

Jenni Kasurinen ja Miina Mutka

Hoitajien kokemuksia TunteVa®- menetelmän käytöstä muistisairaiden hoitotyössä

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Toukokuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

| | | |
|---|---------------------------|---|
|  <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p> | | Opinnäytetyön päivämäärä 21.05.2013 |
| Tekijä(t) Jenni Kasurinen Miina Mutka | | Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyönkoulutusohjelma |
| Nimeke Hoitajien kokemuksia TunteVa®- menetelmän käytöstä muistisairaiden hoitotyössä | | |
| Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ryttylässä sijaitsevan Dementiakoti Lasihelmen henkilökunnan kokemuksia TunteVa®-menetelmän käytöstä muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Opinnäytetyön avulla pyrimme lisäämään tietoa, siitä mitä TunteVa®- menetelmä on. TunteVa®- menetelmä on Naomi Feilin kehittämästä validaatiosta muokattu suomalainen toimintamalli. TunteVa®- menetelmä on tunteita kuuntelevaa ja arvostavaa toimintaa. TunteVa®- menetelmässä myötäeletään muistisairaana tunteiden tasolla ja ymmärretään hänen tunteitaan sekä otetaan ne todesta. TunteVa®-menetelmän tarkoituksena on auttaa muistisairasta käsittelemään menneitä keskeneräisiä tunneasioita, lievittää ahdistusta ja vahvistaa hänen omaa identiteettiään, joka sairauden edetessä alkaa kadota. Jokaisella muistisairaalla, niin kuin kaikilla ihmisillä on tarve ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan, mutta muistisairaalla tähän ei välttämättä ole keinoja. TunteVa®- menetelmällä pyritään mahdollistamaan muistisairaana tunteiden ja tarpeiden ilmaiseminen sekä yritetään selvittää, mitä tunteita ja tarpeita hän ilmaisee. Dementiakoti Lasihelmessä tehdyn tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että TunteVa®-menetelmästä on hyötyä muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Erityisesti hyötyä koettiin olleen keskustelutilanteissa, päivittäisessä hoitotyössä ja asiakkaan ohjaamistilanteissa. | | |
| Asiasanat (avainsanat) etenevät muistisairaudet, validaatio, vuorovaikutus | | |
| Sivumäärä 40s+ liite | Kieli suomi | URN |
| Huomautus (huomautukset liitteistä) | | |
| Ohjaavan opettajan nimi Paula Iire | | Opinnäytetyön yhteistyötaho Dementiakoti Lasihelmi, Ryttylä |

DESCRIPTION

| | | |
|--|---|--|
|  <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p> | | Date of the bachelor's thesis 21.05.2013 |
| Author(s) Jenni Kasurinen Miina Mutka | Degree programme and option Degree programme in nursing | |
| Name of the bachelor's thesis Experiences from nurses utilizing the TunteVa® method in treatment of demented patients | | |
| Abstract The goal of this thesis was to elaborate upon the experiences of Dementiakoti Lasihelmi, located in Ryttylä, on the of TunteVa® method in treating elderly people suffering from memory-related illnesses. This thesis is aimed at increasing awareness on what the TunteVa® method is about. Tunteva® method is an operations model customized to Finnish circumstances, adapted from a validation by Naomi Feil. TunteVa® method is a course of action pays heed to emotions and appreciates them. In TunteVa® method the patients are treated empathetically to help them handle past unfinished emotional issues, alleviate anxiety and strengthen their fading identity. Everyone, including patients suffering from memory-related illnesses, have a need to express their feelings and needs, but a patient may not have the means to do so. In TunteVa®-method, we try to enable the patients to express their feelings and needs and try to find out which ones (s)he is expressing. Based on a study performed at Dementiakoti Lasihelmi we can state that TunteVa® method is beneficial in treatment of demented elderly patients. It was experienced to be especially effective in conversations, day-to-day treatment and directing the patient. | | |
| Subject headings, (keywords) progressing memory disorders, validation, interaction | | |
| Pages 40 + attachment | Language Finnish | URN |
| Remarks, notes on appendices | | |
| Tutor Paula Iire | Bachelor's thesis assigned by Dementiakoti Lasihelmi | |

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1. JOHDANTO | 1 |
| 2. ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA DEMENTIA | 2 |
| 2.1. Alzheimerin tauti, oireet ja riskitekijät | 2 |
| 2.2. Vaskulaarinen dementia, oireet ja riskitekijät..... | 4 |
| 2.3. Lewyn kappale -tauti, oireet ja riskitekijät | 5 |
| 2.4. Frontotemporaalinen dementia, oireet ja riskitekijät | 6 |
| 2.5. Muistisairaus ja vuorovaikutus | 7 |
| 2.6. Muistisairaahan käytösoireet, niiden vaikutus muistisairaaseen ja käytösoireiden hoito | 8 |
| 3. VALIDAATIO | 12 |
| 3.1. Validaatiokoulutus | 12 |
| 3.2. Validaation lähtökohdat | 13 |
| 3.3. Disorientaation määritelmä..... | 13 |
| 3.3.1. Ensimmäinen vaihe | 14 |
| 3.3.2. Toinen vaihe..... | 14 |
| 3.3.3. Kolmas vaihe | 14 |
| 3.3.4. Neljäs vaihe..... | 15 |
| 3.4. TunteVa®-menetelmä | 15 |
| 3.4.1. TunteVa®- menetelmän tarkoitus ja tavoitteet..... | 16 |
| 3.4.2. Yhteisöhoidon periaatteet | 16 |
| 3.4.3. TunteVa®- menetelmän käyttö..... | 17 |
| 3.5. TunteVa®- hoitajakoulutus | 18 |
| 4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 19 |
| 4.1. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet..... | 19 |
| 4.2. Tutkimusmenetelmä..... | 20 |
| 4.3. Kyselylomakkeen laadinta..... | 21 |
| 4.4. Kyselylomakkeen esitestaus | 23 |
| 4.5. Aineiston käsittely | 23 |
| 5. TULOKSET | 24 |
| 5.1. Vastanneiden taustatietoja | 24 |

| | |
|--|----|
| 5.2. TunteVa®-menetelmän vaikutukset | 25 |
| 5.3. TunteVa®-menetelmän hyödyt | 28 |
| 5.4. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa®-menetelmän hyödyistä ja käytöstä | 30 |
| 5.1. TunteVa®-menetelmästä hoitajien ajatuksia | 31 |
| 6. PÄÄTÄNTÖ | 31 |
| 6.1. Pohdinta | 31 |
| 6.2. Opinnäytetyöprosessi | 33 |
| 6.3. Tutkimuksen luotettavuus | 35 |
| 6.4. Tutkimuksen eettisyys | 36 |
| 6.5. Jatkotutkimus ehdotukset | 37 |
| LÄHTEET | 38 |

LIITE

Liite 1: Kyselylomake

1. JOHDANTO

Etenevä muistisairaus on kansantauti. Sydän- ja verisuonitautien määrän lisääntyessä lisääntyy myös muistisairauksien määrä. Etenevä muistisairaus on aivoperäinen tauti, johon ei ole parantavaa hoitoa. Dementia itsessään ei ole sairaus vaan oireyhtymä, johon kuuluu muistin heikkenemisen lisäksi älyllisten toimintojen heikkenemistä. Yleisempiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale -tauti. Suomessa oli vuonna 2004 35 000 lievistä ja 85 000 vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavaa ihmistä. (Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010.) Suomessa vuoden 2009 lopussa tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli 10 180 muistisairasta sairastavaa asukasta, heistä noin 9 000 oli yli 75-vuotias. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Validaatio on clevelandilaisen Naomi Feilin vuosina 1963–1980 kehittämä hoitomenetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon (Naomi 1993,12). Siinä oletetaan, että muistihäiriöisen harhat ovat hänelle itselleen todellisuutta eikä niitä voi kiistämällä tai totuuden kertomalla poistaa (Warner 2000, 25–28).

TunteVa®- menetelmä on validaatiosta muokattu suomalainen toimintamalli, jolla tuetaan muistisairaahan vuorovaikutusta. Se on tunteita kuuntelevaa ja arvostavaa toimintaa. TunteVa®- menetelmässä myötäeletään muistisairaahan tunteiden tasolla ja ymmärretään hänen tunteitaan sekä otetaan ne todesta. Ottamalla muistisairas huomioon yksilönä, joka on edelleen tärkeä ja hyväksyty, vahvistetaan hänen identiteettiä ja omanarvontuntoa. (Pohjavirta 2012, 22.)

Opinnäytetyössä on tutkittu Dementiakotia Lasihelmen henkilökunnan kokemuksia TunteVa®-menetelmän käytössä muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Tutkimus on toteutettu huhtikuussa 2013 informoituna kyselynä Dementiakoti Lasihelmen henkilökunnalle. Dementiakoti Lasihelmessä on henkilökuntaa yhteensä 15.

2. ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA DEMENTIA

Tässä luvussa kerromme neljästä yleisemmästä etenevistä muistisairauksista. Koemme, että pääpiirteittäin niistä kertominen on lukijalle hyödyksi, koska tieto erilaisista muistisairauksista auttaa ymmärtämään paremmin TunteVa® -menetelmän tavoitteita. Ymmärtämällä, että eri muistisairaudet aiheuttavat erilaisia muutoksia ihmiseen, ymmärtää myös paremmin validaation merkityksen ja sen, miten sillä voi eteneviä muistisairauksia hoitaa. Validaation ja TunteVa® -menetelmän välillä tulee huomata, että validaatio on rajattu vain hyvin iäkkäiden muistisairaiden hoitoon, kun TunteVa® -menetelmää kannattaa ainakin kokeilla ihan keneen tahansa muistisairaaseen (Naomi 1993, 33; Pohjavirta 2013).

Siihen miten muistisairaus ihmiseen vaikuttaa ja mitä oireita se aiheuttaa, vaikuttaa sairauden syntymekanismi. Taudinkuva määräytyy sen mukaan, missä osaa aivoja vaurio sijaitsee. Eteneviä muistisairauksia keskeinen muutos on häiriö hermosoluissa tai niiden välisissä yhteyksissä. Häiriö hermosoluissa voi olla rakenteellinen, hermosolujen kato tai hermovälittäjäaineen puutos. (Erkinjuntti ym. 2001, 323.)

Muistin ja kognitiivisten kykyjen heikkeneminen voi johtua useista eri sairauksista tai olla toiminnallinen tila, joka voidaan hoitaa ja saada siten oireet häviämään. Rappeuttavista aivosairauksista tulisi käyttää nimikettä etenevät muistisairaudet. Etenevät muistisairaudet aiheuttavat yleensä dementiaa. Dementia ei siis ole sairaus vaan oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi, myös heikentymistä kognitiivisella alueella. Se on siis älyllisten toimintojen heikentymistä. Oireena voi olla muistin heikentyminen, uuden oppimisen vaikeus, afasia eli kielellinen häiriö, agnosia eli hahmottamisen häiriö ja apraksia eli kätevyuden häiriö. Oireet kehittyvät pikkuhiljaa ja sairastunut yrittää peitellä niitä. Muistisairaudesta ja sen vaikeusasteesta riippuen kaikki muistisairaajat eivät täytä dementian kriteerejä joten heitä myöskään tule leimata dementikoiksi. (Erkinjuntti 2010, 86–87; Sulkava 2010, 120–121.)

2.1. Alzheimerin tauti, oireet ja riskitekijät

Etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin. Lisäksi on myös Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen aivosairauden tai lewyn kappale -taudin sekamuotoja. Alzheimerin tauti alkaa hitaasti ja etenee tasaisesti. Alzheimerin taudin syytä tai synty

mekanismia ei tarkkaan tunneta, mutta ainakin perinnöllisessä muodossa arvellaan liukenemattoman beeta -amyloidivalkuaisaineen kertyvän aivoihin selektiivisen eli valikoivan neuronituhon seurauksena. Lisäksi asetyylikoliini välittäjäaineen puutoksen aiheuttamia muutoksia näkyy aivojen kuorikerroksessa. Neuronituhon aiheuttamaa aivojen atrofiaa eli surkastumista nähdään tietokonetomografialla tai magneettikuvauksella aivojen ohimo- ja päälakilohkojen alueilla. (Sulkava 2010, 123–125; Sulkava ym. 2006, 6.)

Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on lievä muistihäiriö. Potilaan on vaikea painaa asioita mieleensä ja palauttaa ne muistista myöhemmin. Lähimuisti siis heikkenee, mutta vanhat asiat potilas saattaa muistaa pitkään taudin edetessään. Ajantaju ja myöhemmin paikantaju häviävät. Vähitellen sanat alkavat kadota ja potilas käyttää kiertoilmaisuja tai niin kutsuttuja tyhjiä sanoja ja pronomineja. Sairauden alkuvaiheessa potilas on taidokas peittämään oireet. Hän keksii selityksiä, miksi unohti sovitut tapaamiset tai miksi hän ei enää haluakaan liikkua kodin ulkopuolella. Sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät kuitenkin pitkään ja siksi ulkopuolisen on pelkän keskustelun perusteella vaikea huomata mitään. Taudin edetessä motoriset taidot vaikeutuvat ja esimerkiksi kahvinkeitäminen tai pukeutuminen tuottaa vaikeuksia. Alzheimerin taudin oireena on myös tahatonta laihtumista. Syy on epäselvä, mutta ainakin syömisestä unohtaminen on yksi syy. Taudin alusta 4-6 vuoden kuluttua alkaa ekstrapyramidaalisia oireita eli hermostoperäisiä tahattomia liikkeitä. Potilas jäykistyy, kävely muuttuu töpöttäväksi ja ryhti menee etukumaraan sekä kasvoista tulee ilmeettömät. (Sulkava 2010, 123–124.)

Alzheimerin taudin vaaratekijöitä ovat korkea ikä, geenivirheet, suvussa esiintynyt dementia, korkea verenpaine ja kokonaiskolesteroli ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt sekä Downin syndrooma. Apolipoproteiini 4-alleenin kantajilla on kaksikolminkertainen riski sairastua Alzheimerin tautiin. Erityisesti ApoE ε4-alleeni ja aivovamma voi laukaista Alzheimerin taudin prosessin. (Sulkava 2010, 125.) Elintavoilla voi taas osittain ehkäistä taudin syntyä. Aktiivisilla elintavoilla on todettu olevan suojaava vaikutus. Kouluttautumalla, harrastamalla liikuntaa ja aivoja rasittamalla esimerkiksi ristisanatehtäviä tekemällä on merkitystä Alzheimerin taudin synnyssä. Myös ruokavaliolla on merkitystä. Kohtuullisesti alkoholia nauttivilla ja runsaasti tyydyttymättömiä rasvahappoja ja antioksidantteja, kuten kalaa ja kasviksia syöville on pienempi riski sairastua Alzheimerin tautiin. (Soininen & Kivipelto 2010, 450–452.)

Kuitenkaan muilla tyydyttymättömillä rasvahapoilla kuin omega-3 ei ole näyttöä Alzheimerin taudin ehkäisyssä. On saatu viitteitä, että Omegas-3:n suojaava vaikutus perustuu sen kykyyn vähentää beeta -amyloidien pitoisuutta veressä, jolloin amyloidiplakkien muodostus vähenee. (Tutkimus: Omega-3-rasvat ehkäisevät dementiaa amyloideja vähentämällä 2012.)

2.2. Vaskulaarinen dementia, oireet ja riskitekijät

Vaskulaarinen dementia on aivoverenkiertohäiriön aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä. Se on toiseksi yleisin dementiaan johtavista tiloista. Aiemmin taudin syyksi on epäilty useita suuria aivoinfarkteja, mutta nykyään on osoitettu, että se on joukko oireyhtymiä, ei erillisiä sairauksia. Taudissa on useita eri alatyyppejä vaurioiden sijainnin ja niiden syntymekanismien perusteella. Päätyyppejä on kaksi: subkortikaalinen eli aivokuorenlainen muoto ja kortikaalinen muoto. Subkortikaalisessa muodossa aivojen syvien osien pienet valtimot ahtautuvat ja aiheuttavat vaurioita aivojen syviin osiin. Aivomuutoksia on laaja-alainen valkean aineen iskeeminen vauriot sekä lakunaariset infarktit. Kortikaalisessa muodossa tukoksia muodostuu aivojen päävaltimoiden haaroihin, joista seurauksena on aivoinfarkteja pääosin aivokuorelle. Kortikaalista muotoa kutsutaankin moni- infarktidententiaksi. Dementiaa voi aiheuttaa myös yksittäinen aivoinfarkti, verisuonisairaudet valtimoissa ja laskimoissa ja perinnölliset taudit. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142–145.)

Vaskulaarisen dementian oire on tiedonkäsittelyn häiriö. Tämä on yleensä muistioiretta selvempi oire. Asioiden suunnitteleminen ja suorittaminen vaikeutuvat, organisointikyky heikkenee ja kokonaisuuksien jäsentäminen tuottavat vaikeuksia. Oireet kuitenkin vaihtelevat sen mukaan missä kohdissa aivoja vaurio on. Vaskulaarisessa dementiassa tapahtumamuisti heikkenee vain hieman ja säilyy parempana kuin Alzheimerin taudissa. Oireet etenevät yleensä portaittain. välillä voi olla hyviä jaksoja ja vointi voi jopa kohentua ja sitten taas tulee äkillisiä laskuja ja sekavuustiloja. Muita tyypillisiä oireita ovat töpöttävä ja leveäraiteinen kävely, unihäiriöt, sekavuustilat erityisesti yöllä, masennus ja ahdistus sekä näköhäiriöt. (Erkinjuntti ym.109, 110–111; Sulkava 2010, 126–127.)

Vaskulaarisen dementian riskitekijät ovat samoja kuin muissakin aivoverisuonisairauksissa, joten hypertensio, korkea kolesteroli ja sydänsairaudet, kuten eteisvärinä,

kannattaa hoitaa huolella. Myös ylipaino, tupakointi, liiallinen alkoholinkäyttö ja liikunnan puute altistavat aivoverenkiertohäiriölle. Jo pelkästään terveellisellä ravinnolla voi vaikuttaa ylipainoon ja sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn ja sitä kautta ehkäistä myös aivoverenkierosairauksia. (Erkinjuntti ym. 2006, 111–112.) Suomalaisen ravintosuosituksen mukaan vuorokauden kokonaisenergian saannista 50–60 % tulisi olla hiilihydraateista, ravintokuituja 25–30g, proteiinien suositeltava osuus on 10–20 %. Ruokasuolan määrää tulisi vähitellen vähentää 5g päivässä. Rasvan määrä suosituksen mukaan on 25–35 %, josta kertatydyttymättömiä 10–15 % ja monitydyttymättömiä 5–10 %. Kovaa rasvaa eli tyydyttynyttä rasvaa ja transrasvaa saisi olla enintään 10 %. B-ryhmän vitamiineista folaatin saantisuositus on 300µg ja B12:n 2.0µg. Suosituksen mukaan alkoholin enimmäismäärät ovat naisilla yksi annos ja miehillä kaksi annosta vuorokaudessa. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.)

2.3. Lewyn kappale -tauti, oireet ja riskitekijät

Lewyn kappale -tauti on rappeuttava muistisairaus, joka tavallisesti alkaa 50–80 vuoden iässä. Se on kolmanneksi yleisin dementian aiheuttaja. Tauti alkaa vähitellen ja kestää noin 2–12 vuotta. Lewyn kappale -tauti on saanut nimensä taudin synnyn, lewyn kappaleiden mukaan. Lewyn kappaleita esiintyy myös Parkinsonin taudissa, mutta eri osassa aivoja kuin lewyn kappale taudissa. Lewyn kappale -taudissa näitä kappaleita on havaittu aivojen kuorikerroksen alueella, tyypillisesti otsa-, ohimo- ja pääläenlohkojen alueella. (Rinne 2006, 163, Erkinjuntti ym. 2006, 118.)

Lewyn kappale -tauti muistuttaa oireiltaan Parkinsonin tautia. Tyypillisiä oireita ovat lihasjäykkyys, kävelyvaikeudet ja hypokinesia eli epänormaalin hitaat tai heikot lihasliikkeet. (Erkinjuntti ym. 2006, 118.) Sairauden alkuvaiheessa muisti ei ole merkittävästi heikentynyt vaan tyypillisimmät oireet ovat tarkkaavuuden, vireystilan ja kognitiivisten toimintojen, kuten hahmotus ja kätevyyden häiriöiden vaihtelut. Sairauden edetessä muisti alkaa vähitellen heikentyä, mutta muistin heikentymisen taustalla voi olla myös samanaikainen Alzheimerin tauti. Psykoottisista oireista näköharhat ja harhaluulot ovat yleisiä. Näköharhat voivat olla hyvinkin tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Harhaluuloja voi ilmetä jo sairauden alkuvaiheessa. (Rinne 2010, 159–160.) Lewyn kappale -taudin ehkäisevää hoitomuotoa tai riskitekijöitä ei vielä tunneta. Samoin kuten ei muissakaan etenevissä muistisairauksissa, Lewyn kappale -taudissa ei ole parantavaa hoitoa. (Atula 2012.)

2.4. Frontotemporaalinen dementia, oireet ja riskitekijät

Frontotemporaalinen dementia on yksi frontotemporaalisten generaatioiden eli otsa-ohimolohkorappeuman oireyhtymistä. Siinä aivojen otsalohkoissa ja ohimolohkojen etuosissa on atrofiaa, joka heikentää otsalohkojen toimintaa. Frontotemporaalinen dementia alkaa yleensä 45–65 ikävuoden välillä. Arviolta muistisairauksissa otsa-ohimolohkorappeuman osuus on 10 % työikäisistä ja alle 5 % kaikista tapauksista. Otsa -ohimolohkorapeutumista noin puolet on frontotemporaalista dementiaa. Sairaudesta on tyypillistä hiipivä alku ja vähittäinen eteneminen. Ensioireet ovat käytöksen ja persoonallisuuden muutokset ja vasta myöhemmin sairauden edetessä tulee muistiongelmia. (Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010.)

Frontotemporaalisessa dementiauksessa käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksia voivat olla estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyyttömyys ja huolettomuus sekä käyttäytyminen ja puhe saattaa olla seksuaalisävytteinen. Frontotemporaalisessa dementiauksessa voi myös olla aloitekyvyyttömyyttä ja apaattisuutta. Asioita saattaa jäädä hoitamatta ja ilman ulkopuolista ärsykettä potilas voi vain istua paikallaan tekemättä yhtään mitään. Toisaalta ärsykkeiden ääressä potilas on kuitenkin hyvin herkkä niille. Esimerkiksi pöydällä oleva lasi tyhjenetään heti, vaikka se ollut oma tai hyllyllä olevat silmälasit laitetaan päähän, vaikka omat lasit ovat jo päässä. (Rinne 2006, 170–171.)

Käyttäytymisen muutoksien lisäksi muutoksia on myös kielellisissä toiminnoissa. Puheen tuotto on niukkaa ja potilas voi toistaa samaa sanaa tai tavua. Puhe muuttuu konkreettiseksi ja stereotyyppiseksi, jolloin potilas toistaa tiettyjä sanoja, fraaseja ja puheenaiheita. Päätty-, suunnittelu- ja keskittymiskyky heikkenevät. Sairaudentunto häviää jo varhaisessa vaiheessa, mutta muistinheikkeneminen ja ekstrapyramidaalioireet, kuten kävelyvaikeudet, hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys tulevat vasta myöhemmässä vaiheessa. (Rinne 2006, 170–171.)

Frontotemporaalisen dementian sairastavuudessa ei ole havaittu sukupuolen välisiä eroja. Taudin tarkkoja syitä ei tiedetä, mutta yksi altistava tekijä on sukurasite. Arviolta noin 25–40 % tapauksista on perinnöllisiä. Kromosomissa 17 sijaitsee Tau-geeni, jonka mutaatioiden on havaittu olevan yhteydessä frontotemporaaliseen dementiaan.

Myös geenivirhe kromosomi 9:ssä on joissain suvuissa yhdistetty frontotemporaaliseen dementiaan. (Rinne 2006, 175.)

2.5. Muistisairaus ja vuorovaikutus

Onnistuneessa hoitosuhteessa vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on avain asemassa. Onnistunut vuorovaikutus on verbaalista ja nonverbaalista viestimistä, joihin vaikuttavat hoitajan sekä potilaan tunteet, ajatukset ja toiminnot. Potilaskontaktissa hoitaja vastaa potilaan tunteisiin ja tarpeisiin, potilas tulee kuulluksi. Verbaalinen viestiminen on sitä, mitä sanotaan, kun taas nonverbaalinen on sitä, miten sanotaan. Näiden kahden asian on oltava sopusoinnussa keskenään, jotta vuorovaikutus onnistuu ja potilaan ja hoitajan välille syntyy luottamus. (Mattila 2001, 16, 19–20.)

Aivojen vaurioituneesta kohdasta riippuen muistisairaus vaikuttaa potilaan vuorovaikutustaitoihin. Kognitiivisten taitojen heikentyessä vuorovaikutus vaikeutuu. Kadoksissa olevat sanat, vaikeus ymmärtää kuultua puhetta, jargon eli merkityksetön puhe ja kehonkielen muutokset tuovat haasteita vuorovaikutustilanteisiin. Verbaalinen ja nonverbaalinen viestiminen ei enää niin helposti kuljekaakaan käsi kädessä, vaan sanaton viestintä korostuu. Muistisairas on hyvin herkkä aistimaan tunneviestejä, vastapuolen ei-sanallista viestintää. Sairauden aiheuttama kasvojen ilmeettömyys ja alentunut huomio- ja tarkkaavaisuuskyky vaikeuttavat kommunikointia. (Pihlainen 2001, 12, 14.)

Muistisairaahan kohtaamisessa on tärkeää kohdata hänet aikuisena, yksilöllisenä persoonana. Tieto muistisairaudesta ja sen vaikutuksesta kanssakäymiseen auttavat vuorovaikutustilanteessa. Myös muistisairaahan elämänhistorian ja häntä kiinnostavien asioiden tunteminen helpottavat vuorovaikutusta. Vuorovaikutustilanteessa ei tule keskittyä nykyhetkeen ja tosiasioihin vaan mennä tunteiden ja tunnelman tasolle. Hoitajalta vaaditaan tunneälyä, että hän voi luoda mukavan ilmapiirin, jossa muistisairas kokee turvallisuutta. (Kan & Pohjola 2012, 200–201.)

Muistisairauden edetessä ihmisen käyttäytyminen muuttuu. Hän ei enää toimi opittujen normien mukaisesti vaan itselleen ominaisella tavalla. Sairauden edetessä ihmisen persoonallisuus saattaa muuttua. Estottomuus on yksi muutoksista, joita saattaa tulla. Se voi ilmetä esimerkiksi seksuaalisesti sävyteisenä tai muuten epäsopevana puheena

tai itsensä paljasteluna. Muita muutoksia ovat saituus, epäluuloisuus, pelokkuus ja tavaroiden suuhun laittaminen sekä ruuan ahmiminen. (Kan & Pohjola 2012, 201; Vataja, 2013.)

2.6. Muistisairaahan käytösoireet, niiden vaikutus muistisairaaseen ja käytösoireiden hoito

Käytösoireet ovat hyvin yleinen ongelma etenevissä muistisairauksissa. Niitä esiintyy 90 % jossain sairauden vaiheessa. Käytösoireiden ilmaantuvuuden ajankohta vaihtelee eri sairauksien välillä. Tästä syystä käytösoireita ei aina osatakaan yhdistää muistisairauteen, jos muisti ei ole vielä merkittävästi heikentynyt. Esimerkiksi frontotemporaalissa dementiaassa käytösoireita ilmaantuu yleensä jo taudin alkuvaiheessa, kun taas Alzheimerin taudissa käytösoireet tulevat esille vasta sairauden edetessä. Käytösoireita on hoidettava välittömästi niiden ilmaannuttua, koska ne heikentävät potilaan elämän laatua ja nopeuttavat potilaan laitoshoidon joutumista. (Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010.)

Yleensä ongelmat kotona sekä laitoshoidossa eivät johdu muistin heikkenemisestä, uuden oppimisen vaikeudesta tai muista tiedonkäsittelyn vaikeuksista vaan nimenomaan käytösoireista. Käytösoireet kuluttavat paljon omaisen voimavaroja ja siten edesauttavat omaisen loppuun palamista, jolloin muistisairas helpommin joutuu laitoshoidon. Laitoshoidolla on taas taloudellinen merkitys muistisairaiden hoidossa. Muistisairaaseen itseensä kohdistuvia vaikutuksia käytösoireet aiheuttavat uusien sairauksien kautta, kuten loukkaantumisten ja oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden aiheuttamista haitoista. (Vataja 2010, 91–92.)

Käytösoireet siis vaikuttavat muistisairaahan omaan hyvinvointiin, mutta myös hoidossa olevien toisten hyvinvointiin sekä hoitajien työhyvinvointiin. Käytösoireista puhuttaessa tulisi käsitellä mieltä, koska käytösoireille ei ole vielä olemassa yleisesti hyväksytyjä kriteerejä, joten oireet perustuvat enimmäkseen omaisten ja hoitajien tunteeseen. Sanalla käytösoire helposti leimaa muistisairaahan ongelmalliseksi. Käsite haasteellinen käyttäytyminen haastaa hoitajat miettimään toimintaansa kohdatessaan muistisairaahan. Hoitoympäristöllä, ilmapiirillä ja miten muistisairas kohdataan, pystytään jo vaikuttamaan käytösongelmiin. Hoitajan epäarvostava muistisairasta ymmärtämätön suhtautuminen aiheuttaa herkästi käytösoireita. Vaikka virikkeellisyys vähen-

tää käytösoireita, se myös liiallisuuksina altistaa niille. Myös liian meluisa ympäristö tai jatkuvasti vaihtuva henkilökunta ovat riskitekijöitä käytösoireille. (Isola ym. 2005, 146–147; Sulkava ym. 2006, 14.)

Käytösoireet, kuten sekavuus, levottomuus tai aggressiivisuus saattaa olla syy, että asukkaan liikkumista joudutaan rajoittamaan. Tämä ei kuitenkaan ole yksiselitteistä ja helppoa hoitohenkilökunnalle, jotka joutuvat asiaa pohtimaan eettisyyden kannalta. Liikkumista joudutaan rajoittamaan, jos asukas aiheuttaa käytöksellään vahinkoa itselleen tai häiriötä ympäristölle. Asukkaiden fyysisten rajoitteiden käyttö voi myös olla rutiininomaista. Työyksikössä saattaa olla tapana tuoda asukkaat aamutoimien jälkeen yhteisiin tiloihin ja sitoa heidät tuoliin kiinni. (Saarnio & Isola 2008, 269; Mähönen 2001, 20.) Fyysisten rajoitteiden käyttöön täytyisi kuitenkin olla aina laissa määrätty peruste (Niinistö 2000). Dementiaa sairastavan potilaan sitomista ei ole määritelty missään laissa, joten silloin täytyy miettiä toteuttaako sitominen hyvän hoidon perusteet, eli pyritään hyvään ja vältetään pahaa. Dementiapotilaan sitomista voidaan perustella mielenterveys lain 22e § kohdalla, joka oikeuttaa potilaan sitomaan, jos hän on vaaraksi itselleen, toisille potilaille tai henkilökunnalle. Sitomiseen kuitenkin aina tarvitaan lääkärin lupa ja siihen on oltavat painavat perusteet. Sitominen on viimeinen vaihtoehto ja sen täytyy olla mahdollisimman lyhyt kestoista ja sidottua potilasta täytyy valvoa jatkuvasti. (Sulkava ym. 2004, 19–20; Suomen muistiasiantuntijat Ry 2004.) Dementiakodissa tavallisimmat asiakkaan liikkumisen rajoittamisen keinoja ovat vuoteessa laidan ylös nostaminen, geriatrisentuolin istuinkulman säätäminen ja pöydän eteen laittaminen tai haaravyöllä sitominen (Alarvo -Messo 2010, 32–34).

Etenevissä muistisairauksissa käytösoireita ilmenee jopa 90 %:lla (Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010). Käytösoireiden yleisyys vaihtelee kuitenkin suuresti eri tutkimusten välillä, sillä tutkimukseen vaikuttaa hyvin paljon miten tutkittavat ja tutkimusmenetelmä ovat valittu. Tutkimustulokseen vaikuttaa lisäksi miten käytösoire on määritelty ja perustuuko käytöksen muutos ainoastaan hoitajan tai omaisen omaan tuntemukseen. Useat tutkimukset ovat kvalitatiivisia, jolloin haastatteluisissa on paljon eroja siinä, miten haastaviksi haastateltava kokee muistisairaana käytöksen muutokset. Yleisempiä oireita ovat masennus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, äänekkyyys, vaeltelu, syömishäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot sekä unihäiriöt ja seksuaalisen käytöksen muutokset. (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä 2001.)

Tiina Mähösen (2001, 31) tutkimuksen mukaan yleisempiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja ovat levottomuuden, huutelun ja aggressiivisen käyttäytymisen lisäksi pöytätapoihin liittyvät ongelmat, syömisestä tai juomisesta kieltäytyminen, lääkkeitä kieltäytyminen, nukkumaanmenovaikeudet, passiivisuus tai kieltäytyminen päivittäisissä toiminnoissa, hoitotoimenpiteiden vastustelu ja hygieniaan liittyvät ongelmat. Mähösenkin tutkimuksessa oli esiintyvyyden välillä vaihtelua. Eniten vaihtelua ilmeni vaeltelussa, väärään huoneeseen menemisessä, tavaroiden kuljettelussa ja ulosteella sotkemisessä.

Käyttöoireiden ilmaannuttua täytyy ensimmäisenä selvittää somaattisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden osuus. Levottomuuden, sekavuuden tai aggressiivisen käytöksen taustalla voi olla kipu, infektio, turhautuminen tai epäsojiva lääkitys. Hoitoympäristön luominen turvalliseksi, valoisaksi ja muistuttamaan tavallisen elämän ympäristöä voidaan vaikuttaa käyttöoireita laukaisevaan tekijään. (Sulkava ym. 2006, 18–19; Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010.)

Hoitohenkilökunnan asenteella, tiedolla ja motivaatiolla on suuri merkitys käyttöoireiden syntyyn. Puutteellinen tieto-taito kohdata muistisairas, kiire, henkilökunnan ylikuormittuminen ja ongelmat vuorovaikutussuhteessa altistavat hoitajan epäammattilliseen toimintaan, joka puolestaan lisää käyttöoireita. (Kanala & Leinonen 2001, 20–21.) Kanalan & Leinosen (2001) tutkimuksessa muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen kohdatessa hoitajista 5 % vastasi usein sitovansa asukkaan vuoteeseen, 2 % ei tee usein mitään, vaikka tilanne vaatisi, 2 % käyttää usein fyysistä voimaa, 28 % laittaa usein rutiininomaisesti asukkaan istumaan geriatriseen tuoliin sidottuna, 15 % pakottaa usein muistisairaahan toimimaan, 4 % komentaa usein muistisairasta hermostuessaan.

Muistisairaahan hoidon lähtökohtana on, että hänestä ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti, perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään sekä hänen jäljellä olevia voimavaroja ylläpidetään. Muistisairaidenkin hoitotyössä tulee huomioida asukkaan itsemääräämisoikeus ja autonomia, eli hoitajan tulee pyrkiä toteuttamaan vanhuksen toiveita ja tekemään päätöksiä yhdessä vanhuksen kanssa. (Koponen & Saarela 2006, 501; Mähönen 2001, 14.) Muistisairaalle sopivia lääkkeettömiä hoitomahdollisuuksia käytöshäiriöihin ovat erilaiset tynnyttävät hoitotyön menetelmät, kuten asukkaan ajatusten suuntaaminen muualle, rauhoittaminen,

huumori, muistelu ja koskettaminen. Myös erilaiset terapiat kuten muistelu-, musiikki- ja validaatioterapia, mielekäs tekeminen, liikunta ja hyvä perushoito ehkäisevät häiriökäyttäytymistä. (Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010; Kanala & Leinonen 2001,16.)

Hoitaja voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä sekä lopettaa jo käynnissä olevaa häiriökäyttäytymistä. Rauhallinen keskustelu, olemalla kärsivällinen ja kohdata muistisairas tunteiden tasolla ovat ammatillista toimintaa. Hoitaja voi suunnata häiriökäyttäytymistä aiheuttavan asukkaan ajatukset muualle esimerkiksi ruoan tai mielekkään tekemisen avulla, kuten musiikin, tanssin tai leipomisen. Mielekkäällä tekemisellä tuetaan myös muistisairaana jäljellä olevia voimavaroja, jolloin toimintakyky pysyy yllä ja muistisairas voi kokea olevansa hyödyllinen ja arvostettu, mikä taas puolestaan ennaltaehkäisee turhautumista ja käytösoireita. (Kanala & Leinonen 2001,15; Semi 2004, 93, 97–98.)

Rauhoittaminen on myös hyvä hoitomenetelmä, kun asukas alkaa kiihtyä, ahdistumaan tai käyttäytymään aggressiivisesti. Asukas voidaan etäännyttää ristiriitatilanteesta tai liiallisesta ärsyke tulvasta ohjaamalla hänet esimerkiksi omaan huoneeseen. Hoitajan asenne ja tavat nousevat avain asemaan ongelmatilanteissa esimerkiksi asukkaan vastustaessa pesuja. Hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä, rauhallisuutta ja lempeyttä, mikä rauhoittaa asukastakin. Muistelusta ja huumorista voi olla myös apua ongelmatilanteessa. Muistelulla tuetaan muistisairaana persoonallisuutta, luodaan turvallisuutta ja mielekästä yhdessäoloa. Menneitä muistelemalla pyritään antamaan mielihyvää ja muokkaamaan mieltä painavan elämän sisällön hyväksyttäväksi. Huumori on koettu hyväksi, mutta myös ongelmalliseksi apuvälineeksi, sillä sitä voi helposti käyttää väärin. (Mähönen 2001, 17–18, 49.)

Rauhallisen, levollisen henkilön läsnäololla ja hellällä, lämpimällä kosketuksella voi olla asukkaaseen rauhoittava vaikutus. Kylmä tai satuttava kosketus voi laukaista puolustusreaktion ja lisätä aggressiivisuutta. Hoitajan koskettaessa asukasta asukkaan tulee ymmärtää hoitajan tarkoitus koskettaa ja luottaa häneen. Koskettamistilanteeseen tulisi aina liittyä sanallinen viestintä, jotta asukas ymmärtää, että häntä ollaan koskettamassa. Joskus kosketuksella voi olla myös kielteinen vaikutus. Hoitajalta vaaditaankin ammattitaitoa aistia tilanne ja asukkaan halukkuus kosketukseen. Kaikki muistisairaat eivät pidä kosketuksesta ja kokevat hoitajan tunkeutuvan heidän henkilökohtai-

seen tilaansa. Tällainen tilanne voi lisätä asukkaan levottomuutta ja käyttäytymistä hyökkäävästi. Jos kosketus on pakollinen, esimerkiksi hoitotoimenpiteessä, voi asukkaan huomion kiinnittää pois kosketuksesta juttelun tai muun toiminnan avulla. (Routasalo 2000, 176–179; Mähönen 2001, 19.)

3. VALIDAATIO

Validaatio on clevelandilaisen Naomi Feilin vuosina 1963–1980 kehittämä hoitomenetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon (Naomi 1993, 12). Siinä oletetaan, että muistihäiriöisen harhat ovat hänelle itselleen todellisuutta eikä niitä voi kiistämällä tai totuuden kertomalla poistaa. (Warner 2000, 25–28).

Validaatiossa muistihäiriöinen kohdataan sellaisena kuin hän on, kuunnellaan hänen tunteita ja tarpeitaan ja luodaan myötäelävä ja arvostava ilmapiiri. Hoidettavan harhat otetaan tosissaan ja niitä pyritään helpottamaan keskustelulla, jossa hoidettavaa autetaan pukemaan tunteita sanoiksi ja kokemaan olevansa arvostettu. Koska monesti nykyhetken pelon tai harhan takana on tapahtuma menneisyydestä, ei hoidettavan tunteista tule vähätellä vaan häntä tulee ymmärtää ja kuunnella. Harhojen ollessa valloillaan keskustelua viedään eteenpäin lisäkysymyksillä ja vähitellen johdattelemalla pois. Kysymyksillä taas voi yrittää saada selville mitä menneisyydessä on tapahtunut ja mikä on pelon aiheuttanut ja millä keinoin sen voisi nykyhetkestä poistaa. Esimerkiksi jos muistisairas on lapsena meinannut hukkoa ja nyt pelkää kylpemistä, niin auttaako jos kylpyammeen pohjalle laittaa liukuestematon? (Warner 2000, 25–28.)

3.1. Validaatiokoulutus

Validaatiokoulutukseen kuuluu neljä eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on validaatio-työnohjaaja, joka koostuu viidestä kahden päivän koulutuksesta yli yhdeksän kuukauden aikana. Validaatio-työntekijä voi käyttää validaatiohoitomenetelmää työssään, pitää lyhyitä infotilaisuuksia validaatiosta ja sekä antaa tietoa validaatiosta siitä kiinnostuneille. (EVA validation 2013a; EVA validation 2013b.) Validaatio-työntekijä koulutuksen jälkeen voi edetä validaatio-ryhmänohjaajaksi. Ryhmänohjaaja koulutus koostuu kolmesta kahden päivän jaksosta 6-9 kuukauden aikana. Ryhmänohjaaja voi vetää validaatio-ryhmiä, neuvoa ja ohjata validaatio-työntekijää ja sekä pitää pieniä

esityksiä validaatiosta. (EVA validation 2013a; EVA validation 2013c.) Kolmas vaihe on validaatio- opettajakoulutus. Opettajakoulutus koostuu kahdesta kahden päivän jaksosta, jossa jokainen opiskelija tekee itselleen oman henkilökohtaisen opintosuunnitelman. Validaatio- opettajaksi erikoistuminen antaa pätevyyden kouluttaa validaatio- työntekijöitä ja -ryhmänohjaajia. Validaatio- opettaja voi myös pitää laajempia infotilaisuuksia validaatiosta kuin työntekijä tai ryhmänohjaaja. (EVA validation 2013a; EVA validation 2013d.) Validaatio-opettajasta voi vielä pätevoitää validaatio- asiantuntijaksi. Validaatio- asiantuntija kouluttaa validaatio- opettajia, tarkistaa ja suosittelee validaatiokirjallisuutta sekä valvoo validaatio- kouluttajia. (EVA validation 2013e.)

3.2. Validaation lähtökohdat

Validaatiossa muistisairaana tunteet tunnustetaan ja niitä arvostetaan, jolloin tunteetkin tasaantuvat ja niitä on helpompi käsitellä. Luomalla luottamusta rakennetaan turvallisuutta ja turvallisuuden kautta saadaan lisättyä energiaa, joka vahvistaa omanarvon tunnetta. Validaatio on siis joukko tekniikoita, joiden avulla pyritään palauttamaan hänen arvokkuutensa. Validaation tavoitteita ovat omanarvon tunteen palauttaminen, stressin väheneminen, sanallisen ja sanattoman kommunikaation lisääntyminen, menneisyyden selvittämättömien ristiriitojen ratkaisun löytäminen. Behavioristisen, analyttisen ja humanistisen psykologian peruseräiteisiin pohjautuvien taustaolettamuksien pohjalla on ajatus, että jokainen ihmisolento on arvokas, laiminlyöty tehtävä vaatii tulla huomioiduksi myöhemmin, ilmaistut, tiedostetut ja arvostetut tunteet taasoittuvat - väheksytyt ja kielletyt voimistuvat ja varhaiset hyvin tallentuneet muistot säilyvät loppuun saakka. (Naomi 1993, 13–15, 39.)

3.3. Disorientaation määritelmä

Disorientaatiolla tarkoitetaan tilan tajun menettämistä. Muistihäiriöinen vanhus alkaa vähitellen vetäytyä todellisuudesta ja palata menneisyyteen. Menneisyyteen palaamalla heidän ei tarvitse kokea nykyhetken tuskallisuutta, hyödyttömyyden ja yksinäisyyden tunnetta. Disorientaatiossa on neljä toisistaan erottuvaa vaihetta. Rajat ovat kuitenkin joustavia ja vanhus voi vaihtaa vaiheesta toiseen päivänkin sisällä. Kullakin vaiheella on omat psykologiset ja fyysiset ominaispiirteensä. (Naomi 1993, 31, 53.)

3.3.1. Ensimmäinen vaihe

Malorientaatio on disorientaation ensimmäinen vaihe. Siinä ihminen on vielä orientoitunut, muttei onnellinen. He peittävät kaikin keinoin unohtelemistaan ja arjen selviytymisen vaikeutta. He pitävät kaiken järjestyksessä, selvittävät asiat perin pohjin ja pysyttelevät ajan tasalla. Katsekontaktia ja kosketusta he kuitenkin välttävät. Tunteet heillä on kiellettyjä, mutta heillä on kuitenkin tarve peiteltyä ilmaista menneen elämän ristiriitoja. Kokeekseen arvostusta ja saadakseen itselleen oikeutta malorientaatio vaiheen ihmiset moittivat ja syyttävät muita ihmisiä. Fyysisiä merkkejä ovat täsmällinen liikkuminen, jäykkä asento, pinnallinen hengitys, kasvojen ja vartalon lihasten kireys, kognitiiviset kyvyt ovat lähes vahingoittumattomat: osaa luokitella asioita ja ymmärtää kellon. Psykkisiä tunnusmerkkejä ovat tarve ilmaista tukahdutettuja tunteita, osaa pelata sääntöpelejä, vastustaa muutoksia, haluaa arvostusta osakseen auktoriteeteilta, varjelee fyysistä reviiriään eli ei siis päästä ihmisiä fyysisesti liian lähelle. (Naomi 1993. 56–58.)

3.3.2. Toinen vaihe

Ajan tajun hämärtyamisen vaiheessa aistien, kognitiivisten kykyjen ja lähimuistin heikentymisen vuoksi taantuminen helpottuu eikä vanhus kykene pitämään kiinni todellisuudesta. Hän palaa muistoihinsa menettää kosketuksen nykyhetkeen. Muistot ja tunteet ottavat vallan. Hän palaa perustunteisiin kuten rakkaus, viha, eroon joutumisen pelko ja kamppailuun identiteetin säilymisen puolesta. Yksi tunne laukaisee toisen. Nykyisyyden ihmiset tai asiat symboloivat menneisyyttä. Ajantaju hämärtyy ja vanhus käsittelee aikaa henkilökohtaisten tuntemusten kautta. Ajan tajun hämärtyamisen vaiheen fyysisiä merkkejä ovat rennot lihakset, hidas ja tasainen hengitys, harhaileva ja suuntaa etsivä liikkuminen ja laahustava kävely sekä hidas puhe. (Naomi 1993, 59–61.)

3.3.3. Kolmas vaihe

Kolmannessa eli toistuvien liikkeiden vaiheessa liikkeet ja äänet, jotka vanhus on oppinut ennen puheen kehitystä, ottavat vallan. Näillä keinoilla hän hoivaa itseään ja yrittää selvittää menneisyyden ristiriitoja. Kehon eri osat symboloivat asioita menneisyydestä ja liikkeet korvaavat sanoja. Puhe on epäselvää ja vanhus palaa varhaiskehi-

tyksen kielimalleihin. Varhaislapsuuden äänteiden ja huulten maiskuttelun lisäksi vanhus voi palata menneisyyteen vartalon liikkeiden avulla, esimerkiksi heijaamalla itseään. Tukahdetut ja kahlitut tunteet nousevat esiin ja estot häviävät. Nyt hän voi näyttää vapaasti vihaansa, häpeäänsä tai seksuaalisen halunsa ilman kontrollointia. Dementoitunut mies voi laskea housunsa kaikkien nähden ja osoittaa olevansa kykenevä. Dementoinut nainen voi keinuttaa itseään, jolloin hän palaa muistoissaan siihen kun äiti keinutti häntä. Koskettavasta hoitajasta tulee äiti ja vanhus palaa lapsuuden alkuaikoihin, ahdistus helpottuu ja turvallisuuden tunne lisääntyy. Pakottamalla vanhus todellisuuteen saatetaan saada hänet lisää vetäytymään menneisyyteen. (Naomi 1993, 62–63.)

3.3.4. Neljäs vaihe

Sikiövaiheessa vanhus ei enää yritä ratkaista keskeneräisiä asioita, hän ei tiedosta omaa kehoaan ja sulkee ympäröivän maailman ulkopuolelle. Jos käytetään toistuvien liikkeiden vaiheessa runsaasti rauhoittavia lääkkeitä tai yrittämällä vanhusta orientoida todellisuuteen, edistetään sikiövaiheeseen siirtymistä. Vaikka vanhus istuu lysähtäneenä tuolissa tai makaa sikiöasennossa sängyssä, tarvitsee hän kosketusta, huomiota ja hoivaa. Sikiövaiheen fyysisiä merkkejä ovat enimmäkseen suljetut silmät, katse voi olla harhaileva tai tyhjä, lihakset rennot ja liikkeet olemattomat. Psykkisiä tunnusmerkkejä ovat, että vanhus ei tunnista läheisiään, ei ilmaise minkäänlaisia tunteita tai osoita minkäänlaista aktiiviteettia. (Naomi 1993, 65–66.)

3.4. TunteVa®-menetelmä

TunteVa®- menetelmä on validaatiosta muokattu suomalainen toimintamalli, jolla tuetaan muistisairaana vuorovaikutusta. Se on tunteita kuuntelevaa ja arvostavaa toimintaa. TunteVa®- menetelmässä myötäeletään muistisairaana tunteiden tasolla ja ymmärretään hänen tunteitaan sekä otetaan ne todesta. Ottamalla muistisairas huomioon yksilönä, joka on edelleen tärkeä ja hyväksytty, vahvistetaan hänen identiteettiä ja omanarvontuntoa. (Pohjavirta 2012, 22.) TunteVa®- menetelmä auttaa hoitajaa ymmärtämään muistisairaana maailmaa ja ohjaa vuorovaikutusta. Keskustelussa sanat alkavat kadota ja johdonmukaisuus hävitä, mutta tunteet ovat totta ja ne tulee kuulla. Kun keskustelun siirtää tunteiden tasolle, luo se muistisairaalle osaamisen kokemuksia ja tasavertaisemman aseman. Ihmisen dementoituessa vanhat, tukahdetut tunteet nou-

sevat esiin. Näitä asioita tulee käsitellä muistisairaalle sopivalla tavalla. Tähän juuri TunteVa®- menetelmä pyrkii, eli luodaan arvostava tunteet vastaanottava ilmapiiri. (Kämäräinen 2011, 2,4, 8.)

Tampereen kaupunkilähetys ry solmi validaatiokoulutussopimuksen Validation Training Institutun (VTI) kanssa vuonna 1995. Sopimus oli voimassa 2005 vuoden loppuun asti. Kaupunkilähetys ei jatkanut sopimusta VTI:n kanssa enää vuonna 2006 vaan alkoi kehittämään suomalaisen elämäntyyliin sopivaa validaatiokoulutusta. Nimeksi valittiin TunteVa®, joka kuvaa tunteita ymmärtävää toimintamallia ja validaatiota. (Lumijärvi 2006, 37–38.)

3.4.1. TunteVa®- menetelmän tarkoitus ja tavoitteet

TunteVa®-menetelmän tarkoituksena on auttaa muistisairasta käsittelemään menneitä keskeneräisiä tunneasioita, lievittää ahdistusta ja vahvistaa hänen omaa identiteettiään, joka sairauden edetessä alkaa kadota. Jokaisella muistisairaalla, niin kuin kaikilla ihmisillä on tarve ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan, mutta muistisairaalla tähän ei välttämättä ole keinoja. TunteVa®- menetelmällä pyritään mahdollistamaan muistisairaana tunteiden ja tarpeiden ilmaiseminen sekä selvittämään, mitä tunteita ja tarpeita hän ilmaisee. Vahvistamalla vuorovaikutusta, tuetaan muistisairaana oman arvon tuntoa ja luodaan tunne, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. (Pohjavirta 2012, 22, 29, 31.)

TunteVa®- menetelmän tavoitteena on lisätä fyysistä liikuntakykyä, vähentää lääkeyrityksen tarvetta ja fyysisten rajoituskeinojen käyttöä sekä lievittää muistisairaana stressiä (Pohjavirta, Lumijärvi & Sipola 2002, 1). TunteVa®-menetelmän avulla pyritään estämään muistisairasta siirtymästä vaiheesta toiseen ja erityisesti estää varsinainen sikiövaihe. Heidän puheensa säilyy pitempää ja kykenevät vuorovaikutukseen hoitajan kanssa. Jos ihminen kokee olevansa arvostettu ja rakastettu, hän haluaa pitää silmänsä auki ja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa niin kauan kuin he elävät. (Lumijärvi 2006, 42.)

3.4.2. Yhteisohoidon periaatteet

Yhteisohito on 1970-luvulla Suomeen tullut hoitomuoto, jossa asiakkaat muodostavat hoitoyhteisön ja osallistuvat arkiaskareisiin voimavarojensa mukaan. Ensi alkuun

yhteisöhoitoa toteutettiin mielisairaaloissa, mutta 1990-luvulla alettiin perustamaan dementiahoitokoteja, joissa toteutettiin yhteisöhoidon periaatteita. Yhteisöhoito on osa TunteVa®-menetelmää ja se onkin asia, joka selkeästi erottaa TunteVa®-menetelmän validaatiosta. (Lumijärvi 2012, 40; Pohjavirta 2013.)

Yhteisöhoidon tavoitteena on edistää yhteenkuuluvuuden tunnetta ja parantaa elämänlaatua. Terapeuttisen yhteisön ajatuksena on, että asukkaat ja hoitohenkilökunta osallistuvat yhdessä hoitoyksikön arkiaskareisiin ja tapahtumiin. Yhdessä tekemisen kautta muistisairas saa kokea olevansa hyödyllinen ja tärkeä osa yhteisöä. Sairauden edetessä nykyhetki alkaa kadota ja ihminen alkaa elää omissa mielikuvissaan. Koti on monen mielikuvissa turvallinen paikka, johon liittyy äidin huolenpito, hyväksytyksi tuleminen ja läheisten ihmisten kanssa yhdessä olo. Hoitokoti, jossa toteutetaan yhteisöhoidon periaatteita, luo muistisairaalle kotia muistuttavan hoitoyhteisön. (Pohjavirta 2012, 38–39.)

Yhteisöhoidon periaatteet muistisairaalle sovellettuna ovat

- yhdessä tekeminen
- keskinäisten suhteiden hoito
- avoimuus, sallivuus ja erilaisuuden hyväksyminen
- tasa-arvoisuus
- osallistuminen ja yhteinen päätöksenteko
- henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä
- yhteinen arviointi yhteisön kehityksestä ja yhteinen suunnittelu

(Pohjavirta 2013).

3.4.3. TunteVa®-menetelmän käyttö

TunteVa®-menetelmässä on tärkeää rakentaa luottamus muistisairaahan ja hoitajan välille. Luottamuksen kautta ilmapiiristä tulee turvallinen ja muistisairas voi ilmaista sisimpiä tunteitaan. Kommunikoinnissa käytetään sanallisia sekä sanattomia menetelmiä. Hoitajan tulee keskittyä kuulemaan ja ymmärtämään muistisairaahan tunteet eikä niinkään välittää sanoista, jotka saattavat olla kadoksissa tai viestit virheellisiä. Hoitajan laitettua omat ajatuksensa ja touhunsä sivuun, hän kykenee antamaan muistisairaalle aikaa ja ottamaan häneen katsekontaktin. Hoitaja tarkkailee keskustelun aikana muistisairaahan kasvojen ilmeitä, silmiä ja koko kehon asentoa. Hän johdattelee keskus-

telua eteenpäin kysymällä kysymyksiä kuka, mikä, missä, milloin. Kysymys miksi vaatii perusteluja ja on vaikea muistisairaalle, siksi sitä ei tule käyttää. Hoitaja voi myös auttaa muistisairasta keskustelussa toistamalla avainsanoja, sanomalla kuulemansa uudelleen omin sanoin sekä kysymällä äärimmäisyyksiä kuten mikä eniten / vähiten, mikä parhaiten / huonoimmin...? (Lumijärvi 2006, 40–42.)

Vaikka Naomi Feil on validaatiossa rajannut käytön vain vanhuksiin, noin yli 80-vuotiaisiin, TunteVa®-menetelmässä ei ole mitään ikärajoituksia eikä muistisairauden lajillakaan ole väliä. (Naomi 1993, 33; Pohjavirta 2013). TunteVa®-menetelmää kannattaa käyttää aina kun hoitajasta siltä tuntuu ja varsinkin silloin, kun lääkkeitä ei tunnu apua olevan. TunteVa®-menetelmän keinoja kannattaa kokeilla eri tilanteissa ja eri tavoin, jotta saa selville keneen ja millä tavoin TunteVa®-menetelmä toimii. (Pohjavirta, 2013.)

Jo ennen lääkityksen lisäämistä tulisi validaatiota kokeilla saisiiko sillä muistisairaana rauhoittumaan ja olemaan levollisempi. Aivan sairauden alkuvaiheessa, jossa muistisairas vielä kieltää sairauden ei validaatiota välttämättä kannata käyttää, mutta kakos- ja kolmosvaiheeseen se yleensä sopii hyvin. Ajantajun hämärtyminen ja toistuvien liikkeiden vaiheessa olevien muistisairaiden kanssa sanalliset ja sanattomat vuorovaikutuskeinot ja yhteisöllinen näkökulma saadaan mukaan hoitoon. Selkeissä harjoissa joita esimerkiksi mielenterveyskuntoutujilla voi olla tai sairauden oireena tullessa täysin arvaamattomissa raivokohtauksissa ei tunnevuorovaikutukseen pyrkiminen auta ihmistä, joitakin se voi jopa ärsyttää lisää. (Pohjavirta, 2013.)

3.5. TunteVa®-hoitajakoulutus

TunteVa®-hoitajakoulutus on suunnattu hoitoalan henkilöstölle ja pohjakoulutusvaatimuksena siinä onkin sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Koulutus kestää 72 tuntia ja se koostuu kuudesta kahden päivän tapaamisesta ja välitehtävistä. Lisäksi koulutukseen kuuluu harjoitusvideoiden tekeminen valitsemansa muistisairaana kanssa. Tampereen Kaupunkilähetys ry:llä on yksin oikeus TunteVa®-menetelmän käyttöön. Koulutuksia järjestetään sovitusti ympäri Suomen. Paras paikka koulutuksen järjestämiseen on työpaikan ulkopuolella, koska muuten uuden hoitoasenteen etsiminen saattaa kärsiä. (Tampereen Kaupunkilähetys ry; Pohjavirta, 2013.)

TunteVa®- kouluttaja Hillervo Pohjavirta (2013) on koulutuksissaan huomannut, että koulutuksiin hakeutuvat työhönsä motivoituneet, empaattiset, hyvät hoitajat. Jos työntekijä pakotetaan ylhäältä päin koulutukseen, ei siitä juuri silloin ole hyötyä. Hän myös toteaa, että koulutuksissa helposti unohtuu, ettei menetelmä ole pelkästään keinovalikoima, vaan se on johdonmukaista, ihmistä arvostavaa läsnäoloa ja tunteita myötäelävää ymmärrystä ja kuuntelua. Moni hoitaja saattaa usein ajatella, että TunteVa®- menetelmää ei voi käyttää kuin rauhallisina hetkinä ja pitkinä maratonkeskusteluina. Muistisairas itse ei kuitenkaan usein koe tarvitsevansa hoitajaa vaan ihmistä lähelleen, kuuntelijaa ja ymmärtäjää. Hoitajan saatua vähitellen luotua toimiva luottamussuhde hoidettavaan, pienetkin yhdessä olon hetket tukevat ihmistä hyvin. Toimiva luottamussuhde myös kantaa haasteellisten hoitotilanteiden yli ja voi ehkäistäkin niiden syntymistä.

4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme on toteutettu kyselylomake kyselynä. Kyselomake on yleisesti käytetty aineiston keruu menetelmä (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2010, 87). Tutkimuslomakkeet toimitettiin huhtikuussa 2013 Dementiakoti Lasihelmeen ja samalla informoimme kyselystä. Informoinnin yhteydessä jätimme vastauskuoret, joissa kyselykaavakkeet palautettiin. Dementiakoti Lasihelmeen toimitimme 15 lomaketta, eli yhden jokaista Dementiakoti Lasihelmen työntekijää kohden.

4.1. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Dementiakoti Lasihelmen hoitajien kokemuksia TunteVa®-menetelmän käytöstä muistisairaiden hoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa TunteVa®-menetelmän käytöstä muistisairaiden hoitotyössä ja tehdä TunteVa®-menetelmästä tunnetumpi. Tutkimus auttaa myös Dementiakoti Lasihelmeä havainnoimaan TunteVa®-menetelmän käyttöä yksikössä sekä tuomaan tietoon TunteVa®-menetelmän käytöstä koituvia hyötyjä Dementiakoti Lasihelmelle.

4.2. Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen avulla voimme ymmärtää tutkimuskohdetta paremmin ja selittää käyttäytymisen sekä päätöksien syitä paremmin. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista pieni tutkimusote, jossa pyritään analysoimaan asiat mahdollisimman tarkasta. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä tilastollisesti yleistämään asioita laajemmalti. Aineiston keruu kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole niin strukturoitua kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvalitatiiviseen tutkimukseen voidaan tietoa kerätä lomakkeilla, joita perinteisesti käytetään. (Heikkilä 2008, 16–17.)

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla pohditaan lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytettävissä tutkimuslomakkeissa on vastausvaihtoehdot valmiina. Kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan havainnollistaa kuvioiden tai taulukoiden avulla. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan olemassa oleva tilanne selvitettyä, muttei syitä, jotka ovat johtaneet kyseiseen tilanteeseen. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä etsitään vastauksia kysymyksiin, missä, paljonko, mikä, kuinka usein. (Heikkilä 2008, 16–17.)

Päädyimme toteuttamaan tutkimuksen kvantitatiivisella menetelmällä, jotta pystymme tilastollisesti tarkastelemaan Tunteva®- menetelmän hyötyjä. Jotta saisimme hieman laajempaa näkemystä tutkittavasta aiheesta ja ehkä jopa uusia näkökulmia, käytimme myös vähän kvalitatiivista menetelmää. Tutkimuksemme päätarkoitus ei ollut etsiä Tunteva®- menetelmän uusia hyötyjä, vaan vertailla tuloksia aiempiin tutkimuksiin. Halusimme siis testata olemassa olevien olettamuksien, hypoteesien paikkaansa pitävyyttä TunteVa®- menetelmän hyödyistä ja selvittää mitkä väittämät ovat yleisempiä tutkittavassa yksikössä. Päädyimme kyselykaavakkeessa käyttämään asenneasteikosta likertin asteikkoa, koska aiemmin tehtyjen tutkimusten ja teorian pohjalta meillä oli oletamus, että TunteVa®- menetelmästä on hyötyä muistisairaita hoidettaessa. TunteVa®- menetelmän hyötyjä on kuitenkin tutkittu vähän, joten halusimme ennemmin testata hypoteesien paikkaansa pitävyyttä dementiakoti Lasihelmessä, kuin lähteä etsimään uusia hyötyjä TunteVa®- menetelmästä. Uusia hyötyjä tutkittaessa emme olisi välttämättä niitä edes saaneet tai ne eivät olisi olleet yleistettävissä, koska otoskoko oli hyvin pieni ja rajoittui vain yhteen yksikköön. Tutkimuksen lähtökohtana meillä oli,

että TunteVa® -menetelmällä voi hoitaa muistisairaana käytösoireita ja se on hoitajan yksi työkaluista muistisairasta hoidettaessa.

Usein käytetään perinteistä survey-tutkimusta. Survey-tutkimuksessa tyypillisesti kerätään tietoa käyttäen kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa eli täsmälleen samalla tavalla jokaiselta vastaajalta. Vastaajat muodostavat otoksen jostain tietystä ihmisjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2006, 125, Koivula ym. 1999, 46.)

Kyselytutkimuksen etuja ovat muun muassa se, että kyselyn avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. Samalla kertaa voidaan kysyä montaa asiaa monelta eri ihmiseltä säästäten tutkijan aikaa. Huolellisesti laadittu kyselylomake on helppo käsitellä ja analysoida tuloksia tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2006, 184.)

4.3. Kyselylomakkeen laadinta

Valmista kyselykaavaketta, jota tutkimuksessa voisimme käyttää, emme löytäneet. Päädyimme tekemään tutkimuskaavakkeen itse ja sitä kautta saisimme sen muokattua paremmin tutkittavaan yksikköön sopivaksi. Apuna kyselykaavakkeen laadinnassa käytimme Hillervo Pohjavirran, Helka Lumijärven ja Satu Sipolan laatimaa kyselykaavaketta ja vuonna 2002 tehdyn tutkimuksen tuloksia validaatiomenetelmästä. Lisäksi tutkimuskaavakkeemme pohjautuu Tunteva®- menetelmän teoriatietoon sekä tutkittuun tietoon dementoituvien vanhuksien haasteellisesta käyttäytymisestä.

Kyselylomake on mittausväline, jonka välityksellä tutkija esittää kysymyksiä vastaajalle (Vehkalahti 2008, 11). Kyselytutkimuksen etuna on tehokkuus, se säästää tutkijan aikaa ja vaivaa. Kaikilta kysytään samoja asioita samalla tavalla. Kyselytutkimukseen liittyy useita heikkouksia. Tutkijalla ei ole mahdollisuutta varmistua, siitä miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn. Vastaajat voivat myös ymmärtää kysymykset väärin tai eritavalla kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi ym. 1997, 184–187.)

Kyselomake muodostuu avoimista ja monivalintakysymyksistä sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvista kysymyksistä. Avoimissa kysymyksissä jätetään kyselykaavakkeeseen tyhjä kohta, johon vastaaja voi itse kirjoittaa vastauksensa. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut vastausvaihtoehdot valmiiksi ja vastaaja merkitsee

oman vastauksensa rengastamalla. Asteikkoihin eli skaaloihin perustuvissa kysymyksissä on väittämiä, joista vastaaja valitsee, miten voimakkaasti hän on erimieltä tai samaa mieltä väittämän kanssa. Asteikot ovat yleensä 5-portaisia. Vaihtoehdot muodostuvat nousevassa tai laskevassa skaalassa. (Hirsjärvi ym. 1997, 187–190.)

Yleisimmät asenneasteikot ovat likertin ja osgoodin asteikko. Käytimme tutkimuksessa likertin asteikkoa, koska vertailimme väittämien ääripäitä ”ei lainkaan” ja ”erittäin paljon”. Likertin asteikolla tehdään tilastollista analyysiä, mitataan keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatioita. Asteikon keskellä tulisi olla neutraalivaihtoehto, koska jos neutraalia vaihtoehtoa ei ole, saattaa vastaaja helposti jättää vastaamatta. ”Ei osaa sanoa” vaihtoehto ei vastaa neutraalia ja joskus se saattaa olla kaukana neutraalista. EOS-vastaukseen saattaa olla syynä, että vastaaja ei ole ymmärtänyt kysymystä eikä siksi halua siihen vastata tai hän ei jostain muusta syystä halua ilmaista mielipidettään. (Vehkalahti 2008, 35–36.)

Kyselylomake (liite 1) muodostuu osista, aluksi on taustatiedot, joihin kuuluu sukupuoli, ikä ja koulutus. Taustatietoihin kuuluu myös vanhusten kanssa työskennelty aika vuosina ja TunteVa®-koulutuksen käyminen. Taustatiedot muodostuvat monivalintakysymyksistä. Taustatietojen avulla pystymme vertailemaan eri koulutuksen saaneiden vastauksia, katsomaan onko vastaajan iällä tai vanhustyössä vietetyllä ajalla merkitystä vastauksiin.

Seuraavaan osaan kuuluu TunteVa®-menetelmään liittyvät kysymykset, jotka ovat asteikkoihin eli skaaloihin perustuvia kysymyksiä. Aluksi kysytään, kuinka usein TunteVa®-menetelmää käytetään ja sen jälkeen on 18 väittämää, joilla pyritään selvittämään TunteVa®-menetelmän vaikutuksia muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Seuraavaksi kysytään TunteVa®-menetelmän hyötyjä 8 eri tilanteessa. Väittämien vastausvaihtoehtoina ovat: ei lainkaan, erittäin vähän, vähän, paljon ja erittäin paljon.

Kyselylomakkeen (liite 1) lopussa on kolme avointa kysymystä, jotka ovat missä muussa TunteVa®-menetelmästä on hyötyä ja kerro omin sanoin TunteVa®-menetelmän käyttökokemuksistasi. Viimeisimpänä vastaajalla on mahdollisuus kertoa vapaasti, mitä muuta hänelle tulee mieleen TunteVa®-menetelmästä.

4.4. Kyselylomakkeen esitestaus

Kyselylomake tulee tehdä huolella ja suorittaa sille esitestaus. Lomakkeen testaamiseen riittää 5-10, kun koetestaajat pyrkivät aktiivisesti selvittämään lomakkeen selkeyttä ja toimivuutta. Esitestaajien avulla selvitetään lomakkeen raskaus ja sen käyttöön kuluva aika. Esitestaajat miettivät, onko lomakkeella turhia kysymyksiä tai puuttuuko jotain oleellisia kysymyksiä lomakkeesta. Lomakkeen testaamisen jälkeen lomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset. Lomakkeen korjaamisen jälkeen on tarpeellista antaa lomake vielä ulkopuoliselle luettavaksi. (Heikkilä 2008, 61.)

Aluksi teimme lomakkeen raakaversioon, jota opiskelutoverimme kommentoivat ja kommenttien perusteella teimme asetteluun muutoksia. Muokatun lomakkeen annoimme opponenttimme arvioitavaksi ja hänen kommenttien pohjalta teimme lomakkeeseen parannuksia. Kyselylomake (liite 1) annettiin 5 ihmiselle esitestaukseen, tässä vaiheessa ei ilmennyt enää muutosehdotuksia. Testaajat eivät kokeneet lomaketta liian raskaaksi täytettäväksi, eikä liian pitkäksi.

4.5. Aineiston käsittely

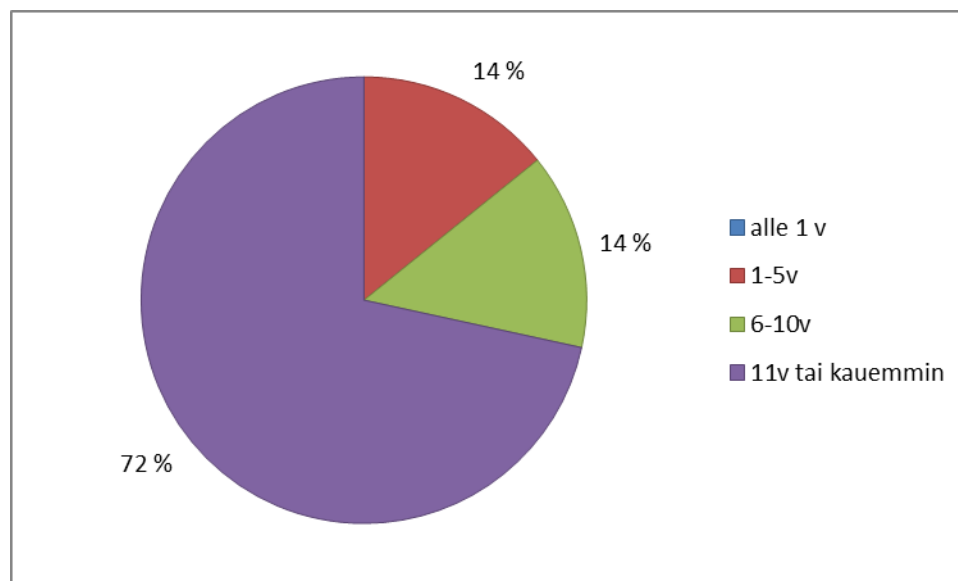
Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston käsittely ja analysointi sisältää erivaiheita. Aluksi on käytetty paperista kyselylomaketta. Kyselylomakkeilla kerätyt tiedot on syötetty sähköiseen muotoon. Tulosten analysoinnissa on käytetty Microsoft Excel 2010- ohjelmistoa. Tutkimuslomakkeen tiedot on syötetty Exceliin tehtyyn havaintomatriisiin. Vaakariveillä on tilastoyksiköt ja pystysarakkeissa muuttujat. (Heikkilä 2008, 123). Tiedot tulee syöttää huolellisesti, sillä virheitä on myöhemmin vaikea löytää. Arvojen tarkastamiseen ei ole muuta tapaa, kuin käydä lomakkeet uudelleen läpi ja varmistua, ettei virheitä ole tullut. Virheellisellä tietojen siirrolla tutkimuksen tulokset voivat vääristyä. (Heikkilä 2008, 131–132.)

5. TULOKSET

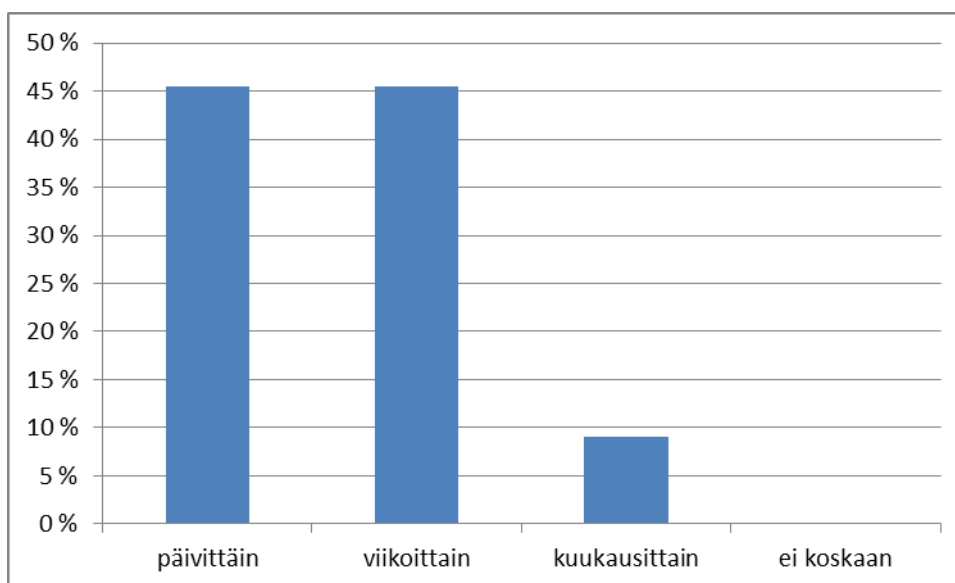
Tässä luvussa esittelemme huhtikuussa 2013 Dementiakoti Lasihelmessä toteutetun tutkimuksen tuloksia. Lomakkeita toimitimme Dementiakoti Lasihelmeen 15 kappaletta. Tutkimukseen vastasi 14 Dementiakoti Lasihelmen työntekijää, vastausprosentti on 93 %.

5.1. Vastanneiden taustatietoja

Kaikki (N=14) tutkimukseen vastanneet ovat naisia. Vastaajista (N=14) yksi (n=1) on alle 30-vuotias, yksi (n=1) 30–40-vuotias, kolme (n=3) 41–50-vuotiasta ja yhdeksän yli 50-vuotiasta. Vastaajien joukossa oli viisi perushoitajaa (n=5), viisi lähihoitajaan (n=5), kaksi sairaanhoitajaa (n=2) ja kaksi muiden ammattien edustajaa (n=2). Kuviosta 1 näemme, että vastaajista (N=14) kaksi (n=2) on työskennellyt vanhusten kanssa 1-5 vuotta ja kaksi (n=2) 6-10 vuotta ja loput vastaajista (n=10) on työskennellyt vanhusten parissa 11 vuotta tai kauemmin.



KUVIO 1 Työskentely aika vanhusten parissa (N=14)



KUVIO 2. Hoitajat käyttävät TunteVa®- menetelmää (N=14)

Kaikista vastaajista (N=14) 42 % (n=6) on käynyt TunteVa®-koulutuksen ja 21 % (n=3) on käynyt osan TunteVa®- koulutuksesta. Vastaajista 37 % (n=5) ei ollut käynyt TunteVa®- koulutusta ja heistä yli puolet (n=3) haluaisi käydä TunteVa®-koulutuksen tulevaisuudessa. Kuviosta 2 näkee, että TunteVa®-koulutuksen käyneistä vastaajista 46 % käyttää TunteVa®-menetelmää päivittäin, 46 % käyttää viikoittain ja 8 % käyttää kuukausittain. Kaikki TunteVa®-koulutuksen käyneistä käyttää TunteVa®-menetelmää kyselyn tulosten mukaan ainakin kuukausittain.

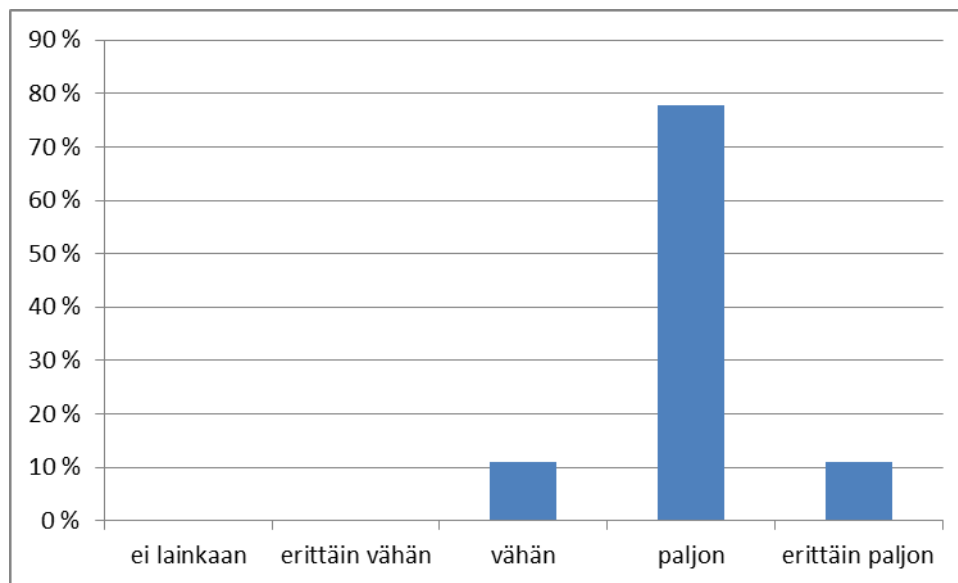
5.2. TunteVa®-menetelmän vaikutukset

Kysymyksiin, jotka koskivat TunteVa®- menetelmää on vastannut yhteensä 11 vastaajaa. Vastaajina oli ne, jotka ovat käyneet TunteVa®-koulutuksen tai osan siitä. Lisäksi vastaajista kaksi oli sellaisia, jotka eivät olleet käyneet TunteVa®- koulutusta. Vastauksissa ei ole eritelty, onko vastaaja käynyt TunteVa®- koulusta, osan siitä tai ei ole sitä käynyt.

Tähän kysymykseen vastanneista 27 % (n=3) on sitä mieltä, että vanhus on rauhoittunut vähän TunteVa®-menetelmän avulla ja 73 % (n= 8) mielestä vanhus on rauhoittunut paljon tai erittäin paljon TunteVa®-menetelmän avulla. Vastaajista reilu kolmasosa (n=4) oli sitä mieltä, että vuorovaikutus on lisääntynyt erittäin vähän tai ei lainkaan ja loppujen (n=7) mukaan vuorovaikutus on lisääntynyt paljon tai erittäin paljon.

Väittämään vanhus liikkuu enemmän noin viidennes (n=2) vastasi, että TunteVa®-menetelmällä ei ole vaikutusta, yli puolet vastasi, että (n=6), että vaikutusta vanhuksen liikkumiseen on vähän tai erittäin vähän ja neljäsosan (n=3)mukaan vaikutusta vanhuksen liikkumiseen on paljon tai erittäin paljon.

Kuviosta 3 näkyy, että 78 % (n=9) mukaan vanhukset luottavat paljon hoitajaan ja 11 % (n=1) vanhuksista luottaa hoitajaan erittäin paljon. Vastaajista 11 % (n=1) on sitä mieltä, että vanhuksista luottaa hoitajaan vähän.



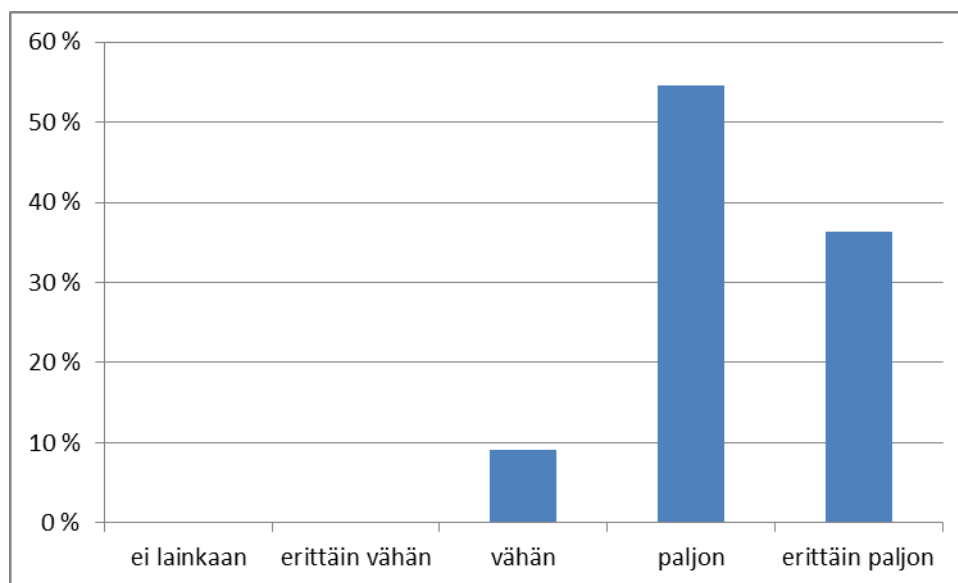
KUVIO 3. Vanhus luottaa hoitajaan (N=11)

Vastaajista (N=11) 9 % (n=1) on sitä mieltä, että TunteVa®-menetelmä on auttanut arvostamaan vanhusta vähän, 64 % (n=7) mukaan on auttanut arvostamaan vanhusta paljon ja 27 % (n=2) mukaan erittäin paljon. Väittämään hoitaja pystyy eläytymään vanhuksen tilanteeseen TunteVa®-menetelmän avulla 73 % (n=8) vastasi, että paljon, 18 % (n=2) erittäin paljon ja 9 % (n=1) vähän.

On auttanut kohtaamaan omaisia väittämään 18 % (n=2) vastasi, että erittäin vähän, 27 % (n=3) vähän, 36 % (n=4) paljon ja 18 % (n=2) erittäin paljon. On rauhoittanut osaston ilmapiiriä väittämään 9 % (n=1) vastasi, että erittäin vähän, 18 % (n=2) vastasi vähän, 64 % (n=7) vastasi paljon ja 9 % (n=1) erittäin paljon.

Yhtenä väittämänä oli, että TunteVa®-menetelmä on antanut hoitajalle työkaluja toimia, tähän noin viidennes (n=2) vastasi vähän, yli puolet (=6) vastasi paljon ja loput

(n=3) vastasi erittäin paljon. Kuviosta 4 nähdään, että 91 % (n=10) mukaan TunteVa®- menetelmä auttaa ymmärtämään vanhusta paljon tai erittäin paljon ja 9 % (n=1) mukaan vähän.



KUVIO 4. TunteVa®- menetelmä auttaa ymmärtämään vanhusta (N=11)

Väittämään auttaa ymmärtämään vanhuksen tunnemaailmaa yksi (n=1) vastasi vähän, 45 % (n=5) paljon ja 45 % (n=5) erittäin paljon. Auttaa vanhusta ilmaisemaan itseään väittämään noin kolmannes (n=4) vastasi vähän, reilu puolet (n=6) vastasi, että erittäin paljon ja loppujen (n=1) mielestä paljon.

Väittämään vähentää rauhoittavan lääkityksen tarvetta reilu puolet vastasi (n=6) vähän, loppujen vastaajien (n=5) mielestä paljon tai erittäin paljon. Auttaa vanhusta ilmaisemaan kipua väittämään vastasi kaksi (n=2) ei lainkaan tai erittäin vähän, 64 % (n=7) vähän, loput vastasivat (n=2) paljon tai erittäin paljon.

Väittämään rauhoittaa vanhuksen unta 9 % (n=1) vastasi, ei lainkaan, 45 % (n=5) vähän, 36 % (n=4) paljon ja 9 % (n=1) erittäin paljon. Auttaa hoitajia jaksamaan työssä väittämään noin viidennes (n=2) vastasi erittäin vähän, neljännes (n=3) vähän, lähes puolet (n=2) vastasi paljon ja loput (n=1) erittäin paljon.

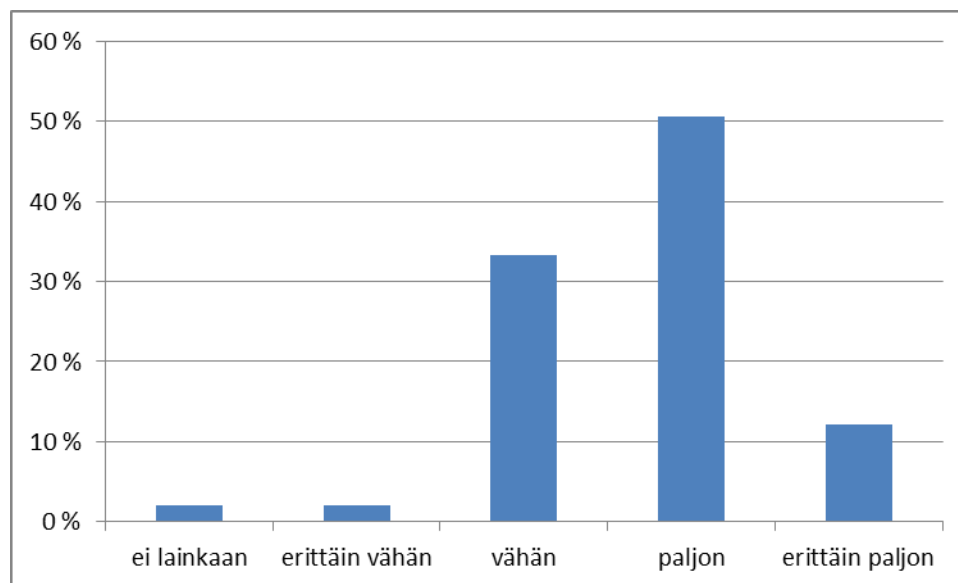
Väittämään on vähentänyt käytöshäiriöitä noin viidennes (n=2) vastasi, ei lainkaan tai erittäin vähän, yli puolet (n=6) vastasi vähän ja noin neljäsosa (n=3) paljon tai erittäin

paljon. ”On lisännyt asiakkaan omatoimisuutta” väittämään 9 % (n=1) vastasi ei lainkaan, 27 % (n=3) erittäin vähän, 27 % (n=3) vähän ja 36 % (n=4) paljon.

5.3. TunteVa®-menetelmän hyödyt

Väittämiin, jotka koskivat TunteVa®- menetelmän hyötyjä on vastannut yhteensä 11 vastaajaa. Vastaajina oli ne, jotka ovat käyneet TunteVa®-koulutuksen tai osan siitä. Lisäksi vastaajista kaksi oli sellaisia, jotka eivät olleet käyneet TunteVa®- koulutusta. Vastauksissa ei ole eritelty, onko vastaaja käynyt TunteVa®- koulusta, osan siitä tai ei ole sitä käynyt.

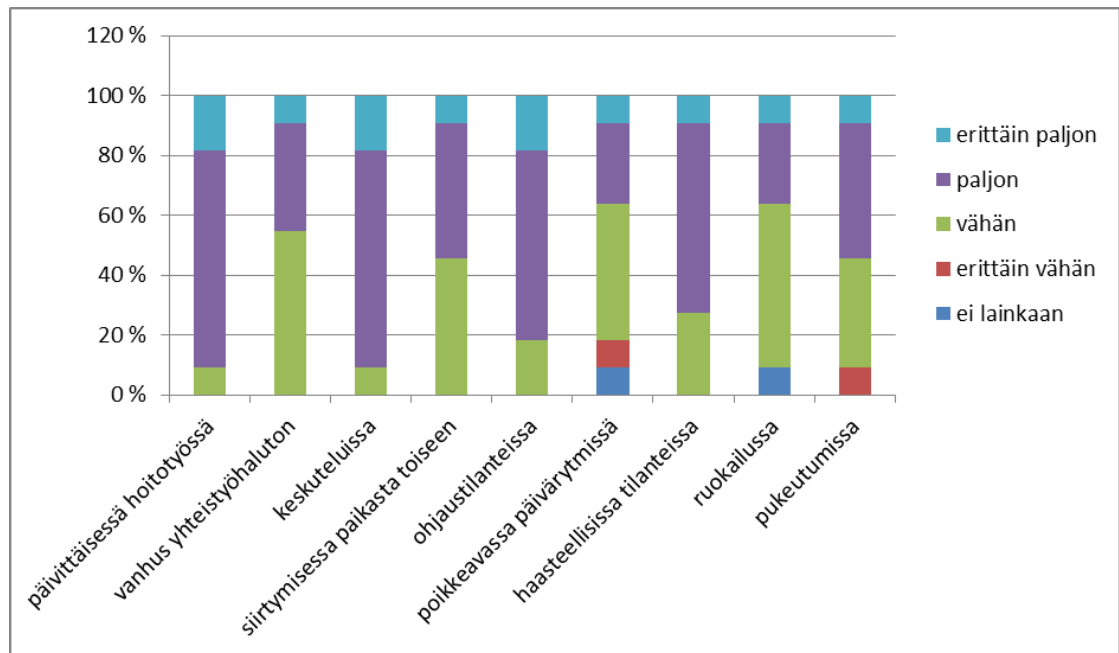
TunteVa®-menetelmän hyödyn keskiarvo on laskettu TunteVa®- menetelmästä on hyötyä väittämistä. Kuvioista 5 näkyy, että TunteVa®-menetelmästä on keskimäärin erittäin paljon tai paljon hyötyä 63 %. Vähän tai erittäin vähän hyötyä on keskimäärin 35 % ja ei lainkaan 2 %. TunteVa®- menetelmän hyödyistä on tarkempaa tietoa alempana.



KUVIO 5 TunteVa®- menetelmästä on keskimäärin hyötyä (N=11)

Seuraavaksi on väittämiä, joiden avulla on selvitetty TunteVa®-menetelmän hyötyjä. Päivittäisessä hoitotyössä TunteVa®-menetelmästä on hyötyä 9 % (n=1) mielestä vähän, 73 % (n=8) mielestä paljon ja 18 % (n=2) mielestä erittäin paljon. Tilanteissa, joissa vanhus on ollut yhteistyöhaluton, TunteVa®-menetelmästä on ollut hyötyä vähän 55 % (N=6) vastaajan mukaan, 36 % (n=4) paljon ja 9 % (n=1) erittäin paljon.

TunteVa®-menetelmästä on hyötyä keskusteluissa 9 % (n=1) mukaan vähän, 73 % (n=8) mukaan paljon ja 18 % (n=2) mukaan erittäin paljon. Vastaajista oli yhteensä 91 % (n=10) sitä, mieltä, että TunteVa®-menetelmästä on hyötyä keskustelutilanteissa paljon tai erittäin paljon.



KUVIO 6. TunteVa®-menetelmästä on hyötyä (N=11)

TunteVa®-menetelmästä on hyötyä paikasta toiseen siirtymisessä 45 % (n=5) mielestä vähän, 45 % (n=5) mielestä paljon ja 10 % (n=1) mielestä erittäin paljon. Paikasta toiseen siirtymisessä paljon tai erittäin paljon hyötyä kokee olevan yli puolet vastaajista (55 %) (n=6). TunteVa®-menetelmästä on hyötyä ohjaustilanteissa 18 % (n=2) mukaan vähän 64 % (n=7) mukaan paljon ja 18 % (n=2) mukaan erittäin paljon.

Kun osastolla on poikkeava päivärhythmi, esimerkiksi jonkun tapahtuman vuoksi TunteVa®-menetelmästä noin viidenneksen mukaan (n=2) ei ole lainkaan hyötyä tai on vähän hyötyä, 45 % (n=5) mukaan vähän hyötyä ja 27 % (n=3) mukaan paljon hyötyä ja 9 % (n=1) mukaan erittäin paljon hyötyä.

TunteVa®-menetelmästä on haasteellisissa tilanteissa hyötyä vähän 27 % (n=3) mukaan, 64 % (n=7) mukaan paljon ja 9 % (n=1) mukaan erittäin paljon. TunteVa®-menetelmästä ruokailutilanteissa 9 % (n=1) mielestä ei ole hyötyä, 55 % (n=6) mukaan on vähän hyötyä, 27 % (n=3) mukaan paljon ja 9 % (n=1) mukana erittäin pal-

jon. Pukeutumissa TunteVa®-menetelmästä on hyötyä erittäin vähän tai vähän lähes puolien vastaajien (n=5) mielestä ja yhtä monen (n=5) 45 % mukaan siitä on paljon hyötyä ja loppujen n(n=1) mukaan erittäin paljon.

5.4. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa®-menetelmän hyödyistä ja käytöstä

Vastaajat vastasivat avoimiin kysymyksiin TunteVa®-menetelmän hyödyistä ja käytöstä hyvin yhtenäisesti. Vastaajat kokevat, että he saavat TunteVa®-menetelmästä itselleen työkaluja ja erityisosaamista muistisairaiden vanhusten kanssa työskentelyyn. TunteVa®-menetelmän koettiin auttavan oman työn ja vanhuksen arvostuksessa. Vastaajien joukossa nousi esille se, etteivät kaikki ole käyneet koulutusta, jonka vuoksi kaikilla ei ole mahdollisuutta käyttää TunteVa®-menetelmää.

Osa vastaajista koki, ettei TunteVa®-menetelmästä ole hyötyä vaikeasti muistisairaiden aggressiivisten vanhusten kanssa, osa taas koki, että TunteVa®-menetelmästä on ollut suuresti hyötyä. Vastauksissa tuli esille, että TunteVa®-menetelmää tulisi arvostaa enemmän, sillä se motivoi hoitajia omassa työssään. Arvostusta toivottiin myös johdolta, että he ymmärtäisivät kuinka paljon TunteVa®-menetelmä antaa työkaluja työntekijöille. Vastauksissa lisää palkkaa myös kaivattiin koulutuksen käyneille, sillä heillä on laajempaa näkemystä muistisairaahan hoidosta verrattuna niihin, jotka eivät ole kyseistä koulutusta käyneet.

”Olen saanut puhumattoman asukkaan sanomaan omia sanoja.”

”Validaation avulla sain oman asukkaani puhumaan vanhasta kipeästä asiasta.”

”Keskusteluihin asukkaan kanssa tulee paljon enemmän sisältöä TunteVa®-menetelmää käyttäessä.”

”Joskus voi oikein nähdä asukkaan olemuksesta, kuinka hyvältä tuntuu tulla huomatuksi ja kun saa kehuja jostakin asiasta.”

Yllä olevat lainaukset ovat kyselylomakkeista poimittuja. Niissä tulee esille, se millaisia vaikutuksia TunteVa®-menetelmällä on muistisairaaseen. Yksi oli saanut puhu-

mattoman asukkaan puhumaan omia sanojaan, toinen oli taas saanut asukkaan puhumaan vaikeasta asiasta. Kolmas koki puolestaan saaneen muistisairaahan vanhuksen kanssa keskusteluihin lisää sisältöä TunteVa®- menetelmän avulla. Neljäs taas kertoi se, kuinka muistisairaasta vanhuksesta voi nähdä TunteVa®- menetelmän vaikutuksen.

5.1. TunteVa®-menetelmästä hoitajien ajatuksia

Kyselykaavakkeen lopussa oli vapaansanan kohta, mihin oli jokaisella vastaajalla mahdollisuus vastata. Tähän kohtaan tuli niukalti vastauksia, yhteensä viisi ja vastaukset olivat toisistaan eriäviä. Yksi vastaajista toivoi, että TunteVa®-koulutuksen käynninen näkyisi palkassa niillä, jotka ovat koulutuksen käyneet. Samalla vastaaja toi esille sen, että johto olisi saatava ymmärtämään, kuinka paljon työntekijät panostavat omaan osaamiseensa muistisairaiden parissa työskentelevinä hoitajina, sillä he ovat erikoisosaamisyksikön työntekijöitä.

Vastauksissa tuli esille, että asukkaan aikaisemman elämänkaaren tunteminen auttaa hoitajaa kohtaamaan muistisairaahan vanhuksen. Vanhuksille tulee vastaajan mielestä antaa aikaa, arvosta ja kunnioitusta muistisairaudesta huolimatta. Muistisairas tulee nähdä sellaisena kuin hän on. Eräs vastaajista piti tärkeänä validaatio- menetelmää ja on puhunut siitä omaisille ja uusille hoitajille, hän myös toivoo TunteVa®-menetelmästä tunnetumpaa, sillä sen avulla vanhus voi saada ansaitsemaansa arvostus.

6. PÄÄTÄNTÖ

6.1. Pohdinta

Tutkimusta ei voida sellaisenaan välttämättä soveltaa jokaiseen yksikköön, sillä yksiköt voivat poiketa huomattavasti toisistaan. Kyseisen yksikön kohdalla pidämme tutkimusta luotettavana. Tutkimuksen luotettavuutta maanlaajuisella tasolla olisi mahdollista nostaa toteuttamalla tutkimus useampaan yksikköön, joka taas vaatisi suurempia resursseja, mitä meillä oli käytettävissä tutkimuksen toteuttamisessa.

Tutkimuksesta saimme samankaltaisia tuloksia kuin Pohjavirran ym. (2002, 7) tekemässä tutkimuksessa on saatu. Tässä tutkimuksessa, kuten myös Pohjavirran ym. (2002) tekemässä tutkimuksessa vanhus on rauhoittunut validaation avulla useissa tapauksissa. Molempien tutkimusten mukaan noin kahdella kolmesta muistisairaasta on vuorovaikutus lisääntynyt validaation avulla. Mielestämme TunteVa®-menetelmän käytöllä on mahdollisuutta lisätä muistisairaiden mahdollisuutta olla vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa. Toimivan vuorovaikutuksen avulla kaikilla on parempi olla, muistisairas saa sanottua sanottavansa ja hoitaja pystyy tekemään työnsä yhteistyössä muistisairaana kanssa.

Tutkimustuloksista ilmeni, että TunteVa®-menetelmä on auttanut arvostamaan vanhusta enemmän yhdeksässä tapauksessa kymmenestä. Nykypäivänä vanhusten arvostus voisi olla, kuten ennen vanhaan, silloin vanhus oli viisas ja paljon elämää nähnyt. TunteVa®-menetelmä voisi olla tulevaisuudessa se suuri apukeino muistisairaiden parissa työskenteleville.

Hoitajat kokivat tutkimuksen tulosten mukaan, että he pystyvät eläytymään vanhuksen tilanteeseen paremmin. Mielestämme eläytyminen mahdollistaa sen, että hoitajat pääsevät lähemmäksi vanhuksen maailmaa ja heillä on paremmat mahdollisuudet ymmärtää muistisairasta ja hänen tekemisiään. Neljä viidestä hoitajasta koki saavansa TunteVa®-menetelmästä uusia työkaluja muistisairaiden parissa työskentelyyn.

Vastaajista oli yhteensä 91 % sitä, mieltä, että TunteVa®-menetelmästä on hyötyä keskustelutilanteissa paljon tai erittäin paljon. Samansuuntaisia tuloksia on saatu tutkimuksessa nimeltään ”Validaatiotyöntekijä -kurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä” (Pohjavirta ym. 2002, 5). Edellä mainitun tutkimuksen mukaan keskustelutilanteissa on hyötyä melko paljon tai hyvin paljon yhteensä 95 % mielestä. Keskustelutilanteissa TunteVa®-menetelmästä saatava hyöty näyttää tutkimusten tulosten mukaan olevan suuri.

TunteVa®-menetelmästä on haasteellisissa tilanteissa hyötyä vähän 27 % mukaan, 64 % mukaan paljon ja 9 % mukaan erittäin paljon. Pohjavirran ym. vuonna 2002 tekemässä tutkimuksessa 86 % vastaajista kokee olevan hyötyä melko paljon tai erittäin paljon. Pohjavirran ym. (2002, 43) tekemän tutkimuksen mukaan hankalissa tilanteis-

sa validaatiosta on ollut apua paljon tai melko paljon 85 %, vastaavasti tässä opinnäytetyön tutkimuksessa paljon ja erittäin paljon hyötyä on kokenut 73 %.

Osa vastaajista koki, ettei TunteVa®-menetelmästä ole hyötyä vaikeasti muistisairaiden aggressiivisten vanhusten kanssa, osa taas koki, että TunteVa®-menetelmästä on ollut suuresti hyötyä. Syy miksi vastauksen hajonta oli niin suuri saattaa olla, että tutkittavat ovat miettineet eriasteisia aggressiivisuuskohtauksia, jolloin lievään aggressioon Tunteva®-menetelmä toiminut, mutta suuren raivon vallassa olevaan vanhukseen ei.

Tutkimustuloksissa näkyy, että yli puolet niistä, jotka eivät ole käyneet TunteVa®-koulutusta haluaisivat käydä sen. Työnantajan tulisikin ymmärtää, kuinka suuri työkalu TunteVa®-menetelmä on muistisairaiden parissa työskenteleville. Menetelmästä on hyötyä niin hoitajalla kuin muistisairaalle, menetelmä tarjoaa inhimillistä kohtelua muistisairaalle ja auttaa muistisairasta ilmaisemaan itseään.

6.2. Opinnäytetyöprosessi

Olemme molemmat työskennelleet muistisairaiden parissa ja meitä kiinnosti kovasti validaatio menetelmä ja halusimme syventyä aiheeseen opinnäytetyön muodossa. Aiheen päättämisen jälkeen aloimme etsiä sopivaa yhteistyökumppania. Spiva löytyi Ryttylästä, Dementikoti Lasihelmi. Dementiakoti Lasihelmi soveltui tutkimuskohteeksemme, sillä alustavien tietojen mukaan siellä oli TunteVa®-menetelmä käytössä.

Opinnäyteprosessimme oli pitkän aikaan paikallaan, kunnes nopeasti lähdimme vieämään aihetta eteenpäin. Tutkimuksen suoritimme nopealla aikataululla huhtikuussa 2013 ja tutkimustulosten kokoamiseen ei jäänyt riittävästi aikaa. Jatkossa jos vastaavaa tutkimusta tekee, täytyy ottaa huomioon aika ja sen riittävyys paremmin. Tiukasta aikataulusta huolimatta olemme oppineet monia asioita, joita ei tulisi muuten edes ajateltua. Oppimisprosessin myötä tiedonhankinta taitomme, työn organisoiminen ja ongelmanratkaisu taidot ovat kehittyneet huomasti. Itsenäisen tiedonhankinnan myötä olemme oppineet kriittisyyttä ja luotettavuuden arviointia. Opinnäytetyön tekeminen on valmentanut meitä tulevaan työelämään myös kasvattamalla pitkäjänteisyyttä ja loogista päättelykykyä sekä yhteistyötaitoja. Kirjallisen tuotoksen tekeminen on harjaantunut koko oppimisprosessin aikana ja parantunut työn edetessä.

Koimme, että opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen ja TunteVa®-menetelmä on jäänyt monen hoitajan tiedon ulkopuolella. Ne jotka käyttävät TunteVa®-menetelmää kovasti kehuvat sen käytettävyyttä muistisairaiden parissa. Suurin osa hoitohenkilökunnasta on kuitenkin niitä, jotka eivät koskaan ole kuulleet TunteVa®-menetelmästä mitään, ei edes nimeä saati sen sisällöstä. Toivomme, että opinnäytetyömme myötä tietoisuus TunteVa®-menetelmästä kasvaa ja mielenkiinto lisääntyy sitä kohtaan monella, myös päättäjätasolla. TunteVa®-menetelmä on muistisairaalan arvostavaan kohteluun kehitetty menetelmä, jonka ansiosta muistisairaat voivat saada itsensä kuuluksi.

Toinen aiheen valintaan vaikuttanut syy oli se, ettei kyseisestä aiheesta löydy paljoakaan kirjallisuutta. Naomi Feil on kirjoittanut kirjallisuutta validaatiosta ja suomen kielellä kirjallisuutta on luonut pääosin Hillervo Pohjavirta. Saimme opinnäytetyöhömme Hillervo Pohjavirralla haastattelun. Jouduimme tyytymään sähköpostihaastattelun välimatkan ja aikataulujen vuoksi. Pohjavirran haastattelu antoi meille uusia näkökulmia opinnäytetyön tekemiseen. Saimme Pohjavirralla sellaista tietoa, jota emme olisi kirjallisuudesta löytäneet. Koemme haastattelun antaneen kannusta meille opinnäytetyön tekoon ja ymmärsimme, kuinka tärkeä tämä meidän aiheemme on.

Yhteistyökumppanimme kanssa on ollut ilo olla yhteistyössä. Olemme saaneet Dementiakoti Lasihelmessä erittäin lämpimän vastaanoton ja yhteistyö on sujunut erittäin hyvin. Dementiakoti Lasihelmen vastaava sairaanhoitaja on ollut erittäin avulias ja vastailut meitä askarruttaviin kysymyksiin, aina kun olemme vastauksia kaivanneet. Kerran olemme itse vierailleet Dementiakoti Lasihelmessä ja saimme paikasta erittäin kotoisan mielikuvan, jossa viihtyy niin asukkaat kuin henkilökunta.

Jatkossa tutkimusta voisi kehittää laajentamalla suuremmalle joukolle ja tekemällä kysymyskaavakkeeseen pieniä muutoksia. Kyselylomakkeen osuuteen, jossa käsitellään TunteVa®-menetelmää skaala asteikoilla, olisi hyvä lisätä neutraali vaihtoehto sekä vaihtoehto ”en osaa sanoa”. Jatkotutkimuksissa kysely olisi parasta tehdä sähköisessä muodossa. Lisäksi kysymyskaavakkeen ohjeisiin voisi kirjoittaa, että jos vastaaja ei ole käynyt TunteVa®-koulutusta ei hänen silloin tarvitse vastata TunteVa®-menetelmään koskeviin kysymyksiin.

Tutkimustuloksia voisi hyödyntää siten, että hoitotyönkoulutusohjelmiin ja täydennyskoulutukseen TunteVa®-koulutuksen sisällyttäminen voisi tuoda laajempaa näkökantaa hoitoalalla työskenteleville, myös niille jotka eivät työskentele muistisairaiden parissa.

TunteVa®- menetelmällä luodaan muistisairaalle tunne, että hän on tullut kuulluksi. Kuulluksi tuleminen antaa muistisairaalle antaa tunteen ymmärretyksi tulemista. Muistisairas saa tuoda esille ongelmansa, jonka vuoksi hän on hätäntynyt. Seuraava lainaus on yhdestä tutkimuslomakkeesta ja se kuvaa mielestämme, sitä mitä TunteVa®- menetelmä on tämän tutkimuksen tulosten perusteella..

”Levoton miesasukas kulkee ulko-oven edessä edestakaisin, kiroilee ja lyö käsiään yhteen. Hän haluaisi päästä ulos. Kysyin, mihin hän haluaisi lähteä. Hän kertoi, että hevoset odottavat ruokaa ja hoitajaa. Keskustelimme pitkään hänen hevosistaan, montako niitä on ja minkälaista ruokaa ne tarvitsevat. Miehen hätäntynys ja kiukku haihtuivat ja hän maltoi tulla itse ruokapöytään.”

6.3. Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on hyvin riippuvainen tutkimuskaavakkeen luotettavuudesta, koska tulokset perustuvat pelkästään kyselykaavakkeen vastauksiin. Jos tutkimuskaavakkeessa tutkittavat asiat eivät vastaa todellisuutta, ei myös tutkimuksen luotettavuus ole hyvä. (Oulun yliopisto.2000.)Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetillä tarkoitetaan pätevyyttä, tutkimuskaavakkeen kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Validiteettia voi esimerkiksi heikentää vastaajan kysymyksen ymmärtäminen eritavalla kuin tutkija on ajatellut. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustuloksen toistettavuutta niin, etteivät vastaukset ole sattumanvaraisia. Saadaanko sama tulos, jos tutkimus teetetään uudestaan? (Hirsijärvi ym. 2009, 231.) Puutteellinen reliabiliteetti johtuu useimmiten satunnaisvirheistä. Satunnaisvirheitä aiheutuu usein otannassa ja aineiston käsittelyssä. Tarkkuus tuloksissa riippuu otannan koosta, mitä pienempi otanta, sitä sattumanvaraisempia tuloksia saadaan. (Heikkilä 2008, 187.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen kyselylomake tulee perustua teoriaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Tutkija ei saa kysymyksiä keksiä omasta päästä, vaan kysymyksillä tulee aina olla jokin pohja. Ilman selvää kiinnikettä teoriaan tutkimus ei mittaa mitään tai korkeintaan vääriä asioita. (Puhakka 2005.)

Kyselykaavakkeessa oli pieniä puutteita. Kaavakkeestamme puuttui täysin neutraali vaihtoehto sekä ”ei osaa sanoa” vaihtoehto. Tästä syystä jotkin vastaukset ovat saattaneet vääristyä, jos vastaaja ei ole löytänyt mieleistään vaihtoehtoa. Pidämme kuitenkin tutkimusta luotettavana, koska tutkimustulokset ovat yhteneviä Pohjavirran ym. (2002) tekemän tutkimuksen kanssa. Tutkimuksemme virhemarginaali oli suuri pienen otoksen vuoksi. Tutkimukselle enemmän luotettavuutta olisi saanut suuremmalla otoksella. Otokseen kasvattamisen esteenä oli kuitenkin aika, hallittavuus ja kustannukset. Vaikka otos oli kohtalaisen pieni, 14 vastaajan tuloksia pidämme kuitenkin kohtalaisen luotettavina vastausprosentin (93 %) vuoksi.

6.4. Tutkimuksen eettisyys

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyy tutkimuseettisiä periaatteita ja ne ovat yleisesti hyväksytyjä. Tutkimukseen osallistuvilla on itsemääräämisoikeus ja he itse päättävät tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen kohdistuessa ihmiseen, on selvitetävä, mistä tutkimukseen tarvittava lupa on hankittava. (Hirsjärvi ym. 2008, 25–26.) Tutkimuslupa täytyy hankkia tutkimusorganisaatiosta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28).

Tutkimuksen tulee taata anonymiteetti tutkivalle. Tutkijan on helpompi käsitellä tutkittavaa aineistoa, kun se on anonyymiä, eikä siitä voi tunnistaa vastaajia. Tutkimuksen aineiston käsittelyssä tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus, aineistoa ei tule levitellä ympäriinsä. Kyselyyn vastaajia tulee informoida aineiston keräämis- ja käytötarkoituksesta. (Mäkinen 2006, 115–116.)

Tutkimuksen täyttöohjeessa kerroimme, ettei tutkimuksessa tule vastaajan henkilöllisyys ilmi ja vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti. Tutkimuksen otannan ollessa pieni, emme tuloksissa käsittele eri ammattiryhmien, työkokemuksen tai ikäjakauman mukaan vastauksia ettei vastaajan henkilöllisyyttä pysty arvaamaan tutkimuksen julkaisemisen jälkeen.

6.5. Jatkotutkimus ehdotukset

Tulevaisuudessa muistisairaiden osuus väestöstä tulee lisääntymään ihmisten eläessä vanhemmiksi kuin aikaisemmin. TunteVa®-menetelmän käyttöä voisi tutkia suuremmissa yksiköissä ja vertailla onko tutkimustulokset yhteneviä tämän opinnäytetyön sisältämän tutkimuksen ja Hillervo Pohjavirran ym. (2002) tekemän tutkimuksen kanssa.

Jatkossa olisi hyvä tutkia, kuinka muistisairaiden omaiset kokevat TunteVa®-menetelmän käytön. Tutkimuksen voisi toteuttaa jossakin yksikössä, jossa hoidetaan muistisairaita. Yksikössä tulee olla TunteVa®-menetelmä käytössä ja siitä tulee olla informoitu omaisia esimerkiksi Kämäräisen 2011 kirjoittaman TunteVa®-oppaan avulla. Paras toteutus paikka olisi muistisairaiden yksikkö, jossa kokoontuu omaisten ryhmä säännöllisin väliajoin. Ryhmältä voisi saada realistisia mielipiteitä TunteVa®-menetelmästä. Toinen näkökulma tutkimukseen voisi olla omaisten ryhmän vetäjät, Tunteva®-ohjaajat. Tunteva®-ohjaajilta voisi tutkia miten he kokevat omaisten ryhmän ja mikä käsitys heillä on omaisten mielenkiinnosta Tunteva®-toimintamallia kohtaan.

Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla hoitajien tietämys etenevistä muistisairauksista ja niiden vaikutuksista vanhuksen toimintakykyyn ja käyttäytymiseen. Hoitajien tietämystä voisi tutkia esimerkiksi nyt tutkimuksen kohteena olleessa Dementiakoti Lasihelmessä.

LÄHTEET

Alarvo-Messo, Susanna 2010. Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikais-
hoidossa perheenjäsenen kuvaamana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.
www-julkaisu <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04189.pdf> Viitattu 20.3.2013

Atula, Sari. 2012. Lewyn kappale- tauti. Duodecim terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk01105
Viitattu 13.8.2012

Erkinjuntti, timo. 2010. Dementia käsite. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha,&
Soininen,Hilkka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS bookwell Oy, 86-90

Erkinjuntti, Timo ja Pirttilä, Tuula. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen.
Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha,& Soininen,Hilkka (toim.) Muistisairaudet.
Porvoo: WS bookwell Oy, 142-158

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha ja Huovinen, Maarit (toim.). 2006.
Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha, Soininen, Hilkka 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Te-
oksessa Soinila, Seppo, aste, Markku, Launes, Jyrki, Somer, Hannu (toim.) Neurolo-
gia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 322-341

EVA, validation 2013a. Training progmas. www-julkaisu
[http://validation-
eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=59&lang=en](http://validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=59&lang=en)
Viitattu 22.4.2013

EVA, validation 2013b. Level 1. www-julkaisu
[http://validation-
eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=60&lang=en](http://validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=60&lang=en)
Viitattu 22.4.2013

EVA, validation 2013c. Level 2. www-julkaisu
[http://validation-
eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=61&lang=en](http://validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=61&lang=en)
Viitattu 22.4.2013

EVA, validation 2013d. Level 3. www-julkaisu
[http://validation-
eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=62&lang=en](http://validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=62&lang=en)
Viitattu 22.4.2013

EVA, validation 2013e. Level 4. www-julkaisu
[http://validation-
eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=63&lang=en](http://validation-eva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=63&lang=en)
Viitattu 22.4.2013

Heikkilä, Tarja 2008.Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita prima Oy.

- Hirsijärvi, Sirkka, Remes, Pirkko ja Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Helsinki: Tammi
- Isola, Arja, Saarnio, Reetta, Backman, Kaisa, Paasivaara, Leena 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 3/2005 145-154
- Kan, Suvi & Pohjola, Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kanala, Anne & Leinonen, Päivi 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisessä ja kunnallisessa laitoksessa. Kuopion yliopisto. hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus. Pro gradu- tutkielma
- Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja demen-tiat.2. painos. Hämeenlinna: Karisto oy, 501-514
- Kämäräinen, Liisa 2011. TunteVa – omaisten opas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampereen kaupunkilähetys Ry. Tampere: Multiprint Oy
- Käypähoito suositus, muistisairaudet 2010. www-julkaisu.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s4> Viitattu 11.1.2013
- Lumijärvi, Helka 2012. Teoksessa Pohjavirta, Hillervo. Onko tänään eilen, TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tammerprint Oy, 40-44.
- Lumijärvi, Helka 2006. Tunteva yksilö yhteisössä. Tampere: Öhrling Oy
- Mattila, Lea-Riitta. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mähönen, Tiina 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Kuopion yliopisto. hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus. Pro gradu- tutkielma.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Naomi, Feil. 1993. Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. suom. Mustonen, marita ja Pajukangas, Maija. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Niinistö, Leena 2000. Dementiaa sairastavan potilaan itsemääräämisoikeus. Suomen Lääkärilehti 32/2000. 3131-3134.
- Oulun yliopisto.2000. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli: Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Pohdinta. www-julkaisu.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514254627/html/c2663.html> Viitattu 10.5.2013

- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pihlainen, Virpi. 2001. Musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevan puheen tuottamista ja nonverbaalista viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla pitkäaikaissairailta vuodepotilailla. Musiikkiterapian pro gradu-tutkielma. Musiikkitieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Puhakka, Vesa 2005. Tutkimusmenetelmät. www-julkaisu.
http://www.tol.oulu.fi/kurssit/tutkimusmenetelmat/Tutkimusmenetelmat19_9.pdf Viitattu 10.5.2013
- Pohjavirta, Hillervo 2013. Sähköpostihaastattelu. 10.2.2013
- Pohjavirta, Hillervo 2012. Onko tänään eilen, TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tammerprint Oy
- Pohjavirta, Hillervo, Lumijärvi, Helka & Sipola, Satu 2002. Validaatiotyöntekijäkursin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä. Tampereen Kaupunkilähetystö ry ja sopimusvuorisäätiö. Tampere:Kirjapaino Öhrling ky
- Rinne, Juha. 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa Tilvis, Reijo, Pitkälä, Kaisu, Strandberg, Timo, Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) Geriatria. Porvoo: WS bookwell Oy, 159-164
- Rinne, Juha. 2006. Frontotemporaaliset degeneraatiot. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja dementiat.2. painos. Hämeenlinna: Karisto oy, 169- 182
- Rinne, Juha. 2006. Lewyn kappale-dementia. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja dementiat.2. painos. Hämeenlinna: Karisto oy, 163-168
- Routasalo, Pirkko 2000. Läheisyys ja koskettaminen - kuntouttavan työotteen edellytys. Teoksessa Heimonen, Sirkka-Liisa, Voutilainen, Päivi (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä . Helsinki: Tammi, 171-184
- Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2008. Fyysisten rajoitteiden käyttö –onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.)Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 266-278
- Semi, Taina 2004. Ihmetekoja kaapista löytyvillä aineksilla. Opri ja Oleksi Oy. Espoo: Erkoispaino Oy
- Soininen, hilikka ja Kivipelto, Miia.2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha,& Soininen,Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS bookwell Oy, 448-456
- Sulkava, Raimo. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, Reijo, Pitkälä, Kaisu, Strandberg, Timo, Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) Geriatria. Porvoo: WS bookwell Oy, 120-138

Sulkava, Raimo, Viramo, Petteri & Eloniemi-sulkava, Ulla. 2006. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle: dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Kuopio: Kuopion liikekirjapaino Oy

Sulkava, Raimo, Alhainen, Kari Viramo, Petteri 2004. Vaikea dementia- opas potilaan läheisille.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. www-julkaisu.

<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf> Viitattu 15.8.2012

Suomen muistiasiantuntijat Ry.2004. Artikkelit. Dementiapotilaiden liikkumista rajoitetaan perusteettomasti. www-julkaisu

http://www.muistiasiantuntijat.fi/?page_id=4&offset=0&cat_id=9&news_id=17 Viitattu 20.3.2013

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä 2001. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suomen lääkärilehti 2/2001 169-175

Tampereen Kaupunkilähestys ry. Tunteva®-koulutus. www-julkaisu. <http://tampereenkaupunkilahetys.net/?sid=113> Viitattu 6.3.2013

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tilastoraportti 12/2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystalveissa 2009.

Tutkimus: Omega-3-rasvat ehkäisevät dementiaa amyloideja vähentämällä. 2012. Duodecim terveyskirjasto

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=uut15710 Viitattu 15.8.2012

Warner, Mark. 2000. Designs for validation therapy. Nursing Homes: Long Term Management. Jun;49(6)

Vataja, Risto 2013. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Muistikeskus. www- julkaisu. <http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/39/kaytosoireet140403.pdf> Viitattu 20.3.2013

Vataja, Risto 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha,& Soininen,Hilkka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS bookwell Oy, 91-100

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

KYSELYLOMAKE

Arvoisa Dementtiakoti Lasihelmen työntekijä.

Opiskelemme Mikkelin Ammattikorkeakoulussa, toinen meistä opiskelee sairaanhoitajaksi ja toinen terveydenhoitajaksi, teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme hoitajien tuntemuksia TunteVa®- menetelmän käytöstä muistisairaiden hoitotyössä.

Kyselyyn vastataan nimettömästi ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn tulokset julkaisemme toukokuussa 2013 opinnäytetyössämme.

Terveisin: Miina Mutka ja Jenni Kasurinen

Jos mieltänne jokin asia askarruttaa, ottakaa rohkeasti yhteyttä: [jenni.kasurinen\(a\)netti.fi](mailto:jenni.kasurinen(a)netti.fi)

Kiitos vastauksestanne!

TAUSTATIEDOT

Ympyröi vastauksesi.

1 Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

2 Ikä

- 1 alle 30v
- 2 30-40v
- 3 41-50v
- 4 yli 50v

3 Koulutus

- 1 Perushoitaja
- 2 Lähihoitaja
- 3 Sairaanhoitaja
- 4 Jokin muu, mikä? _____

4 Olen työskennellyt vanhusten kanssa

- 1 alle 1v
- 2 1-5v
- 3 6-10v
- 4 11v tai kauemmin

5 Olen käynyt TunteVa®-koulutuksen

- 1 kyllä vuonna:
- 2 en haluaisin käydä koulutuksen kyllä/ en
- 3 osan sisällöstä
- 4 en osaa sanoa

TUNTEVA®-MENETELMÄÄN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

7 Käytän TunteVa®- menetelmää

- 1 päivittäin
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 en koskaan

8 TunteVa®-menetelmän vaikutukset

| | | ei lainkaan | erittäin vähän | vähän | paljon | erittäin paljon |
|----|--|-------------|----------------|-------|--------|-----------------|
| 1 | Vanhus on rauhoittunut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Vuorovaikutus on lisääntynyt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Vanhus liikkuu enemmän | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Vanhus luottaa hoitajaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Auttaa arvostamaan vanhusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Hoitaja pystyy eläytymään vanhuksen tilanteeseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | On auttanut omaisten kohtaamisessa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | On rauhoittanut osaston ilmapiiriä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | On antanut hoitajalle työkaluja toimia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Auttaa ymmärtämään vanhusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Auttaa ymmärtämään vanhuksen tunnemaailmaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Auttaa vanhusta ilmaisemaan itseään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Vähentää rauhoittavan lääkityksen tarvetta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Auttaa vanhusta ilmaisemaan kipua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Rauhoittaa vanhuksen unta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Auttaa hoitajia jaksamaan työssä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | On vähentänyt käytöshäiriöitä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | On lisännyt asiakkaan omatoimisuutta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Mielestäni TunteVa®- menetelmästä on hyötyä

| | | ei lainkaan | erittäin vähän | vähän | paljon | erittäin paljon |
|---|--|-------------|----------------|-------|--------|-----------------|
| 1 | Päivittäisessä hoitotyössä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Vanhuksen ollessa yhteistyöhaluton | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Keskusteluissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Siirtymisessä paikasta toiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Ohjaustilanteissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Kun päivärytmi on poikkeava esim. osastolla poikkeavaa ohjelmaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Haasteellisissä tilanteissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Ruokailutilanteissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Pukeutumisessa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Missä muussa TunteVa®- menetelmästä on hyötyä?**11. Kerro omin sanoin TunteVa®- menetelmän käyttökokemuksistasi hoitotyössä.****12. Mitä muuta haluat sanoa?**