, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat ja ekstrapyramidaalioireet eli Parkinson-tyyppiset oireet kuten jähmys, hitaus, kävelyvaikeus, joskus vapina. Lewyn kappale tautiin viittavia piirteitä ovat REM-unen aikaiset käytösoireet ja herkyys psykoosilääkkeille. Muistioireet eivät ole alkuvaiheessa tyypillisiä. Alkuvaiheen etenevä tapahtumamuistin heikentyminen yhdessä Lewyn kappale taudin piirteiden kanssa viittaa samanaikaisen Alzheimer taudin olemassaoloon. Potilaat ovat herkkiä psykoosilääkkeille ja saattavat muuttua sekaviksi ja kävelykyvyttömiksi jo pienistä annoksista. (Erkinjuntti ym. 2015.)

2.3 Aivoverenkierrosairauden aiheuttama muistisairaus

Aivoverenkierrosairaus on yleisin etenevän muistisairauden syy. Aivoverenkierrosairau-teen liittyvästä muistisairauden oireyhtymästä käytetään myös nimitystä vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Aivoverenkierrosairauksen liittyvien etenevien muistisairauk-sien päätyypit ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. (Halikkainen 2017, 231.)

Pienten suonten taudin synnyssä keskeinen muutos on aivojen pienten, läpäisevien ve-risuonten ahtautuminen. Vaihdevaihe alku on äkillistä yleisimpi. Oireet etenevät tasai-sesti. Oireet saattavat kuitenkin vaihdella. Päivien välillä on eroa ja sairastuneilla on mo-nessi pidempiäkin, kuukausia kestäviä, tasaisia vaiheita. (Hlikkainen 2017, 231.) Muisti-häiriöt ovat työmuistin kapeutuminen, mieleen painamisen ja oppimisen tehottomuus, ja unohtaminen vähäisempää kuin Alzheimerin taudissa. (Erkinjuntti ym. 2019.)

Suurten suonten kortikaalinen tauti liittyy verisuonten kalkeutumisen ja sydän peräisiin aivoinfarkteihin. Oireet riipuvat vaurioiden sijainnista ja laajuudesta. Oireet pahenevat portaittain (toipumisen pahenemisvaiheen jälkeen) ja vaihtelevat. (Halikkainen 2017, 231.) Kognitiiviset oirekuva vaurion sijainnista riippuen ovat toiminnan ohjauksen ja tarkkaavuuden häiriöt, muistihäiriö, visuaalisen hahmottamisen häiriöt, kielen ja puheen häiriöt (afasia), ja toispuoleinen huomioimattomuus. (Erkkinjuntti ym. 2019.)

Hoidossa keskitytään tunnistamaan aivovierenkierrosairauden syyt ja vaikuttamaan riskitekijöihin. Lääkehoidoksi valitaan uusia verenkiertohäiriöitä estävä lääkehoito, jossa noudatetaan aivoinfarkti potilaiden hoitolinjoja. Jo todetut sairaudet, esimerkiksi verenpaine-tauti ja diabetes, hoidetaan mahdollisimman hyvin. (Halikkainen 2017, 231.)

2.4 Parkinsonin tauti

Muistisairautta esiintyy 60-70%:lla Parkinsonin tautia sairastavista. Suomessa arvioidaan olevan noin 3000 Parkinson tautia sairastavaa. Osuus kaikkista muistisairauksista on noin 3-4%. Parkinsonin taudin todetaan vähintään vuosi ennen etenevää tiedonkäsittelyn heikentymää. Tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, näönvaraisen hahmottamisen ja muististitoimintojen hidastuminen ja heikentyminen kuuluvat Parkinson taudin oireisiin. Käyttäytymisen muutokset ovat aloitekyvyn heikentyminen, personallisuuden muutos, näköharhat, harhaluulot ja päiväaikainen väsymys. Ensisijainen hoito on Alzheimerin taudin AKE lääke rivastigmiini ja monipuolinen liikunta. (Halikkainen 2017, 233.)

Taudin alkuvaiheessa, masennus on yleistä ja Parkinsoniin sairastuneilla on subjektiivinen tunne alavireisyydestä ja negatiivisten tunteiden lisääntymisestä. Taudin edetessä on alavireisyydeksi tulkittu oire, kuitenkin useammin apatiaa eli sisäisen motivaation ja kaikenlaisten tunteiden vähenemistä. Apatia ei liity arkitoimintakyvyn heikentymiseen ja on yleistä dementiatasoisilla potilailla. Monella Parkinson potilaalla esiintyy myös impulsikontrollin heikentymistä, kuten pelihimoa, hyperseksuaalisuutta, ostoriipuvuutta ja ahmimishäiriöitä. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan jopa 35%:lla Parkinsonia sairastavalla on jonkin impulsikontrollin käytön häiriö. (Rinne & Karrach, 2015.)

Parkinsonin taudin muistisairaudessa on mieleen painaminen heikentynyt ja mieleen palautus vaikeutunut mutta erona esim. Alzheimerin tautiin on se, että tunnistettava ja viiheisiin perustuva palautus on melko hyvin säilynyt. Eräissä tutkimuksissa CERAD-testin

sanalistan oppiminen ja listan viivästetty muistin palautus erotteli melko luotettavasti Parkinsoniin sairastuneet, joiden tiedonkäsittely kyvyt olivat säilyneet tai heikentyneet, mutta mielessä säilyvän aineksen määrässä ei ollut eroa. Parkinsonin taudin muistisairauksessa ei ole tyypillisesti Alzheimerin taudille ominaista nopeaa unohtamista. Kuvioidenkopioimistehtävän Parkinsoniin sairastunut erotteli melko luotettavasti. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – testiä on myös käytetty Parkinsonin tautiin liittyvien tiedonkäsittely ongelmien tunnistamiseen. MoCA sisältää toiminnänohjausta mittaavia asioita ja on siksi herkempi kuin MMSE-testi. (Rinne & Karrach, 2015.)

2.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat on ryhmä dementoivia sairauksia, jotka vaurioittavat erityisesti aivojen otsa- ja ohimolohkoja. Kaikista etenevistä, muistisairauksista noin 5 – 10 % on otsa-ohimolohkorappeumia. 30 – 45%:lla potilaista sairaus esiintyy suvuttain. Kolme alatyypä, joista otsalohkodementia on yleisin, lisäksi tunnetaan kaksi kielellistä alatyypä. Otsalohkodementia etenee nopeasti, elinikä on diagnoosista keskimäärin 6-10 vuotta. (Hallikainen 2017, 232.)

Otsalohkodementian oireet alkavat usein jo työiässä. Oirekuva ja taudin eteneminen vaihtelevat paljon. Ensioireita ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset sekä kielelliset ongelmat mm. impulsiivinen, joustamaton käytös, estottomuus, tahdittomuus ja empatian puute. Muistioireet ilmenevät vasta pitkälle edenneessä taudissa. Sairauden etenemistä hidastavaa lääkehoitoa ei tunneta. Hoito on oireenmukaista, pyritään hoitamaan käyttäytymisen muutokset. Tieto, neuvonta ja tuki läheiselle on tärkeä. (Hallikainen 2017, 232.)

Otsa-ohimolohkorappeuma voi alkaa myös kielillisin oirein, jolloin käytösoireita tai muita tiedon käsittelyn ongelmia ei sairauden alussa esiinny tai ne ovat vähäisiä. Eteneviä kielillisiä oireita kuvataan yleisnimityksellä primaarinen etenevä afasia joka voidaan jakaa alatyypiiin oirekuvan mukaan: etenevä sujumaton afasia, logopeninen sujumaton afasia ja semanttinen variantti tai semanttinen dementia. Näistä etenevään sujumattomaan afasiaan ja semanttiseen dementiaan liittyy tyypillisimmillään otsa-ohimolohkorappeuman

neuropatologia, ja oireyhtyminä ne kuvataan otsa-lohkorappeuman taudinkuviksi. (Remes & Rinne, 2015.)

3 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KANSSA

3.1 Vuorovaikutuksen ja ohjauksen lähtökohdat muistisairaahan hoidossa

Ohjaaminen on toimimista yhdessä muistisairaahan kanssa häntä kunnioittavalla, omatoimisuutta ja turvallisuutta edistävällä tavalla. Muistisairaahan asianmukainen kohtelun sekä hyvän yhteisösuhteen ja turvallisen ilmapiirin luominen edistävät toiminnan sujumista. Perustana on kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Kunnioitettavaan vuorovaikutukseen ja kohteluun eivät kuulu aliarvioiminen, väheksyminen ja no-laaminen, muistamattomuuden hyväksikäyttäminen ja muistamattomuudesta tai osamattomuudesta huomautteleminen. Muistisairas on kaikissa hoitoon liittyvissä vuorovaikutus-, ohjaus- ja avustamistilanteissa aina keskiössä. Tulee ottaa huomioon, että etenkin sairauden edettyä tilanteet, joissa on mukana useita henkilöitä, voivat olla muistisairaille vaikeita. Hoitavat henkilöt eivät keskinäisessä vuorovaikutuksessaan, esimerkiksi arkisissa hoitotilanteissa, saa ohittaa muistisairasta tai puhua muistisairaahan yli. (Mönkäre 2017, 38.)

Vuorovaikutuksessa otetaan huomioon muistisairaahan toimintakyvyn muutos jotta ohjaamistilanne onnistuu ja tavoitteet saavutetaan ohjaamistilanteessa. Kaikissa hoitoon liittyvässä vuorovaikutuksessa, ohjauksessa ja avustamistilanteissa, muistisairas on aina keskiössä. Kevyt kosketus neutraaleille alueelle, esimerkiksi olkavarteen, saattaa auttaa liikkeen aloittamista ja ohjata lempeästi oikeaan suuntaan. Tilanteen mukaaan voi tarjota mahdollisuutta ottaa kädestä kiinni tani laittaa käden kainaloon. Kaikenlainen työntäminen tai vetäminen johtaa usein liikkeen jarruttamiseen ja vaaratilanteisiin. Kaikissa tilanteissa on tärkeä ottaa huomioon kulttuurisen ja yksilöllisen läheisyyden ja etäisyyden rajat. Arvioidaan, miten puhutellaan, miten lähelle tullaan esimerkiksi keskustelutilanteessa sekä mihin ja miten voi koskettaa. Liiallinen läheisyys voi loukata, tulla tulkituksi eri tavalla kuin oli tarkoitus ja jopa laukaista aggressiivista käyttäytymistä. Liiallinen etäisyys taas voi aiheuttaa turvattomuutta ja ymmärtämisvaikeuksia. (Mönkäri 2019.)

Vuorovaikutus dementiaa kärsivän kanssa aloitetaan lähestymällä hitaasti edestä ja pysähtymällä kunnes saadaan katsekontakti ennen kuin mennään henkilökohtaiseen tilaan. Kun henkilön huomio on saatu, puhutaan selvästi ja hitaasti. Käytetään lyhyitä lauseita hiljaisessa ympäristössä, joka ei ole liian stimuloiva. Hidas lähestymistapa vaadi-

taan henkilön hidastuneen ajattelunopeuden takia. Katsekontaktin saamisen odottaminen varmistaa, että henkilö on valmis olemaan vuorovaikutuksessa. (James & Gibbons 2019, 40.)

Termi 'aivosokeus' käytetään joskus selittämään tilanteita, jossa silmät jatkavat toimintaansa, mutta visuaalisesta prosessoinnista vastaava aivojen osa (okspitaalilohko) on vahingoitunut (Houston, 2015). Aivojen kyky tulkita silmistä saamia visuaalisia ärsykeitä on heikentynyt aiheuttaen seuraavat näkövammot.

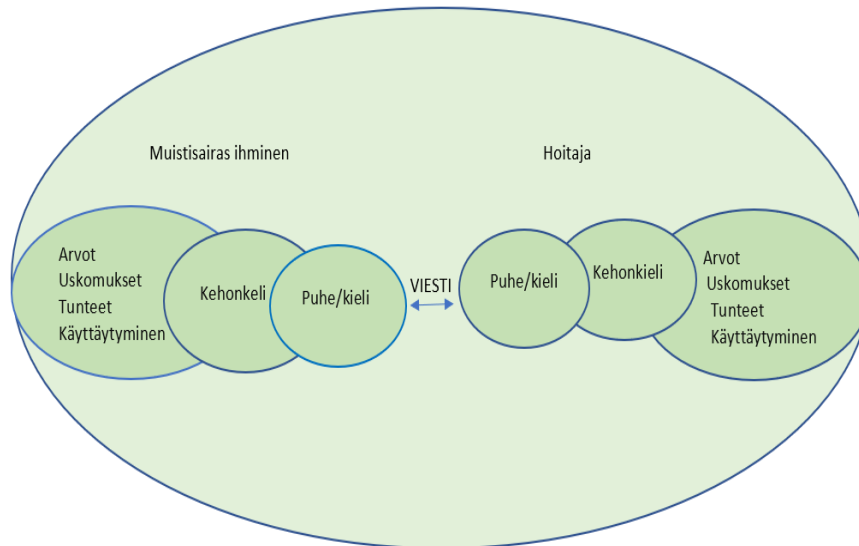
- 1) näkökentän kaventuminen, mikä johtaa perifeerisen näön heikkenemiseen
- 2) syvyyden ja nopeuden havaitsemisen menetys
- 3) kuvion tunnistamiseen liittyvät ongelmat
- 4) kaksoisnäkö
- 5) visuaaliset hallusinaatiot

Terveystieteiden tutkimusten on oltava tietoisia siitä, miten nämä visuaaliset muutokset voivat vaikuttaa ihmisten kykyyn olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten ja hänen ympäristönsä kanssa. (James & Hackman 2017,23; James & Gibbons 2019,40.)

3.2 Kommunikointi muistisairaana kanssa

Vuorovaikutuksessa kommunikoidaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen kielellä. Siinä eri osapuolet heijastavat itsestään koko psyykkistä olemustaan. Vuorovaikutuksessa ovat sekä asiakkaan, että hoitajan kokemukset, arvot, uskomukset ja niihin liittyvät tunteet. Viestintä tapahtuu puhutun kielen ohella myös erilaisin ei-sanallisilla viesteillä. Vuorovaikutuksessa ihmiset lähettävät toisilleen psyykkensä sisältöä: ajatuksiaan, uskomuksiaan, arvojaan, tunteitaan ja kokemuksiaan (kts. kuva 6). Läheskään kaikki, mitä ihminen viestittää toiselle, ei tapahdu tietoisesti. Molemmat viestijät ovat koko ajan mukana vuorovaikutustilanteessa toinen toisensa mielen sisältöön vaikuttaen. Aivossa oleva kielellinen muoto muutetaan viimeisessä vaiheessa sellaiseen muotoon, koodiin,

jossa se voidaan siirtää kuulijalle. Tämä muoto on yleensä puhetta, ilmeitä, eleitä ja äänensävyä. Muotona voi olla myös käsien kieli, kuvakieli tai kirjoitettu kieli (Laaksonen ym.2016, 8.)



Kuva 6. Vuorovaikutustapahtuma (Laaksonen ym. 2016, 8).

Kuunteleminen on usein vaativin ja tärkein vuorovaikutuksen osa silloin, kun ollaan tekemisessä dementoituvien ihmisten kanssa. Kuunteleminen vaati keskittymistä ja ennen kaikkea hoitajan herkyttä tavoittaa dementoituvan viesti. Tässä tarvitaan sekä sanallisen että sanattoman viestinnän huomioon ottamista. Vuorovaikutuksessa on otettava huomioon kommunikaation konkreetiset rajoitukset, esimerkiksi aistin vajavaisesta toiminnasta johtuvat seikat. Dementoituvan ihmisen aistien toiminta on tarkistettava: varmistettava hänen kykynsä kuulla ja nähdä sekä huolehdittava tarvittaessa tarkoituksenmukaisista apuvälineistä (esimerkiksi silmälasit, kuulolaite). Dementoituva voi vetäytyä vuorovaikutuksesta tuntiessaan entistä enemmän epävarmuutta sen takia, ettei hän näe tai kuule kunnolla. Ympäristöllisissä seikoilla voidaan helpottaa mahdollisuutta olla vuorovaikutuksessa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi riittävästä valaistuksesta huolehtimisesta ja muiden vuorovaikutustilannetta mahdollisesti häiritsevien ärsykkeiden karsimisesta (esimerkiksi televisio, radio). (Heimonen & Voutilainen 1997,95.)

Kommunikointi on avain ihmisyyden, itsetuntemuksen ja yhteyden luomiseen muihin, mikä on tärkeää muistisairaille (Kitwood 1997; Kitwood & Bredin 1992). (Williams ym. 2015.) Kun kommunikoimme, vaihdamme tai jaamme tietoja, tunteita ja ideoita. Viesti

välitetään lähteestä vastaanottajalle ja usein takaisin. Ilman kommunikointia on mahdotonta ilmoittaa tarpeitamme, tunteitamme, toiveitamme, yksilöllisyyttämme ja mielipiteitämme. Tällainen vuorovaikutus on välttämätöntä yksilön fyysiselle ja henkiselle hyvinvoinnille, koska ilman sitä voimme eristäytyä ja kokea negatiivisia vaikutuksia, kun erilaiset tarpeet jäävät kohtaamatta. (Green 2013, 446.) Vuorovaikutuksessa on tärkeää muistaa muut ihmiset. Kun kohdataan joku, jolla on kommunikointivaikeuksia, kannustetaan heitä kommunikoimaan. Hoitohekilökunnan on tunnistettava kommunikointirajoitteiset ihmiset ja tarjottava mahdollisuuksia mielekkääseen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja osallistumiseen. (Ellis & Astell 2018, 24-25.)

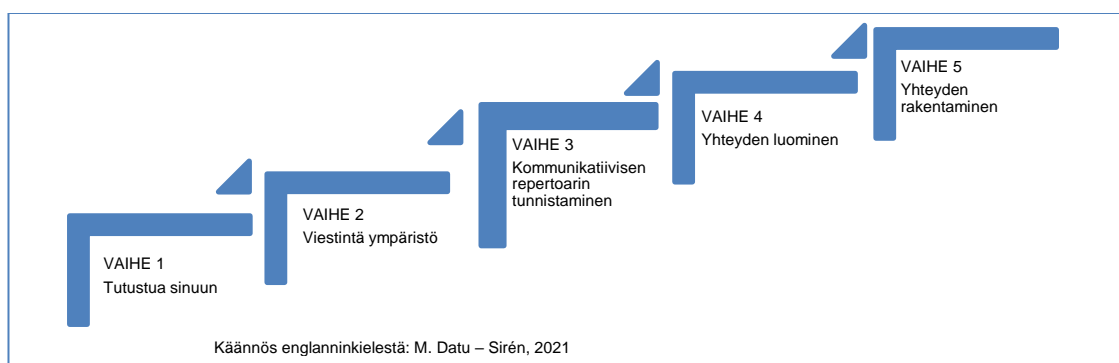
Dementia vaikuttaa kommunikointiin moneella tavalla. Otsalokorappeuman alatyypit: sujumaton afasia, logopeninen sujumaton afasia ja semanttinen variantti/semanttinen dementia, vaikuttavat ensisijaisesti puheeseen ja kieliin. Ihmisellä, jolla on muita dementia-tyyppejä, voi olla ongelma löytää sanoja ja vastata helppoihin kysymyksiin. He toistuvat mitä on heille sanottu. Kuten useimmilla dementian osa-alueilla, puheen ja kommunikation muutoksia on eniten tutkittu Alzheimerin taudissa. Ihmisellä, jolla on Alzheimerin tauti, on vaikea sisäistää tietoa keskustelun aikana. Heidän puheensä saattaa tuntua usein toistuvulta ja vaikeasti seurattavalta, koska he tekevät enemmän puhevirheitä. (Ellis & Astell 2018, 20-21.)

Dementian alkuvaiheessa nähdään sanan löytämisvaikeuksia ja ongelmia monimutkaisten kirjoitettujen ja sanallisten lauseiden kanssa. Ihmiset käyttävät monia sanoja osoittaakseen jotain kun tarvitaan vain vähän sanoja. Myöhemmin ilmaantuu puutteita esineiden nimeämisessä, tekevät virheitä lauseissa ja osoittavat vähäistä eleiden käyttöä. Ne korvaavat sanat, jotka kuulostavat samankaltaisilta. Ihmiset, joilla on pitkälle edennyt Alzheimerin tauti, voivat menettää kyvyn aloittaa keskustelu. On mahdollista että ekolalia-ihmiset toistavat sinulle mitä olet juuri sanonut. Hoitajan on oltava tietoisia näistä puutteista ja opittava mukauttamaan lähestymistapansa henkilön kommunikointitaitojen ja ajattelun tasoon. Kommunikoinnin puute voi johtaa turhautumiseen, itsensä eristäytymiseen, heikentyneeseen itsetuntoon ja haastavaan käyttäytymiseen. Hoitajan on otettava huomioon dementiasairaahan tärkeimmät tarpeet (kts. taulukko 1), jotta ei laiminlöisi heidän tarpeitaan vuorovaikutuksen aikana. (James & Gibbons 2019, 39.)

Vaikka puhepohjainen vuorovaikutus on lopulta mahdotonta toteuttaa erittäin vaikeaa dementiaa sairastavilla ihmisillä, se ei tarkoita, että he ovat menettäneet halunsa tai kykynsä kommunikoida. Intensiivinen vuorovaikutus kehitettiin helpottamaan kommunikointia vakavien ja syvien oppimisvaikeuksien omaavien henkilöiden ja heidän hoitajiensa

välillä. Intensiivisen vuorovaikutuksen painopiste on säännöllisessä sanattomassa ja subvokaalisessa muutoksessa, jossa puhetta on vähän tai ei ole lainkaan. Intensiivisessä vuorovaikutuksessa vuorovaikutuksen laatu on erittäin tärkeää, eikä sisältöä, tehtävän suorittamista tai tiettyjen tulosten saavuttamista painoteta (Nind 1996). Intensiivisen vuorovaikutuksen avain on, että sanattomien osallistujien käyttäytymistä pidetään tarkoituksellisesti kommunikoivana. (Ellis & Astell 2018, 72.)

Adaptiivinen vuorovaikutus syntyi koulutuksesta ja intensiivisen vuorovaikutuksen ymmärtämisestä. Keskittyminen yhteyden luomiseen henkilöihin, joilla on ylimääräisiä kommunikaation tarpeita, resonoi analyysin, joka käsittelee kommunikaation kokemusta puhekyvyttömiä, dementia sairastavien kanssa. Tekemällä sanaton viestintäkeskeiseksi ja keskittymällä vuorovaikutuksen laatuun, heille voitaisiin tarjota uusia mahdollisuuksia kommunikointiin ja osallistumiseen sosiaaliseen maailmaan. Adaptiivinen vuorovaikutus on lähestymistapa kommunikointiin ilman sanoja. Prosessiin kuuluu useita vaiheita (kts. kuva 7). Ensimmäinen vaihe on muistisairaahan henkilön tunteminen. Toinen vaihe on viestintäympäristön ymmärtäminen. Kolmas on yksilön ainutlaatuisen viestiintäohjelmiston tunnistaminen. Neljäs on yksilön repertuaarin käyttäminen yhteyden saamiseksi ihmisiin. Viides on rakentaa tätä yhteyttä luomaan jatkuvaa suhdetta. (Ellis & Astell 2018, 76 – 81.)



Kuva 7. Adaptiivisen vuorovaikutuksen prosessi. (Ellis & Astell 2018, 81.)

3.3 Vuorovaikutuksen ylläpittäminen

Dementia hoidon ensimmäinen psykologinen tehtävä on auttaa luomaan positiivista vuorovaikutusta, toinen on auttaa mahdollistamaan vuorovaikutuksen jatkumista. Tavallisessa elämässä, jälkimmäinen ei yleensä ole ongelma; useimmat ihmiset osaavat hyvin

ja tarvittavat kyvyt ovat tallessa. Dementiassa kuitenkin, vuorovaikutus paljon todennäköisemmin hajoaa. Dementiaa sairastavien osalta, psykologiset suojat jotka aiemmin pitivät ahdistusta poissa, ovat saattaneet olla heikentyneet ja joissakin tapauksissa romahaneet kokonaan; jotkut ovat erittäin alttiita tunkeutumiselle, raivon, surun tai pelon vuoksi. Vakava kognitiivisen heikkeneminen voi vaikuttaa kykyyn määritellä tilanteita tai pitää määritelmät paikallaan. Kyky sovittaa käytännön tehtävän osa voi olla menetetty. Dementiaa sairastavien ihmisten toimet yleensä hämärtyvät tai keskeytyvät. Hoitajat puolestaan tuovat interaktiivisen osaamisen puutteen ja monia muita ongelmallisia piirteitä. (Kitwood 1997,96.; Brooker 2019, 112.)

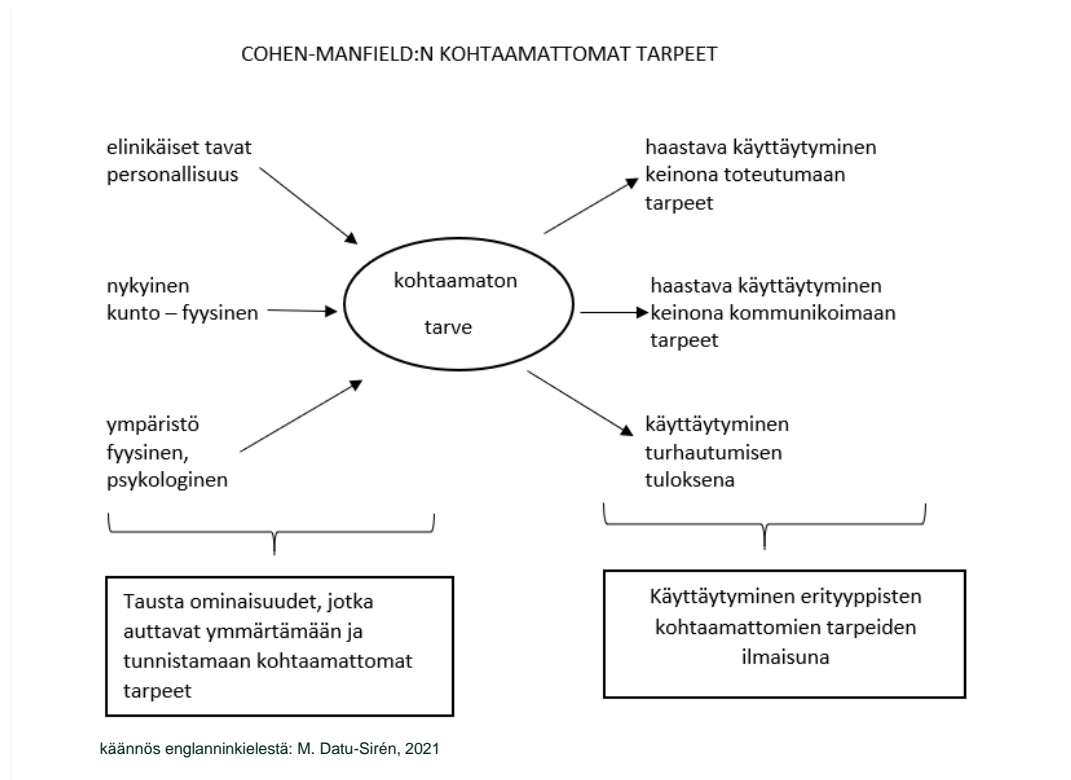
Alla on Kitwoodin oletus hoitajan roolista vuorovaikutuksen jatkajana. Oletetaan että ihmisellä jolla on muistisairaus kutsutaan D:ksi. Hoitajan osuus on seuraava:

1. Tunnistaa, kun D yrittää reagoida, ja vastata.
2. Käyttää empatiaa ja saada jonkinlainen käsitys siitä, mitä D ehkä kokee.
3. Ymmärtää D: n määritelmä, tai proto-määritelmä, tilanteesta.
4. Auttaa täyttämään määritelmä merkityksellä; ei "korjaamaan" sitä, jotta sen käsittely olisi helpompaa, tai sovittaa se institutionaalsiin järjestelyihin.
5. Arvostamaan D: n mahdollisesti ilmaisemaa halua tai tarvetta ja vastata siihen; auttaa tarvittaessa muuntamaan se tarkoitukseksi.
6. Jotta D pystyy ylläpitämään toimintaansa, estämään sen menemästä mitättömäksi muistivian takia.
7. Reagoida herkästi kaikkiin merkkeihin siitä, että D: n tilanteen määritelmä muuttuu, ja siirtyä mahdollisten muutosten mukana.
8. Tarjota riittävästi 'suojarakennetta', jotta D voi käydä läpi minkä tahansa emotionaalisen kokemuksen, jonka vuorovaikutus voi aiheuttaa.
9. Olla valmis joko aloittamaan tai vastaamaan, kun yksi triadinen vuorovaikutusyksikkö on muodostettu; ei kiirehdi sisään liian nopeasti eikä pidättele liian kauan.
10. Auttaa käymään koko prosessi läpi niin, että pienten yksiköiden sekvenssistä tulee valmiiksi toteutettu sosiaalisessa maailmassa. (Kitwood, 1997,96.; Brooker, 2019, 112.)

Positiivisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen vaatii paljon hoitajalta. Jotkut henkilön työhön liittyvät positiiviset ominaisuudet ja taidot ovat samanlaisia kuin neuvonantajan tai psykoterapeutin tarvitsemat, ja jotkut ovat ominaisia dementian hoidolle. Mitä vakavampi dementia on, sitä enemmän tarvitaan erityistä vuorovaikutteista osaamista. (Kitwood 1997, 97; Brooker 2019, 113.)

3.4 Tarpeen ymmärtäminen ja kohtaaminen vuorovaikutuksen aikana

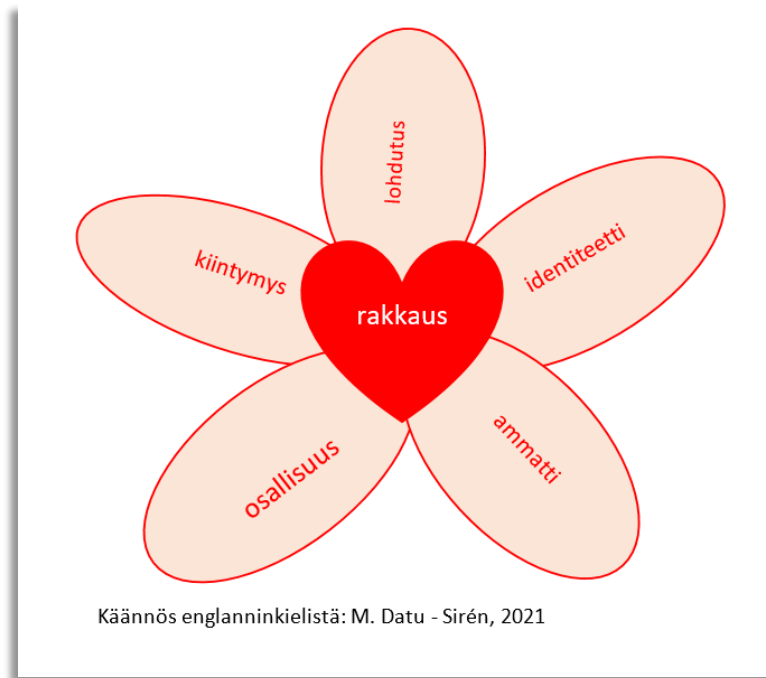
Monet käyttäytymismallit, joita pidetään ongelmallisina, ovat kohtaamattomien tarpeiden ilmaisuja. Aina kun huomaamme haastavaa käyttäytymistä, meidän on tarkistettava: (I) onko käyttäytyminen reaktio, joka haluaa olla vapaa kivusta tai epämukavuudesta, (II) onko henkilöiden käyttäytyminen toiveena toteuttaa halu vai tavoite? (III) Onko käyttäytyminen heijastunut turhautuneisuuteen siitä, ettei sitä riitä tarpeiden kohtaamisen? (Cohen Mansfield 2000). (Kts. kuva 8.) (James & Gibbons 2019, 18 – 19.)



Kuva 8. Cohen-Mansfieldin kohtaamattoman tarpeen malli (James & Gibbons 2019, 19.)

Luonnon tarpeita on tutkittu, ja näiden pohjalta suunniteltu hyödyllisiä luokitusjärjestelmiä (Glasser 1990, Kitwood 1997, Maslow 1993). Tom Kitwood puhui ihmisten hyvinvoinnin edistämisestä kohtaamalla heidän tarpeensa ja hänen työkalunsa tunnetaan nimellä Dementia care Mapping arvioi hoitoympäristön hyvinvoinnin. Kitwoodin mukaan voimme

estää erimielisyydet ja ongelmallisen käyttäytymisen syntyminen luomalla fyysisiä ja sosiaalisia ympäristöjä, jotka edistävät elämänlaatua. Hän esitteli positiivisen psykologiansa avainkomponentit kukkien terälehtien muodossa. (kts. Kuva 9.) (James & Gibbons 2019,18 – 19.)



Kuva 9. Kitwoodin tarpeiden kukka. (James & Gibbons 2019, 19.)

Ihmiset ovat motivoituneita saavuttamaan tietyt tarpeet ja myös jotkut tarpeet ovat etusijalla toisiin nähden (Maslow 1943, 1954). Perustarpeemme ovat fyysinen selviytyminen, ja tämä on ensimmäinen asia, joka motivoi käyttäytymistämme. Niille tasoille, jotka täyttyvät, seuraavista tasoista tulee painopisteitä: turvallisuus, kuuluminen, arvostus ja itsensä toteuttaminen. Alla oleva tarpeen luokittelu dementian hoidossa koostuu kahdeksasta teemasta. Luettelo on ilmaus kahdeksasta perustarpeesta, jotka liittyvät suoraan haastavaan käyttäytymiseen, kun niitä ei olla kohdattu eli kohtaamattomista tarpeista. (James & Gibbons 2019, 19-20.)

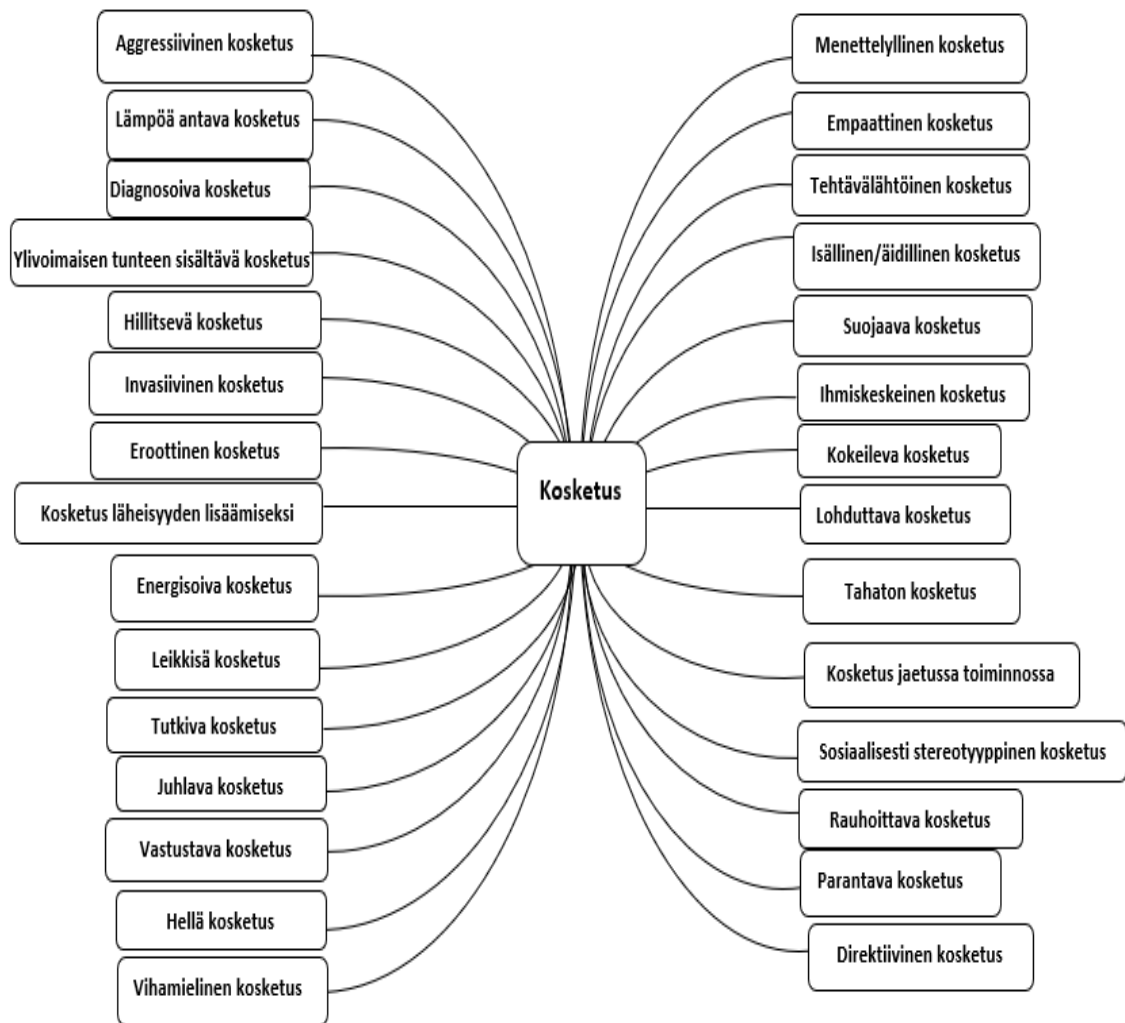
Taulukko 1. Tarpeiden luokittelu taulukko – (James & Gibbons 2019, 20.)

Tarpeiden perusteet	Ihmisen ilmaisu kun tarpeet eivät ole kohdattu (toive, vaatimus, pyyntö ja lausunto)
Fyysinen mukavuus ja vapaus kivusta - ilma, ruoka, suoja, uni ja vapaus kivusta.	Voitteko auttaa; Annatko minulle jotain syötävää? Tai nostatko huoneen lämpötilaa?
Turvallisuuden käsitys – turvallisuuden tunne terveydestä ja turvallisuudesta. Ei halua tuntea pelkoa, haavoittuvuutta eikä huolta terveydestä.	Mene pois; Pelkään, haluan lähteä, voinko tulla mukaasi? Olen peloissani.
Positiivinen kosketus - mielihyvän saaminen mielekkästä fyysisestä kosketuksesta toisen henkilön kanssa.	Pidätkö kättäni? Anna minun halata sinua.
Rakkaus ja kuuluminen - tarve suhteille, sosiaalisille yhteyksille, kiintymyksen antamiselle ja vastaanottamiselle ja tuntemiselle ryhmässä. Saadakseen tunteen osallisuudesta.	Haluan viettää enemmän aikaa kanssasi; Älä jätä minua; Rakastatko minua yhä?
Arvostuksen tarpeet - tunne, että heitä arvostetaan, kohdellaan arvokkaasti ja kunnioitavasti. Tunnustaminen päteväksi, taitavaksi, tunnustettavaksi saavutuksista ja taidoista, kuunneltavaksi ja itsetunnon tunteeksi. Liittyy identiteetin tunteeseen.	Älkää uskaltako puhua minulle kuin olisin lapsi; Älä määräile minua.
Ympäristön ja sijainnin hallinta (vapaus) - tarve olla vapaa on tarve itsenäisyydelle, autonomiselle, valintojen tekemiselle ja kyvylle hallita elämän suuntaa.	Ulos talostani; Tämä on minun tuolini; Et voi tulla huoneeseeni; Haluan mennä puutarhaan nyt.
Hauskaa - tarve löytää mielihyvää, leikkiä ja nauraa.	Haluan liittyä mukaan; Rakastan käydä juhlissa; Näytetäänkö temppe hänelle?
Ammatti ja etsintä - tarve olla aktiivinen, harjoittaa uteliaisuutta, etsintää. Tarve saada merkitys ja ennustettavuus elämässämme.	Haluan mennä töihin; Haluan nähdä, mitä on oven takana; Onko sinulla jotain tehtäviä minulle?

Muistisairaiden ihmisten kokemusten vaihtelu on riippuvainen hänen kulloisestakin psykofysiologisesta tilastaan psykologisten prosessien ohella. Hoitotilanteessa, perussääntö on, että toiminta lähtee asiakkaan tarpeesta, jotka huomioidaan, ei hoitajan henkilökohtaisista tarpeista. Vuorovaikutustilannetta voidaan säädellä siihen liittyvien toiminnallisten tavoitteiden rajoissa mahdollisimman vähän jännitteitä aiheuttavaksi ja inhimillisesti tasavertaiseksi. Näin muistisairaalla ihmisellä säilyisi monista pyykkisistä rajoitteista huolimatta selkeä ihmisarvon mukainen asema. Keskustelussa on hyvä muistaa kohteliaan vuorovaikutuksen säännöt: (I) Älä puhu päälle, (II) Älä korota ääntäsi, (III) Älä ilmaise mitätöintiä ja väheksyntää, (IV) Älä riko reviiriä. (Laaksonen 2016, 26.)

3.5 Vuorovaikutus kun fyysistä yhteyttä tarvitaan

Miten olla vuorovaikutuksessa, jos fyysistä yhteyttä tarvitaan? Autettaessaan jotakuta, joka on ahdistunut tai hämmentynyt, kontakti tulisi tapahtua kolmessa vaiheessa – visuaallinen, suullinen ja lopuksi kosketus. Ei pidä koskettaa ketään etenkään, kun on autettava läheisessä kontaktissa, ennen kuin saadaan heidän huomionsa katsekontaktin ja sanallisen vaihdon kautta. Suostumus koskettaa hoitotehtävissä, edellyttää, että hoitajilla on jonkinlainen fyysinen kontakti dementiaa sairastavan kanssa. Suostumus on tärkeä siksi, ettei hoidettava tunne oloaan loukatuksi, hyökätyksi tai hyväksikäytetyksi. Ennen kuin tarkastellaan suostumuksen kysymystä yksityiskohtaisesti on syytä korostaa ihmiskontaktin laajuutta ja dynaamista luonnetta. Tannerin kosketuksen typologia (kts. kuva 10) auttaa ymmärtämään hoitajan roolia muodostaa ihmiskeskeisyyttä, suhdetta ja hyvinvointia. (James & Gibbon 2019, 41 & 107.)



käännös englanninkielistä: M. Datu-Sirén, 2021

Kuva 10. Tannerin Kosketuksen Typologia (James & Gibbon 2019, 107.)

Monet dementiaa sairastavan henkilön tukemiseen tarvittavat tehtävät edellyttävät fyysistä kosketusta. Tämä tarkoittaa, että dementiaa sairastava henkilö on päivittäin fyysisessä kontaktissa muihin henkilöihin, etenkin hoitokodissa. Kosketuksella voi olla syvä vaikutus kognitiivisesti heikoille yksilöille, koska monilla dementiaa sairastavilla ei ole käsitystä hoitotarpeistaan. He eivät ymmärrä hoitajan aikomusta tai suullisia selityksiä vastaanottaessaan apua. Osalla suullinen kielitaito vähenee dementian aikana, minkä johdosta he luottavat yhä enemmän kosketuksesta samaansa kokemukseen eri tilanteiden ja suhteiden ymmärtämiseksi. Hoitotehtävissä verbaalisesta viestinnästä koske-

tukseen siirtyminen voi siten muuttua kohtuullisesta ja toivottavasta kokemuksesta erittäin stressaavaksi, vihamieliseksi ja jopa traumaattiseksi. Joissakin tapauksissa dementiaa sairastava henkilö voi vastata tarttumalla tai raapimalla hoitajaa. Näillä vastauksilla voi olla tuhoisa vaikutus hoitajiin ja dementiaa sairastaviin henkilöihin. (James & Gibbons 2019,108.)

Kehonkieli on luotettava merkki, kun kosketus on hyväksyttävä. Kosketuksen vaikutukset ilmaistaan siis jonkun ruumiillisissa reaktioissa, ja ne voidaan tunnistaa tarkkailemalla asennon, liikkeen, lihasjännityksen, ilmeiden, äänien ja hengityksen muutoksia. Jokainen sanaton signaali on osoitus suostumuksesta. Mukavuussignaali osoittavat, että kosketus on miellyttävä, ja siksi niitä pidetään merkinä suostumuksesta. Jokainen ahdistussignaali osoittaa, että kosketus ei ole vastaanottajalle miellyttävä, jolloin kosketuksesta luovutaan. Ahdistussignaalien sivuuttaminen voi johtaa erittäin vihamielisiin tekoihin ja kielteiseen käyttäytymiseen. Alla olevassa taulukossa (kts.taulukko 2) on lueteltu joukko fyysisiä signaaleja, jotka viittaavat sanattomaan suostumukseen (Tanner 2017, 84.)

Taulukko 2. Signaalit non-verbaalista suostumuksesta (Tanner 2017,84.)

Kehon kieli	mukavuuden merkkejä	ahdistuksen merkkejä
kosketus	kosketuksen tyyppi / laatu on vastavuoroinen	koskettaminen on vihamielistä tai aggressiivista
liike	rauhallisempi ja asettunut	levottomampi, kiihtynyt
läheisyys	kääntyy kohti kosketusta ja/tai siirtyy lähemmäksi	kääntyy pois kontaktista ja /tai siirtyy pois
ilme	ilmaisee mukavuutta tai tyytyväisyyttä	ilmaisee pelkoa tai ahdistusta
katsekontakti/katse	ottaa katsekontakti	välttää katsekontaktia
hengitys	hitaampi, syvempi hengitys ja/tai pitkäaikainen uloshengitys	lyhyempi, matala hengitys ja/tai hengityksen pidättäminen
äänet	ilmaisee mielihyvää ja tyytyväisyyttä	osoittaa kipua, epämukavuutta tai ahdistusta
ryhti	vähentynyt kehonjännitys	lisääntynyt kehon jännitys

3.6 Hoitajan edellytykset vuorovaikutuksessa

Hoitajan edellytykset ovat harhaanjohtavan yksinkertaisia, vaikkakin syvällisiä. Hoitaja on todella läsnä, siinä mielessä, että on psykologisesti käytettävissä. Neuvonnassa ja psykoterapiassa tätä kutsutaan joskus 'vapaan huomion' antamiseksi ja toiselle henkilölle ilman häiriöitä ulkopuolelta tai häiriöitä sisäpuolelta. Huomioida toista ilman vääristymiä, ennusteita ja tuomitsevia reaktioita, jotka niin usein estävät todellisen kohtaamisen. Huomioiminen on tarpeeksi vaikea missään tilanteessa, mutta on yleisesti sovittu, että tämä on välttämätöntä psykologisen työn tekemiseksi, joka todella auttaa ja parantaa. (Kitwood 1997, 119-120; Brooker 2019, 143-144.)

Ala oleva listassa on 12 kohta siitä, mitä hoitajalta vaaditaan positiivisessa vuorovaikutuksessa. (Kitwood 2007, 119-120; Broker 2019, 143-144).

- **Tunnistaminen** - hoitaja tuo avointa ja ennakkoluulotonta asennetta taipumuksista stereotypiaan tai patologisointiin ja tapaa dementiaa sairastavan henkilön ainutlaatuisuudessaan.
- **Neuvottelut** - hoitaja syrjäyttää kaikki valmiit oletukset siitä, mitä on tehtävä, ja uskaltaa kysyä, konsultoida ja kuunnella.
- **Yhteistyö** – hoitaja välttää tarkoituksellista vallan käyttöä ja kaikinlaista määräämistä ja pakottamista; 'tila' on luoto dementiaa kärsivälle henkilölle osallistumaan mahdollisimman täydellisesti toimintaan.
- **Leikki** – hoitaja voi käyttää/ ilmaista, lapsenmielestä, luova tapaa olla.
- **Aistit** - dementiaa kärsivä henkilö saa nautintoa aistien suoralla reitillä; ja tämä tarkoittaa, että hoitaja ei puuttuu dementiaa kärsivän oman aistillisuuteen – tuntematta syyllisyyttä ja ahdistuneisuutta.
- **Juhla** - työn taakan ja välittömien vaatimusten lisäksi hoitaja on avoin ilolle ja kiitollinen elämän lahjasta.
- **Rentoutuminen** - hoitaja voi vapaasti lopettaa aktiivisen työn joksikin aikaa ja jopa lopettaa suunnittelun. Hän samaistuu positiivisesti tarpeeseen, joka monilla dementiaa potilailla on: hidastaa ja antaa sekä ruumiin että mielen hengittämää.
- **Validaatio** - hoitaja ylittää oman viitekehänsä moneen huolenaiheeseen kanssa saadakseen empaattisen käsityksen toisesta; kognitio hylätään, herkkyyttä tunteeseen ja emootioihin lisätään.

- **Hallinta** - dementiasta kärsivän ahdistuksesta huolimatta, hoitaja pysyy täysin läsnä; on vakaa, varma ja reagoiva, kykenevä sietämään kaikkien häiritsevien tunteiden vasteet omassa olemuksessaan.
- **Helpottaminen** - tässä otetaan käyttöön hienovarainen ja lempeä mielikuvitus. Valmius vastaamaan dementiaa sairastavan henkilön eleeseen; ei pakota merkitystä siinä, vaan osallistuu merkityksen luomiseen ja mahdollistaa toiminnan tapahtumisen.
- **Luominen** (dementiasta kärsineen) - dementiaa sairastavan henkilön aloittama luova toiminta nähdään ja tunnustetaan sellaisena. Hoitaja vastaa ottamatta hallintaa.
- **Antaminen** (dementiaa sairastavan henkilön puolelta) - hoitaja on tarpeeksi nöyrä hyväksymään minkä tahansa ystävällisyyden lahjan tai tuen, jonka dementia sairastava tarjoaa, ja riittävän rehellinen tunnistamaan oman tarpeensa. Ideoilla olla hyväntekijä tai vanhanaikainen hyväntekeväisyyden jakelija, ei ole sijaa.

Vastuu onnistuneesta kommunikoinnista ja vuorovaikutuksesta dementiasairaiden kanssa löytyy hoitohenkilökunnasta ja organisaatiokulttuurista / ympäristöstä, jossa hoito tapahtuu, eikä dementiaa sairastavan henkilön sisällä. Jos hoitohenkilökunta ei kykene vastaamaan tähän omaan tietoisuuteensa ja esimerkiksi 'parantamaan' menneitä haitallisia tapahtumia, seurauksena on että dementiaa sairastavien ihmisten hoito ei ole ihmiskeskeinen ja / tai hyvälaatuinen. (Broker 2019, 156.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata minkälaisia vuorovaikutuksellisia keinoja voidaan käyttää muistisairaahan kohtaamisessa ympärivuorokautisessa hoidossa. Tavoitteena on, että hoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla parantaa vuorovaikutuksen tapoja käyttämällä erilaisia vuorovaikutuksen keinoja kun hän kohtaa muistisairaahan asukkaan hoitokodissa.

Tutkimuskysymys:

1. Mitkä ovat vuorovaikutuksen keinoja muistisairasta kohdatessa?

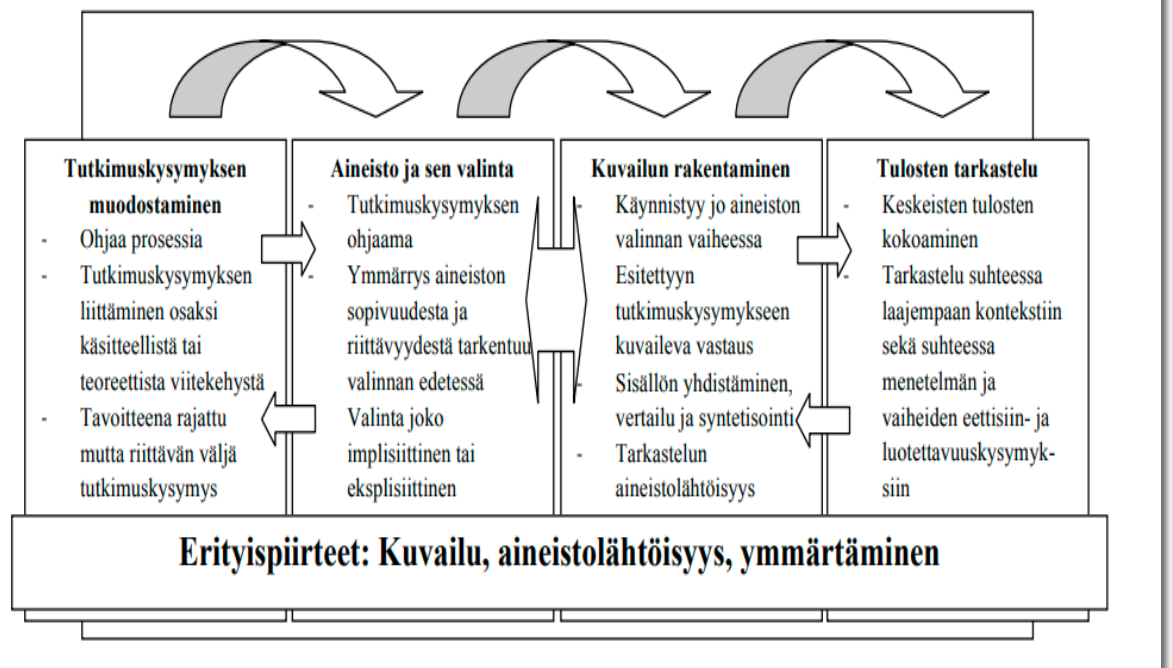
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin narratiivista kirjallisuuskatsausta. Se valittiin, koska katsaus on yleisesti käytetty ja on ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Narratiivisten katsausten tehtävä on nimensä mukaisesti kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvä aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Katsaustyyppin kysymyksen asettelu on yleensä laaja, mutta voi olla laajuudeltaan hyvin erilainen, ja voi sisältää erilaisia rajauksia. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on sekä prosessi, joka sisältää materiaalin hankinnan, tekstiaineiston synteesin yleensä taulukoidussa muodossa, että analyysin olemassa olevan tutkimuksen arvon tai kontribuution osoittamiseen. (Stolt ym. 2015, 9.)

Kuten tutkimuksen, myös kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa ja sen on pohjaututtava kattavan aihealueen ja ilmiön ajassa kehittymisen tuntemukseen. Kirjallisuus katsauksia on useita tyylejä eri tarkoituksiin ja erityyppiselle aineistolle. Tyypistä riippumatta kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tietyt vaiheet, jotka tekevät aikaisempaan kirjallisuuteen perehtymisestä katsauksen (Stolt ym. 2015, 24.)

Narratiivisesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman relevantti aineisto siihen vastaamiseksi. Aineiston valinnassa tulee esiin menetelmän aineistolähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä luonne. Aineiston valinnassa kiinnitetään huomio jokaisen alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa tutkimus kysymyksen vastaamisen kuten siihen miten ne täsmentävät, jäsentävät, kritisoivat, tai avaavat tutkimuskysymystä. Alla oleva kuva on kuvailevan katsauksien vaiheet ja erityispiirteet. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)



Kuva 11. Kuvailuvan kirjallisuuskatsauksien erityispiirteet. (Kangasniemi ym. 2013, 294).

5.2 Tiedonhaku

Tietokantoina käytettiin JBI, Medic, Pubmed ja Cinahl. Hakusanoina käytettiin muistisairas, dementia, alzheimer, kohtaaminen, vuorovaikutus, kommunikaatio ja ympärivuorokautinen hoito. Sisäänottokriteerit ovat vanhus, jolla on muistisairaus, suomenkieli tai englanti, aged, full text, human, 2010 - 2020 artikkelit. Ulosottokriteerit ovat maksullinen, yli 10 vuotta vanha, muu kieli kuin suomi tai englanti, vanhus jolla ei ole muistisairautta, tutkimus jossa ei liity hoitotyön kohtaamiseen tai vuorovaikutukseen (esim. lääkehoito, vastaanotto sairaalassa, lääketieteellisyys ja fysioterapia), kohtaaminen, joka ei liity hoitajan työhön. Liitteessä 1, esitetään Taulukko 3. Tiedonhakutaulukko. Liitteessä 2, on Taulukko 4. Manuaalinen tiedonhaku.

5.3 Analyysimenetelmä

Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tähän kuuluu kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja yleiskäsitysten muodostaminen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle siitä, että tutkija päättää tutkimusaineiston keräämisen jälkeen mutta ennen analyysiä, mistä toiminnan logiikalle tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Tämän jälkeen aloitetaan tutkimusaineiston pelkistäminen, joka tarkoittaa, että tutkimusaineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio pois hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota. Tämä vuorostaan edellyttää, että tutkimusaineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin. Tiivistämistä ohjaavat tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Uuden kokonaisuuden ryhmittely tehdään sen mukaan, mitä tutkimusaineistosta ollaan etsimässä. Ryhmittely voi tapahtua esim. niiden ominaisuuksien, piirteiden tai käsitysten mukaan, jotka löytyvät analyysin kohteena olevasta analyysiyksiköstä. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen jokainen ryhmä nimetään ryhmän sisältöä parhaiten kuvaavalla yläkäsitteellä. Tutkimuksen tuloksena ryhmittelyistä muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. (Vilka 2015, 163-164.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämisen jälkeen tutustuttiin aineistoon ja päätettiin, mitkä artikkelit otetaan mukaan analyysiin. Luettiin hakutuloksen artikkelien otsikot. Otettiin käyttöön tarkemmat sisällölliset sisäänotto ja poisottokriteerit. Tutkimusartikkelit tutkittiin ja hyväksyttiin ne, jotka liittyvät Alzheimeriin, dementiaan, vuorovaikutukseen, kohtaamiseen ja kommunikointistrategiaan muistisairaana hoidossa. Valitut tutkimusartikkelit tutkittiin, järjestettiin ja luokitettiin. Valittujen artikkelien sisällöistä muodostettiin yläkäsitteitä kommunikaatio. Valittuja artikkeleita oli 22 kpl. Valitut artikkelit kuvattiin taulukossa (Liitteessä 4). (Stolt ym. 2015, 31.) Luettiin valittu aineisto, tehtiin merkintoja ja siitä muodostettiin luokkia (Evans & Pearson 2001, Whittemore & Knafel 2005, Aveyard 2007). Muodostetuille kommunikointiluokille annettiin niiden sisältön nimi (Aveyard 2007). (Niela-Vilén & Kauhanen, 2015.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUS TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

Artikkeleita valittiin 22 kappaletta. Tutkimuksissa käydyt aineistonkeruumenetelmät olivat henkilökohtainen interventio, haastattelu ja videotallenne yhdistelmä, keskusteluanalyysi useita tapaustutkimuksia, kohderyhmähaastattelu, monipuollinen tiedonhaku strategia, realistinen synteesi, suora havainnointi, systemaattinen tiedonhaku, useita tapaustutkimuksia, yksittäistapaus tutkimus, videotallenne ja etnograafisen tiedonkeräys, videotallenne tarkkailu, videotallenne haastattelu, kuvaileva kenttä muistinpano erilaisista havainnoista, äänitallenne ja 5-portainen Likertin asteikko. Artikkeleista 6 kappaletta on tehty Yhdysvalloissa, 3 Kanadassa, 1 Australiassa, 1 Suomessa, 5 Ruotsissa, 5 Englannissa, ja 1 artikkelista on tehty yhteistyöllä Afrikassa ja Englannissa.

6.2 Vuorovaikutuksen keinoja dementiaa sairastavan kohtaamisessa

6.2.1 Verbaalinen kommunikointi

Vuoropuhelun käyttäminen oli ensimmäinen eniten keskusteltu asia hoitajien tehtäväkeskeisessä kommunikointistrategiassa. Hoitajat pitivät tätä strategiaa olennaisena käytännön hoitotyössä ja totesivat, että vuoropuhelu liittyy läheisesti asukkaiden mieltymysten, tarpeiden ja henkilökohtaisen historian ymmärtämiseen. Lisäksi, yleinen neuvottelutapa oli tarjota asukkaille heidän suosituimmat ruokavalinnat. Ennakkoon määriteltyihin viestintästrategioihin tehtyjen viittausten (eli saman viestintästrategian käyttöä ilmaisevien yksittäisten hoitajien lukumäärä) suhteen strategiat, joilla on eniten laaja-alaisuutta kohderyhmähaastattelun aikana olivat vuoropuhelun käyttö (90%). Tutkimuksen mukaan noudattamisen saavuttamisen strategiat, joihin sisältyvät vuoropuhelut ja asukkaan mieltymyksen ymmärtäminen keskeisenä viestintästrategiana, oli hyödyllinen vuorovaikutuksessa Alzheimerista kärsivien demencian kanssa. (Williams ym., 2012/2013, 321-327.)

Hoitajien käyttämät tehtäväkeskeiset verballiset strategiat olivat: yksi ehdotus, sanatarkka toistaminen, muotoiltu uudelleen, tehtävän esittely, toimintojen selitys, asukkaiden nimen käyttö, vuoropuhelut, kommenttien sisällyttäminen, sanalliset strategiat sekä verbaalisten ja visuaalisten strategioiden yhdistelmä. Hoitajat kertoivat, että asukkaiden kognitiivista toimintakyvystä riipumatta he käyttivät päivittäisissä toiminnossa seuraavaa

lähestymistapaa: (1) tervehtivät asukasta, (2) esittävät tehtävän, (3) selittävät toiminnot, (4) tarvettaessa toistavat toiminnot. (Wilson ym. 2012/2013, 312.)

Sosiaalisessa viestinnässä, hoitajien käyttämät verbaalliset strategiat ovat asukkaan tervehtiminen, asukkaan kehuminen ja asukkaalle vastaaminen. Näiden kolmen strategian joukossa, asukkaan tervehtiminen oli laajuudeltaan suurin (60%) kohderyhmä haastattelun aikana. (Wilson ym. 2012/2013, 321-325.)

Positiivisen palautteen käyttö viestintästrategiassa, kuten rohkaisevien kommenttien käyttö ja riittävän vastausajan antaminen asukkaille, voi vahvistaa ihmissuhteita sekä hoitajan että asukkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Positiivisen huomion antaminen asukkaille oli yleisimmin käytetty strategia pitkäaikaisessa hoidossa (Medvene & Lann-Wolcott, 2010). Lisäksi pitkäaikaisessa hoitoympäristössä tehdyt tutkimukset hoitajan keskusteluympäristön viestintäkoulutuksen vaikutuksista, tukivat hoitajien positiivisten lausuntojen käyttöä, yksinkertaisten ohjeiden antamista ja keskustelun sisällön muuttamista henkilökohtaisesti relevantiksi asukkaalle, yhtä tehokkaana strategiana kommunikoidessaan Alzheimerin dementiaa sairastavien asukkaiden kanssa. (Wilson ym. 2012/2013, 327.)

Suorat ohjeet määritellään lyhyiksi ohjeiksi, jotka ovat pikemminkin täsmällisiä kuin epämääräisiä ja joita vastaanottaja voi suorittaa. Tällaiset ohjeet on kuvattu kirjallisuudessa "alfa-komentoina". Alfakomennot, esimerkiksi 'siirtykää oikealle', liittyvät parempaan yhteensopivuuteen kuin epämääräiset beetakomennot, esimerkiksi 'siirtykää'. (Stanyon ym. 2018.)

Suoraohjeen käyttö korreloi dementiaa sairastavien kommunikoinnin käyttäytymisen lisääntymiseen noudattaa ohjeita paremmin. Suuri osuus noudattamisesta oli havaittu, kun hoitoapulainen käytti suoria ohjeita ja suurin osuus noudattamattomuudesta ja pakonomaisesta noudattamisesta oli havaittu, kun hoitoapulaisen ohjeet olivat epäsuorat. Suorien ohjeiden mahdollinen käyttömerkitys ei ole vain hoitoapulaisen tehokkuus ja tyytyväisyys työstä, mutta myös ahdistuksen vähentäminen ja dementiaa sairastavan positiivisen kommunikoinnin käyttäytymisen lisääminen hoitokodissa. (Stanyon ym. 2018, 211.)

Tahdistamiseen liittyy puheen vuoroon hidastamista vuorovaikutuksessa, mikä antaa enemmän, mahdollisuuksia keskustelukumppanin vastaukseen. Tämä ei tarkoita puhenopeuden hidastumista vaan keskustelukumppanille harkittavan ja vastauksen antamiseen annetun ajan pidentämistä. Pienessä interventiotutkimuksessa tahdistuksen opettaminen oli osa onnistunutta monipuolista henkilöstön koulutusta, jossa hoitoryhmän asukkaat osoittivat suurempaa puheen johdonmukaisuutta ja vähemmän tyhjiä lauseita verrattuna kontrolliryhmän interventioon. Ei kuitenkaan tiedetä, käyttivätkö hoitoavustajat tahdistamista tarkoitetulla tavalla. (Stanyon ym. 2018, 208.)

Hoivapuhe on nuorten käyttämä kommunikointitapa kommunikoinnissa vanhempien aikuisten kanssa ja on yleistä hoitokodeissa. Hoiva puheen epäsuorat viestit uhkaavat erityisesti itsekäsityksen ja persoonallisuuden ylläpitämistä, mikä on kriittinen dementia sairaaan hyvinvoinnin kannalta. Holhoavaan kommunikaatioon, demenciasairas ihminen voi osoittaa tyytymättömyyttään käyttäytymisen kautta kuten: aggressio ja hoidon vastustelu. (Williams ym. 2016, 708.)

Haastava käyttäytyminen liittyy demencian hoidossa kommunikointiin ja tapahtuu kun hoitaja käyttää holhoavaa puhetta. CHAT (Changing talk) -interventiossa henkilöstö koulutettiin tarkkailemaan itseään ja välttämään holhoavan puheen erityispiirteitä, jotka liittyvät hoitovastaisuuteen. CHAT -interventiossa, kun hoitajan holhoava puheen käyttö oli vähentynyt, hoitovastaisuus myös vähentyi. Sitä esittää tehokas ei-farmakologinen lähestymistapa demenciakäyttäytymisen hallintaan demencian hoidon parantamiseksi. Lisäksi parantunut henkilöstön kommunikointi voi vaikuttaa tämän tutkimuksen ulkopuolelle, kuten sitoutuminen ja elämänlaatu. (Williams ym. 2015, 716.)

6.2.2 Nonverbaallinen kommunikointi

Puhetta tukeva, täydentävä ja korvaava kommunikointi (AAC) tarjoaa välttämätöntä korvaavaa tukea dementiaa sairastaville. Ellis ja Astell (2017) käyttämät ei avusteiset AAC-järjestelmät ovat katsekontakti, eleet, ääntely ja ilmeet. Kommunikoinnin tuloksena oli lisääntynyt vastavuoroisuus, kun tutkija jäljitteli osallistujien kommunikaatiokäyttäytymistä. Vuorovaikutukseen tuli lisää nautintoa ja naurua. Hyden 2011 AAC-kuvaukset ovat ääntely, kehon kieli ja katseen suunta. Kommunikoinnin tuloksena, osallistujat yrittivät aloittaa vuorovaikutuksen käyttämällä sanattomia vihjeitä ja ääntelyä. Kindell ym.

(2013) AAC-kuvaukset ovat kehon asentoa, osoittamista ja ilmeitä. Kommunikaation tuloksena, osallistujat käyttivät säätelystrategiaa osallistuakseen keskusteluihin ja vastavuoroinen nauru dyadissa. (May ym. 2019, 861.)

Intensiivisellä vuorovaikutuksella on yhtäläisyyksiä validointiterapiaan. Sen sijaan, että se olisi yksisuuntainen hoitohenkilökunnan interventio, se on dyadinen viestintämuoto, joka perustuu vauvan ja hoitajan vuorovaikutukseen (Nind & Hewett, 1994). Sen tavoitteena on tavoittaa sanattomat yksilöt kommunikoimalla tasolla, joka vastaa jonkun kykyjä ja tarpeita kronologisen iän sijasta. Siksi se on ihmiskeskeinen lähestymistapa, jossa keskitytään siihen, miten joku kommunikoi kuin siihen, miten pitäisi kommunikoida. Intensiivinen vuorovaikutusmenetelmä keskittyy empatiaan ja leikkiin käyttäen ruumiillistettuja menetelmiä, kuten peilaus ja kosketus, kommunikoida henkilön kanssa (Caldwell 2006). Siinä oletetaan, että kaikki kumppanit voivat osallistua mielekkäästi. Caldwell (2007) viittaavat siihen, että intensiivinen vuorovaikutus on matka 'minästä' meihin. Minä – sinä suhde (Buber 1923), torjuu dementiahoidon ihmisyyden menetyksen (Kitwood 1997). (Heap & Wolverson 2018, 2020.)

Intensiivinen vuorovaikutus on vuorovaikutusmenetelmä vakavien kommunikointiongelmien kanssa. Se keskittyy käyttäytymiseen, kuten vuoron ottaminen, ilmeisiin, tunteisiin, ääntelyyn ja katsekontaktiin. Intensiivisessä vuorovaikutuksessa vakavien kommunikointi vaikeuksien omaavien ihmisten käyttäytymistä pidetään tarkoituksellisesti kommunikoina, ja heidän kumppaninsa yrittää oppia vastaamaan tähän. Caldwellin (2005) versio intensiivisestä vuorovaikutuksesta keskittyy erityisesti sanattomien ihmisten kielien oppimiseen. Vastaamalla tavoilla, jotka ovat tuttuja ja merkityksellisiä henkilöille, joilla on vakavia kommunikointi vaikeuksia, eli jäljittelemällä ja kehittämällä siten sanatonta viestintää jaetuksi 'kieleksi', on mahdollista rakentaa ja ylläpitää läheistä suhdetta ilman puhetta. Tällaiset edut ja positiiviset vaikutukset viestintään ovat selvästi toivottavia niille, joilla on edennyt dementia. Intensiivisellä vuorovaikutuksella, joka ottaa vuorovaikutuksen perustaksi viestinnän sanattomat perusteet, näyttää siten olevan suuret mahdollisuudet parantaa viestintää pitkälle edenneen dementian omaavien ja heitä hoitavien ihmisten välillä. (Ellis & Astell 2010, 32-35.)

Intensiivinen vuorovaikutus alkaa siitä, että hoitaja tuntee henkilön, jonka kanssa hän haluaa olla yhteydessä, ja vuorovaikutustyyppit, joihin henkilö voi osallistua. Alkuperäisestä 'yhteydestä' kehitetään sitten joukko spontaaneja toimintoja, jotka perustuvat puhetta vailla olevan henkilön käyttäytymiseen. Esimerkiksi heidän tekemänsä ääni tai toiminta, kuten pöydän lyöminen, saattaa heijastua takaisin kumppanilleen joko suoraan

tai vaihtelemalla rytmiä. Tästä "vuoropuhelu" rakentuu hitaasti ajan myötä. Intensiivisessä vuorovaikutuksessa hoitaja reagoi ehdollisesti kumppaneiden käyttäytymiseen yhdessä luomaan jatkuvasti ja laajentamaan heidän välistä vuorovaikutustaan ja tukee kumppaniaan ottamaan aktiivisempi rooli viestinnässä. (Ellis & Astell 2010, 32-35.)

Adaptiivinen vuorovaikutus on räätälöity, intensiivinen vuorovaikutusjärjestelmä, joka keskittyy sanattomien ihmisten kielen oppimiseen. Sillä näyttää olevan potentiaalia keinoon edistää ja tukea viestintää pitkälle edenneen dementiaan sairastavien ja heistä huolehtivien välillä. Tutkimus paljastaa, että pitkälle edenneet dementiapotilaat säilyttivät sanattoman käyttäytymisen, johon sisältyivät äänet, kehon liikkeet ja katsekontakti sekä muut perustavanlaatuiset kommunikointikyvyt, kuten puheenvuoron ottaminen, jota voidaan käyttää sosiaalisen vuorovaikutuksen perustana. Dementiapotilaiden kyky ja halu kommunikoida osoittavat myös itsetuntemuksen jatkuvuuden ja mahdollisuuden luoda yhdessä ihmisyyttä sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta muiden kanssa. Adaptiivisen vuorovaikutuksen soveltaminen voi paljastaa rikkaat viestintävaihtoehdot. On tunnetusti vaikeaa kommunikoida ihmisten kanssa sairauden tässä vaiheessa. Yksilöiden valitsemien viestinnän perusteiden avulla hoitajilla on kuitenkin selkeä potentiaali saada yhteys ja käydä vuoropuhelua. (Ellis & Astell ym. 2010, 32-35.)

Tunneilmaisu on erityisen lupaava lähestymistapa kohtalaista tai vaikeaa dementiaa sairastavien tarpeiden tai mieltymysten selvittämiseksi, koska hoitajat voisivat saada dementiaa sairastavan välittömän vastauksen hoitoon ja muihin tapahtumiin. Hoitajat tuovat usein erilaisia näkemyksiä dementia sairastavan henkilön mieltymyksiä, kuitenkin suoraan saatu mieltymysilmaisu dementia sairastavalta on enemmän luotettavampi. (Lee ym. 2019, 347.)

Pitkäaikaishoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota dementiaa sairastavien henkilöiden tunneilmaisiin ymmärtääkseen taustalla olevat kohtaamattomat tarpeet. Ihmiskeskeisen hoidon tarjoamiseksi on tärkeää hoitohenkilökunnalle tunnistaa emotionaaliset reaktiot hoidossa tai dementiaa sairastavien aktiviteetissa mutta dementiaa sairastavien ihmisten tarpeita ja mieltymyksiä on vaikeaa ymmärtää, koska heidän sanallinen viestintäkykynsä heikkenee taudin etenemisen myötä. Dementiaa sairastavilla henkilöillä on kuitenkin kyky ilmaista tunteita dementian keski- ja loppuvaiheessa kasvojen toiminnan, ääntelyn ja asennon avulla. Tunneilmaisu on avainasemassa kaikissa tarvearvioinneissa (esim. Hallitsematon kipu, nälkä ja jano) ja hoitomäärityksissä, jotka ovat olennaisia potilaskeskeiselle hoidolle. (Lee ym. 2019, 344 – 345.)

Kehon kielen käyttö on yleisimmin keskusteltu nonverbaalisessa kommunikointistrategiassa. Hoitaja käyttää kehon kieltä jos hän haluaa, että asukas pesee hampaansa, pukee sukat tai mitä tahansa. Hoitajien muodolliset käsitykset tehokkaista viestintästrategioista autettaessa alzheimerin tautia sairastavia asukkaita päivittäisessä toiminnossa, yleisimmin mainittu nonverbaalinen strategia oli eleiden käyttö sanallisten viestien tukemiseksi. Eleet parantavat verbaalisten viestien ymmärtämistä henkilöillä, joilla on lievä tai kohtalainen alzheimerin tauti. (Wilson ym. 2012/2013, 321-327.)

Yleinen nonverbaalinen viestintästrategia oli katsekontaktin käyttö. Katsekontakti on aina ensimmäinen strategia, jota hoitajat käyttävät kommunikoimaan Alzheimerin tautia sairastavan asukkaan kanssa ja kognitiivisesti heikentyneet asukkaat reagoivat edelleen tuttuihin kasvoihin. Asukkaiden mieltymysten tunteminen auttaa hoitajaa parhaalla mahdollisella tavalla tukemaan asukkasta päivittäisessä toiminnossa. Sairaanhoidajien käyttämät tehtäväkeskeiset nonverbaaliset strategiat olivat: ohjaava kosketus, lohduttava kosketus, huomioiva kosketus, havainnollistettavat eleet ja osoittaminen. Yleisesti käytettyä kommunikointistrategioita ovat kärsivällisyys, keskittyminen asukkaaseen, ympäristön liittyvä vihje, katsekontakti, paraverbaalinen monitorointi ja nonverbaalisen kommunikoinnin tulkitseminen. (Wilson ym. 2012/2013, 314 - 323.)

Ammattitaitoisten hoitajien on saatava tietoa dementiaa sairastavien ihmisten vuorovaikutuskäyttäytymisen yksityiskohdista, jotta he voisivat tarjota korkealaatuista hoitoa näille henkilöille. Hoitajien tulisi huolehtia dementiaa sairastavan henkilön hienovaraisista viestintäyrityksistä. Jopa näennäisesti eristetyt henkilöt reagoivat aktiivihoidoympäristöihin, jolloin jokainen tällaisissa tilanteissa vietetty minuutti tarjoaa mahdollisuuden osallistua. (Lindholm 2016,846.)

Sanattomat ääntelyt ovat epäsosiaalisia ja häiritseviä, mutta on myös osoitettu, että osallistujat suuntautuvat sanattomiin ääntelyyn vuorovaikutteisesti. Naurun kaltaisen ääntelyn väitetään korvaavan puhetta (Rohrerin ym. 2009), mikä näyttää olevan totta myös laulujen kaltaisen ääntelyn tapauksessa. Kuitenkin, naurun kaltainen ääntely, akustisessa analyysissä paljasti, että ne olivat dysrytmisiä ja hajanaisia, mikä indikoi motorista disorganaatiota. Päinvastoin kuvatut laulumaiset ääntelyt ovat hyvin rytmisiä ja toistuvia, mikä ei osoita mitään motorista epäjärjestyä. (Samuelsson & Hyden 2011, 571.)

Puheen vuoron ottaminen säilyy pitkälti dementian kaikissa vaiheissa, vaikka vuorot ovat yleensä lyhyempiä pituudeltaan. Puheenvuorot ovat useammin sanattomia. Puheenvuoron peräkkäisiin seuraksiin, arjen keskusteluun ja kumppaneiden käyttäytymiseen, ei ole kiinnitetty huomiota. Dementiaa sairastavat henkilöt voivat osoittaa merkittävä käytännön taitoja, jäljellä olevan kyvyn ottaa puheen vuoron kautta, käyttämällä asiaan kuuluvia vähäisiä vastauksia kysymyksiin, pyytämällä vahvistusta kumppanin lausunnoista ja tunnistamalla henkilökohtaisesti olennaiset keskustelunaiheet taudin viimeiseen kärsimykseen asti (Hamilton 1994). Tämän hetkisen tutkimuksen havainto tukee Hamiltonin väitettä paljastamalla, että dementiaa sairastavilla henkilöillä on säilyneet kyvyt, jotka helpottavat heidän osallistumistaan keskusteluun, kuten hyräily ja keskustelupohjan saaminen. (Young ym. 2016, 745-756.)

6.2.3 Verbaalinen ja nonverbaalinen kommunikointi

Ihmiskeskeinen kommunikointi sisältää verbaalista ja nonverbaalista kommunikointia. Hoitajan ihmiskeskeinen kommunikoinnin käyttö auttaa dementiasairaita ihmisiä myös taudin edistyneessä vaiheessa. Hoitajan sanallisen käyttäytymisen muuttaminen voi helpottaa dementiaa sairastavan keskustelua ja vähentää myös kielteisiä seurauksia. Hyvä kommunikointi henkilöstön ja asukkaiden välillä vähentää asukkaiden levottomuutta, aggressiivisuutta ja epämukavuutta. Ihmiskeskeinen kommunikointi liittyy positiivisiin asukkaiden reaktioihin. Tällainen kommunikointi voi parantaa hoitajan ja asukkaiden suhdetta. Erityisesti, ihmiskeskeinen kommunikoinnin tuloksena asukkaat tekivät yhteistyötä, paljastivat henkilökohtaisia tietoja itsestään, osallistuivat keskusteluihin, pyysivät selvennystä ja kohteliaisuutta. (Savundranayagan ym. 2016, 530 - 535.)

Ihmiskeskeinen lähestymistapa perustuu kommunikointiin ja suhteen luomiseen. Kommunikointi ja suhde tarjoavat hoitajille mahdollisuuden saada tietoa tietyn yksilön elämästä ja kyvyistä jokapäiväisessä elämässä (Södermän ym. 2018, 314). Hoitajat voivat luoda suhteita henkilöihin, joilla on kohtalainen tai vaikea dementia. Tärkeimmät suhteiden luomisen tekijät ovat seuraavanlaiset: hoitaja tekee aloitteen ja osoittaa, että aikaa on käytettävissä; dementiaa sairastava henkilö tuntee turvallisuutta, luottamusta, tasarvoa ja uskaltaa avautua suhteelle. On todennäköistä, että suhteiden luominen voi olla myös polku ymmärtämään ihmiskeskeisen hoidon käytännön soveltamista. (Eriksson ym. 2011, 77). Hyvällä suhteella on merkitys asukkaan käyttäytymiseen. Kun hoitaja on

muodostanut hyvän suhteen dementiaa sairastavan asukkaan kanssa, asukas voi paremmin ja reagoi positiivisesti (Burgener ym. 1992). (McGilton 2012,514.) Asukkaan henkilökohtaisen historian tietäminen, mieltymysten tunteminen ja heidän yksilöllisten tarpeidensa tunnistaminen on osoitettu olevan olennainen osa pitkäikaishoidon hoitajien ja asukkaiden välisten suhteiden parantamisessa (Wilson ym. 2012/2013, 327.)

Musiikkiterapiaa käytettiin keinona kommunikoidaan onnistuneesti dementiaa sairastavien kanssa (Raglio & Gianelli 2009). Dementiapotilaat pystyivät laulamaan kappaleta-pahtuman, vaikka he harvoin puhuivat tai muodostivat lauseita (Ridder & Aldridge 2005). Musiikki sallii pääsyn aivojen eri osiin, perustuen musiikkiin liittyviin moniin elementteihin, kuten melodiaan, rytmiin, aksenttiin ja sävyyn (Steward ym. 2006). Kielen ja musiikin yhdistäminen tarjoaa suuremman mahdollisuuden aktivoita ehjät neurologiset reitit pelkäästä kieltä käyttäen. (Hammar ym. 2011, 161.)

Aamulla hoitotilanteessa musiikkia suoritettiin tavalliseen tapaan, sitten taustamusiikilla ja lopuksi interventioon, johon osallistui hoitajia laulamassa muistisairaahan henkilölle tai hänen kanssaan, kyseessä on niin sanottu musiikkiterapeuttinen hoito. Oli selvästi edullista käyttää musiikkiterapiahoitoa, koska muistisairaahan reagoivat enemmän elinvoimaisuuteen ja ilmaisivat positiivisia tunteita ja mielialaa (Götell & Brown 2009). (Hammar ym. 2011, 161.)

Tilanteissa, joissa ei ollut musiikkiterapeuttista hoitoa, hoitajat ohjaavat pukeutumistilanteessa verbaalisella ohjeilla ja kehon kielellä. He kutsuivat harvoin muistiraita kommunikoidaan tai osallistumaan pukeutumiseen. Dementiasairaiden reaktioit hoitajien ohjeisiin sisälsivät vaatimusten mukaisia reaktioita; vastustelevia, aggressiivisia, hämmentyneitä ja häiritseviä. Musiikkiterapeuttisen hoidon jaksot poikkesivat tavallisten aamutilanteiden tapahtumista. Musiikkiterapeutin hoidon aikana hoitajat tuntuivat olevan kiinnostuneita kommunikoidaan dementiasairaahan kanssa ja pyytäneet keskinäistä osallistumista hoitotilanteissa. (Hammar ym. 2010,165.)

Validaatiomenetelmä on menetelmä jonka tarkoituksena on helpottaa kommunikointia muistisairaahan kanssa. Se olettaa, että kaikki ihmiset ovat ainutlaatuisia riippumatta siitä, onko heillä dementia ja ovat he ehkä disorientoituneita. Se sisältää ihmisten kokemusten hyväksymisen todellisuudessa ja reagoinnin heidän sanalliseen ja/tai sanattomasti ilmaisemaan toimintaan ja reaktioihin. Empaattisia ja vahvistavia lähestymistapoja käytetään yhdessä erityisten validaatiomenetelmän tekniikoiden kanssa. Viestinnässä tavoitteena on lisätä dementiaa sairastavan henkilön tuntemuksia. Validaatio menetelmä ei sisällä

ihmisten huomion häiritsemistä, valehtelemista tai teeskentelyä ymmärtämättä viestinnän merkitystä. Sen sijaan, viestinnän takana korostetaan viestinnän merkityksen ymmärtäminen. Ilmaisun tosiasiat eivät ole välttämättä tärkeitä, vaan pikemminkin sen takana oleva tunne, josta dementiasta kärsivät ihmiset haluavat puhua. Validaatiomenetelmää ehdotetaan käytettäväksi henkilökohtaisissa keskusteluissa ja ryhmäkeskusteluissa. (Söderlund ym. 2016, 38.)

Validaatiomenetelmän tärkeä osa on olla avoin ihmisen verbaaliseen ja nonverbaaliseen ilmaisuun. Siinä suhtaudutaan avoimesti, kielelliseen ja ei-kielelliseen ilmaisuun ja heidän kokemaansa todellisuuteen. Tämä, kuitenkin, ei tarkoita, että saa valehdella tai teeskennellä ymmärtävänsä. Tämä voi olla tasapainottavaa toimintaa sairaanhoitajalle; ei teeskennellä eikä keskeytetä kysymyksellä, kun he eivät ymmärrä mitä muistisairas ihminen sanoo. Keskustelussa, kuten kuvattiin kategoriassa 'yrittää puhua siitä, mikä mielessä', dementiaa sairastava henkilö aloitti aiheita ja puhui enemmän keskustelujen aikana. Tämän voitiin tulkita tarkoittavan, että henkilö tunsivat olevansa vahvistettu, kun sairaanhoitajat toimivat validointimenetelmän mukaisesti kuuntelemalla tarkkaavaisesti ja ennakkoluulottomasti ihmisiin ilmaisemalle todellisuudelle ja seuraamalla mitä on sanottu. (Söderlund ym. 2016, 44.)

Videonauhoitetussa keskustelussa validaatiomenetelmän koulutusohjelman lopussa, muistisairaalla oli mahdollisuus käyttää jäljellä olevia kommunikointitaitojaan ja hänellä oli merkkejä vahvistumisesta. On mahdollista, että ohjelman lopussa sairaanhoitajat olivat kehittäneet kommunikointitaitojaan, mikä antoi ihmisille mahdollisuuden kommunikoida siitä, mikä heidän mielissään oli tuolloin. Siksi on myös mahdollista että muistisairaat voivat hyötyä validaatiomenetelmästä koulutusohjelmasta, esimerkkinä hoitokodin henkilöstön kommunikointitaitoihin kohdennetusta koulutusohjelmasta (Söderlund ym. 2016, 45.)

Useissa tutkimuksissa on tutkittu hoitohenkilökunnan koulutuksen ja kommunikointistrategiaan perustuvien toimenpiteiden käyttöä ja onnistumista. 10 suositusta kommunikointistrategiaa dementiaa sairastavien hoitajille ovat: (1) poistaa häiriötekijät, (2) lähestyä henkilöä hitaasti edestä ja vakiinnuttaa silmäkontaktia, (3) käyttää lyhyitä, yksinkertaisia lauseita, (4) puhua hitaasti, (5) esittää yksi kysymys tai antaa yksi ohje kerrallaan, (6) käyttää "kyllä / ei" kun "avoin kysymys", (7) toistaa viestit samalla sananmuodolla, (8) muotoilla toistuvia viestejä, (9) välttää henkilön keskeyttämistä ja anna paljon aikaa vastata, ja (10) kehottaa henkilöä "keskustelemaan" tai kuvaamaan sanaa, jota hän etsii. (Mason-Baughman & Lander, 2012, 79.)

Tutkimuksen mukaan tietyt kommunikointi strategiat auttoivat helpottamaan viestintää enemmän kuin toiset. Strategioihin, jotka liittyivät vähemmän kommunikaatioon liittyviin erittelyihin, sisältyivät:häiriötekijöiden poistaminen, puhuminen yksinkertaisilla lauseilla ja kyllä / ei-kysymysten käyttö. Vähemmän käytetyt strategiat, kuten puheen nopeuden hidastaminen ja sanojen toistaminen sanatarkasti, eivät helpottaneet kommunikoinnin parantamista. Kaikki tutkimuksen osallistujat ovat arvioineet, että he käyttivät kutakin strategiaa; kuitenkin,tallennettujen havaintojen analyysi osoitti, että tosiasiallisesti 10 strategiasta käytettiin vain 6. Tämä ero tiedonsiirtostrategioiden havaitun ja todellisen käytön välillä tutkimuksessa korostaa hoitohenkilökunnan koulutustilaisuuksien tarpeellisuutta. Koulutustilaisuudet vaikuttivat positiivisesti osallistujien tietoon ja halukkuutta toteuttaa useammin kutakin strategiaa mielekkäiden viestintävuorovaikutusten parantamiseksi dementiaa sairastavien henkilöiden kanssa. (Mason-Baughman & Lander 2012, 79 - 82.)

6.2.4 Kommunikointi tuki ja apuvälineet

Kuulon heikkeneminen on dementiaa sairastavien yleinen kohtaamaton tarve, joka voi pahentaa yleiseen dementiaan liittyviä käyttäytymisoireita. Ikään liittyvä kuulon heikentymistä liittyy lisääntyneeseen kognitiiviseen kuormitukseen, joka johtuu lisääntyneestä heikentyneen ääreissignaalin eli puheen tulkinnan haasteesta. Koska dementiaa sairastavilla henkilöillä on jo kognitiivisia puutteita, puheen prosessi voi olla erityisesti estetty, jopa lievän kuulovamman läsnä ollessa.(Mamo ym. 2018, 1 - 8.)

Jotkut iäkkäämmät henkilöt, joilla on kognitiivisten kykyjen vajaatoimintaa, osoittavat positiivisia tuloksia kuulolaitteiden käyttöön liityen. Näihin kuuluvat dementian liittyvien käyttäytymisoireiden väheneminen, kuulovamman väheneminen ja parantunut kyky kuulla taustamelusta huolimatta. Kuulon menetyksen hoito on mahdollista, se vähentää hoitajien stressaavaa viestintää ja parantaa dementiaan liittyvää käyttäytymisongelma. Kuulovamman hoidolla kognitiivisesti heikentyneillä henkilöillä voi olla hyötyä kommunikointiin ja elämänlaatuun.(Mamo yms. 2018, 2589 & 2599.)

Kuulolaitteiden asianmukaista käyttöä dementiassa ja kuulonalenemassa oleville voidaan parantaa henkilöstön kouluttamalla kuulolaitteiden ylläpitoa sekä tehokkaalla kuu-

loon liittyvällä viestintäkoulutuksella, luomalla kumppanuuksia hoitokotien ja kuulopalveluiden välille (audiologia) ja palvelusuunnitelma jossa kuvataan kuulolaitteen huolto ja tuki sekä selkeästi nimetään vastuuhenkilö esimerkiksi, omahoitaja tai omainen. Voidakseen osallistua täysimääräisesti asukkaiden kuulotarpeisiin henkilöstön on tunnettava henkilö ja oltava tietoinen siitä, milloin asukas saattaa tarvita kuuloa avustavaa tekniikkaa kuulolaitteiden tai muiden laitteiden muodossa (esim. Langattomat kuulokkeet television kuunteluun). Ylimääräisen melun hallinta hoitokodissa on ratkaisevan tärkeää asukkaiden ja henkilöstön, sekä asukkaiden välisen tehokkaan kommunikoinnin kannalta. Melun vähentäminen ja sellaisten tilojen asettaminen, joissa otetaan asianmukaisesti huomioon kuulovammaisen dementiaa sairastavan henkilön viestintätarpeet, voivat mahdollistaa dementiaa sairastavan henkilön kuulemistarpeiden kohtaamisen. (Crosbie ym. 2019, 11.)

Puhetta tukeva, täydentävä ja korvaava kommunikaatio (Augmentative and alternative communication eli AAC on tieteellinen tutkimus- ja kliininen käytäntö, jonka tavoitteena on ylläpitää dementiapotilaiden elämänlaatua, osallistumista ja sitoutumista käyttämällä erilaisia korvaavia strategioita, tekniikoita ja laitteita (American Speech Language Hearing Association (ASHA) 2019.) AAC-tekniikat ovat tapoja lähettää viestijä ja AAC-strategia on joko opetettu dementiaa kärsivälle tai hän on itseoppinut. Ne ovat tapoja parantaa viestintää ja muistia. Tuetut AAC järjestelmät koostuvat ei-elektronisista, teknologisesti erittäin riipuvaisia laitteista esim. tietotekniikasta (Waller 2019). (May ym. 2019, 858.)

Tutkimustulokset paljastivat, että hoitokodin hoitajien ja dementiaa sairastavien keskusteluissa lausuntojen tiheys ja puheajan kesto kasvoivat muistivälineiden vaikutuksesta (Burgois ym. 2001). Tutkijat arvioivat keskustelujen laadun parantumisen asukkailla, jotka käyttivät muistikirjoja. Hoitajat ilmoittivat lisääntyneestä sosialisatiosta ja masennusoireiden vähenemisestä asukkailla, jotka käyttivät muistivälineitä. Muistilapuilla voi olla positiivinen vaikutus dementiaa sairastavien hoitokodissa asuvien ihmisten elämänlaatuun (Small & Perry, 2005).(Mason-Baughman & Lander 2012, 80.)

Alm ym. (2004) tutkimuksessa osoitettiin, että dementiaa sairastavat osallistujat pystyivät sopeutumaan melko nopeasti digitaalisen viestinnän tuen käyttöön. Osoitettiin myös, että digitaalisen kommunikointi tuki sai dementiapotilaat puhumaan laajemmasta aihipiiristä. Kommunikointi tuki vaikutti myös henkilökunnan keskustelukuormituksen, koska multimedia tuki muutti keskustelun vuorovaikutteiseksi kokemukseksi, jossa dementiaa

sairastava henkilö ja keskustelukumppani edesauttivat symmetrisesti. (Sammuelsson & Ekström 2019, 41.)

Digitaalinen kommunikointi tuki CIRCA (Computer Interactive Reminiscence and Communication Aid) ja CIRCUS (Computer Interactive Reminiscence and communication University of Sheffield), suunniteltu erityisesti tukemaan dementiaa sairastavien ihmisten välistä vuorovaikutusta. Analyttisissä havainnoissa osallistuva henkilökunta ja dementiaa sairastavat pitivät CIRCA:n käyttöä hauskana ja kouluttavana. Dementiaa sairastavan mielestä CIRCUS oli hauska ja mukaansatempaava, ja he halusivat katsella omia valokuvia sovelluksessa. (Sammuelsson & Ekström 2019, 42- 49.)

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutustuttiin hyvän tietellisen käytännön ohjeisiin. Katsauksessa tehtiin järjestelmällinen tiedonhaku eri tietokannoista niin, että tiedonhaku kohdistui ensisijaisesti aikaisemmin aiheesta laadittuihin katsauksiin ja toissijaisesti yksittäisiin tutkimuksiin. Käytettävään materiaaliin ei otettu mukaan julkaisemattomia tutkimuksia tai harmaata kirjallisuutta. Siihen käytettiin tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Kieli oli haaste oppinäytetyön teossa koska suomenkieli tai englanti eivät ole äidinkieleni. Pyrittiin olemaan lainaamatta suoraan tutkijan tekstiä, mutta osa tästä työstä löytyy kuitenkin: suoraan lainatut tekstit. Otettiin huomioon tutkijan tekemä tutkimustyö ja tulokset. Lähdeviite on laitettu ohjeen mukaisesti. (TENK 2012,6 - 9.)

Oppinäytetyön teossa löytyi riittävä määrä materiaalia vaikka osa on mahdollisesti jäänyt ottamatta mukana jos termit eivät ole tuttuja. Suomenkielisistä tietokannasta ei löydetty mitään lähteitä. Saatiin kaikki valitut artikkelit englanninkielisestä tietokannasta. Käännöstyöhön käytettiin googlekääntäjä apuna ja manuaallinen WSOY suomi-englanti/englanti-suomi -sanakirja. Pyrin siihen, että käännökset eivät muuta asian merkitystä. Kohtasin hankaluuksia, koska googlekääntäjän tekemä käännös ei välttämättä ole se oikea käännös. Jouduin mietimään, miten tekstit käännetään oikein ja ymmärrettäväksi suomen kielelle. Uskon että kielivaikeudesta huolimatta, saan luotettavan oppinäytetyön koska se tulee edestakaisin ohjaajan kautta kommentoitavaksi ja tarkastettavaksi. Lisäksi olen pyytänyt suomenkielisen hoitoala työskentelivän kaverin lukemaan minun tekstini ja korjaamaan kielivirheet. Katsottiin myös alkuperäinen englanninkielinen lähde ja mietittiin yhdessä miten sitä suomennetaan oikein. Oma käännös ja kuvat englanninkielisestä kuvista on merkattu omalla nimellä ja alkuperäinen tekijän tekemät kuvat laitettiin myös lähdeviiteellä. (TENK 2012, 9.)

Koska haku oli rajoitettu vuosiin 2010 - 2020 ja ilmaiseen pääsyyn, on todennäköistä, että yli 10 vuotta vanhempia hyviä tutkimuksia löytyisi. On myös mahdollista, että hyvät maksulliset artikkelit olisivat voineet vastata tutkimuskysymyseen. Sain kuitenkin riittävän määrän tutkimusartikkeleita, jotka auttavat vastamaan tutkimuskysymykseen ja tuottamaan opas TULOS -hankeelle ja sitä voidaan käyttää oppaana ympärivuorokautisessa hoitokodissa.

On olemassa useita esimerkkejä interventioista, jotka on kehitetty parantamaan varhaisen ja keskivaiheen dementiaa sairastavien henkilöiden ja heidän perheenjäsentensä sekä hoitajiensa välistä viestintää kuten Communication Enhancement -malli (Orange et.al, 1995), FOCUSED (Ripich, 1994). Habilitaatioterapia (Raia, 2011) on interventio, joka puuhuu yksilön ihmisyyttä ja edistämään vuorovaikutusta pitkälle edenneelle dementiaalle ja hoitajien välillä. (Ellis & Astell 2018,48.) Hakuprosessin aikana on saattanut jäädä joitakin keskeisiä artikkeleita haun ulkopuolelle, joka saattaa vaikuttaa luotettavuuteen.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset kirjallisuuskatsauksen avulla. Tulosten mukaan vuorovaikutuksen keinot muistisairaahan kohdalla ovat seuraavanlaiset: verbaalinen kommunikointi kuten tervehtiminen, vuoropuhelu, positiivinen palaute, suorat ohjeet, tahdistaminen, holhoava puhetyylin vähentäminen; nonverbaalinen kommunikointi kuten katsekontakti, kosketus, tunne, eleet ja kehon; kieli; verbaalisen ja nonverbaalisen kommunikoinnin yhdistelmä mm. ihmiskeskeinen kommunikointi, musiikkiterapeuttinen hoito, validaatiomenetelmä, 10 suositeltu kommunikointistrategia; sekä kommunikoinnin tuki ja apuvälineet kuten kuulolaite ja ei elektronisesti/elektronisesti avusteinen puhetta tukeva/täydentävä ja korvaavat kommunikaation apuvälineet. Kaikilla näillä vuorovaikutuksen keinoilla on merkitystä muistisairaahan hyvään hoitoon ja hyvään elämän laatuun. Hoitajan on tiedettävä vuorovaikutuksen apuvälineiden tärkeydestä esim. silmälasit ja kuulolaitteet. Vuorovaikutuksessa hoitajan tulee huomioida muistisairaahan näkö ja kuulo. Tarvittaessa hankitaan näkö ja kuulo apuvälineitä sekä varataan aikaa näkö-kuulotutkimukseen. Hoitaja tulee tarkistaa niiden apuvälineiden kunto. On tärkeää myös huomioida muistisairaahan näkö ja näkökenttä, koska se vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun, jos ei näe hyvin. Hoitajan tulee myös tietää puhetta tukevaa, täydentävää ja korvaava apuvälineistä ja arvioida ketä muistisairas asukas voisi sitä käyttää. Työnantajan on tarjottava koulutusta työntekijälle muistisairaahan vuorovaikutuksesta, koulutusta kuulon, näön ja kommunikointi apuvälineiden käytöstä. Tähän narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen olen koonnut aikaisempaa tietoa, kuvailut ja jäsenneilyt aineistoa artikkeleista. Tämä on edellyttänyt minua lukemaan paljon ja perehtymään aiheisiin perustellisesti. (Kangasniemi ym.2013, 297-298.)

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että on olemassa erilaisia vuorovaikutuksen keinoja, joita voidaan käyttää muistisairaiden kanssa. Hoitajan on osattava arvioida muistisairaahan jäljellä olevaa kommunikointikykyä, ja soveltaa yksilöllisesti vuorovaikutuskeinoja ja menetelmiä kunkin asukkaan kohdalla. Jatko tutkitaan erilaisia vuorovaikutuksen keinoja muistisairauden eri vaiheissa jotta voidaan arvioida niiden toimivuutta ja soveltuvutta. (Kangasniemi ym. 2013, 299.)

Tästä kirjallisuuskatsauksesta sain tietoa, minkäläisiä ovat vuorovaikutuksen keinot muistisairaahan kohdatessa. Nämä tiedot ovat antaneet minulle lisää kiinnostusta, ammat-

tillista kasvua ja osaamista muistisairaahan ihmisen kanssa toteutettavasta vuorovaikutuksesta. Oppinäytetyö prosessin aikana hain tutkimusartikkeleita tiedonhakupalvelusta ja etsin kirjoja Turun ammattikorkeakoulun kirjastosta ja verkosta. Opin käyttämään erilaisia vaihtoehtoisia hakusanoja artikkelien etsimisessä. Opin että kielillisen ja ei kielillisen keinoin lisäksi on olemassa kommunikoinnin kuulemisen ja muu apuvälineitä apuna parantamaan vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa. Opin myös, että näkö ja näkökenttä ongelma vaikuttaa vuorovaikutukseen.

LÄHTEET

- Brooker, D. 2019. Dementia reconsidered, revisited. Lonto. Open International Publishing Limited.
- Erkkijuntti, T.; Remmes, A.; Rinne J. & Soininen H. 2015. Muistisairaudet. Duodecim. Viitattu 19.11.2020. <https://www.oppiportti.fi>
- Erkinjuntti, T.; Remmes, A.; Rinne, J.; Suhonen, J. & Soininen, H. 2015. Neurologia. Duodecim. Viitattu 22.2.2021. <https://.oppiportti.fi>
- Ellis, M. & Astell, A. 2018. Adaptive Interaction and dementia. Lonto. Jessica Kingsly.
- Hallikkainen, M.; Mönkäri, R.; Nukari, T. & Forder M., (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- Green, D. 2013. Communication and cognitive impairment. Diploma dementia. Mark Allen Publishing LTD. Nursing and residential care. Vol. 14, No 9, 446-449.
- Hallikkainen, M.; Mönkäri, R. & Pihlakari P. 2019. Muistisairaahanhoito - Duodecim. Viitattu 19.11.2020. <https://www.oppiportti.fi>
- James, I. & Gibbons, L. 2019. Communication skills for effective dementia Care. Lonto. Jessica Kingsley Publishers.
- Jame, I. & Jackman, L. 2017. Understanding behavior in dementia that challenges. Lonto. Jessica Kingsly Publishers.
- Kangasniemi, M.; Pietilä, A.; Utriainen, K.. Ahonen, S.; Jääskeläinen, P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede. Volume 25 No 4, 291-301.
- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 19.11.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kitwood, T. 2007. Dementia reconsidered. Berkshire. Bell & Bain Limited.
- Laaksonen R., Rantala L., Eloniemi -Sulkava U., 2016. Ymmärrä - tulee ymmärretyksi. Vuorovaihtus muistisairaahan ihmisen kanssa. Helsinki. Paintek Pihlajamäki Oy.
- Remmes A. & Rinne J., 2015. Muistisairaudet. Viitattu 8.4.2021. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi>.
- Rinne J. & Karrach, 2015. Oppiportti. Viitattu 8.4.2021. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi>
- Stolt M., Axelin A., Suhonen R., 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Tanner, L. 2017. Embracing touch in dementia Care. Lonto. Jessica Kingsley Publisher.
- TENK 2012. Hyvää tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 Helsinki. Viitattu 11.4.2021. <https://tenk.fi>.
- THL 2020. Kansantauti-Muistisairaudet. Viitattu 19.11.2020. www.thl.fi.
- Tieto puhevammaisuudesta. Viitattu 1.12.2020. <https://papunet.net>.

TULOS - Kestävää tuloksellista tulevaisuuden osaamista. Viitattu 20.12.2020. <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/tulos-kestavaa-tuloksellista-tulevaisuuden-osaamis/>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Alzheimerin tauti. Viitattu 23.2.2021. www.terveyskirjasto.fi

Ellis, M. & Astell, A. Communication and personhood in advanced dementia. *Healthcare Counseling & Psychotherapy Journal (HCPJ)* 2010; Volume 10, No 3, 32-35.

Stayon, M.; Thomas, S.; Gordon, A. & Griffiths A..2019. Effects of care assistant communication style on communicative behaviors of residents with dementia: a systematic multiple case study. *Scandinavian Journal of caring sciences*. Volume 33, 207-214.

Sammuelsson, C. & Ekström, A.2019. Digital communication support in interaction involving people with dementia. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. Volume 44, No 1, 41-50.

Wison, R.; Rochon, E.; Leonard, C.; Mihailidis A. & Leonard C. 2012/2013. Formal caregivers perceptions of effective residents with alzheimer's disease during activities of daily living. *Canadian Journal of Speech -Language and Audiology*. Volume 36, No 4, 314 – 331.

Mason-Baughman, M. & Lander, A. 2012. Communication Strategy Training for caregivers of Individuals with dementia. *Perspective on gerontology*. Volume 17, No 3, 78-83.

Ericsson, I.; Kjellström, S. & Helström, I. 2011. Creating relationships with person with moderate to severe dementia. *Dementia* .Volume 12, No 1, 63-79.

Savundranayagam, M.; Sibalja J. & Scotchmer E.2016. Residents reactions to Person Centered Communication by long Term Care Staff. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Volume 31, No 6, 530 – 537.

Ellis, M. & Astell, A.2017. Communicating with people living with dementia who are nonverbal. The creation of adaptive interaction. *PloS ONE*. Volume 12, No 8, 1-21.

Mamo, K.; Nirmalasari, O.; Nieman, C.; McNabney, M.; Simpson, A. & Oh S., Lin R., 2017. Hearing care intervention for persons with dementia: A pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. Volume 25, No 1, 91-101.

Mamo, S.; Reed, N.; Price, C.; Occhipinti, D.; Pletnikova, A.; Lin, F. & Oh E. 2018. Hearing loss treatment in older adults with cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Speech Language and Hearing research*. Volume 61, 2589 – 2603.

Lindholm, C. 2016. Boundaries of participation in care home settings: Use of the token jäsa by the person with dementia. Volume 30, No 10, 832-848.

Söderman, M.; Rosendahl, S. & Sällström C. 2018. Caring and uncaring Encounters between Assistant Nurses and Immigrants with dementia Symptoms in Two Group Homes in Sweden – an Observational Study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. Volume 33, No 3, 299-317.

Hammar, L.; Emami, A.; Engström, G. & Götell E., 2011. Communicating through care giver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. Volume 25, 160-168.

Young, J.; Lind, C. & Steenbrugge, W. 2016. A conversation analytic study of patterns of overlapping talk in conversations between individuals with dementia and their frequent communication partners. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Volume 51, No 6, 745-756.

May, A.; Dada, S. & Murray J., 2019. Review of AAC intervention in persons with dementia. *International Journal of Language & Communication Disorder*. Volume 54, No 6, 857-874.

Söderlund, M.; Cronqvist, A.; Norberg, A.; Ternstedt, B. & Hansebo G. 2016. Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 30, 37-47.

Heap, C. & Wolverson E. 2018. Intensive Interaction and discourses of personhood: A focus group study with dementia caregivers. *Dementia*. Volume 19, No 6, 2018-2037.

Lee, H.; Lee, J.; Boltz, M. & McConnell E. 2019. Emotional Expressions of Persons with dementia: An integrative review implications for evidence – based practice. *Worldpress on evidence based nursing*. Volume 16, No 5, 344-351.

Williams, K.; Penkhounkova, Y.; Herman, R. & Bossen A., 2015. A communication Intervention to resistiveness in Dementia: A cluster randomized controlled trial. *The gerontologist*. Volume 57, No 4, 707-718.

Crosbie, B.; Ferguson, M.; Wong, G.; Walker, D.; Vanhegan, S. & Dening, T. 2019. Giving permission to care for people with dementia in residential homes: learning from a realist synthesis of hearing related communication. *BMC medicine*. Volume 17, No 54, 1-16.

Pikaopas hoitajalle muistisairaan vuorovaikutuksessa ympärivuorokautisessa hoidossa

1. Tervehdi asukasta ja kutsu asukasta heidän omalla nimellä.
2. Lähesty henkilöä hitaasti edestä ja vakiinnuta katsekontakti.
3. Tarkista, että asukkaalla on tarvittavat näkö- ja kuulovälineet. Varmista, että ne ovat kunnossa ja puhtaita.
4. Vähennä häiritsevää ääntä (tv, radio).
5. Tutustu/tiedä asukkaan omaelämän historia ja mieltymykset.
6. Tiedä asukkaan vuorovaikutus käytäytymistä, tunnista muistisairaan kommunikointi rajoite, mukauta lähestymistapasi henkilön kommunikointitaitojen ja ajattelun tasoon.
7. Puhu asukkaalle samalla tavalla kuin normaalille aikuiselle. Vältä holhoavaa-/hoivapuhetta. Ota huomioon oma äänensävyysi ja puhetyylisi.
8. Anna aikaa muistisairaalle tuottamaan vastauksia tai aikaa ilmaista itseään.
9. Kuuntele ja ole läsnä. Älä kiirehdi. Osoita, että aikaa on käytettävissä.
10. Varmista, että asukas ymmärtää mitä tarkoitat.
11. Ole herkkä tulkitsemaan muistisairaan sanattomia viestejä
12. Reagoi asukkaan emotionaaliseen ilmaisuun ja tiedä muistisairaan tarpeet
13. Käytä hyvää huumoria.
14. Pyri antamaan 'vapaa huomio' asukkaalle.
15. Vuorovaikutuksen apuna, käytä puhetta tukevia apuvälineitä.

Taulukko 3. Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusana/t	Rajaus	Tulos
Medic	Muistisairas, kohtaaminen vuorovaikutus	Ei rajausta	Viitteitä 0
JB1	dementia, encounter, interaction	aged, 2010 – 2020, systematic review	Viitteitä 46, relevantti 2
Cinahl	Dementia or memory loss or cognitive disorder or alzheimer and encounter and interaction	Boolean/Phrase, Full text, english language, human, 2010-2020, age: 80 + overExpanders:apply equivalent subject, apply related word, also search within the articles.	Viitteitä 198, relevantti 25
Cinahl	encounter, interaction, communication or conversation and memory loss or dementia or cognitively impaired or Alzheimer and long term care or home care nursing	Abstract available, full text , 2010-2020 Englih, human,	viitetta 17, relevantti 3
Cinahl	encounter and interaction with memory or dementia or cognitively impaired resident	Boolean/Phrase, Full text, abstract available english language, Peer reviewed, human, 2010-2020,	viitettä 124, relevantti 15
Cinahl	encounter,interaction, communication, conversation and dementia or Alzheimer or cognitive impairment	Boolean/Phrase, Full text, abstract available english language, Peer	viitettä 4, relevantti 4

	or memory loss and long term care or nursing home or residential care or assisted living	reviewed human, 2010-2020,	
Cinahl	encounter with dementia	Boolean/Phrase, Full text, abstract available , 2010-2020, apply equivalent subjects	viitetta 8, relevantti 1
Pubmed	dementia, encounter, interaction	Abstract, free full text, 2010 – 2020	Viitteitä 35, relevantti 1
Lisää haku			
Pubmed	communication with person with dementia or impaired memory in long term care	free full text,, 2010-2020, human, english	Viitteitä 1304, relevantti 167
Sage journals	interaction, communication, memory loss, dementia	research article, only content I have full access, 2010-2021, nursing	viitteitä 306, relevantti 48
Cinahl	cognitively impaired or dementia or Alzheimer and encounter and interaction or communication and conversation and verbal and nonverbal communication	research article, full text, abstract available , 2010-2020, English, human,	viitteitä 834, relevantti 12
Cinahl	Methods or techniques or strategies and interaction and communication with Alzheimer or dementia	research article, full text, abstract available, 2010 – 2020, English, human	viitteitä, 35, relevantti 5

Taulukko 4. Manuaallinen haku

Manuaallinen haku	haku nimi	tulos
Finna – kirjaston kokoelmasta	Muistisairas, kohtaaminen, vuorovaikutus	viittaus 12, relevantti 7 kpl
Oppiportti	muistisairas kohtaaminen vuorovaikutus	viittaus 581 osuma, muistisairaahan hoito 125 oppikirjakeräkirja artekkilista, muistisairaudet 29
Oppiportti oppikirjahaku	muistisairaahan hoito , Muistisairaus	2 oppikirja
Melinda	muistisairaahan kohtaaminen vuorovaikutus	viitteitä 0
Kotimaiset e-artikkelit Arto	muistisairaahan kohtaaminen vuorovaikutus	viitteitä 7, relevantti 2
Elektra	Muistiraahan kohtaaminen ja vuorovaikutus	viitteitä 0
Sage Journal	interaction, communication, memory loss, dementia	viitteitä 306, relevantti 48

Taulukko 5: Kirjallisuuskatsaus valittut artikkelit

Tekijä, vuosi, maa ja artikkelin nimi	Tutkimuksen/Projektin tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruumenetelmä/ projektissa käytetyt menetelmät	Intervention sisältö ja keskeiset tulokset
(1) Crosbie ym. 2019, Englanti, Giving permission to care in residential homes: learning from realist synthesis of hearing-related communication	Tutkia kuinka hoito voi olla tehokasta dementiaa sairastavien asukkaiden kuuloviestinnän optimoimiseksi	Dementia/ realistinen synteesi (RS), teoriaveitoinen lähestymistapa	Asiakirjat analysoitiin viiden kontekstin, mekanismin (CMOC) ja lopputuloksen muodostamiseksi. Edustavat mahdollisia hoitotoimenpiteitä kuuloon liittyvän viestinnän parantamiseksi hoitokodeissa dementiaa ja kuulon heikkenemistä sairastaville.
(2) Ellis & Astell 2010, Englanti, Communication and personhood in advanced dementia care	Tutkia intensiivisen vuorovaikutuksen lähestymistavan hyödyllisyyttä viestinnän helpottamiseksi ja siten persoonallisuuden tukemiseksi pitkälle edenneellä dementialla.	Edennyt dementia, yksittäinen tapaustutkimus, kommunikointi repertoaari	Tulos viittaa siihen, että puheen puuttuessa jopa vaikeaa dementiaa sairastavat henkilöt voivat harjoittaa dyadista vuorovaikutusta kommunikointi kumppanin kanssa, joka perustuu sanattomaan viestintään.
(3) Ellis & Astell 2017, Englanti, Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of adaptive interaction	Tutkia mukautuvan vuorovaikutuksen soveltuvuutta yleisenä väliinään dementiassa elävien sanattomien yksilöiden viestintärepertuaarien paljastamiseksi.	Dementia/ AB useitä lähtötaso - suunnitelu: vakio (lähtötaso) ja mukautuva vuorovaikutus (interventio)	Havainnot viittaavat siihen, että adaptiivinen vuorovaikutus tarjoaa mekanismin dementiaa sairastaville ihmisille, joilla ei ole toiminnallista sanallista kielituotantoa, osoittamaan halu ja kyky kommunikoida. Tutkimuksessa koroste-

			taan, että vuorovaikutuskumppaneiden on oltava reagoivia ja sopeutuvia dementiaa sairastavien sanattomien ihmisten tarpeisiin.
(4) Ericksson & Kjellström 2011, Ruotsi, Creating relationships with person with moderate to severe dementia	Kuvailla, miten suhde luodaan kohtalaiseen tai vaikeaan dementiaan	Dementia/Videotalenne, Suhteellinen aika	Avaamisprosessi oli välttämätön suhteiden luomiseksi dementiaan kanssa. Strategiat ydinluokan, "avautumisen", saavuttamiseksi ovat "ajan osoittaminen", turvallisuuden ja luottamuksen luominen ja tasa-arvosta tiedottaminen", jotka ovat kaikki yhteydessä toisiinsa.
(5) Hamar ym. 2010, Yhdysvallat, Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care	Kuvailla miten dementia sairas ja heidän hoitajansa ilmaisee verbaalinen ja nonverbaalinen kommunikointi ja tekee katsekontakti hoidon aikana 'pukeutumisessa' aamutoimien aikana Musiikkiterapeuttisen hoidon kanssa tai ilman.	Dementia/ videotalenne /Laadullinen sisälönanalyysi	Musiikkiterapeuttisen hoidon jakso poikkesi tavallisten aamuhoitotilanteiden tapahtumista. Laulamisen aikana hoitajat tuntuivat olevan kiinnostuneempia kommunikoinnista ja yhteydenpidosta dementiaan kanssa ja he ilmaisivat halukkuutensa tehdä yhteistyötä.
(6) Heap & Wolverson 2018, Englanti, Intensive interaction and discourses of personhood: A focus group study with dementia caregivers	Tutkia kuinka dementiaan palkatut hoitajat toteuttavat dementiaan yhteiskunnallisia keskusteluja intensiivisen vuorovaikutuksen yhteydessä ja ilman sitä. Tämän tarkoituksena oli tutkia tapoja puuttua dementiaan hoidon ihmisyyden menetykseen.	Dementia/ Intensiivinen vuorovaikutus koulutus, 2 kohderyhmä havainto, kriittinen diskurssianalyysi	Hoitajat menevät dementiaa sairastavan ihmisen maailmaan ja kokivat, että intensiivinen vuorovaikutus parantaisi suhteita. Hoitajat eivät voineet ajatella mitään haittaa intensiiviselle vuorovaikutukselle.

(7) Lee ym. 2019, Yhdysvallat, Emotional expression of person with dementia: An integrative review with implications for evidence based practice	Tutkia, miten emotionaalinen ilmaisu on kuvattu, mitattu ja hyödynnetty empiirisissä tutkimuksissa.	Dementia/ Systemaattinen haku, integroiva kirjallisuuskatsaus	Suurin osa artikkeleista käytti tunteeseen liittyviä termejä ilman erityisiä määritelmiä. Harvemmin määriteltiin termit, kuten vaikutus, tunne ja mieliala.
(8) Lindholm 2016, Suomi, Boundaries of participation in care home settings: Use of the Swedish token jäsa by a person with dementia	Tutkia, kuinka yksi dementiaa kärsivä vanhus ja hänen keskustelukumppaninsa ovat vuorovaikutuksessa hoitokodissa.	Dementia/video talenne ja etnografiset tiedot/ keskustelun analyttinen tutkimus	Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että ammattitaitoisten hoitajien on saatava tietoinen dementiasairaana vuorovaikutuskäytännön yksityiskohdista jotta he voisivat tarjota korkealaatuista hoitoa tälle henkilölle.
(9) McGiltone ym. 2011, Canada, The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long term care settings	Tarkoitus on tutkia hoitohenkilöstön suhteellisen käyttäytyminen ja dementiaa sairastavan asukkaan vaikutusta ja mielialaan eri hoitotilanteissa ja eri asukkaiden välillä.	Dementia, havaintotiedot, toistuvien toimenpiteiden suunnittelu (repeated-measures design)	Hyvällä suhteella on merkitystä asukkaille myönteisillä ja kielteisillä vaikutuksilla (relating well does matter to the residents affects).
(10) Mamo ym. 2017, Yhdysvallat, Hearing care intervention for persons with dementia: a pilot study	Testata dementiaa sairastavien ja hoitajien toimitettujen uudet kuulo- toimenpiteet avohoidossa.	Dementia/ 2 tunnin henkilökohtainen interventio, kuuleminen tasavertoisuudessa saavutettavissa olevien tutkimusratkaisujen avulla (HEARS) intervention	Hoitajien mielestä interventio oli hyödyllistä ja suurin osa muistisairas osallistujista piti vahvistin korvissaan päivittäin.
(11) Mamo yms. 2018, Yhdysvallat, Hearing loss treatment in older adults with cognitive impairment: A systematic review	Arvioida kuulo menetyksen hoito tutkimuksia vanhuksilla, joilla on kognitiivisia häiriöitä.	Dementia/ kirjallinen haku strategia, systemaattinen katsaus	Todisteet tapaustutkimuksesta viittaavat siihen, että tutkimusten mukaan kuulonalenemahoito on mahdollista, vähentää hoitajien stressaavaa kommunikointia ja parantaa dementiaan liittyviä käyttäytymisongelmia.

(12) Mason-Baughman & Lander 2012, Yhdysvallat	Tutkia ammattilaisen ja kotihoidon käsityksiä 11 viestintästrategiasta, joita käytettiin vuorovaikutuksessa dementiapotilaiden kanssa.	Dementia, lomakekysely, 5 -point Likert scale	Tulos viittaa siihen, että koulutustilaisuudet vaikuttivat positiivisesti osallistujien tietoon ja halukkuuteen kussakin strategiassa useammin parantaa mielekästä viestintävuorovaikutusta dementiaa sairastavien henkilöiden kanssa.
(13) May ym., 2019, Etelä Africa, Englanti, Review of AAC interventions in person with dementia	Antaa yleiskatsaus nykyisistä AAC-strategioista ja tekniikoista, joita käytetään demensian kommunikaation tukemiseen selviytymällä kirjallisuusperiaatteesta systemaattisesti, syntetisoimalla havainnot ja korostamalla suuntauksia ja aukkoja.	Dementia/ monipuolinen hakustrategia sisälsi yhdeksän sähköistä tietokantahakua käyttäen tiettyjä avainsanoja. Tiedot otettiin ja tutkimukset syntetisoitiin viestintäkumppaneiden mukaan; kuvaus AAC-strategioista ja tekniikoista, tulokset tutkimuksista ja viestinnän tuloksista.	Kaiken kaikkiaan 12 tutkimuksessa käytettiin sähköisiä AAC-järjestelmiä vuorovaikutuksessa dementiapotilaiden kanssa. 19 tutkimuksessa ei-elektroonista muistia tai viestinnän apuvälineitä käytettiin vuorovaikutuksessa demensian kanssa.
(14) Samuelsson & Hyden 2011, Ruotsi, International Patterns of nonverbal vocalizations in people with dementia	Kuvata sanattoman vokalisoinnin vuorovaikutus kuviota, mukaan lukien prosodininen pakettia.	Myöhäisvaihe Dementia/ videotallennettu materiaali, Yhden henkilön sanattomat äänet kahdessa eri tilanteessa,	Akustinen analyysi osoittaa, että ääntely eivät poikkea merkittävästi verbaalisista lausesta keskimääräisen perustaajuuden tai sävelkorkeuden suhteen.
(15) Samuelsson & Ekström 2019, Ruotsi. Digital communication support in interaction involving people with dementia	Ymmärtämään paremmin, miten digitaalista kommunikointi tukea voidaan käyttää demensiaa sairastavien ihmisten vuorovaikutuksessa.	Dementia/Videotallenne/ tutkimukseen osallistui kolme demensiaa sairastaneiden vanha naisten diadeja. Video katsottiin useamman kerra ja tehtiin keskustelu analyysia	Sovellus näyttää tarjoavan tukea dyadeille puheaiheen löytämisestä. Osallistujat kokevat kommunikoinnin apuvälineiden käytön positiivisena.

<p>(16) Savundranayagam ym. 2016, Canada, Resident reactions to person – centered communication by long-term care staff</p>	<p>Tutkia ihmiskeskeisen kommunikoinnin vaikutuksia ja menetety mahdollisuuden tällaisen viestinnän henkilökunnalla asukkaiden reaktioihin</p>	<p>Dementia /audiota-lenne/ keskustelut (N = 46) henkilöstö asukkaiden diaadin välillä nauhoitettiin rutiinihoitotehtävissä 12 viikon ajan, Lineaarinen regressio analyysi</p>	<p>Lineaarinen regressioanalyysi paljasti, että mitä enemmän henkilökunta käytti ihmiskeskeistä viestintää, sitä todennäköisemmin asukkaat reagoivat positiivisesti. Lisäksi mitä enemmän menetettyjä mahdollisuuksia keskustelussa on, sitä todennäköisemmin asukkaat reagoivat kielteisesti.</p>
<p>(17) Stanyon ym. 2018, Englanti, Effects of care assistant communication style on communicative behavior of residents with dementia: a systematic multiple case study</p>	<p>Selvittää, vaihtelevatko hoitajan viestintätavat, rohkaisemalla heitä käyttämään suoria ohjeita ja antamalla enemmän aikaa asukkaiden vastauksille, vaikuttaa dementia asukkaiden kommunikoivaan käyttäytymiseen.</p>	<p>Dementia/ Videota-lenne, useita systemaattisia tapaustutkimuksia</p>	<p>Tulokset antavat empiiristä näyttöä tukemaan kirjallisuuden hypoteeseja, joiden mukaan lyhyet, syntaktisesti yksinkertaiset ja tarkat lauseet luonnehtivat suorat ohjeet ovat sekä helpommin ymmärrettäviä, että johtavat dementia sairaan paremmin noudattaminen.</p>
<p>(18) Söderlund ym. 2015, Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method</p>	<p>Tavoitteena oli valaista hoitokodeissa asuvien dementia sairastavien ihmisten toimia ja reaktioita henkilökohtaisissa keskusteluissa hoitajien kanssa validointimenetelmä koulutuksessa.</p>	<p>Dementia, Video ta-lenne, kvalitatiivinen analyysi</p>	<p>Koulutuksen jälkeen, dementia sairastavalla on mahdollisuus käyttää heidän jäljellä oleva kommunikaatio kykynsä ja antanut vahvistuksen merkit.</p>
<p>(19) Söderman ym. 2018, Ruotsi, Caring and uncaring encounters between assistant nurses and immigrants with dementia symptoms in two group</p>	<p>Tutkia hoitotyö apulaisen ja maahanmuuttajien välisiä kohtaamisia dementiapotilaan ryhmäkoodissa Ruotsissa.</p>	<p>Dementia/Haastattelu omaiselta ja hoitoapulaiselta, kvalitatiivinen analyysi</p>	<p>Analyysi paljasti, että hoitava kohtaamisten pääluokka esitettiin havainnoissa tavoittavaksi, kun toinen osapuolista aloitti yhteyden, poisti yksinäisyyden</p>

homes in Sweden an observational study			naamion ja tunnisti kontaktin. Lisäksi näiden kohtaamisien kuvattiin saavuttavan vilpittömyyden ja solidaarisuuden taso ja todellisia vuoropuheluja.
(20) Williams ym.2015, Yhdysvallat, A communication intervention to reduce resistiveness in dementia: A cluster randomized controlled trial	Kommunikaatio koulutus henkilöstölle vähentämään heidän holhoava puhetta.	Dementia/Videotalenne hoidon aikana, ennen ja jälkeen interventio, Linaarinen sekamalli	Holhoava puhe laski keskimäärin 34,6 prosentista lähtötilanteesta 13,6 prosenttiyksiköllä toimenpiteen jälkeen ja 13,4 prosenttiyksiköllä 3 kuukaudessa. Hoidon vastaisuus laski 35,7 prosentista 15,3 prosenttiyksiköllä toimenpiteen jälkeen ja 13,4 prosentilla 3 kuukaudessa.
(21) Wilson ym. 2012/2013, Canada, Formal caregivers Perceptions of effective communication strategies while assisting residents with alzheimers disease during activities of daily living	Kuvailla hoitajien näemyksiä viestintästrategioista, jotka ovat hyödyllisiä hoitotyö käytännössä auttaessaan kohdattaisessa ja vaikeassa alzheimerin taudissa olevia ihmisiä päivittäisessä toiminnossa (ADLS).	Alzheimer/ kohderyhmähaastattelu (FGI), jotka suoritettiin kahdessa eri pitkäaikais- hoito paikassa (n = 5 kussakin paikassa), sisällönanalyysi menetelmä	FGI: stä saatujen transkriptioiden analyysi osoitti, että hoitajat keskustelivat erilaisista viestintästrategioista, joita he kokevat käyttävänsä hoitotyössä.
(22) Young yms. 2016, Australia, A conversation analytic study of patterns of overlapping talk in conversations between individuals with dementia and their frequent communication partners	Tutkia päällekkäisten puheiden malleja dementiaa sairastavien henkilöiden vuorovaikutuksessa keskustelun aikana.	Dementia/ Äänitalenne, Keskusteluanalyysi	Päällekkäinen puhe oli johdonmukainen piirre kaikissa kolmessa dyadilisessa vuorovaikutuksessa sekä sosiaalisen että tehtävälähtöisen keskustelun aikana.