

Marika Mäkisalo

Yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen

TunteVa- vuorovaikutusmenetelmän avulla

Opinnäytetyö
Syksy 2015
Sosiaali- ja terveysala
Geronomi AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Seinäjoen Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Geronomi AMK

Tekijä: Marika Mäkisalo

Työn nimi: Yhteyden luominen muistisairaaseen TunteVa-
vuorovaikutusmenetelmän avulla

Ohjaajat: Marita Lahti, Elina Hietaniemi

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 39

Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata TunteVa- menetelmän toimivuutta muistisairaiden arjessa. Tavoitteena oli parantaa muistisairaahan ihmisen inhimillistä perusoikeutta hyvään hoitoon ja vuorovaikutukseen. Tavoitteena oli saada hoitajat keskittymään muistisairaahan ihmisen tunteisiin ja tarpeisiin sekä parantaa hoitajien kykyä ymmärtää ja tukea muistisairasta ihmistä tunteiden tasolla.

Tutkimuksen tuloksena muodostettiin seuraavat keskeiset teemat: muistisairaahan aito ja arvostava kohtaaminen, vuorovaikutussuhteen luominen ja parantuminen, käyttäytymisen ymmärtäminen sekä tunteiden ja tarpeiden huomiointi. Yhdistäväksi, koko aineistoa kuvaavaksi teemaksi nousi yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen.

Opinnäytetyöni tulosten mukaan hoitajan kyky eläytyä, persoonan käyttö, tunteiden heijastaminen ja luova työtapa ovat avainsanoja haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden asukkaiden kanssa työskennellessä.

Avainsanat: TunteVa, muistisairaus, käytösoireet, haasteellinen käyttäytyminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Author/s: Marika Mäkisalo

Title of thesis: Creating a Connection with A Person with Dementia of the TunteVa-method

Supervisor(s): Marita Lahti, Elina Hietaniemi

Year: 2015

Number of pages:39

Number of appendices: 2

This thesis is intended to describe the functionality of the TunteVa - method in the everyday life of a persons with dementia. The aim was to improve their fundamental right to good care and human to human interaction. The goal was also to get nurses to focus on the needs and emotions of dementia patients, as well as to improve nurses' ability to understand and support these patients on an emotional level.

As a result of the investigation, the following core themes came up: genuine and appreciative encounter of persons with dementia, interaction in terms of establishment and improvement of the understanding of feelings and needs, behaviour. The unifying theme was to create a connection with a person with dementia.

According to the results, nurses' ability to empathize, project feelings and creative approach are the key words for working with persons with dementia who have challenging behavior.

Keywords: dementia, challenging behavior

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 MUISTISAIRAUDET	7
2.1 Esiintyvyys	7
2.2 Eri muistisairaudet	9
2.2.1 Alzheimerin tauti.....	9
2.2.2 Aivoverenkierrosairauden muistisairaus	11
2.2.3 Lewyn kappale- tauti	13
3 MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET.....	15
3.1 Masennus	15
3.2 Apatia ja agitaatio	16
3.3 Ahdistuneisuus	17
3.4 Psykoottiset oireet	17
3.5 Persoonallisuuden muutokset.....	18
3.6 Uni-valverytmin häiriöt	18
3.7 Seksuaaliset käytösoireet	19
3.8 Tutkimuksellinen näkökulma käytösoireista	19
4 TUNTEVA- VUOROVAIKUTUSMENETELMÄ.....	22
5 DEMENTIAKOTI TOISKA.....	24
6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS	26
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄ	27
7.1 Tutkimuksen toteutus	27
7.2 Laadullinen tutkimus	28
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30

8.1 Vastaajien taustatiedot	30
8.2 Muistisairaahan aito kohtaaminen	30
8.3 Vuorovaikutussuhteen parantuminen ja luominen	31
8.4 Muistisairaahan käyttäytymisen ymmärtäminen	32
8.5 Tunteiden ja tarpeiden huomiointi	33
8.6 Havaintoja.....	34
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	36
LÄHTEET.....	40
LIITTEET	42
Liite 1. Kyselylomake TunteVa-menetelmän soveltuvuudesta.....	42
Liite 2. Tutkimuslupa.....	46

1 JOHDANTO

Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen hoitotyössä voi olla haasteelliselta, sillä sairaus vaikuttaa muistisairaahan ihmisen vuorovaikutukseen. Muun muassa kommunikaatiovaikeudet, levottomuus ja tunteiden ilmaisun avoimuus voivat olla hankalia kohdata, jos ymmärrystä muistisairauksien oireistosta ja vaikutuksista elämään ei ole riittävästi. Vaikka muistisairas ihminen toimii ja viestii eri tavoin kuin ennen, hänellä on silti monia taitoja, joiden varaan vuorovaikutuksesta voidaan rakentaa. Arjen tilanteet hoitotyössä tarjoavatkin paljon mahdollisuuksia hyvään kohtamiseen ja vuorovaikutukseen.

Työskennellessäni muistiyksiköissä olen huomionut hoitajien kohtaamista muistisairaahan ihmisen kanssa. Saattaa olla niin, että muistisairaahan tarpeita ei aina ymmärretä eikä hänen persoonaansa huomioida muistisairauden takaa. Voidaan ajatella, että muistisairas on levoton ja aggressiivinen vain sen takia, kun hän on sairas, eikä, että hänellä saattaa olla jokin syy miksi hän käyttäytyy tietyllä tavalla. Muistisairaahan kanssa työskentelevät eivät aina osaa kommunikoida muistisairaahan kanssa, jolloin hankalia tilanteita arjessa saattaa syntyä. (Saarnio, 2011.)

Tässä opinnäytetyössä kuvataan TunteVa-menetelmään tutustumista ja kokemuksia sen soveltuvuudesta yhden muistiyksikön hoitotyössä. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa TunteVa-menetelmän mahdollisuuksista parantaa vuorovaikutusta muistisairaiden asukkaiden kanssa ja tätä kautta vahvistaa heidän oikeuttaan hyvään hoitoon.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus tarkoittaa sairautta, joka heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Hallikainen ym. 2014, 45.) Muistisairauden oireita ja taudin etenemistä ei voida yksilöllisesti ennustaa, sillä muistisairaus on yksilöllinen. Muistisairaus on etenevä sairaus ja parantavaa hoitoa ei vielä ole (Alhainen, Viramo ym. 2009, 4).

2.1 Esiintyvyys

Suomen väestö ikääntyy ja iäkkäiden osuus väestössä kasvaa. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2008 Suomessa oli yli 65-vuotiaita 16,7 prosentilla väestöstä ja 80-vuotiaita 4,5 prosentilla väestöstä. Viimeisen viiden vuoden aikana henkilömäärät kyseisissä ikäryhmissä ovat kasvaneet huomattavasti.

Muistisairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Muutos väestön ikärakenteessa johtaa tilanteeseen, jossa muistisairauksien lukumäärä sekä niiden osuutensa väestössä kasvaa voimakkaasti. Vuonna 2060 maassamme tulee olemaan 239 000 keskivaikeaa sekä vaikeaa muistisairautta sairastavaa. Vuonna 2010 heitä on arvioitu olevan 89 000. Yli 65-vuotiaista henkilöistä 20-55 prosenttia kokee kärsivänsä eriasteisista muistioireista. On arvioitu, että joka kolmas huonosti muistitestissä menestynyt sairastaa jotakin muistisairautta. Muistisairaus on ikääntyvien merkittävä toimintakykyä ja elämänhallintaa alentava oire. (Erkinjuntti, Rinne ym. 2010, 28.)

Muistisairaudet liittyvät yleensä korkeaan ikään. Muistisairauksien vallitsevuus yli 85-vuotiaiden ryhmässä on 15-kertainen verrattuna 60-vuotiaisiin. Iäkkäillä naisilla vallitsevuuden muutos vanhempaan ikäryhmään siirtyessä on suurempi kuin samaan ikäluokkaan kuuluvilla miehillä. (Alhainen ym. 2008, 10)

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Noin 65-70 prosentilla kaikista keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavista on Alzheimerin tautia sairastavia. Alzheimerin taudin vallitsevuus on suurempi naisilla kuin miehillä, ero on suuri erityisesti iäkkäiden henkilöiden osalta. Alzheimerin taudin ennuste on keskimäärin parempi kuin muiden muistisairauksien. (Viramo, Sulkava ym. 2010, 35)

Toiseksi tavallisin muistisairaus on aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Niitä sairastaa 15-20 prosenttia kaikista muistisairauksista. Aivoverenkiertosairauden muistisairauden vallitsevuudessa on huomattava ero maantieteellisten alueiden välillä. Pohjois-Euroopassa sen vallitsevuus on suurempi kuin Etelä-Euroopassa. Lewyn kappale – taudin on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Lewyn kappale – tauti on luultua yleisempi ja usein alidiagnostoitu. Yli 75-vuotiaista 21 prosenttia sairastaa tätä. (Alhainen ym. 2009, 10)

Muistisairaahan ihmisen joutumista jossain sairauden vaiheessa pitkäaikaiseen laitoshoitoon ei useinkaan voida estää. Yksin asuvat muistisairaajat joutuvat laitoshoitoon jo ennen kuin he tarvitsevat usein toistuvaa apua perustoiminnoissa. Muistisairaudet ja nimenomaan sen dementiavaihe, ovatkin suurin iäkkäiden ihmisten pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen aiheuttaja. Hieman alle puolet kaikista dementiapotilaista on laitostasoisessa hoidossa, jolla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa on yövalvonta paikan päällä. Yhä enenevästi hoito tapahtuu tehostettuna palveluasumisena. Tämän tyyppinen hoito pienryhmäkodissa tarjoaa dementoituneelle virikkeisemmän ja kodinomaisemman hoitoympäristön kuin perinteinen laitoshoido terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vanhainkodissa. (Viramo, ym. 2010, 38–48)

2. 2 Eri muistisairaudet

Muistioireita tarkasteltaessa tulee erottaa ohimenevät syyt, pysyvät jälkitilat sekä parannettavissa olevat syyt. Ohimeneviä muistioireiden syitä ovat esimerkiksi ohimolohkoepilepsia, aivoverenkiertosairaudet, lääkkeet, nautintoaineet ja psyykkiset syyt. Parannettavissa olevia syitä ovat erilaiset puutostilat, aineenvaihdunnan häiriöt, kallonsisäiset syyt sekä psyykkiset oireet ja sairaudet. Parannettavissa olevat syyt tulisi huomioida ennen pysyvää henkisen toimintakyvyn muutosta. Pysyviä jälkitilan syitä ovat aivoverenkierto sairaudet, aivotulehdus sekä aivovamma. Eteneviä muistisairauksien syitä ovat etenevät muistisairaudet kuten Alzheimerin tauti, Lewyn kappale– tauti, otsa-ohimolohkorappeumat, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. (Erkinjuntti ym. 2010, 73-75)

2.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttavista etenevistä muistisairauksista. Sen osuus kaikista muistisairauksista on noin 70 %. Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. (Erkinjuntti ym. 2010, 121)

Alzheimerin tauti on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tunnistettu paljon. Varmistettuja riskitekijöitä ovat ikä, Downin syndrooma ja suvussa esiintynyt muistisairaus. Ikääntyessä Alzheimerin taudin vallitsevuus lisääntyy. Alle 65-vuotiailla Alzheimerin tautia sairastavia on alle 0,5 prosenttia, 65-70-vuotiailla noin 1 prosentilla, mutta yli 80-vuotiailla on jopa 30 prosentilla koko ikäluokasta. Arvioinnin mukaan yli 65-vuotiailla Alzheimerin taudin määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030. (Erkinjuntti ym. 2010, 122)

Alzheimerin tauti on tyypillisin vaiheittain, tasaisesti ja hitaasti etenevä aivosairaus, johon liittyy paikallisesti ja ajallisesti etenevä valikoitujen aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien vaurioituminen. Tautiluokitus ICD-10 mukaan tauti

jaetaan varhain alkavaan ja myöhään alkavaan muotoon. Alzheimerin tauti alkaa kehittyä 20-30 vuotta ennen ensimmäisten oireiden ilmaantumista. Varhaiset oireet ilmaantuvat vasta, kun tietty kynnystaso aivomuutoksista ylittyy. (Erkinjuntti ym. 2010, 122)

Alzheimerin tauti on luonteeltaan yksilöllinen sairaus, sen eteneminen voidaan jakaa eri vaiheisiin: varhainen ja lievä vaihe, joiden kesto saattaa olla kolmesta seitsemään vuotta. Keskivaikean vaiheen pituudeksi on arvioitu kahdesta neljään vuoteen. Loppu eli vaikea vaihe kestää tutkimusten mukaan vuodesta viiteen vuoteen (Erkinjuntti, Huovinen, 2008, 64). Alzheimerin taudin kesto on keskimäärin kymmenen vuotta, mutta taudin kesto voi vaihdella viidestä vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 64).

Taudin varhaisimmat aivomuutokset ilmaantuvat muistitoimintojen kannalta keskeisille alueille ohimolohkon sisäosiin. Tämän vuoksi oppimis- ja muistivaikeudet ovat taudin varhaisimmat kliiniset oireet. Taudinkuvaa hallitsevat koko sairauden ajan lisääntyvät tiedonkäsittelyn oireet. Taudin edetessä omatoimisuus heikkenee ja käytösoireita kehittyy, mitkä ovat vahvasti yhteydessä kognitiiviseen suorituskykyyn. (Erkinjuntti ym. 2010, 124)

Lievässä Alzheimerin taudissa tyypillistä on muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen, joka vaikeuttaa omatoimisuutta. Muistin lisäksi myös muut kognition osa-alueet alkavat heiketä, erityisesti toiminnan ohjaus, kielellinen ilmaisu ja havaintotoiminnot. Sanojen löytäminen ja nimeäminen vaikeutuvat. Kognitiivisten toimintojen muutokset vaikeuttavat suoriutumista monimutkaisissa toiminnoissa, esimerkiksi taloudellisten asioiden hoidossa, rahankäytössä tai vieraassa ympäristössä liikkumisessa (Erkinjuntti ym. 2010, 124). Persoonallisuus ja sosiaaliset taidot säilyvät entisellään (Erkinjuntti & Huovinen. 2008, 66).

Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa ohimolohkojen sisäosat ovat suurimmaksi osaksi tuhoutuneet, pääläen vaurioituminen johtaa vaikeisiin toiminnanohjauksen, hahmotuksen ja kätevyden häiriöihin. Toiminnanohjauksen heikentymisen keskeisin tekijä on omatoimisuuden heikentymisessä. Selviytyminen arkielämässä heikkenee, psyykkisten toimintojen säätely muuttuu ja ilmaantuu

käyttäytymisen muutoksia. Taudin tässä vaiheessa usein todetaan usein kävelyn epävarmuutta, pukeutumisen vaikeutta, suuntaepävarmuutta ja havainnointitoimintojen heikentymistä. Suurimmalla osalla taudin tässä vaiheessa olevista potilaista ilmentyy ekstrapyramidaalioireita kuten jäähmyyttä, ilmeettömyyttä, hidas kävely sekä primaariheijasteet (esim. turpa-, tarttumis- ja imemisheijaste) (Erkinjuntti ym. 2010, 126-127). Vaikeassa Alzheimerin taudissa muistisairas ei tiedä paikkaa ja aikaa, ei tunnista läheisiään. (Erkinjuntti & Huovinen. 2008, 68).

2.2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Muistisairaus voi olla seurausta myös erilaisista verenkiertohäiriöiden aiheuttamista aivokudoksen vaurioista (Erkinjuntti & Huovinen. 2008, 74). Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on oireyhtymä, johon liittyy monen tyyppisiin verenkierrollisiin tekijöihin ja aivomuutoksiin, joilla on toisistaan poikkeavia kliinisiä taudinkuvia ja syitä. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Oireyhtymä syntyy monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta (Hallikainen ym. 2014, 276). Verenkiertohäiriöt ovat toiseksi yleisin muistisairauksien syy (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 74).

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus liittyy erityyppisiin aivoverenkiertosairauksiin. Yleisempiä syitä ovat suurten kaula- ja aivoverisuonten tauti, sydänperäinen aivoinfarkti ja pienten aivoverisuonten tauti. Muita syitä ovat muun muassa aivoverenvuodot (Erkinjuntti ym. 2010, 142). Aivoverenkiertosairauden muistisairauden taustalla voi myös olla kohonnut verenpaine, diabetes, ylipaino, alkoholin runsas käyttö sekä tupakointi. Nämä lisäävät riskiä aivoverenkiertohäiriölle mikä taas puolestaan altistaa verenkiertoperäiselle muistisairaudelle (Viramo ym. 2001).

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus voidaan jakaa kahteen alaluokkaan, jotka ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. Pienten suonten taudin synnyssä keskeinen muutos johtaa aivojen pienten, läpäisevien verisuonten ahtautumiseen.

Näiden seurauksena syntyviä aivomuutoksia ovat aivokudoksen valkean aineen iskeeminen vaurio eli paikallinen verenpuute tai kudoksen hapenpuute. (Eloniemi-Sulkava ym. 2014, 277)

Pienten suonten taudissa tyypillinen varhainen kognitiivinen oire on toiminnanohjauksen häiriö, johon liittyy tiedonkäsittelyn hidastuminen. Toiminnanohjauksessa häiriössä aloitekyvyttömyys, järjestelmällisyys, toimintatavan vaihtaminen, suunnitelmallisuus sekä käsitteellinen ajattelu ovat heikentyneet. Muistihäiriö pienten suonten taudissa on vähäisempää kuin Alzheimerin taudissa. Taudissa tyypillistä on, että unohtelu on vähäisempää mutta mieleen painaminen ja oppiminen ovat heikompaa. Käyttöoireina esiintyy usein masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista. (Eloniemi-Sulkava ym. 2014, 276)

Pienten suonten taudissa oireiden alku on usein vaihtelevaa. Usein sairastuneella on vain ohimeneviä aivoverenkiertohäiriötä, hetkellisiä kävelyvaikeuksia tai sekavuutta ilman selvää aivohalvaukseen liittyvää neurologisia oireita tai löydöksiä. Hitaasti alkava alku on yleisempää kuin äkillisesti alkava, oireet etenevät suurella osalla tasaisesti ilman portaitaisia pahenemisvaiheita. Oireet saatavat vaihdella päivien välillä, useasti sairastuneella on kuukausia kestäviä, tasaisia vaihteita. (Hallikainen ym. 2014, 277)

Suurten suonien tauti, liittyy sydänperäisiin aivoinfarkteihin ja verisuonten kalkkeutumiseen. Suurten suonien taudissa oireet riippuvat vaurioiden sijainnista ja laajuudesta. Infarktien sijainnista riippuen oireita ovat näkökenttäpuutos, toispuolihalvaus -oireet ja kävelyn häiriö. Suurten suonien taudissa oireiden alku on nopea ja oireet pahenevat portaittain. Oireiden alku, kliiniset neurologiset löydökset sekä kognitiivisen oireiden kirjo ja sairauden eteneminen vaihtelevat vaurion sijainnen mukaan. Muistiongelmien eivät yleensä ole yhtä vaikeita kuin muissa muistisairauksissa (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 76). Suurten suonien taudissa yleisempiä oireita ovat puhevaikeudet, muistihäiriöt, kömpelyys, tunnistamisen vaikeus, hahmottamisen vaikeudet sekä toiminnanohjauksen häiriöt (Eloniemi-Sulkava ym. 2014, 277-278).

2.2.3 Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale-tauti on etenevä ja rappeuttava muistisairaus. Parkinsonin tauti on yleinen Lewyn kappale- tautiin liittyvä sairaus. Lewyn kappale –tauti on, saanut nimensä mikroskooppisen pienistä Lewyn kappaleista jotka ovat hermosolun sisäisiä jyväsiä, joita on aivokuorella ja aivorungon alueella. Lewyn kappale –tauti alkaa tavallisesti 60-65 vuoden iässä. Sairaus alkaa vähitellen ja on yleisempi miehillä. Sairauden kesto on 2-20 vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen. 2008, 90)

Lewyn kappale –taudissa yleensä ilmenee Parkinson oireita. Vuoden sisällä oireiden alkamisesta ilmenee myös älylliseen toimintaan tai käyttöön liittyviä häiriöitä (Erkinjuntti & Huovinen. 2008, 90). Lewyn kappale –tauti voidaan jakaa tyypillisimpiin oireisiin: kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Sairauden alkuvaiheessa ei välttämättä ole havaittavissa muistihäiriöitä, sairauden edetessä muistin heikentyminen näkyy vähitellen (Erkinjuntti ym. 2010, 157).

Kognitiivisten toimintojen, tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelu on tyypillisiä oireita, joita esiintyy suurimmalla osalla Lewyn kappale –tautia sairastavista henkilöistä, jossain taudin vaiheessa. Parkinsonismin oireita esiintyy 40-90 prosentilla potilaista. Oireita ovat muun muassa lihasjäykkyys, lihasten vajaatoiminta ja kävelyvaikeudet. Parkinsonismiin tyypillistä lepovapinaa ei Lewyn kappale –taudissa tyypillisesti esiinny. Psykoottisia oireita ovat harhaluulot ja hallusinaatiot, joita esiintyy noin puolella potilaista. Lewyn kappale –taudissa näköaistiin liittyvät harha-aistimukset ovat yleensä tarkkoja ja yksityiskohtaisia, potilaat pystyvät tarkasti kuvailemaan tarkasti näkemiään ihmisiä ja eläimiä. Harhaluuloista yleisimpiä ovat vainoharhat, ne saattavat olla taudin varhaisimpiakin oireita. REM- unen aikaisin käyttöoireita voi ilmentyä jopa vuosia ennen kognitiivisten oireiden tai parkinsonismin kehittymistä. Potilailla esiintyy vilkkaita, pelottavia unia, ja he liikkuvat ja äänтелеvät voimakkaasti unen aikana. Lewyn kappale –taudin piirteitä ovat toistuvat kaatumiset ja pyörtyilyt sekä tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriökohtaukset. Lewyn kappale –tautia sairastavat ovat usein herkkiä rauhoittavalle lääkitykselle, jopa pieni annos neuroleptiannos voi johtaa parkinsonismin voimakkaaseen pahenemiseen. (Erkinjuntti ym. 2010, 159-162)

Lewyn kappale –tautia sairastava jää usein ilman oikeaa diagnoosia tai sairautta pidetään Alzheimerin tautina, vaskulaarisena kognitiivisena heikentymisenä tai Parkinsonin tautina (Erkinjuntti ym. 2010,160-161). Lewyn kappale -taudissa on hyvin paljon kliinisesti eli tutkimuksellisesti samankaltaisuuksia Alzheimerin tautiin. Lewyn kappale taudissa on tyypillistä tarkkaavuuden ja muiden kognitiivisten oireiden vaihtelu toisin kuin Alzheimerin taudissa. Lewyn kappale taudissa oireet saattavat vaihdella tuntien tai päivien kuluessa. Muistin ja kielellisten toimintojen heikkeneminen on lievempää Lewyn kappale taudissa kuin Alzheimerin taudissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 162-164).

3 MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET

Muistisairauksiin liittyy kognitiivisten oireiden lisäksi normaalisti haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia eli käytösoireita. Käytösoireet ovat oleellinen osa muistisairauksia, niiden merkitys on tutkimusten mukaan suuri sekä potilaiden, hoitajien ja yhteiskunnan kannalta. Muistisairaiden toimintakykyä rajoittavat kognitiiviset oireet ja käytösoireet ovat muistisairaana laitoshoidon joutumisen ja omaishoitajan loppuun palamisen kannalta merkittävimpiä. Käytösoireet myös altistavat uusille sairauksille kuten loukkaantumiselle tai oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksille. Toisaalta käytösoireita oikein hoitamalla voidaan suurinta osaa muistisairautta sairastavaa auttaa. (Erkinjuntti ym. 2010, 91-92)

Jokaisessa muistisairaudessa on tyypillistä, että käytösoireita esiintyy. Osassa muistisairauksista käytösoireet ovat niin tyypillisiä, että ne ovat osa sairauden diagnostisia kriteereitä. Muistisairaista noin 90 prosentilla ilmenee jossakin vaiheessa käytösoireita, niitä ilmenee niin lievässä kuin vaikeastikin dementoituneilla. (Erkinjuntti ym. 2010, 92)

3.1 Masennus

Aikaisemmin sairastettu masennus on riskitekijä myöhemmin kehittyvälle dementialle, joten masennus ja muistisairaus liittyvät toisiinsa monella tavalla. Masennus on hyvin tavallinen muistisairaille, esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavista noin 20 - 50 prosenttia kärsii vakavasta masennuksesta. Uusien tutkimuksien mukaan myös vaikeasti dementoituneet kärsivät masennuksesta, ja vakava masennus on todennäköisempää heille tai jopa yleisempää kuin lievästi dementoituneille. Muistisairauden ensimmäinen oire voi olla masennus. Sen vuoksi on tärkeää seurata ikääntyviä jotka hakeutuvat hoitoon masennus oireiden vuoksi. Muistisairaille masennus on iso laitoshoidon joutumiselle. Masennuksen

tunnistaminen on tärkeää, sillä sen hoitamiseen on tehokkaita keinoja. (Erkinjuntti ym. 2010, 92)

3.2 Apatia ja agitaatio

Apatia on hyvin yleinen muistisairaiden käytösoire, mutta se on huonosti tunnettu ja usein sekoitetaan masennukseen. Apatia on tunne-elämän latistumista, motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä sekä välinpitämättömyyttä (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 182). Apatiapotilaiden yleinen olemus on syvä passiivisuus ja aloitekyvyttömyys. Akineettinen mutismi on apatian äärimmäinen muoto, josta kärsivät eivät puhu, spontaanista liiku ja tarvitsevat paljon ulkopuolisen apua päivittäisissä toiminnoissa. Apatia voi olla osa masennusta, mutta yleensä apatia esiintyy itsenäisenä oireistona johon eivät masennuslääkkeet tehoa. Apatian taustalla välittäjäainetoiminnan häiriö aivoissa, apatiaa sairastavat hyötyvätkin usein koliinierastaasin estäjä-lääkityksestä (Erkinjuntti ym. 2010, 92).

Agitaatio eli levottomuus on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä. Levottomuuden taustalla on yleensä jokin potilaan kannalta mielekäs syy, kuten kipu, suru, masennus tai huono olo, jota hoitajien on vaikea tunnistaa ja jota muistisairas ei pysty kielellisesti ilmaisemaan (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 184). Levottomuusoireet ovat muistisairauden alkuvaiheessa hyvin harvinaisia, mutta niiden esiintyminen lisääntyy taudin edetessä. Levottomuusoireet ovat taudin edetessä pitkäkestoisia sekä yleensä vaativat vuosia kestäviä lääkehoitoja. Katastrofireaktio on äkillinen levottomuusoireisto, kuten huuto-, itku-, tai aggressiivisuuskohtaus, jollaisen valtaan muistisairas voi joutua kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen: ympäristöstä tulevat haasteet voivat tuntua turhauttavilta, pelottavilta ja vierailta. Muistisairaiden hoitajat näkevät näitä tilanteita tavallisimmin arkisissa tilanteissa (Erkinjuntti ym. 2010, 92).

Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy laitoshoitoon siirryessä sekä sairauden edetessä. Aggressiivisen käyttäytymisen riskitekijöitä ovat masennus, miessukupuoli, harhaluulot sekä varhainen muistisairauden alkamisikä.

Harhaluuloisen muistisairaahan aggressiivisuus on aina vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista muistisairaahan puolustautuessa harhauhkaa vastaan. Myös väärintunnistamiseen liittyvä tunne, että puoliso tai omainen on vieras, joka tunkeutuu kotiin, saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Erkinjuntti ym. 2010, 93-94)

3.3 Ahdistuneisuus

Muistipotilailla on neljä kertaa enemmän ahdistuneisuusoireita kuin saman ikäisillä ei-muistisairailla. Tavallisesti muistisairaahan ahdistuneisuus on yleistynyttä, joka ei liity tiettyyn tilanteeseen ja johon liittyy jatkuva levoton, jännittynyt, kireä ja huolestunut olo. Tyypillisesti muistisairaahan kokevat ahdistuneisuuden tunteita odotustilanteissa. Muistisairaalla voi ilmentyä myös paniikkihäiriön kaltaisia, ilman selvää syytä ilmaantuvia ahdistuneisuuspuuskia. (Erkinjuntti ym. 2010, 94)

3.4 Psykoottiset oireet

Psykoottisia oireita ilmentyy erityisesti keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa näitä psykoottisia oireita ei enää esiinny, sillä aivot eivät kykene tuottamaan psykoottisia oireita aivokudoksen vaikean rappeutumisen vuoksi. Näkö-kuuloharhat ovat yleisiä muistisairailla, joilla on heikko kuulo tai näkö. Lääkkeettömiä hoitomuotoja harhoihin ovat esimerkiksi kaihileikkaus tai ympäristön muuttaminen selkeämmin aistittavaksi. Muistisairaahan harhaluulot ovat usein puolison uskottomuuteen tai varastamiseen liittyviä ajatuksia. Väärintunnistamisesta kärsivä muistisairas saattaa kuvitella, että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toisiksi. Hän saattaa kuvitella peilistä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi (Erkinjuntti, Huovinen. 2008, 185). Psykoottiset oireet esiintyvät jaksoina, joiden kesto on selkeästi lyhyempi kuin levottomuusjaksot. Psykoottisten oireiden ilmentyminen voi ennustaa muistisairauden nopeaa etenemistä (Erkinjuntti ym. 2010, 94).

3.5 Persoonallisuuden muutokset

Muistisairauden edetessä potilaiden persoonallisuuden jotkin piirteet saattavat korostua ja voi ilmaantua uusia piirteitä. Toisinaan muistisairaahan impulssikontrolli voi heikentyä, tyypillisintä tämä on otsa-ohimolohkorappeumassa. ”Yli-minän” ja arvostelukyvyn heikentyminen näkyy sosiaalisissa tilanteissa sosiaalisten normien rikkomisena, estottomuutena, epäsiisteytenä tai rivona käytöksenä. Uusina piirteinä voi myös ilmentyä painon nousua sekä äärimmäistä ahmimista. Hyperseksuaalisuus, visuaalisen havaitsemisen häiriö ja hyperoraalisuus (taipumus laittaa suuhun havaintokenttään tulevia esineitä) voi viitata Kluver-Bucyn oireyhtymään, joka johtuu ohimolohkojen vaurioitumisesta. (Erkinjuntti ym. 2010, 94-95)

3.6 Uni-valverytmin häiriöt

Muistisairaahan unihäiriöt ovat levottomuus- ja psykoottisten oireiden ohella laitoshoitoon johtavia käytösoireita. Muistisairas ei niinkään kärsi unenpuutteesta, vaan vuorokausirytmien muuttumisesta. Muistisairaahan unentarve on isompi kuin saman ikäisillä ei-muistisairaalla. Myös muistisairaahan unenlaatu muuttuu, unen vaiheiden muuttaessa muotoaan. Muistisairas heräilee useaan kertaan yöllä ja heräämiseen liittyy sekavuutta ja pelokkuutta. Jos muistisairauteen liittyy apaattisuutta ja psykomotorista hidastumista, unessa vietetty aika pitenee. Usein unihäiriöiden takana on ahdistuneisuus-, masentuneisuus-, ja levottomuusoireita, mutta unihäiriöt voivat esiintyä myös itsenäisinäkin. Unihäiriöiden taustalla voi myös olla väärä lääkehoito ja somaattiset sairaudet. Lyhytvaikutteiset unilääkkeet voivat aiheuttaa aamuyön heräilyä ja liian pitkävaikutteiset unilääkkeet nukuttavat vielä päivälläkin, niin että muistisairas on pirteimmillään puolenyön aikaan. Muistisairaahan käytösoireet lisääntyvät ja ovat vaikeimmillaan alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. Hämärtyminen ja hiljaisuus voi aiheuttaa turvattomuutta ja väärintulkintoja. (Erkinjuntti ym. 2010, 95)

3.7 Seksuaaliset käytösoireet

Joka neljällä kotona asuvalla muistisairaalla on tyydyttävä sukupuolisuhte puolison kanssa. Muistisairauteen voi kuitenkin liittyä sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen. Hyperseksuaalisuutta ilmenee noin 15 prosentilla laitoshoidossa olevista muistisairaista. Hyperseksuaalisuus ilmenee julkisena masturbointina, kosketteluna tai seksuaalisina ehdotteluina. Seksuaaliset käytösoireet esiintyvät jaksoina, joiden kesto on lyhyt eivätkä ne ole hallitsevia oireita. (Erkinjuntti ym. 2010, 95)

3.8 Tutkimuksellinen näkökulma käytösoireista

Saaron (2010) tutkimuksessa kuvataan hoitohenkilökunnan käsitystä dementoituvien haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuodoista ja haasteellisen käyttäytymisen yleisyydestä laitoshoidossa sekä hoitohenkilökunnan toimintatavoista haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan kohdatessaan.

Haasteellista käyttäytymistä esiintyy erityisesti isoissa laitosten yksiköissä. Yleisimmin esiintyy levottomuutta, aggressiivisuutta ja dementoituneen sisäistä levottomuutta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta käytti yleisemmin ymmärtävää toimintatapaa haasteellista käyttäytymistä kohdatessaan. Tilanteen ratkaisemiseen vaikutti millä tavoin hoitaja suhtautui haasteelliseen käyttäytymiseen. Tilanteessa hoitaja voi toimia kolmella edistyksellisellä tavalla, persoonaa käyttäen, intuitiivisella toiminnalla tai järkiperäistämällä. Hoitajan toimiessa haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaalla kanssa persoonaa käyttävällä toimitavalla, tarkoitetaan hoitajan käyttävän työssä apuna huumoria sekä hyödyntävän tilanteessa omaa luovuuttaan. Hoitajan intuitiivinen toimintatapa näkyy mukaan menemisenä, ennaltaehkäisyinä sekä muistisairaalla huomion ohjaamisena muualle tilanteesta. Järkiperäistämällä tarkoitetaan hoitajan ohjaamista, perusteltavaa toimintaa ja ympäristön muokkaamista muistisairaalla tarpeet huomioiden. (Saarnio ym. 2010, 48)

Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitaminen on yksi suurimpia hoitotyön haasteita. Haasteellinen käyttäytyminen lisää vanhusten tapaturmia, kaatumisia, fyysisiä ja kemiallisia rajoitteiden käyttöä, eristäytymistä ja henkilökunnan uupumista. (Saarnio ym. 2010, 46-48)

Saarnion ym. tutkimuksen mukaan, muistisairailla aggressiivista käyttäytymistä ilmenee viikoittain. Tutkimuksessa esiin nousee myös laitoksen koon merkitys, yli kolmekymmentä asiakaspaikkaisissa laitoksissa ilmenee käytösoireita selvästi vähemmän kuin alle kolmekymmentä asiakaspaikkaisissa laitoksissa. Tutkimuksen mukaan yli puolella laitoksessa asuvalla muistisairaalla ilmenee erityisesti sisäistä levottomuutta viikoittain. Saarnion tutkimuksessa todetaan myös, että henkilökunnan iällä ja työkokemuksella on vaikutusta, miten hoitohenkilökunta kokee haasteellisen käyttäytymisen. Alle 30-vuotiaat hoitajat kokevat haasteellisen käyttäytymisen olevan yleisempää, kuin muut ikäluokat. Hoitajat joilla on yli 20-vuotta työkokemusta, kokevat haasteellisen käyttäytymisen yleisyyden olevan vähäisempää kuin he joilla on alle 20-vuotta työkokemusta. (Saarnio ym. 2010, 51)

Nikalin ja Soinin (2010) tekemässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia TunteVa- menetelmän vaikutuksista asukkaan ja hoitajan vuorovaikutukseen, sekä miten TunteVa- menetelmän käyttö vaikuttaa muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen. Nikalin ja Soinin tekemän tutkimuksen mukaan, hoitajan ymmärrys muistisairasta kohtaa on TunteVa- menetelmän käytön edellytys. Nikalin ja Soini nostavat esiin erityisesti TunteVa- menetelmän kannalta tärkeimmäksi vuorovaikutussuhteen rakentamista muistisairaahan omista lähtökodista käsin. (Nikali & Soini 2010, 37)

Nikalin ja Soinin (2010) mukaan TunteVa- menetelmä vaikuttaa rauhoittavalla tavalla muistisairaaseen sekä antaa hoitajalle keinoja puuttua muistisairaahan haasteelliseen käyttäytymiseen. Nikalin ja Soinin tutkimuksen tärkeimmäksi hoitajan työvälineeksi nousi kuuntelu. Heidän tutkimuksessaan nousee esiin, että TunteVa- menetelmällä voidaan lievittää käytösoireita. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan TunteVa- menetelmän lievittämisen käytösoireita sekä helpottavan vuorovaikutustilanteita hoitotyössä. (Nikali & Soini 2010,38)

Sipilän & Tauriaisen (2013) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia TunteVa- menetelmän käyttämisestä muistisairaahan kohtaamisessa. Sipilän ja Tauriaisen tutkimuksen johtopäätöksistä voidaan todeta, että TunteVa- menetelmän avulla hoitaja voi tavoittaa muistisairaahan maailman paremmin ja saada haasteelliset hoitotoimenpiteet helpommiksi. Tutkimuksen mukaan TunteVa- menetelmän avulla pystytään edistämään muistisairaahan terveyttä sekä ihmisarvoa. Sekä TunteVa- menetelmä antaa työvälineitä hoitohenkilökunnalle kohdata muistisairas. (Sipilä & Tauriainen 2013,37)

4 TUNTEVA- VUOROVAIKUTUSMENETELMÄ

TunteVa® on Tampereen Kaupunkilähetys ry:n rekisteröimä toimintamalli, joka pohjautuu amerikkalaisen sosiaaliterapeutti Naomi Feilin kehittämään validaatiomenetelmään. Toimintamalli on muokattu suomalaiseen hoitokulttuuriin sopivaksi. Suomessa validaation soveltamisessa otettiin ensiaskeleet vuonna 1991, jolloin Tampereen Kaupunkilähetys ry aloitti menetelmän käyttöön perehdyttävän koulutuksen (Pohjavirta ym. 2012, 2)

Naomi Feil kehitti validaatiomenetelmän vuosina 1963-1980. Menetelmän käyttö perustuu ihmisen tunteiden tunnustamiseen. Validaatio on muistisairaahan kohtaamisessa käytettävää vuorovaikutusta, joka antaa konkreettisia keinoja ymmärtää muistisairasta, jonka kognitiiviset taidot ovat heikentyneet. Validaation avulla muistisairaahan tunteet ja tarpeet tulevat kuulluiksi (Sipola 2008, 28)

TunteVa-toimitamallissa edistetään vuorovaikutuksen toimivuutta. TunteVa-toimintamallin avulla pyritään ymmärtämään muistisairaahan maailmaa, hänen kokemaansa tunnekaaosta, jossa hän elää. TunteVa-toimintamalli edistää muistisairaahan arvokkuuden säilyttämistä ja ihmisarvoa. (Kämäräinen 2008, 3)

TunteVa -toimintamalli on tarkoitettu muistisairaista ihmisiä hoitaville. TunteVan lähtökohtana on ajatus että, ihmisellä on muistisairaahanakin, inhimillinen perusoikeus hyvään hoitoon ja vuorovaikutukseen. Hoitajalle jokainen ihminen on ainutkertainen ja arvokas yksilö. Ihmisen sairastuttua muistisairauteen, hänen kokemuksensa omasta itsestään ja ympäristöstään muuttuu. Hänen identiteettiinsä haurastuu, kun yhteys aiempaan elämään katoaa vähitellen. Toimintakyky heikentyy ja uuden oppiminen vaikeutuu. Kognitiiviset taidot heikentyvät, muistisairas ihminen ei aina tule kuulluksi eikä ymmärretyksi. TunteVa-toimintamallin avulla hoitaja keskittyy muistisairaahan ihmisen tunteisiin ja tarpeisiin. Sairastunutta tuetaan tunnetasolla, häntä autetaan käsittelemään asioita ja löytämään uudelleen oman itsensä sekä tunnistamaan ja löytämään jäljellä olevat voimavaransa. Olennainen osa hoitajan

ammattitaitoa on kyky ymmärtää ja tukea muistisairasta ihmistä tunteiden tasolla. (Pohjavirta ym. 2012, 5)

TunteVa- toimintamallin pääperiaatteet ovat luoda luottamussuhde hoidettavaan, kannustaa ihmistä ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan, tunnustetaan, että tunteet ovat totta ihmiselle itselleen sekä arvostetaan ihmisen omaa todellisuutta. Kaikella ihmisen toiminnalla on jokin merkitys, vertauskuvallinen käyttäytyminen on osa tunneilmaisua (Pohjavirta ym. 2012, 23)

TunteVa-koulutus päävastuu on Kaupunkilähetys ry:llä, koko suomessa toimii noin 24 TunteVa-kouluttajaa. TunteVa-menetelmää voi opiskella kolmessa eri vaiheessa. TunteVa-hoitajakoulutus, TunteVa-ryhmänohjaajakoulutus ja TunteVa-ohjaajakoulutus sekä TunteVa-kouluttajakoulutus. (TunteVa-koulutus, 2009)

5 DEMENTIAKOTI TOISKA

Dementiakoti Toiska on JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän yksikkö muistisairaille Jalasjärven kunnassa. JIK ky on Jalasjärven ja Ilmajoen kuntien sekä Kurikan kaupungin yhdessä omistama liikelaitoskuntayhtymä, joka tuottaa perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja ympäristöhuollon sekä Kurikan kaupungin ja Jalasjärven kunnan sosiaalitoimen palveluja. Dementiakotia Toiska on 27 -paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Toiska tarjoaa vakituista laitoshoittoa, intervallihoidtoa sekä päivähoittoa muistisairaille. Vakituksia asukaspaikkoja Toiskassa on 24 ja kolme vuorohoitopaikkaa. Toiskan henkilökunta muodostuu yhdestä sairaanhoitajasta, 10 lähihoitajasta ja hoivatyöntekijästä sekä tulevaisuudessa geronomista. (JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, asumispalvelut)

Dementiakoti Toiska tarjoaa JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän verkkosivujen mukaan viihtyisää ja kodinomaista asumista muistisairaille. Toiskassa asunnot ovat vuokra-asuntoja, asukkaat saavat tehdä asunnoistaan mieluisia omilla huonekaluillaan. Arkiaamuisin vuorossa on noin 5-7 työntekijää, iltavuorossa 4 ja yövuorossa yksi hoitaja. Viikonloppuisin aamuvuorossa on 4 työntekijää. Arkiaamuisinvuorossa on sairaanhoitaja. Henkilökunta tekee kaksivuorotyötä. Yövuorot ovat ostopalveluna ulkoistettu. (Köykkä, 2015)

Dementiakoti Toiskassa käytetään kuntouttavaa työotetta, jokainen työntekijä on käynyt kunnonhoitaja -koulutuksen. Henkilökunta kouluttaa itseään aktiivisesti sekä uudistaa tietojään muistisairauksista ja heidän kohtaamisestaan. Dementiakoti Toiskan asukkailla yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus sekä Lewyn kappale –tauti. Asukkaista suurin osa on naisia ja asukkaiden keski-ikä on noin 85 vuotta. Toiskan asukkaat ja intervellihoitossa olevat henkilöt sairastavat keskivaiheen tai loppuvaiheen muistisairautta. Asukkailla ilmenee haastavaa käyttäytymistä päivittäin, joka

kohdistuu joko heihin itseensä, muihin asukkaisiin tai henkilökuntaan. Yleisempiä käytösoireita ovat aggressiivisuus, ahdistuneisuus ja levottomuus, jotka näkyvät Toiskan arjessa kiukunpuuskina, huuteluna, tavaroiden kuljettamisena, itkuisuutena ja vihamielisenä käyttäytymisenä. (Köykkä, 2015)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata TunteVa-menetelmään tutustumista ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia sen soveltuvuudesta yhden muistiyksikön hoitotyöhön. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa TunteVa- menetelmän mahdollisuuksista parantaa vuorovaikutusta muistisairaiden asukkaiden kanssa ja tätä kautta vahvistaa heidän oikeuttaan hyvään hoitoon.

Kokemuksia TunteVa- toimintamallin soveltuvuudesta hoitotyöhön haettiin seuraavien tutkimuskysymyksen kautta:

1. Miten TunteVa- menetelmä toimii muistisairaamiehen ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutuksessa?
2. Parantaako TunteVa-toimintamalli vuorovaikutusta vaikeasti muistisairaamiehen kanssa?
3. Miten tunnistaa persoona muistisairaamiehen takaa?

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata TunteVa menetelmän toimivuutta muistisairaiden arjessa. Tavoitteena oli opinnäytetyöprosessin kautta parantaa muistisairaamiehen ihmisen inhimillistä perusoikeutta hyvään hoitoon ja vuorovaikutukseen. Tavoitteena oli saada hoitajat keskittymään muistisairaamiehen tunteisiin ja tarpeisiin, parantaa hoitajien kykyä ymmärtää ja tukea muistisairaamiehen ihmistä tunteiden tasolla.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄ

Opinnäytetyöni tutkimus on laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin kyselyn avulla, jonka kysymyksen pohjautuvat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Lomakekyselyssä kysymyskohtia oli kymmenen. Nämä liittyivät TunteVa-toimintamallin soveltamiseen muistiyksikössä sekä vastaajien henkilökohtaisiin kokemuksiin menetelmän soveltuvuudesta käytännön hoitotyössä. (LIITE 1) Vastaajat vastasivat anonyymeinä, näin he saivat tuoda kokemuksensa esiin luottamuksellisesti ja rehellisesti. Vastauslomakkeita palautui täytettyinä 10 kappaletta.

7.1 Tutkimuksen toteutus

TunteVa- menetelmään tutustuminen aloitettiin hoitohenkilökunnan kanssa ryhmätapaamisina dementiakoti Toiskassa. Ryhmäkeskusteluissa perehdyttiin muistisairauksiin, henkilökunnan kokemuksiin ongelmatilanteisiin sekä käytösoireisiin. Keskusteluissa kävimme yhdessä lävitse TunteVa-menetelmää ja sen soveltuvuutta yksikköön. Keskusteluissa käytettiin apuna konkreettisia esimerkkejä omasta työstä. TunteVa- toimintamallin käytön aloitusta ei ollut tarkoitus käydä lävitse opintomaisesti, vaan pikemminkin asennetason oivalluksena ryhmä- ja yksilökeskustelujen kautta. TunteVa- menetelmän soveltamisessa apuna käytimme Onko tänään eilen- TunteVa –opasta muistisairaita hoitaville sekä esittely DVD – TunteVa muistamattomien vanhusten hoidossa.

Ryhmäkeskustelut aloitettiin kevään 2015 aikana, jolloin myös käynnistettiin omahoitajien TunteVa- toimintamallin mukainen työskentely yksikössä. Näin saatiin ensikosketusta toimintamallista. Kesän 2015 aikana käytettiin yksikön hoitotyössä TunteVa -toimintamallia, soveltaen työyhteisön, tilanteiden ja asukkaiden mukaisesti. Kesän aikana käytiin hoitohenkilökunnan kanssa paljon ryhmä- ja yksilökeskusteluja työnohjessa TunteVan käytöstä, sen toimivuudesta ja

soveltamisesta omassa työssä. Kesän aikana henkilökunta jakoi paljon tilanteita, joissa he kokivat TunteVa- menetelmän toimivan erityisen hyvin ja yhdessä pohdittiin toimintatapoja, jotka soveltuvat missäkin tilanteessa ja kenenkin asukkaan kanssa.

Syksyllä 2015 keräsin kokemuksia TunteVa -toimintamallin soveltuvuudesta hoitotyöhön. Tiedonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella, johon jokainen työntekijä vastasi nimettömästi ja palautti sovittuun palautelaatikkoon. Kyselylomakkeeseen vastasi suurin osa työntekijöistä, riippumatta siitä osallistuiko TunteVa -toimintamallin tutustumiseen ja soveltamiseen omassa työssä, näin haluttiin saada jokaisen mielipide kuuluviin ja eri näkökulmat esille.

7.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen merkityksiä, laatua ja ominaisuuksia kokonaisvaltaisesti (Laadullinen tutkimus 2014).

Jokaisen laadukkaan ja hyvän tutkimuksen tulee pohjautua teoriaan, sillä ilman teoriaa tuloksilla on vähäisempi arvo. Tutkimuksen alkuvaiheessa olisi hyvä olla itseä kiinnostava seikka, johon tutkimus suuntautuu. Tutkimuksen lähtökohtana on usein tutkijaa mietityttävät kysymykset ja tutkimusongelma. Aihe tutkimukselle voi tulla esiin kirjallisuuden, opiskelujen, käytännön kokemuksen myötä tai alan asiantuntijoiden vihjeestä. (Hirsimäki & Hurma 2008, 13)

Käytin tutkimuksessani laadullista lomakekyselyä muistiyksikön hoitohenkilökunnalle, koska sillä tavoin sain hoitohenkilökunnalta keskeisimmät tiedot tutkimukseni kannalta. Etukäteen suunnitellut kysymykset pohjautuvat tutkimuskysymyksiini. Lomakekysely on usein laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Lomakehaastattelussa kysytään asioita, jotka todella liittyvät vain tutkimukseen ja ovat tarkoituksenmukaisia. Lomakekyselyssä jokaiselle kysymykselle tulee löytyä tutkimuksen teoreettisesta viitekehiksestä perustelu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina tai teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysia tehdessä on valittava aluksi kiinnostava kohde aineistosta, jonka jälkeen aineisto käydään läpi ja valitaan yhteen kerätyt tiedot ja erotetaan muusta aineistoista. Lopuksi aineisto teemoitellaan, tyypitellään tai luokitellaan sekä tehdään yhteenveto kerätystä tuloksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92)

Käytin tässä työssä kyselylomakkeiden vastauksien luokittelun apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Viidestätoista työntekijästä kymmenen vastasi ja palautti kyselylomakkeen takaisin minulle sovittuna määräaikana. LIITE 1. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistosta luodaan teoreettisia käsitteitä aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn avulla. Aineiston pelkistäminen tehdään etsimällä aineistosta tutkimustehtävän kysymyksillä asiasanoja, jotka kuvaavat niitä. Pelkistettävä aineisto voi olla dokumentteja, asiakirjoja tai muuta haastatteluaineistoa ja pelkistämävaiheessa aineistosta poistetaan kaikki epäoleellinen tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

Aineiston ryhmittelyssä käydään aineisto läpi ja etsitään samankaltaisia ilmauksia sekä eroavaisuuksia kuvastavia käsitteitä. Aineistosta samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään ja luokitellaan. Luokitukselle annetaan sisältöä vastaava ja kuvaava nimi, joka voi olla piirre, käsitys tai ominaisuus. Aineisto tiivistyy kun, yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin tekijöihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110)

Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraava vaihe on abstrahointi, joka tarkoittaa yleiskäsitteen muodostamista pelkistämällä. Abstrahoinnissa tutkimuksen oleellinen tieto erotetaan ja muodostetaan erotetun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. Käsitteiden käsitteellistämässä aloitetaan aineiston alkuperäisen ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja lopulta johtopäätöksiin. Abstrahointia ja luokkien yhdistämistä tehdään niin kauan kuin aineiston kannalta se on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyöni tutkimuksen tulokset toteutettiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeisiin vastauksia tuli 11, joista kymmeneen oli vastattu. Tutkimusaineiston analyysin tuloksena voitiin muodostaa seuraavat keskeiset teemat: muistisairaahan aito ja arvostava kohtaaminen, vuorovaikutussuhteen luominen ja parantaminen, käyttäytymisen ymmärtäminen sekä tunteiden ja tarpeiden huomiointi. Yhdistäväksi, koko aineistoa kuvaavaksi teemaksi nousi yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen. Taulukko 1.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastaajia oli 10, hoitotyöntekijää, joilla työkokemusta oli 1- 28 vuotta. Vastaajista seitsemän oli osallistunut TunteVa- menetelmän soveltamiseen kyselyä edeltävän kesän 2015 aikana. Vastaajista kolmella oli aiempaa erityiskoulutusta muistisairauksista. Vastaajat olivat koulutukseltaan lähi- ja perushoitajia.

8.2 Muistisairaahan aito kohtaaminen

Vastauksissa esiin nousi, että TunteVa- menetelmä parantaa aitoa kohtaamista asukkaan ja hoitajan välillä. Vastaajat kokivat, että erityisesti muistisairaahan kanssa keskustelu, kokonaisvaltainen huomioon ottaminen sekä empatiakyky parantuivat menetelmän avulla.

”Asukkaan viereen voi istahtaa ja jutella niin kuin aikuinen ihminen aikuiselle, hän kokee, että hänestä välitetään ja ollaan aidosti kiinnostuneita. Haastavassa hoitotilanteessa on auttanut rauhallinen keskustelu, ystävällinen äänensävy ja asukkaan kokonaisvaltainen huomioon ottaminen. Kun puhe on epäselvää tai sekavaa voi eläytyä puheeseen ja tunteeseen.”

”TunteVa-menetelmää käyttäen voi saada jonkun keskustelun asukkaan kanssa, aivan eri ulottuvuudelle. Esim. vanhoja asioita muistellen.”

”Helpottaisi muistisairaahan kohtaamista”

”Kun asukas tuntee, että häntä kuunnellaan aidosti ja lohdutetaan tarvittaessa se tuntuu jokaisesta hyvältä”

”Aito kohtaaminen on luottamusta asukkaan ja hoitajan välille. Vähentää ahdistusta.”

”Eihän kukaan hoitaja voi teeskennellä mitään hoitaessaan toista ihmistä” vai voiko? En minä ainakaan!!!”

8.3 Vuorovaikutussuhteen parantuminen ja luominen

Vastaajat kokivat, että menetelmän avulla muistisairaahan kohtaaminen oli helpompaa sekä luontevampaa. Menetelmän avulla haastavat hoitotoimenpiteet olivat rauhallisempia sekä vuorovaikutussuhteet helpompia muistisairaiden kanssa kuin aikaisemmin yksikössä oli ollut. Yksi vastaajista koki, että TunteVa- menetelmän käyttö ei yksistään sovellu jokaisen asukkaan kohdalla, vaan sen rinnalla olisi hyvä soveltaa myös muita menetelmiä.

”Haastavat hoitotilanteet ja vuorovaikutussuhteet voivat olla rauhallisempia.”

”TunteVa-menetelmä auttaa ymmärtämään asukkaiden tarpeita ja tunteita paremmin. Auttaa tulemaan muistisairaista ihmistä kohtaamalla hänet hyväksyvästi. Olemalla aidosti läsnä.”

”Se tulee aivan luonnostaan jokapäiväisessä hoitotyössä, kun kunnioittaa hoidettavaa ihmistä.”

”Ei vastaus siksi koska pelkästään TunteVa-menetelmän käyttö ei ole kaikkien asukkaiden kohdalla mahdollista tai ei ainakaan tuo lisäarvoa hoitotilanteisiin.”

”Hoitajan täytyy ensiksikin kunnioittaa asukasta ja kohdella häntä hyvin ja arvostavasti. Hyvä hoitaminen tulee toisen ihmisen huomioimisesta ja välittämisestä aidosti. TunteVa ei siihen asiaan tuo mitään uutta, kohtaaminen on hoitajan ja asukkaan persoonista kiinni.”

Vastaajista kahdeksan mielestä TunteVa- menetelmän käyttö helpottaisi heidän työtään muistiyksikössä. Vastaajat kokivat, että TunteVa- menetelmä auttaa kohtaamaan muistisairaahan ihmisen myös vaikeissa tilanteissa. Erityisesti koettiin, että menetelmän avulla myös ymmärrys käytösoireista on kasvanut ja toimintatavat parantuneet. Vastaajat kokivat työn helpommaksi TunteVa-menetelmän avulla, koska näin he saivat uusia, yksikertaisia ja helposti käytettäviä toimintatapoja työhön.

”Rauhallisella, asukasta arvostavalla ja turvallisuuden tunnetta luovalla työtavalla saa enemmän aikaiseksi kuin ”määräilevällä tai käskyttävällä”.”

”Muistisairaskaan ei tuntisi välttämättä oloaan epävarmaksi tms. (tuskaiseksi).

”Asukkaat jotka kykenevät vielä puheellaan ilmaisemaan itseään, heidän kanssaan pystyy toteuttamaan TunteVaa, keskustelemalla, kyselemällä, olemalla läsnä.”

”On tilanteita, etenkin keskustellessa lievästi muistisairaahan asukkaan kanssa, jolloin menetelmästä saa kaiken hyödyn irti. Vaikean muistisairaahan kanssa en näe samanlaista hyötyä menetelmästä.”

8.4 Muistisairaahan käyttäytymisen ymmärtäminen

Tutkimuksen vastauksista nousi esiin, että TunteVa- menetelmästä olisi hyötyä vastaajien omassa hoitotyössä. Vastaajat kokivat, että menetelmää käyttämällä asukkaiden ahdistuneisuutta sekä aggressiivisuutta saatiin vähentymään. Menetelmän avulla vastaajat kokivat ymmärtävänsä paremmin muistisairaahan haastavan käyttäytymisen taustalla olevia mahdollisia tekijöitä.

”Tavallaan tätä menetelmää on käytetty jo aiemminkin, ilman ”tunteva”-nimeä.”

”Se helpottaa ja on luontevaa jokapäiväisessä kanssakäymisessä ja hoitotilanteissa ja lohdutustilanteissa.”

”TunteVa:ssa monia hyviä tekniikoita kohdata muistisairas. Hyvä menetelmä sovellettavaksi”

”Auttaa onnistumaan muistisairaana kanssa arjen tilanteissa. Auttaa tukemaan muistisairasta. Vähentämään ahdistuneisuutta ja levottomuutta.

Jokainen vastaaja koki, että TunteVa- menetelmä soveltuu hoitotyöhön tässä yksikössä. Hoitohenkilökunta koki, että menetelmän avulla he saavat väylän ymmärtämään muistisairasta ihmistä ja hänen käyttäytymistään. Koettiin, että TunteVa- menetelmän avulla kyettiin ymmärtämään paremmin myös muistisairaana ihmisen tunteita ja tarpeita. Henkilökunta koki menetelmän antavan taitoa kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas.

”Asukkaat ovat vaikeasti dementoituneita eivätkä osaa useinkaan sanallisesti ilmaista tarpeitaan, joten menetelmä antamat taidot auttavat ymmärtämään dementoitunutta paremmin”

”Asukkaat keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaita ja heillä paljon vaikeita käytösoireita. TunteVa-menetelmä auttaa ymmärtämään muistisairasta ihmistä ja hänen käyttäytymistään.”

”TunteVa- menetelmä on hyvä lisä eri menetelmien joukossa.”

”Se on hoitotyön perusta ja lähtökohta toisen ihmisen kohtaamiseen”

8.5 Tunteiden ja tarpeiden huomiointi

Hoitohenkilökunta koki, että muistisairaana ihmisen tunteiden ja tarpeiden huomioonottaminen parantui TunteVa- menetelmän avulla. Tuloksista selviää että, tunteiden ja tarpeiden huomiointi näkyy muistisairaana kunnioittamisena, aitona läsnäolona sekä vuorovaikutussuhteiden parantumisena. Hoitohenkilökunnan käyttäessä omaa persoonaa ja heijastamalla muistisairaana tunteita, muistisairaana tunteet ja tarpeet nousivat helpommin esille.

Muistisairaana ihmisen tunteiden ja tarpeiden huomiointissa esiin nousi myös, muistisairaana käytöksen ymmärtämisen parantuminen, hoitajan ja asukkaan vuorovaikutussuhteen helpottuminen sekä muistisairaana ihmisen aito kohtaaminen koettiin olevan hoitotyön yksi perusteista.

”Auttaa ymmärtämään paremmin muistisairasta asukasta ja hänen mielentilaansa. Ymmärtäisi sitä tunnekaaosta missä hän elää.”

8.6 Havainnot

Hoitohenkilökunnasta ne, joilla oli alle 20- vuotta työkokemusta, kertoivat kohtaavansa käytösoireita useammin ja eivät huomioineet oman käytöksensä vaikuttavan muistisairaahan ihmisen tunnekaaokseen. Pitkään muistisairaiden ihmisten kanssa työskennelleet hoitajat puolestaan kontrolloivat omaa käyttäytymistään ollakseen provosoimatta lisää muistisairaahan ihmisen tunnekaaosta. Havaintojen perusteella hoitohenkilökunnan aiemmalla koulutuksella ei ollut merkitystä, miten hoitajat kohtasivat muistisairaahan ihmisen.

”Usein metsä vastaa niin kuin sinne huudetaan.”

Henkilökunnan vastauksista voidaan huomata, että työkokemuksella ja hoitohenkilökunnan iällä näyttäisi olevan merkitystä muistisairaahan ihmisen hoitotyössä. Usein iältään nuoremmat hoitajat suhtautuvat käytösoireisiin herkemmin kuin iältään vanhemmat hoitajat. Iältään nuoremmat hoitajat huomioivat ja ovat enemmän tietoisia asukkaiden käytösoireista sekä reagoivat niihin herkemmin. Tämän voidaan ehkä ajatella johtuvan siitä, että nuoremmat hoitajat eivät yleistä käytösoireita tai pohjusta huomioitaan aikaisempaan kokemukseen muistisairauksista ja niiden käytösoireista. Tällöin muistisairas ihminen ehkä otetaan selvemmin huomioon yksilönä.

	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
"Asukkaan viereen voi istahtaa ja jutella niin kuin aikuinen ihminen aikuiselle, hän kokee, että hänestä välitetään ja ollaan aidosti kiinnostuneita. Haastavassa hoitotilanteessa on auttanut rauhallinen keskustelu, ystävällinen äänensävy ja asukkaan kokonaisvaltainen huomioon ottaminen. Kun puhe on epäselvää tai sekavaa voi eläytyä puheeseen ja tunteeseen."	Kunnioitus Aito kohtaaminen Aito läsnäolo Läsnäolo Luottamus Yksilöllisyyden huomioonottaminen kosketus	Muistisairaahan aito ja arvostava kohtaaminen	Yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen
"Hoitajan täytyy ensiksikin kunnioittaa asukasta ja kohdella häntä hyvin ja arvostavasti. Hyvä hoitaminen tulee toisen ihmisen huomioimisesta ja välittämisestä aidosti."	Kuuntelu Arvostus Keskustelu Turvallisuuden tunne	Vuorovaikutussuhteen luominen ja parantuminen	
"Auttaa ymmärtämään paremmin muistisairasta asukasta ja hänen mielentilaansa. Ymmärtäisi sitä tunnekaaosta missä hän elää." "Asukkaat ovat vaikeasti dementoituneita eivätkä osaa useinkaan sanallisesti ilmaista tarpeitaan joten menetelmä antamat taidot auttavat ymmärtämään dementoitunutta paremmin"	Empatiakyky Ymmärrys muistisairasta kohtaan Ymmärrys käyttäytymistä kohtaan Hyväksyminen Ymmärrys tunnekaaoksesta	Käyttäytymisen ymmärtäminen	
"TunteVa-menetelmä auttaa ymmärtämään asukkaiden tarpeita ja tunteita paremmin. Auttaa tulemaan muistisairaista ihmistä kohtaamalla hänet hyväksyvästi. Olemalla aidosti läsnä."	Tunteiden huomiointi Tarpeiden huomiointi Luova työtapa Huumori Persoonan käyttö työssä Tunteiden heijastaminen	Tunteiden ja tarpeiden huomiointi	

Taulukko 1. TunteVa- menetelmän avulla yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata TunteVa- menetelmään tutustumista ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia sen soveltuvuudesta yhden muistiyksikön hoitotyöhön. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa TunteVa-menetelmän mahdollisuuksista parantaa vuorovaikutusta muistisairaiden asukkaiden kanssa ja tätä kautta vahvistaa heidän oikeuttaan hyvään hoitoon

Tutkimuksen tuloksena voitiin muodostaa seuraavat keskeiset teemat: muistisairaahan aito ja arvostava kohtaaminen, vuorovaikutussuhteen luominen ja parantaminen, käyttäytymisen ymmärtäminen sekä tunteiden ja tarpeiden huomiointi. Yhdistäväksi, koko aineistoa kuvaavaksi teemaksi nousi yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen.

Tämän työn tulosten mukaan TunteVa- menetelmän avulla vuorovaikutussuhteet hoitajan ja asukkaan välillä koettiin entistä tärkeimmäksi. Henkilökunta koki, että muistisairaahan ihmisen arvostus, kuuntelu, keskustelu ja yksilöllisyyden huomioonottaminen ovat tärkeitä vuorovaikutussuhteessa asukkaiden kanssa. Tutkimuksen mukaan hyvä vuorovaikutussuhde hoitajan ja asukkaan välillä tuo asukkaalle turvallisuuden tunteen, jolloin haasteellinen käyttäytyminen voi lieventyä. Samankaltaisiin tuloksiin on tullut myös Nikali & Soini (2010, 27). Heidän tutkimuksessaan esiin nousi myös vuorovaikutussuhteen parantuminen sekä muistisairaahan kuuntelun ja keskustelun tärkeys.

Käyttäytymisen ymmärtäminen ja ymmärrys muistisairasta ihmistä itseään kohtaan koettiin helpommaksi TunteVa -menetelmän avulla. Hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella voidaan päätellä, että lisääntynyt ymmärrys muistisairasta ihmistä kohtaan on luonut asukkaille ja henkilökunnalle rauhallisemman sekä hyväksyvän ilmapiirin yksikköön. Muistisairaiden asukkaiden käyttäytymisen ymmärtäminen on perustana sille, että asukkaat kokevat tulevansa hyväksytyiksi ja hoitohenkilökunta on enemmän tietoinen asukkaiden kokemasta tunnekaaoksesta.

Tutkimuksessa nousi esiin, että hoitohenkilökunnan mielestä TunteVa- menetelmä soveltuu hoitotyöhön tässä yksikössä. Henkilökunta koki, että TunteVa- menetelmän avulla he ymmärtävät paremmin muistisairaana tunteita ja tarpeita sekä heillä on työkaluja, miten saada nämä muistisairaana ihmisen tunteet ja tarpeet esiin. Hoitohenkilökunta koki saavansa myös työkaluja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas ihminen. Myös Sipilä & Tauriainen (2013, 30) havaitsivat tutkimuksessaan TunteVa -menetelmän käytön lisäävän ymmärrystä muistisairaita kohtaan. Sipilän & Tauriaisen tutkimuksessa esiin nousi myös, että käytösoireet lievenivät, kun muistisairaana tunteet ja tarpeet otettiin huomioon.

TunteVa- menetelmän käytön avulla henkilökunnan toimintatavat haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kanssa olivat parantuneet ja toimintatavat olivat enemmän tunteiden ja tarpeiden huomioon ottavia. Saarion (2010, 48) tutkimuksessa todetaan myös, että henkilökunnan käyttämällä toimintatavoilla on suuri merkitys muistisairaana laitoshoidossa. Saarion tutkimuksessa ymmärtävää toimintatapaa käyttävä henkilökunnan on helpompi kohdata haasteellista käyttäytymistä oikealla, edistyneellä tavalla, kuten hän sen ilmaisee.

Opinnäytetyöni tutkimusten tulosten mukaan hoitajan kyky eläytyä, persoonan käyttö, tunteiden heijastaminen ja luova työtapo ovat avainsanoja haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden asukkaiden kanssa työskennellessä. Samankaltaisiin tuloksiin on päästy Sipilän & Tauriaisen (2013, 34) opinnäytetyössä. Saarnion (2010, 51 - 52) tutkimuksessa esiin nousi myös, että hoitajan eläytyminen ja persoonan käyttö työssä helpottaa kohtaamaan muistisairaita potilaita laitoshoidossa.

Saarnion (2010) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ikä ja työkokemus vaikuttivat toimintatapoihin sekä hoitajan kokemuksiin käytösoireiden yleisyydestä. Myös tekemässäni tutkimuksessa voidaan todeta samankaltaisia tuloksia. Tutkimukseen vastanneiden hoitajat, joiden työkokemus oli yli 20- vuotta, suhtautuivat käytösoireisiin lievemmin sekä ajattelivat omaakin käytöstään hoitotilanteissa. Hoitajat joilla oli alle 20- vuotta työkokemusta, kokivat haasteellista käyttäytymistä ilmentyvän useammin. Samankaltaisiin johtopäätöksiin päästiin

myös tässä työssä. Hoitohenkilökunnasta ne, joilla oli yli 20- vuotta työkokemusta, kokivat muistisairaiden potilaiden käytösoireet lievempinä kuin hoitajat, joilla oli vähemmän työkokemusta.

TunteVa- menetelmän tutustumisprosessi sujui mielestäni henkilökunnalle sopivalla tavalla. Prosessia vietiin eteenpäin erityisesti keskustelujen ja esimerkkien avulla. Henkilökunnan mielestä nämä keinot olivat parempia kuin niin sanottu opetustyylinen luento TunteVa- menetelmästä. Kesän 2015 aikana kävimme henkilökunnan kanssa paljon keskusteluja menetelmästä ja sen toimivuudesta. Koen, henkilökunta hyötyi erityisesti näistä keskusteluista. Kesän aikana henkilökunnan toimintatavat muuttuivat aikaisempaa paremmaksi, erityisesti prosessiin osallistujien hoitotyö ja muistisairaahan kohtaaminen kehittyivät mielestäni parempaan suuntaan. Henkilökunta sai uusia toimintatapoja työhönsä ja heidän toimintansa haasteellisissa tilanteissa parantui. Kesän aikana asukkaiden levottomuus ja aggressiivisuus hieman vähentyivät. Toivon, että yksikössä jatketaan menetelmän käyttöä ja siihen tutustumista edelleen.

Tämän prosessin aikana opin miten vaikeaa on juurruttaa uutta toimintatapaa työyhteisöön. Henkilökunnasta ei moni ollut innostunut aluksi TunteVa- menetelmään tutumisesta ja menetelmän soveltamisesta hoitotyöhön. Aluksi lähdimme projektia viemään eteenpäin viiden hoitajan kanssa, myöhemmin TunteVa- menetelmästä kiinnostui henkilökunnasta useampi. Tilasimme yksikön esimiehen kanssa TunteVa- menetelmästä kirjoja sekä esittely DVD:n Tampereen Kaupunkilähetyseltä. Tätä materiaalia käytin avuksi menetelmän soveltamisessa. Materiaalin tilaaminen oli erittäin onnistunut, henkilökunnan innostus ja kiinnostus lisääntyi paremmin sen avulla.

Opinnäytetyöstäni toivoakseni hyötyvät niin asukkaat kuin henkilökuntakin. Tutkimuksen tulosten perusteella TunteVa- menetelmä helpottaa muistisairaiden parissa työskentelyä ja TunteVa- menetelmä soveltuu myös suuriin muistiyksiköihin. TunteVa- menetelmän käytöstä hyötyvät asukkaat, heidän hoitonsa parantuu ja heidän tunteensa ja tarpeensa otetaan paremmin huomioon. Menetelmä tuo muistisairaahan vaienneen äänen esiin hoitajien kautta. TunteVa- menetelmän käytöstä hyötyvät myös muistisairaahan läheiset. He saavat uudenlaisen kosketuksen

muistisairaaseen läheiseensä. JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä hyötynee myös TunteVa- menetelmän käytöstä, toivoakseni se näkyy asukkaiden ja henkilökunnan hyvinvointia. Organisaatiolle menetelmän hyödyt näkyvät pitkällä aikavälillä. Menetelmän avulla parhaimmillaan saadaan asukkaiden levottomuus ja aggressiivisuus vähentymään, mikä näkyy henkilökunnan parempana jaksamisena työssä sekä asukkaiden tapaturmien vähentymisenä. TunteVa- menetelmän avulla voidaan saada parannettua koko yksikön hyvinvointia.

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisiä periaatteita. Tämä näkyi osallistujien valinnanvapauden kunnioittamisena ja yksityisyyden suojan toteutumisenä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tutkimuslupa haettiin JIK – Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän vanhuspalveluiden johtajalta. Hoitotyöntekijöiden mahdollisuus osallistua anonymisti tutkimukseen, tukee jokaisen osallistujan yksityisyyden suojaa. Tutkimustulokset esitettiin niin, ettei kenenkään yksittäisiä kokemuksia tai tunnistetietoja tuoda ilmi. Prosessin aikana ei kerätty osallistujien nimiä tai muita tietoja, sillä tutkimuksen kannalta ne ovat merkityksettömiä.

Tästä opinnäytetyöstä jatkotutkimuksena voisi kokemuksia TunteVa –menetelmän käytöstä kerätä muistisairaiden asukkaiden ja heidän läheistensä näkökulmasta. Haasteena on, miten saada muistisairaiden kokemukset näkyviin, kun sanoja ei enää ole. Tämä onkin jo hiukan suurempi haaste.

LÄHTEET

- Alhainen, K., Viramo, P., Sulkava, R. 2009. Vaikean dementia hoito. Lundbeck.
- Eloniemi-Sulkava, U., Erkinjuntti, T. yms. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Toim: Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T., Forder, M. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2014.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää: muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 3.Uud. P. Porvoo: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J., Soininen, H. 2015 Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytöntä. Helsinki: Yliopistopainos.
- Jyväskylän yliopisto. 2013. Laadullinen tutkimus. [Verkkosivu]. [Viitattu 19.10.2015]
 Saatavana:
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Heikkinen, H., Rovio, E. ja Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Kansanvalistuseura.
- JIK-Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Asumispalvelut. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.10.2015].
 Saatavana:
https://www.jikky.fi/potilaat_asiakkaat_ja_laheiset/ikaantyneille/asumispalvelut/asumispalveluyksikoiden_yhteystiedot/jalasjarvi
- Kuikka, P., Pulliainen, V., Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Köykkä, M. 2015. Asumispalveluiden osastonhoitaja. JIK-Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Haastattelu 1.10.2015.
- Nikali, M. & Soinio, T. 2010. Hoitajien kokemuksia TunteVa- menetelmästä vanhustyön keskus himminkodissa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Terveysalan yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Kämäräinen, L. 2008. TunteVasta tukea omaishoitajille. TunteVa- projektin toimitanraportti. Tampere, Tampereen kaupunkilähetys.
- Pohjavirta, H. Onko tänään eilen, TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampereen kaupunkilähetys ry. Tammerprint Oy, Tampere, 2012.

Saarino, R., Mustonen, U., Isola, A. 2010. Teoksessa: Hoitotiede 1/2011. Dementoituvan vanhuksen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat.

Sipilä, K. & Tauriainen, M. 2013. TunteVa- menetelmä muistisairaana terveyden edistämiseksi Oulun diakonissalaitoksen Vesper- kodissa. Diakonia ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoidaja (AMK) + diakonissa. Opinnäytetyö. Julkaisematon.

Sipola, S. 2007. Validaatiosta TunteVaksi. Artikkelit: Vanhustyö 2007:6.

Viramo, P., Sulkava, R. 2010 Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J., Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake TunteVa-menetelmän soveltuvuudesta

Kokemukset TunteVa-toimintamallin soveltuvuudesta

TunteVa toimintamalli on suomalainen vuorovaikutusmenetelmä, joka tukee muistisairaiden hoitoa vahvistamalla heidän identiteettiään ja omanarvontuntoaan. Hänet otetaan huomioon yksilönä, persoonallisuutena ja yhteisön jäsenenä.

Dementiakoti Toiskassa on nyt kesän tutustuttu ja sovellettu TunteVa-menetelmää muistisairaiden hoitotyössä. Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin. Kokemuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä.

Työkokemukseni muistisairaiden hoidossa _____ vuotta

Ympyröi oikea vaihtoehto

Olen osallistunut TunteVa-menetelmän soveltamiseen _____
ei _____ kyllä

Minulla on aiempaa erityiskoulutusta muistisairauksista _____
ei _____ kyllä

Soveltuuko TunteVa-menetelmä hoitotyöhön Toiskassa _____
ei _____ kyllä

Perustelu _____

Haluaisitko käyttää TunteVa-menetelmää omassa työssäsi?

kyllä

ei

Ole hyvä ja perustele vastauksesi:

Olisiko TunteVa-menetelmästä hyötyä omassa työssäsi?

kyllä

ei

Miten, miksi?

Helpottaisiko TunteVa-menetelmän käyttö työtäsi muistisairaiden kanssa?

kyllä

ei

Kerrotko miten ja miksi?

Koetko TunteVan parantavan aitoa kohtaamista asukkaan ja hoitajan välillä?

kyllä

ei

Miten ja miksi? Voit kertoa arjen esimerkin kautta.

Oletko havainnoinut asukkailla uusia luonteenpiirteitä, jotka kuuluvat hänen persoonaansa?

kyllä

ei

Kerrotko esimerkkejä?

Toivoisitko lisää koulutusta TunteVAsta?

kyllä

ei

Mitä vielä haluaisit sanoa?

Kiitos!

Liite 2. Tutkimuslupa

Viranomaisen	Päätös		
JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä		Päivämäärä	
Hyvinvointipalvelut		3.8.2015	
Vt. johtava ylilääkäri		Pykälä	Diaari nro
		17/2015	HAI:-106 12015

Päätösvalta asiassa perustuu JIK ky:n hallintosäännön 4 S:ään.

Päätös Tutkimuslupa myönnetään seuraavin edellytyksin:

Viranomaisen - Tutkimuksen aineistoa käsitellään siten, että vastaajien allekirjoitus anonymiteetti säilyy.

- Sähköinen kopio valmiista työstä toimitetaan pdf-muodossa osoitteeseen kirjaamo@jikky.fi.


Elina Iina Majapuro Majapuro

Vt. johtava ylilääkäri

(06) 419 1555, elina.majapuro@jikky.fi

Muutoksenhaku Oikaisuvaatimusviranomaisen. JIK-
peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä

Osoite: Johtokunta

Kärkytie 1

61300 Kurikka

Oikaisuvaatimusaika: 14 päivää

Oikaisuvaatimusviranomaisen viraston aukioloaika:

ark. 9.00 -

15.00

Muutosta tähän päätökseen voidaan hakea kirjallisella oikaisuvaatimuksella, joka osoitetaan oikaisuvaatimusviranomaiselle. Oikaisuvaatimus on hakijan itsensä tai hänen valtuuttamansa asiamiehen annettava tai lähetin välityksellä tai postitse toimitettava 14 päivän kuluessa nähtävilläolopäivästä taikka tiedoksisaantipäivästä virkaaikana L JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kirjaamoon (Kärkytie 1 , 61300 Kurikka).

Tiedoksianto asian-) Lähetetty tiedoksi kirjeellä (Kuntalaki 95 § osaiselle)

Lähetetty tiedoksi sähköisesti (Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa 19 S)

() Annettu postin kuljetettavaksi () Luovutettu asianosaiselle

Vastaanottajan allekirjoitus

Tiedoksi: Marika Mäkisalo, ikääntyneiden palvelujohtaja Tarja Palomäki,
osastonhoitaja Maria Köykkä, kuntayhtymän johtaja Hannele Koivisto

Paikka ja aika

Ilmajoki 3.8.2015

Tiedoksiantaja

Heljä Kurunmäki

Heljä Kurunmäki vs. toimistosihteeri

Päätös ollut nähtävillä 10.8.2015

Todistaa: