

Annalotta Onni

Maria Silvennoinen

**Avaimia parempaan vuorovaikutukseen dementiahoiva-  
työssä**

Kehittämistyö Lepolan muistiyksikössä

Opinnäytetyö

Syksy 2009

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Sosiaalialan koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma

Tekijä: Annalotta Onni, Maria Silvennoinen

Työn nimi: Avaimia parempaan vuorovaikutukseen – kehittämistyö Lepolan muistiyksikössä

Ohjaaja: Katariina Perttula

Vuosi: 2009

Sivumäärä: 80

Liitteiden lukumäärä: 6

---

Dementia on lisääntyvä kansantauti, johon liittyy käytösoireita kuten levottomuutta ja aggressiivisuutta. Nämä käytösoireet kuormittavat henkilökuntaa dementiatyössä. Käytöshäiriöitä hoidetaan pääosin lääkkeillä, mutta tärkeää olisi löytää dementiatyön arkeen myös lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. Yksi tällainen menetelmä on TunteVa-menetelmä – vuorovaikutuksen apuväline, jota käytimme opinnäytetyössämme

Opinnäytetyömme oli osa Demke-hanketta, joka on Pirkanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla toteutettava dementiatyön hanke. Hankkeen päämäärinä olivat dementoituneiden laadukas elämä, sekä jaksava ja ammattitaitoinen henkilöstö. Teimme opinnäytetyömme Lepolan muistiyksikköön Ilmajoella. Kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytteessä kehitettiin vuorovaikutusta asukkaiden ja hoitajien välillä. Esittelimme hoitajille suomalaisen TunteVa-menetelmän. Pilotoinimme myös muisteluryhmätoiminnan, jonka tarkoituksena oli ensinnäkin tuoda asukkaiden arkeen vaihtelua, ja toiseksi tuottaa hoitajille tietoa asukkaiden menneisyydestä. Lisäksi tuotimme Lepolaan kansion, johon oli koottu TunteVa-esittelyn materiaali ja muisteluryhmän ohjaukseen liittyvät ohjeet.

Kehittämistyön vaikutusten tarkastelua varten kerättiin hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmän käyttämisestä ja muisteluryhmän ohjaamisesta lomakkeilla ja fokusryhmähaastattelussa. TunteVa-menetelmän osalta erityisesti kosketukset ja läheisyys, laulaminen, sekä tunteisiin vastaaminen ja peilaaminen olivat menetelmän tekniikoista käytetyimpiä Lepolassa. Muisteluryhmästä hoitajat nostivat positiiviseksi asiaksi esimerkiksi asukkaiden orientoitumisen paranemisen ryhmässä ollessa. Kehittämistyömme vaikutti Lepolassa siten, että hoitajien keskinäinen kommunikointi ja tavoitteellisempi hoivatyö nähdäksemme parantuivat. Hoitajat myös huomasivat, että tiedon lisääntyessä myös työn tekeminen helpottuu.

Avainsanat: Vanhustyö, dementia, TunteVa-menetelmä/validaatiomenetelmä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work  
Degree programme: Bachelor of Social Work

Authors: Annalotta Onni, Maria Silvennoinen

Title of thesis: Means for better interaction in dementia care – developing project in the memory unit of Lepola

Supervisor: Katariina Perttula

Year: 2009

Number of pages: 80

Number of appendices: 6

---

Dementia is an increasing disease in Finland. Behavioral disorders, such as restlessness and aggressiveness are part of dementia. These disorders are challenging for the personnel in dementia care. Behavioral disorders are mainly taken care by medicines, so it would be important to find alternative ways to face these disorders. One alternative way is a TunteVa-method – a key to better interaction. TunteVa-method is the most essential part of our thesis.

Our thesis was a part of Demke-project, which is a project dealing with dementia. The aims of the Demke-project were to reach a qualified life for people with dementia in residential care, and support the personnel's professional skills in dementia care. Our thesis was a functional thesis, which was implemented in a memory unit of Lepola, in Ilmajoki. In our thesis, we devised the interaction between the resident and nurses in Lepola. We presented the nurses a TunteVa-method, which is a Finnish validation method based on hearing the feelings of a demented person. We also piloted a remembrance group, which had to aims in it: first it would bring variety for the life of the residents, and second, it would produce information for the nurses about the past life of the residents. In addition, we combined an album, which included the material of TunteVa-method and the guideline to lead a remembrance group.

We collected information about the experiences of TunteVa-method and the leading of the remembrance group with blanks and interview. The nurses of Lepola had used especially following techniques of TunteVa: contacts and proximity, singing, and giving response to the feelings. As to the remembrance group the nurses noticed, that the orientation of the residents was better in the group, than in normal life. Also the communication between the nurses in Lepola was progressed. The care work in Lepola was now more goal-directed. The nurses realized, that as the information of the dementia care increases, the care work will also be easier to accomplish.

Keywords: geriatric care, dementia, TunteVa method/validation method

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract.....	3
<b>SISÄLTÖ .....</b>	<b>4</b>
<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 DEMENTIAHOIVA ASUMISYKSIKÖISSÄ.....</b>	<b>9</b>
<b>3 DEMENTIA.....</b>	<b>12</b>
3.1 Muistimuutosten erot dementiassa ja normaalissa ikääntymisessä .....	13
3.2 Yleisimmät dementiaa tuottavat sairaudet .....	14
3.3 Dementoituneen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät.....	16
3.4 Dementoituneen hoito ja kuntoutus.....	17
3.5 Dementiatyön eettinen ulottuvuus.....	18
<b>4 DEMENTIAAN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET .....</b>	<b>21</b>
4.1 Käyttöoireiden syitä ja taustoja.....	22
4.2 Masennus, apatia, ahdistuneisuus ja levottomuus.....	23
4.3 Psykoottiset oireet.....	24
4.4 Persoonallisuuden muutokset ja seksuaaliset käyttöoireet .....	25
4.5 Uni-valverytmin häiriöt.....	26
4.6 Vaeltelu .....	26
<b>5 KÄYTÖSOIREIDEN HOITO .....</b>	<b>28</b>
5.1 Käyttöoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja.....	28
5.2 TunteVa-menetelmä .....	29
5.2.1 Validaatiomenetelmästä TunteVa-menetelmään.....	30
5.2.2 Dementian etenemisen vaiheet Naomi Feilin mukaan .....	31
5.2.3 Teoria validaation taustalla.....	33
5.3 Muistelu käyttöoireiden hoitomenetelmänä .....	34
<b>6 VUOROVAIKUTUS DEMENTIATYÖSSÄ.....</b>	<b>37</b>
6.1 Dementoituneen puheviestinnän erityspiirteitä.....	37
6.2 Tunteiden merkitys.....	39
6.3 Kosketukset ja sanaton viestintä vuorovaikutuksen apuna .....	40

	5
6.4 Äänensävyt ja oikeanlaiset kysymykset .....	41
6.5 Työntekijän rooli.....	43
<b>7 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT.....</b>	<b>46</b>
7.1 Lepolan muistiyksikkö .....	47
7.2 Toimintatutkimus ja toiminnallinen opinnäytetyö .....	47
7.3 Kehittämistyössä käytetyt aineistonkeruumenetelmät.....	49
7.4 Laadullinen tutkimus .....	50
7.5 Analyysimenetelmät.....	50
<b>8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>53</b>
8.1 Havaintojen ja haastattelun pohjalta kehittämistyön tavoitteisiin.....	53
8.2 TunteVa-menetelmän esittely Lepolan hoitajille .....	55
8.3 Muisteluryhmätoiminta ja sen pilotointi.....	57
8.4 Kansio .....	59
<b>9 KEHITTÄMISTYÖN VAIKUTUKSET LEPOLASSA.....</b>	<b>60</b>
9.1 TunteVa-menetelmän käyttöön liittyvät kokemukset .....	60
9.1.1 Kosketukseen ja läheisyyteen liittyvät kokemukset .....	60
9.1.2 Laulaminen.....	62
9.1.3 Peilaaminen ja tunteeseen vastaaminen.....	63
9.2 Muisteluryhmän vaikutukset.....	64
9.2.1 Asukkaiden orientoitumisen paraneminen.....	65
9.2.2 Tekemämme pilotointityön merkitys .....	65
9.3 Hoitajien keskinäisen kommunikoinnin lisääntyminen ja ammatillisuuden kehittyminen .....	66
9.4 Tiedon lisääntyminen .....	68
9.4.1 TunteVa-menetelmän tuoma tieto .....	68
9.4.2 Kansion merkitys .....	69
9.5 Hoitajien näkemys tekemästämme työstä.....	70
9.6 Huomioitavaa kehittämistyön tuloksista .....	71
<b>10 JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>73</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>77</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>81</b>

## Käytetyt termit ja lyhenteet

- Kognitiivinen** Tiedollinen, tietoa koskeva. Kognitiivisia toimintoja ovat muun muassa tiedon vastaanottaminen, käsittely, arviointi ja tallentaminen. (Ymmärrä... 2002, 48.)
- TunteVa-menetelmä** TunteVa-menetelmällä tarkoitamme suomalaista validointimenetelmää, joka auttaa kohtaamaan dementoituneen vanhuksen tunteita. Puhumme osittain TunteVasta ja validaatiomenetelmästä päällekkäin, sillä TunteVan periaatteet ovat yhdysvaltalaisen validaatiomenetelmän pohjalta kehitetty.

# 1 JOHDANTO

Vanhustenhoito ja sen laatu ovat keskusteluaiheita, jotka ovat olleet jo pitkään esillä yhteiskunnassamme. Ikäihmisten määrä tulee räjähdysmäisesti kasvamaan tulevina vuosikymmeninä. Ikäihmiset usein kärsivät myös dementiaasta. Vuonna 2007 Suomessa oli noin 80 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta ihmistä. Vuoteen 2030 mennessä heidän määränsä on arvioitu kasvavan lähes kaksinkertaiseksi. (Eloranta & Punkanen 2008, 123.) Dementia on oireyhtymä, joka tekee vanhustenhoidosta erittäin haastavaa. Dementiaan liittyy käytösoireita, jotka ovat dementoituneen elämänlaadun ja laitoshoidon joutumisen kannalta vaikutukseltaan jopa merkittävämpiä kuin muistihäiriöt (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 185).

Opinnäytetyössämme kehitimme Ilmajoella sijaitsevan muistiyksikkö Lepolan arkea. Tartuimme käytösoireiden problematiikkaan TunteVa-menetelmän avulla ja pilotoimme muisteluryhmätoimintaa yksikön dementoituneille asukkaille. Dementian käytösoireet ovat usein sellaisia, että niitä kontrolloidessa joudutaan turvautumaan rauhoittavien lääkkeiden antamiseen asukkaille. Halusimme tuoda vaihtoehtoja lääkkeelliselle hoidolle. TunteVa-menetelmä on suomalainen menetelmä, joka pohjautuu ajatukseen dementoituneen tunteiden kuuntelemisesta ja niille arvon antamisesta. Menetelmä juuret ovat yhdysvaltaisessa validaatiomenetelmässä. Validaatiolla autetaan muistihäiriöistä iäkästä ihmistä saavuttamaan omat päämääränsä – ei työntekijöiden tai läheisten (Feil 1993, 7). Muisteluryhmä rikastuttaa asukkaiden arkea. Muisteluryhmä tuo toisaalta henkilökunnalle tietoa dementoituneen asukkaan elämänkaaresta, mikä on oleellista dementiaasta kärsivän hoidossa.

Opinnäytetyömme koostuu teoriaosasta ja tulososiesta. Teoriaosassa käsittelemme dementiaa, siihen liittyviä käytösoireita ja käytösoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja. Näitä hoitomuotoja ovat esimerkiksi esittelemämme TunteVa-menetelmä ja muistelutyö. Teoriaosuudessa tuomme esiin myös vuorovaikutuksen merkitystä TunteVa-menetelmän näkökulmasta. Tulososiossa kerromme kehittämistyömme

tavoitteista, kulusta ja tuloksista. Johtopäätöksissä pohdimme saamiamme tuloksia teorian valossa, ja tuomme esiin myös tulevaisuuden kehittämisen kohteita.



## 2 DEMENTIAHOIVA ASUMISYKSIKÖISSÄ

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisun, ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008:3, 30) mukaan palvelurakenne vanhustyössä on muutoksessa. Valtakunnallisena tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä vain kolme prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tehostetun palveluasumisen piirissä puolestaan tulisi olla viidestä kuuteen prosenttiin yli 75-vuotiaista. Suurin osa, eli 91–92 prosenttia asuisi kotona itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin.

Tällä hetkellä jopa 45 % kaikista vanhainkotien asukkaista Suomessa on demen-toituneita (Dementia-asiakkaat... [viitattu 8.9.2009]). Laatusuosituksen mukaan (2008:3, 28) riittäväillä ja tarkoituksenmukaisesti kohdennetuilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla voidaan tukea dementiaoireisten ihmisten asumista nykyistä pidempään kotona ja myöhentää laitoshoitoon siirtymistä. Toisaalta, Stakesin raportissa vuodelta 2007 todetaan, että huolimatta ikäihmisten toimintakyvyn paranemisesta, on pitkäaikaiselle hoivalle ja hoidolle tarvetta myös tulevaisuudessa. Tähän vaikuttaa erityisesti juuri dementiaoireisten ihmisten määrän kasvu. Demen-toivat sairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja voimakkaaseen palvelutarpeiden kasvuun. (Voutilainen 2007, 3.) Dementiaa sairastavien ikäihmisten hyvä hoiva vanhainkodeissa on perustellusti myös tulevaisuuden asia.

Dementiahoitotyön historia on Suomessa hyvin nuorta. Pitkään ajateltiin, että demen-toituneet eivät tarvitse omaa hoitopaikkaa. 1990-luvun alusta lähtien alettiin kuitenkin perustaa erillisiä dementiaosastoja ja todettiin niiden olevan tarpeellisia. (Lumijärvi 2006, 8.) Nykyään dementiahoiva Suomessa on kehittynyt niin, että sanotaan jokaisella demen-toituvalla ihmisellä olevan oikeus kuntoutukseen. Demen-tiaa sairastavan ihmisen palvelukokonaisuutta säätelevät laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, sosiaalihuoltolaki ja vammaispalvelulaki. (Eloranta & Punkanen 2008, 123.)

Vaikka dementoituneiden kuntoutus on kehittynyt viime vuosina, eroja eri hoivapaikkojen välillä on paljon. Syyskuussa 2009 julkaistiin lääninhallituksien tekemät selvitykset vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta. Raporteista selviää muun muassa, että henkilökuntaa on liian vähän ja vanhukset kärsivät aliravitsemuksesta. Levottomimmat vanhukset rauhoitetaan lääkkeillä ja ”karkailijat” lukitaan huoneisiin. (Läninhallitukset: Vanhustenhoidossa...[viitattu 23.9.2009]). Kuitenkin niin ikään syyskuussa 2009 THL julkaisi tiedotteen, jonka mukaan laitoshoidon laatu on kymmenessä vuodessa parantunut. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on lisääntynyt, kun taas uni- ja psykoosilääkkeiden käyttö on vähentynyt. Tiedotteessa tosin todetaan, että työtä on runsaasti jäljellä vanhushoidon saralla. (lääkäiden laitoshoidon laatu... [viitattu 28.10.2009]). Dementia aiheuttaa ihmiselle käytösoireita, joita ovat esimerkiksi levottomuus ja karkailu. Kun lääninhallituksen raportissa mainittiin levottomien asukkaiden rauhoittamisesta lääkkeillä ja karkailijoiden lukitsemisesta huoneisiin, voi hyvällä syyllä olettaa, että kyseessä on nimenomaan dementoituneita vanhuksia. Voikin esittää kysymyksen, miten dementiahoivaa vanhainkodeissa voitaisiin kehittää sellaiseksi, että esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden käyttöä voisi vähentää.

Dementiahoitotyö on hyvin vaativaa ja haasteellista työtä. Heimonen ja Qvick (2002, 7) kirjoittavat osaavan ja riittävän henkilökunnan olevan dementiahoidon tärkein tae; dementoituvien hoitotyössä tarvitaan paljon osaamista ja laaja-alaista tietoa dementoivista sairauksista, sekä niihin liittyvistä käytösoireista ja hoidosta. Hyvä hoito edellyttää dementoituvan erityispiirteisiin perehtyneitä hoidon antajia olevan riittävästi suhteessa asiakasmäärään. Esimerkiksi Helsingin kaupungin vanhainkodeissa hoitohenkilömitoitus on 0.5–0.6. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan (2008:3, 47) valtakunnallinen keskiarvo hoitohenkilömitoituksessa vuonna 2005 oli vanhainkodeissa 0.52 ja tehostetussa palveluasumisessa 0.46–0.55 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Laatusuositus määrittelee myös tavoitteen ikääntyneiden hoitotyötä tekevien koulutukselle. Sen mukaan kaikilla työntekijöillä, jotka toimivat ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveissa, on oltava sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. (2008:3, 35).

Entiset Stakes ja Kansanterveyslaitos, nykyinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, toteutti vuosina 2004–2007 sosiaalialan kehittämishankkeen, jonka yksi osahanke oli ikäihmisten laitoshoidon kehittämishanke vuosina 2005–2007. Ikäihmisten laitoshuollon kehittämishankkeen yksi neljästä päätavoitteesta oli hyvä dementiahoito osana palvelujärjestelmää. (Ikäihmisten laitoshoidon... [viitattu 14.9.2009].) Hankkeen loppuraportissa todetaan, että dementiaa sairastavan hyvä hoito edellyttää vahvaa ammatillista osaamista. (Räsänen 2007, 37). Dementoituneiden ikäihmisten hoitotyöhön on erittäin tärkeää saada henkilöitä, jotka ovat motivoituneita työhönsä ja soveltuvia työskentelemään dementiahoidossa. Tämän vuoksi henkilökunta tulisi nähdä yksikön tärkeimpänä voimavarana. Hoitajien persoonallisista ominaispiirteistä tärkeimpiä ovat joustavuus, ystävällisyys, rauhallisuus, myönteinen asenne ja todellinen välittäminen dementoituvista asiakkaista. Henkilökunnan ammatillisten tietojen ja taitojen kehittämiseen on oltava mahdollisuuksia. Henkilökunnan jaksamista puolestaan voidaan tukea esimerkiksi hyvällä perehdytyksellä, työnohjauksella, ammattikirjallisuudella ja konsultaatioavulla. Työssä jaksamista tukevat oman työn arvostaminen, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön sekä hyvä esimiesten työpanos. (Heimonen & Qvick 2002, 7.)

Dementiatyössä tarvitaan taitoa olla vuorovaikutuksessa dementoituvan kanssa tasa-arvoisella tavalla. Työntekijän täytyy ymmärtää dementoituvan viestimiä asioita ja hänen täytyy osata käyttää sekä sanallista että sanatonta viestintää. Hoitajan kyky huomata asioita, sekä taito tunnistaa dementoituneen ihmisen mielialoja, asenteita ja reaktioita ovat hyviä edellytyksiä välittää hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Tärkeää on avoin, empaattinen asenne. Lämmin ilmapiiri sekä vastavuoroiset ja luontevat suhteet tekevät hyvän pohjan tasavertaiselle kohtaamiselle hoivatilanteissa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 61.) Myös dementiahoitoyhdistys painottaa dementoituneita hoivaavan henkilökunnan osaamista. Yhdistyksen mukaan dementoituneiden hoitotyö on hyvin vaativaa ja haasteellista, ja se vaatii erityisvalmiuksia. Kuka tahansa ei sovi dementiatyöhön, sillä työ vaatii vankkaa tietotaitoa, perehtymistä dementiamailmaan, dementoituneen ihmisen erityispiirteisiin, sekä soveltuvuutta tehdä työtä dementoituneiden parissa. Jatkovaa koulutusta ja dementoituneiden hoitotyön asiantuntijoita tarvitaan, jotta voidaan kehittää ja ylläpitää dementoituneiden hyvää hoitoa. (Yleistä dementiasta [viitattu 23.9.2009].)

### 3 DEMENTIA

Yleisesti käytetty määritelmä dementiasta on Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen laatima määritelmä. Määritelmän mukaan dementialla tarkoitetaan useiden älyllisten toimintojen heikentymistä. Oireita ovat esimerkiksi muistihäiriöt, kuten uuden oppimisen vaikeutuminen ja vaikeus palauttaa mieleen aiemmin opittuja asioita. (Huovinen 2004, 44–45.) Dementoivien sairauksien perussy on neurologinen tai muu elimellinen häiriötila. Luonteeltaan sairaudet ovat eteneviä, eikä niihin ole toistaiseksi olemassa parantavaa tai taudinkulun lopullisesti pysäyttävää hoitoa. Dementoivat sairaudet aiheuttavat vanhusten toimintakyvyttömyyttä ja lisäävät laitoshoidon tarvetta. Dementia lisääntyy iän myötä ja on yleisempää naisilla kuin miehillä. Se on merkittävä ja lisääntyvä kansantauti. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Pyykkö, Kivelä & Haukka 2006, 275.) Dementoiva sairaus ei suojaa vanhuksia muilta ikääntyneille tyypillisiltä sairauksilta, muistuttaa Petteri Viramo (2001, 5). Dementoituneilla ilmenee yleensä yhtä paljon sairauksia ja heillä on käytössään jopa enemmän lääkkeitä, kuin dementoitumattomilla. Jokaisen dementoituneen kohdalla on tärkeää tunnistaa dementian aiheuttava sairaus - tämä on välttämättömyyttä hoidon ja kuntoutuksen kannalta.

Dementoiviin sairauksiin liittyy monia erilaisia oireita, jotka rajoittavat toimintakykyä. Muistin heikentyminen ja muut kognitiiviset häiriöt rajoittavat kykyä hahmottaa ympäristöä ja hallita tilanteita. Fyysiset oireet, esimerkiksi kävelyvaikeudet ja virtsainkontinenssi rajoittavat sosiaalista kanssakäymistä. Käyttöoireet kuten ahdistuneisuus ja masennus rajoittavat arkista selviytymistä. (Viramo & Eloniemi-Sulkava 2001, 15.) Muistin heikentyminen sekä kielen ja puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeutuminen ovat dementian oireita. Usein häiriintyvät myös hahmottaminen, liikesarjojen suorittaminen ja toiminnan ohjaaminen. Dementoitunut vanhus ilmaisee itseään, tarpeitaan ja tunteitaan hänelle ominaisella tavalla. Hänen voi olla vaikeaa saada kontakti ympäristöönsä aivan tavallisissakin arkiasioissa, koska muiden on vaikea ymmärtää häntä. (Ymmärrä... 2002, 5.)

### 3.1 Muistimuutosten erot dementiaassa ja normaalissa ikääntymisessä

Keskeinen oire dementiaoireyhtymässä on kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen, jolla tarkoitetaan laaja-alaisen tiedonkäsittelyn ongelmia. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee erityisesti muistamisen vaikeutena. (Vallejo Medina ym. 2006, 275.) Dementia ei kuitenkaan ole - toisin kuin yleensä luullaan - pelkästään muistin heikkenemistä. Heimosen ja Voutilaisen (2001, 22) mukaan dementiaalla tarkoitetaan aivojen korkeampien säätelytoimintojen laaja-alaista häiriintymistä. Samaa mieltä on Huovinenkin (2004, 44): dementiaan liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Heimonen ja Voutilainen (2001, 22) jatkavat, että tämän seurauksena henkilöllä on huomattavia vaikeuksia selviytyä arkielämän toiminnoista.

Dementian käsitteeseen katsotaan liittyvän myös muita oireita. Näitä ovat esimerkiksi ongelmat toiminnan suunnittelussa, keskittymiskyvyssä, puheessa, hahmotuksessa ja käyttäytymisen säätelyssä. Pelkästään muistihäiriön perusteella ei voida tehdä dementia-diagnoosia, vaikka muistihäiriö sinällään on usein ensimmäinen oire dementiaa aiheuttavissa taudeissa. (Heimonen & Voutilainen 2001, 22.) Samoilla linjoilla ovat myös Vallejo Medina ym. (2006, 275). Heidän mielestään kriteerinä on muistivaikeuksien lisäksi useamman älyn osa-alueen heikkeneminen ja ongelmia on oltava ainakin yhdellä seuraavista alueista: kielellinen kyvykkyys, liikesarjojen suorittaminen, tunnistaminen ja nähdyn merkityksen ymmärtäminen, toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus ja kokonaisuuden jäsentäminen. Yleisnimitys kielen ja puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöille on *afasia*. Afasiaa aiheuttava vaurio aivoissa voi sijaita missä tahansa kielen perustoiminnoissa ja vaurion laajuus voi vaihdella. Tämän vuoksi kielelliset oireet ovat usein hyvinkin erilaisia ja voivat vaihdella sanojen löytämisen hitaudesta täydelliseen puhumattomuuteen ja vaikeaan ymmärtämisen häiriöön. (Ymmärrä... 2002, 14.)

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu selkeitä mutta yksilöllisiä muutoksia muistissa. Muistihäiriöiden syyt liittyvät aivotoiminnan häiriöihin ja psyykkiseen hyvinvointiin. Normaalin ikääntymisen aiheuttamiin muutoksiin muistissa kuuluu lähinnä mieleen painamisen ja mieleen palauttamisen vaikeutuminen. Aivotyöskentelyn hidastuessa nämä toiminnot tapahtuvat hitaammin. Myös oma-aloitteisuutta ja ponnistelua vaativat toiminnot hidastuvat. Erilaisiin tehtäviin on vaikeampi ryhtyä ja kahteen tai useampaan asiaan keskittyminen vaikeutuu. Nämä ovat kaikki asioita, jotka liittyvät luonnollisesti vanhenemiseen. Ikääntyminen ei kuitenkaan vaikuta arkielämässä selviytymiseen; äly toimii edelleen ja oppimiskyky säilyy. (Huovinen 2004, 23–24.)

Ihminen on yleensä ensimmäisen kerran unohtelun ja keskittymisvaikeuksien kanssa tekemisissä 35–45-vuotiaana. Myös nimien muistaminen alkaa tuolloin heiketä. Jos muita muistihäiriöitä ei kuitenkaan ole, ei unohtelu ole kovin huolestuttavaa. Kysymys on yleensä aivojen toiminnallisesta esteestä, kun paljon keskittymiskykyä vaativat työtehtävät saavat pienet asiat unohtumaan. Aivojen tulisi tuon ikäisillä olla vielä niin hyväkuntoiset, että ikääntymisen aiheuttama rappeutuminen alkaa vasta vuosikymmeniä myöhemmin. Ikääntyessä mieleen painaminen ja muistaminen vaativat enemmän aikaa kuin nuorempana. Laaja-alainen aivojen käyttö auttaa säilyttämään niiden joustavuuden: mitä laajempi henkinen harrastuneisuus, sitä pidempään aivoissa säilyy uuden oppimisen ja muovautuvuuden mahdollisuus. Normaali vanhus ei ”höperöidy”, vaan on oppimiskykyinen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 23, 25.)

### **3.2 Yleisimmät dementiaa tuottavat sairaudet**

Dementia on monimuotoinen oireyhtymä, jonka aiheuttaa joukko erilaisia eteneviä sairauksia. Sairaudet alkavat vähitellen ja niitä on alkuun vaikea erottaa vanhenemisen aiheuttamasta muistin muutoksesta tai muiden sairauksien ja tilojen aivoille aiheuttamasta kuormituksesta. (Sormunen & Topo 2008, 25.) Nykyisin tiedetään dementiaoireyhtymän aiheuttajiksi useita sairauksia. Tällä hetkellä yleisimmät dementiatyypit ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale-tauti,

otsalohkodementiat sekä Parkinsonin tauti. Todennäköistä on, että tulevaisuudessa tutkimus tuottaa uusia, tarkasti kuvattavissa olevia dementoivia sairauksia. (Vallejo Medina ym. 2006, 275.) Seuraavassa taulukossa esitellään yleisimmät dementiaa tuottavat sairaudet ominaispiirteineen.

Taulukko 1: Yleisimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet. (Sulkava ym. 2007, Viiramo 2001, Erkinjuntti & Huovinen 2001.)

<p><b>Alzheimerin tauti</b></p>	<p><b>Yleisyys:</b> Yleisin yksittäinen dementiaan johtava sairaus. Kaikista demenciasairauksista Alzheimerin taudin osuus on n. 65-70 %.</p> <p><b>Taudin kesto ja eteneminen:</b> Kesto keskimäärin 10 vuotta, mutta voi vaihdella viidestä yli 20 vuoteen. Henkiset oireet edeltävät ruumiillisia oireita; fyysisesti hyväkuntonen saattaa olla vaikeastikin dementoitunut. Tauti etenee hiljalleen, kolmessa vaiheessa.</p> <p><b>Tyypillistä:</b> Hidas, asteittainen eteneminen.</p> <p><b>Kognitiiviset oireet:</b> Muistin - erityisesti lähimuistin ja uuden oppimisen - huononeminen. Lisäksi yksi tai useampi seuraavista oireista: kielellinen häiriö (afasia), tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriö - "kätevyys häiriö" (apraksia), kyvyttömyys tunnistaa objekteja normaalista aistitoiminnasta huolimatta - "hahmottamisen häiriö" (agnosia), vaikeudet tuloksiin tähtäävässä toiminnassa ja toiminnan ohjannassa.</p> <p><b>Fyysiset oireet:</b> Laihtuminen - usein jo taudin varhaisessa vaiheessa, virtsankarkailu, yleinen jäykkyys ja kävelyvaikeudet</p> <p><b>Käytöshäiriöt:</b> Masennus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, motorinen levottomuus, varastamisharhat, näköharhat, unihäiriöt</p> <p><b>Syitä ja riskitekijöitä:</b> Mm. korkea ikä, dementia lähisuvussa, Downin syndrooma, apolipoproteiini-E-alleelin 4-muoto, tietyt geenivirheet, aiemmin sairastettu masennus, vakava kallo- vamma, matala koulutustaso.</p>
<p><b>Vaskulaariset dementiaat, eli aivoverenkierron häiriöt</b></p>	<p><b>Yleisyys:</b> Toiseksi yleisin dementiaan johtava tila, noin viidesosa kaikista dementioista.</p> <p><b>Taudin kesto ja eteneminen:</b> 7-9 vuotta, mutta vaihtelee suuresti. Etenee yleensä portaittain, välillä pysähtyen. Välillä olo voi jopa kohentua, välillä taas tulee pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja.</p> <p><b>Tyypillistä:</b> Jaetaan useaan alatyypin vaurioiden sijainnin ja syntymekanismien perusteella. Oireet riippuvat pitkälti siitä, missä kohdassa aivoja häiriö on. Elinikää lyhentävä tekijä yleisesti sydän- ja verisuonisairaudet, jotka ovat vaskulaarista dementiaa sairastavilla yleisiä.</p> <p><b>Kognitiiviset oireet:</b> Muistihäiriöt ja muut kognitiiviset oireet. Lisäksi täytyy olla fokaalisia neurologisia löydöksiä ja oireita (esim. epänormaali kävely tai raajan heikkous) tai kuvauksissa aivoverenkierron häiriön osoittavat löydökset (valkean aineen tai kortikaalisia muutoksia).</p> <p><b>Fyysiset oireet:</b> Kävelyvaikeudet: "töpöttely", leveäraiteinen kävely, jäykkyys, halvausoireet, toiminnan hidastuminen.</p> <p><b>Käytöshäiriöt:</b> Masennus, ahdistus, sekavuus (erityisesti yöllä), paranoidisuus, unihäiriöt.</p> <p><b>Syitä ja riskitekijöitä:</b> Mm. aivoverenkierron häiriöt, aivoinfarkti, aivoverenvuodot ja aivoverisuonten sairaudet. Korkea verenpaine, diabetes, tupakointi, sepelvaltimotauti. Korkea ikä, matala koulutustaso.</p>

<p><b>Lewyn kappale-tauti</b></p>	<p><b>Yleisyys:</b> Kolmanneksi yleisin dementiaan johtava tila, n. 10-15 % dementioista.</p> <p><b>Taudin kesto ja eteneminen:</b> Etenee yleensä portaittain, välillä pysähtyen. Välillä olo voi jopa kohentua, välillä taas tulee pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. Yleensä taudin kesto on 2-20 vuotta.</p> <p><b>Tyypillistä:</b> Muistuttaa Parkinsonin tautia. Sairastuneet usein 60-70-vuotiaita. Virkeänä Lewyn kappale -tautia sairastava vaikuttaa usein täysin normaalilta.</p> <p><b>Kognitiiviset oireet:</b> Kognitiivinen heikentyminen.</p> <p><b>Fyysiset oireet:</b> Ekstrapyramidioireet - jäykistyminen, kävelyhäiriö, jopa vapina. Kasvojen ilmeettömyys. Oireiden ja vireystason vaihtelu, yksityiskohtaiset kuulo- ja näköharhat. Selittämättömät kaatumiset, pyörtymiset ja lyhyet tajuttomuuskohtaukset, herkkyys neuroleptien sivuvaikutuksille.</p> <p><b>Käytöshäiriöt:</b> Harhaluulot, aggressiivisuuspuuskat. Aggressiivisuusreaktio tavanomaista voimakkaampi ja kynnyksensä reagoimaan aggressiivisesti alentunut.</p> <p><b>Syitä ja riskitekijöitä:</b> Syytä Lewyn kappale-dementian puhkeamiseen ei tunneta.</p>
<p><b>Frontaaliset eli otsalohko-dementiat</b></p>	<p><b>Yleisyys:</b> Keskimäärin 8 vuotta, mutta vaihtelee kahdesta 20 vuoteen.</p> <p><b>Taudin kesto ja eteneminen:</b> Etenee yleensä portaittain, välillä pysähtyen. Välillä olo voi jopa kohentua, välillä taas tulee pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. Yleensä taudin kesto on 2-20 vuotta.</p> <p><b>Tyypillistä:</b> Alkaa yleensä 45. ja 65. ikävuoden välillä. Sairastuneet usein huolettomia, eivät-kä tunnu kärsivän oireistaan. Muisti säilyy kohtalaisesti, hahmotuskyky ja lähimuisti yleensä parempia verrattuna Alzheimerin tautiin. Puhe usein normaalia.</p> <p><b>Kognitiiviset oireet:</b> Heikentynyt päättelykyky, puhe voi olla ympäröivää, joskus afasiaa.</p> <p><b>Fyysiset oireet:</b> Toiminnanohjauksen heikentyminen joka näkyy suunnittelun ja abstrahoinnin vaikeutumisena ja impulsiivisuutena.</p> <p><b>Käytöshäiriöt:</b> Persoonallisuuden muutokset - estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyttömyys. Puheet ja teot voivat olla seksuaaliväritteisiä.</p> <p><b>Syitä ja riskitekijöitä:</b> Noin puolella sairastuneista on lähisuvussa tautitapauksia.</p>

### 3.3 Dementoituneen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät

Dementia heikentää ikä-ihmisen toimintakykyä monialaisesti. Dementiaan liittyy niin kognitiivisen, sosiaalisen kuin fyysisenkin toimintakyvyn heikkeneminen. Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä itsenäisesti arkisessa elämässään, työssään, vapaa-ajallaan ja muissa tavanomaisissa tehtävissään. Dementoituneen henkilön toimintakyky on usean eri tekijän summa. Dementoiva sairaus, vanhuksen mahdolliset muut sairaudet ja toiminnanvajavuudet sekä niiden hoidossa käytetyt lääkkeet, ympäristö ja sosiaalinen tilanne vaikuttavat siihen, kuinka dementoi-



tunut selviytyä tai kuinka hän kokee selviytyvänsä. (Viramo & Eloniemi-Sulkava 2001, 25.) Tärkeää olisi tunnistaa dementoituneen ihmisen dementoivasta sairaudesta johtumattomat toimintakykyä heikentävät tekijät, jotta niitä voitaisiin hoitaa tavoitteellisesti (Dementiamaailma 2000, 27).

Dementian vaikeusaste vaikuttaa toimintakyyn. Lievässä dementiassa vanhus ei enää pysty monimutkaisiin, älyllisiä kykyjä vaativiin tehtäviin. Hän pystyy kuitenkin asumaan kotonaan, mikäli saa säännöllistä apua päivittäisiin tehtäviin. Keskivaikeassa dementiassa vanhukselta ei enää onnistu useimpien muistamista vaativien tehtävien suorittaminen ilman apua. Kotona asuminen on mahdollista ainoastaan päivittäisen valvonnan ja avun turvin. Vaikeassa dementiassa vanhus ei enää kykene yksinkertaistenkaan päättelyä ja muistamista vaativien tehtävien suorittamiseen ilman apua. Dementoitunut on laitoshoidon tarpeessa, sillä häntä joudutaan auttamaan jatkuvasti ja valvomaan päivittäistoiminnoissa. (Vallejo Medina ym. 2006, 280.)

### **3.4 Dementoituneen hoito ja kuntoutus**

Dementiaoireisen ihmisen hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kuntoutus. Kuntoutuksella tuetaan toimintakykyä, elämänlaatua sekä jäljellä olevien voimavarojen käyttöä ja osallistumista mielekkäisiin toimintoihin. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan ammattihenkilöstön toimintatapaa jossa dementiaa sairastavan ihmisen toimintakyky ja voimavarat otetaan huomioon ja tuetaan hänen selviytymistään, hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan yksilöllisesti. Dementoituneen ihmisen kuntoutuksen tulisi toteutua tavoitteellisesti, tarkoituksenmukaisena jatkumona. Kuntoutuksen jatkumoon kuuluu ensitieto, sopeutumisvalmennus, neuvonta ja ohjaus, erilaiset terapiat, apuvälineet, päivätoiminta sekä kuntouttava lyhyt- ja pitkäaikaishoito. (Sormunen & Topo 2008, 81–82.)

Heimonen ja Qvick (2002, 6) kirjoittavat, että kuntouttava työote, säilyneiden voimavarojen ja kykyjen ylläpitäminen ovat hoitoa ohjaavia periaatteita. Kuntouttava työote vaatii henkilökunnan sitoutuneisuutta, motivoituneisuutta, uteliaisuutta ja

oivallusta. Dementoituvalla on oikeus osallistua mielekkääseen aktiviteettiin jonka tavoitteena on ylläpitää ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä sekä antaa onnistumisen elämyksiä ja nautintoa. Aktiviteetin järjestäminen on keskeinen keino myös itsetunnon, omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemisessa. Myös Eloranta & Punkanen (2008, 124) toteavat dementoituneella ihmisellä olevan oikeus mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan päivittäin. Sormunen ja Topo (2008, 82) jatkavat, että kuntoutuksen tavoitteita asetettaessa on otettava huomioon muistisairauden erityispiirteet ja vaikeusaste sekä yksilölliset lähtökohdat. Kuntoutus pohjautuu aina dementoituneen ihmisen toimintakyvyn arviointiin, dokumentointiin ja toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden kartoittamiseen. Oikea-aikaisuus kuntoutuksessa on tärkeää. Kuntoutuksen vaikuttavuudesta löytyy tutkittua tietoa. Dementiaa sairastavat ihmiset hyötyvät säännöllisestä liikunnasta, tasapaino- ja kävelykuntoutusryhmiin osallistumisesta, kuntosalitoiminnasta sekä aktivoivasta ryhmätoiminnasta.

### **3.5 Dementiatyön eettinen ulottuvuus**

Dementoiva sairaus ei tee ihmisestä merkityksetöntä, muistuttaa Taina Semi (2001 a, 50), vaan hän on edelleen ainutkertainen. Työntekijällä on tärkeä rooli dementoituneen identiteetin tukemisessa. Eettisen toiminnan perusta toteutuu hoitamalla dementoitunutta vanhusta niin kuin haluaisi itseään hoidettavan. Hyvän työtiimin ja -yhteisön avulla on mahdollista löytää keinoja, joilla dementoituneen tavoitteellinen hoito ja ihmisarvoinen elämä toteutuvat. Esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian hoito tapahtuu ihmisen intiimeillä alueilla ja arvostavaa suhtautumista hoidettavaan ei saa unohtaa. Hoitajan epäkunnioittava ja kiireinen käytös voi provosoida dementoituneessa vanhuksessa levottomuutta (Semi 2001 b, 54).

Dementiatyössä itsemääräämisen periaate on erityisen tärkeä. Kun vanhus ei enää kykene päättämään omista asioistaan, aletaan häntä hyvin herkästi pitää hoidon kohteena ja kaikenlaiseen päätöksentekoon kyvyttömänä. On varottava hoitorutiinia, jossa vanhuksen puolesta päätetään yksinkertaisimmatkin asiat. Kokonaisvaltaisuuden periaate puolestaan painottaa, että dementoitunut säilyy sai-

raudessaankin yksilönä. Sekä vanhuksen tarpeiden tyydytys, toiminnallisuuden ja toimintakyvyn säilyminen, että hoitoyksikön filosofia ja henkilöstön osaaminen ovat laadun näkökulmia. (Vallejo Medina ym. 2006, 301.)

Alzheimer-keskusliitto on julkaissut vuonna 1995 Dementoituneiden oikeudet – asiakirjan, jotka perustuvat Virginia Bellin ja David Troxellin vuonna 1994 esittämiin dementoituneiden oikeuksia koskeviin suosituksiin. Myös kansainvälinen Alzheimer-järjestö on julkaissut nämä oikeudet. Oikeudet on tarkoitettu otettavaksi huomioon ammattihenkilöstön toiminnassa, jotta dementoituneen ihmisen asema yhteiskunnan tasavertaisena jäsenenä toteutuisi ja hoidon laatu olisi hyvää. Jokaisella dementoituvalla on oikeus:

1. Saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen
2. Saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa
3. Säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista
4. Tulla kohdelluksi aikuisena
5. Tuntee, että hänet otetaan vakavasti
6. Olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista
7. Asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon
8. Olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa
9. Käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella
10. Saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan jokapäivä
11. Kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen
12. Hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituvan ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta

(Esim. Heimonen & Qvick 2002, 4)

Useimmiten viestintä on alue, jossa näkyy dementoituneen hoidon huono laatu ja hoidollinen kaltoinkohtelu, kirjoittavat Vallejo Medina ym. (2006, 287) Sepäntiehen

viitaten. Dementoitunutta vahingoittava viestintä voi sisältää esimerkiksi seuraavia elementtejä: huijaaminen ja manipulointi, vanhuksen estäminen käyttämästä omia kykyjään, holhoaminen tai lapsena kohtelu. Vahingollista viestintää ovat myös vanhuksen puolesta päättäminen, ohi puhuminen, pilkkaaminen ja pelon tuottaminen uhkailemalla tai kovakouraisella käsittelyllä. Luokittelu ja leimaaminen sekä nimittely ovat hyvään hoitoon kuulumattomia asioita. Hoitaja ei voi puhua dementoituneesta esimerkiksi nimellä ”se vaeltelija”. Myös dementoituneen oireista puhuminen hänen läsnä ollessaan kuin tämä ei paikalla olisikaan, on väärin. Dementoituneen keskeyttäminen, halveksiminen, syyttäminen ja pakottaminen mainitaan myös huonoksi viestinnäksi. Dementoituneen kokemuksen ja todellisten tunteiden sivuutus merkityksettöminä ja toistuviin kyselyihin vastaamatta jättäminen voivat vahingoittaa vanhusta. (Vallejo Medina ym. 2006, 287.)

## 4 DEMENTIAAN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET

Dementia ei ole pelkästään muistin ja muiden älyllisten toimintojen rappeutumista. Sairauden edetessä alkaa muutoksia näkyä dementoituneen käyttäytymisessä ja tunne-elämässä esimerkiksi aggressiivisuutena, levottomuutena tai mielialan vaihteluina. Tällaisia dementian oireita on vakiintunut kuvaamaan termi non-kognitiiviset oireet eli käytösoireet, kuten Erkinjuntti ja Huovinen (2001, 178, 185) kirjoittavat. He toteavat, että dementoituneen elämänlaadun ja laitoshoitoon joutumisen kannalta käytösoireet ovat vaikutukseltaan jopa merkittävämpiä kuin muistihäiriöt. Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavat dementoituneen persoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitohenkilökuntaan, muu terveydentila, lääkitykset sivuvaikutuksineen, hoitoympäristö ja dementiasairauden luonne.

Dementiaan liittyvistä käytösoireista tavallisimpia ovat Vatajan (2001, 94–95) mukaan masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet sekä syömishäiriöt. Käytösoireita esiintyy kaikissa dementiaa aiheuttavissa sairauksissa. Noin 90 prosenttia kaikista dementiaa sairastavista kärsii jossakin sairautensa vaiheessa haitallisista käytösoireista, ja oireet kuuluvat niin lievään kuin vaikeaankin dementiaan. Vallejo Medinan ym. (2006, 275, 281) mielestä dementoiviin sairauksiin kuuluu aina tyypillisiä käytösoireita sekä psyykkisiä oireita. Ne viestivät sairausprosessien laajuudesta ja etenemisestä sekä siitä, miten dementoitunut henkilö kulloinkin kokee elämänsä ja ympäristönsä. Vaikeat käytösoireet johtavat helposti väkivaltaisuuksiin ja katastrofikohtauksiin sekä itsemurhavaaran lisääntymiseen.

Käytösoireiden ymmärtämättömyys johtaa ymmärtämättömään hoitamiseen, esimerkiksi sitomiseen. Monet kummalliset ja henkilökunnassa stressiä aiheuttavat käytösoireet selittyvät esimerkiksi elämänsä aikana tehdyistä töistä: vanha metsuri iloitsee korkeiden huonekasvien kaatamisesta ja entinen pesulatyöntekijä kokee työkseen muiden asukkaiden pyyhkeiden keräämisen. Viime vuosina on alettu kiinnittää huomiota siihen, miten hoitoympäristö ja hoitotoiminta voivat vaikuttaa

käyttösoireitten käynnistymiseen. Valtataistelut, dementoituneeseen kohdistuvat ylimoitetet vaatimukset, kriittisyys, toistuva muistuttaminen, aggressiivinen lähestyminen ja keskeisistä perustarpeista huolehtimisen laiminlyönti provosoivat käyttösoireita. Kivut ja muut epämukavuutta tuottavat tuntemukset, joita dementoitunut ei osaa tuoda julki, voivat myös käynnistää käyttösoireita. (Vallejo Medina ym. 2006, 282.)

#### **4.1 Käyttösoireiden syitä ja taustoja**

Sulkavan, Viramon ja Eloniemi-Sulkavan (2007, 14) mukaan käyttösoireiden taustalta löytyy yleensä neurokemiallisia ja -patologisia muutoksia. Tärkeimmät käyttösoireita selittävät tekijät ovat sairastettava dementoiva sairaus ja sen vaikeusaste sekä siitä aiheutuvat kognitiiviset muutokset. Osa dementoituneiden käyttösoireista, kuten virhetulkinnat, syntyvät dementiaa aiheuttavan sairauden kognitiivisten häiriöiden pohjalta. Osaan oireista, kuten depression ja aggressioon, vaikuttavat puolestaan yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt. Heimonen ja Voutilainen (2006, 61) kiteyttävät, että käyttäytyminen on dementoituvan ihmisen tapa ilmaista itseään, se on hänen kielensä. Dementoituva voi käytöksellään esimerkiksi purkaa toiminnan tarvettaan, ilmentää omaa epävarmuuttaan tai hakea turvallisuuden tunnetta.

Ympäristö jossa dementoitunut elää, muovaa ja pahimmillaan jopa synnyttää käyttösoireita. Yleensä käyttösoireet ovat vähäisempiä tutussa ja turvallisessa ympäristössä, kuten kotona. Tuttukin ympäristö voi kuitenkin dementoituneesta tuntua vieraalta ja aiheuttaa eksynyttä oloa ja harhaluuloja muistuttavia pelkoja. Kanssaihmissen asenteilla ja ympäristön tunnelmalla on merkitystä. Hoitohenkilökunnan epäarvostava, dementoitunutta ymmärtämätön tai pakottava suhtautuminen aiheuttaa herkästi käyttösoireita. Myös hoitopaikan henkistä ilmapiiriä heikentävät ihmishuhdeongelmat ja kiireisyys altistavat käyttösoireille. Vuorokauden ajallakin on merkitystä - usein alkuillasta esiintyy oireita. Käyttösoireisiin vaikuttavien ympäristötekijöiden selvittäminen kuuluu tärkeänä osana perusselvityksiin. Varsin usein käy-

tösoireen syy tai sen laukaissut tekijä löytyy ympäristöstä ja siitä kuinka dementoitunut sen tulkitsee. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2007, 14, 16.)

#### **4.2 Masennus, apatia, ahdistuneisuus ja levottomuus**

Masennus eli depressio voi etenkin sairauden alkuvaiheessa liittyä tiedostettuun henkisten kykyjen jatkuvaan taantumiseen ja parantumattomaan sairauteen (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 179). Tyypillisiä masennukseen viittaavia piirteitä dementiaa sairastavalla ovat esimerkiksi seuraavat: surullinen ja ahdistunut ilme, itkuisuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja levottomuus (Vataja 2001, 96). Vallejo Medina ym. (2006, 282) lisäävät, että Alzheimerin taudissa tyypillinen masennus voi ilmetä tuskaisuutena, touhuiluna, jatkuvana tyytymättömyytenä ja levottomuutena. Apatialla puolestaan tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation menettämistä. Apaattiset ihmiset ovat olemukseltaan passiivisia ja aloitekyvyttömiä. Apatia voi olla osa masennusta, mutta sitä esiintyy usein myös itsenäisenä oireistona. Apatia on yleisyydestään huolimatta huonosti tunnettu dementiaa sairastavien käytösoire. (Vataja 2001, 96.) Apatia myös sekoitetaan usein masennukseen. Monissa dementiamuodoissa se on yksi ensimmäisistä käytösoireista ja dementoituneiden läheiset kokevat sen usein rasittavampana kuin liiallisen aktiivisuuden tai levottomuuden. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 180.)

Ahdistuneisuusoireet dementoituneilla ovat neljä kertaa suuremmat kuin samankäisillä ei-dementoituneilla, kirjoittaa Vataja (2001, 96–97). Tavallisesti ahdistuneisuuteen liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo. Dementoituneet kokevat ahdistuneisuusoireita tyypillisesti odottelutilanteissa, kuten omaista odotellessa tai lääkärin vastaanottoa edeltävänä päivänä. Levottomuus, eli agitatio, on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä. Oireita ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen, raapiminen, esineiden särkeminen, keräily ja piilottaminen, huutaminen, kiroilu, vaeltaminen, karkailu, hoitajan varjostaminen sekä katastrofireaktio. Erkinjuntti ja Huovinen (2001, 180) valottavat, että näiden oireiden taustalla on yleensä jokin selittävä tekijä, kuten pelko, masennus tai stressi ja tähän puuttamalla oireilua voidaan vähen-

tää. On kuitenkin tärkeää muistaa, että motorinen levottomuus saattaa aiheutua myös neuroleptilääkityksen, joskus masennuslääkityksenkin sivuvaikutuksista.

Katastrofireaktiolla tarkoitetaan äkillistä levottomuusoireistoa, jollaisen valtaan dementoitunut voi joutua kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. Tällöin ympäristöstä tulevat ärsykkeet tuntuvat turhauttavilta ja pelottavilta. Yleensä katastrofireaktio on joko itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus. Tavallisimmin näitä kohtauksia esiintyy arkisissa tilanteissa, esimerkiksi pukeutumisessa ja peseytymisessä avustamisessa, kun asiakasta kosketellaan. Pahimmillaan levottomuuteen liittyvä aggressiivisuus voi johtaa hengenvaarallisiin tilanteisiin. (Vataja 2001, 96–97.)

### **4.3 Psykoottiset oireet**

Dementoituneiden psykoottisilla oireilla tarkoitetaan Erkinjuntin ja Huovisen (2001, 182) mukaan harhaluuloja ja aistiharhoja, jotka poikkeavat esimerkiksi skitsofreniapotilaiden oireista. Laajat ja oudot harhat kuten kuvitelmat demonien vainosta, ovat harvinaisia. Psykoottiset oireet ovat tavallisia keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla. Toisaalta dementian varhaisvaiheessa ilmaantuvat näköharhat ovat Lewyn kappale- dementian tärkeä diagnostinen merkki. Psykoottisia oireita ei kuitenkaan esiinny Alzheimerin taudin loppuvaiheessa, jolloin vaikeasti rappeutuneet aivot eivät voi enää tuottaa psykoottisia oireita. Näkö- ja kuuloharhat ovat tavallisia dementoituneilla, joilla on heikko näkö tai kuulo. Tällöin yksi hoitotapa oireisiin on muuttaa ympäristöä selkeämmin aistittavaksi esimerkiksi huolehtimalla hyvästä valaistuksesta. Dementoituneiden harhaluulot ovat usein tavaroiden varasteluun tai puolison uskottomuuteen liittyviä. Varastamisharhaluulon syntymistä edistää se, että ihminen on huonomuistinen ja hukkaa tavaroita, mutta lisäksi vaaditaan harhaluuloinen ajatuksenmuodostus. Psykoottisista oireista väärintunnistaminen tarkoittaa esimerkiksi peilissä näkyvän hahmon kuvittelemista todelliseksi ihmiseksi, tai ajatusta siitä että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toisiksi. Tässä käytösoireessa psykoosilääkkeistä voi olla hyötyä. Dementian ennusteen kannalta



psykoottisten oireiden ilmaantuminen on usein huono merkki, sillä ne viittaavat sairauden nopeaan etenemiseen. (Vataja 2001, 97–98.)

#### **4.4 Persoonallisuuden muutokset ja seksuaaliset käytösoireet**

Dementian edetessä sairastuneen persoonallisuuden jotkin piirteet, kuten mustasukkaisuus tai pelokkuus, saattavat korostua. Yhtä hyvin voi ilmentyä aivan uusia piirteitä; aikaisemmin pahansisäinen ihminen voi muuttua kiltiksi. Tyypillisintä tällainen persoonallisuuden muutos on frontotemporaalisissa degeneraatioissa, mutta sitä esiintyy myös muissa dementioissa. Muutokset persoonallisuudessa voivat näkyä esimerkiksi sosiaalisten normien rikkomisena, estottomuutena, epäsiisteytenä ja rivoa käyttäytymisenä. Dementiaan voi usein liittyä sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen. Suhteellisen harvinaista on hyperseksuaalisuus, jota esiintyy noin 15 prosentilla laitoshoidossa olevista. Hyperseksuaalisuus ilmenee esimerkiksi häiritsevänä kosketteluna, julkisena masturbointina tai seksuaalisina ehdotteluina. Seksuaaliset käytösoireet eivät yleensä esiinny hallitsevina oireina, vaan lyhyinä jaksoina. Hyperseksuaalisuutta eivät ole esimerkiksi kyvyttömyys puheutua, minkä voisi tulkita paljasteluksi, tai hoitajan luuleminen omaksi vaimoksi. (Vataja 2001, 98–99.)

Seksuaalisuus säilyy dementoituessakin varsin pitkään ja vanhus ilmentää sitä itselleen ominaisin tavoin, kirjoittavat Valleja Medina ym. (2006, 293). Dementoituneen seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin huomiotta jättäminen, ikävöinti ja emotionaalisen tuen ja läheisyyden puute voivat johtaa epäasialliseen käyttäytymiseen eräänlaisena lohduttautumistoimintana. Seksuaalinen häiriökäyttäytyminen ilmenee sekä puheina että toimintana. Dementoitunut saattaa hakea seksuaalipartneria tai riisuutua yhtäkkiä. Epäasiallinen seksuaalikäyttäytyminen johtaa usein siihen, että muut alkavat pitää näin käyttäytyvää henkilöä epämiellyttävänä. Tällöin hän saa entistä vähemmän läheisyyttä ja hellyyttä osakseen, mikä lisää epäasiallisen käyttäytymisen todennäköisyyttä.

#### 4.5 Uni-valverytmin häiriöt

Dementiaa sairastavien unihäiriöt ovat levottomuuden ja psykoottisten oireiden lisäksi tärkeimpiä laitoshoitoon johtavia käytösoireita. Kyse ei niinkään ole unen puutteesta, vaan vuorokausirytmien muuttumisesta. Tyypillisin muutos on lisääntynyt vuoteessa vietetty kokonaisaika. Tällöin ihminen nukkuu paljon päiväsaikaan ja yöunen suhteellinen määrä jää pieneksi. Yöllisiä heräämisiä on paljon ja niihin voi usein liittyä sekavuutta ja pelokkuutta. Tavallisesti uni-valverytmien taustalla on ahdistuneisuutta, levottomuutta tai masennusta. Myös somaattiset sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta ja lääkehoidot voivat olla taustatekijöinä. Lyhytvaikutteiset unilääkkeet saattavat aiheuttaa aamuyön heräämisiä ja pitkävaikutteiset puolestaan nukuttavat vielä päivälläkin johtaen alkuyön pirteyteen. Dementiaa sairastavien käytösoireet lisääntyvät tai ovat vaikeimmillaan usein alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. Tätä kutsutaan auringonlaskuilmiseksi, eli sundown-ilmiseksi. (Vataja 2001, 98–99.)

#### 4.6 Vaeltelu

Vaeltelulla tarkoitetaan dementoiviin sairauksiin liittyvää liiallista ja liian usein tapahtuvaa kävelyä. Kyseessä voi olla tutun ja turvallisen paikan etsiminen, joskus stressin lievityskeino. Liiallisena vaeltelu voi heikentää vanhuksen ravitsemustilaa, nestetasapainoa ja yleistä hyvinvointia. Vaeltelu myös altistaa väsymiselle, eksymisille ja erilaisille tapaturmille. Oireena vaeltelu on usein lähinnä kävelyä, mutta siihen voi liittyä myös muunlaista tekemistä kuten tavaroiden keräilyä tai kätkemistä. Vaeltelu lisääntyy usein iltaa kohden ja sitä myötä kun dementia etenee. Vaeltelua voivat lisätä myös ulkoiset ärsykkeet. Kahden paikan välinen, melko harvinaisen vaeltelun muoto näyttää puhkeavan yleensä ahdistavissa tilanteissa ja on tyypillistä joillekin vanhuksille esimerkiksi ruokailutilanteissa. Kaikelle vaeltelulle on luonteenomaista, että sen estäminen lisää vaeltelua ja voi helposti johtaa katastrofireaktioon. Perimmäistä syytä vaeltelulle ei ole pystytty löytämään. Näyttäisi, että se voi liittyä esimerkiksi ympäristöön liittyviin fyysisiin ja sosiaalisiin tekijöihin tai

ulostamisen tarpeeseen silloin, kun vanhus ei osaa tuoda tarvetta julki. (Vallejo Medina ym. 2006, 289–290.)

## 5 KÄYTÖSOIREIDEN HOITO

Dementian aiheuttamien käytösoireiden hoitaminen on hyvän hoidon tärkeä osa (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2007, 5). Tässä luvussa kuvaamme käytösoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja, joista tarkemmin paneudumme kehittämistyössämme käytettyihin TunteVa-menetelmään ja muistelutyöhön.

### 5.1 Käytösoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja

Dementiaan liittyvien käytösoireiden hoidossa on tavallisesti aiheellista soveltaa sekä psykososiaalisia hoitomuotoja, että määrätä lääkehoitoa. Käytösoireiden hoidossa hoitolinja tulisi valita käytösoireen syyn ja arvioinnin pohjalta. Arvioinnissa selvitetään, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, onko sillä yhteys potilaan ympäristöön tai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. Käytösoireita pitää hoitaa, kun ne rasittavat sairastunutta tai heikentävät sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä. Hoito on aiheellista myös silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita. (Koponen & Saarela 2001, 463.)

Koposen ja Saarelan (2001, 464) mukaan käytösoireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat muun muassa seuraavat: psykososiaaliset hoitomuodot, psykomotoriset terapiat, musiikkiterapia ja muut luovat terapiat, sekä virkistys- ja muu toiminta. Lisäksi dementoitunutta hoitavalle omaiselle suunnatut tukitoimet ovat yksi hoitokeino. Psykososiaalisiin hoitomuotoihin kuuluvat tunne-elämää tukevat ja kognitiivisesti suuntautuneet lähestymistavat, joita ovat realiteettiterapia ja validaatiomenetelmä. Hoitomuotoja ovat myös virikkeitä painottavat terapiat sekä käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen muokkaaminen, joihin kuuluvat behavioraaliset terapiat.

Virikkeitä painottavissa hoitomuodoissa, kuten virkistystoiminnassa, musiikki-, tanssi- ja taideterapiassa pyritään tuottamaan mielihyvän kokemuksia. Musiikkiterapiassa on havaittu, että vaikeastikin dementoituneet henkilöt saattavat reagoida musiikkiin. Sen on myös havaittu lisäävän aktiivista käyttäytymistä ja vähentävän

levottomuutta. (Koponen & Saarela 2001, 466.) Tähän lisäävät Erkinjuntti ja Huovinen (2001, 184), että yleensäkin kaikenlainen päiväaikainen toiminta kuuluu hyvään lääkkeettömään hoitoon. Tapahtumien ei tarvitse olla suuria tuottaakseen iloa, esimerkiksi lapsivieras tai eläinystävä saattaa tuoda elämyksiä.

Behavioraaliset hoitomuodot puolestaan pyrkivät siihen, että ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä pyritään poistamaan, ja itse oirekäyttäytymiseen kiinnitetään mahdollisimman vähän huomiota. Psykomotorisissa hoitomuodoissa käytetään yksinkertaisia aktiviteetteja, kuten pelejä ja urheilullisia elementtejä. Näitä voivat olla esimerkiksi isot ja pienet pallot. Keskeisiä tavoitteita ovat aktivointi, sosiaalisen kanssakäymisen säilyttäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Tunne-elämää tukevissa ja kognitiivisesti suuntautuneissa hoitomuodoissa korostetaan konkreettista tukea antavaa ja turvallisuutta lisäävää vuorovaikutusta. Dementoitunutta rohkaistaan puhumaan kokemuksistaan ja turhautumisistaan hänet hyväksyvässä ilmapiirissä. Masennusoireista kärsiville dementoituneilla suositellaan esimerkiksi erilaisia liikuntamuotoja ja rauhoittavaa muistelua. Muistelussa pyritään siihen, että dementoitunut kokisi mielihyvää ja hänen identiteettinsä vahvistuisi. (Koponen & Saarela 2001, 466–467.)

Realiteettiterapiassa dementoituneen sosiaalista eristäytymistä pyritään ehkäisemään tukemalla hänen orientaatiotaan aikaan ja paikkaan. Realiteettiterapiaa pyritään soveltamaan pääasiassa silloin, kun se näyttää lisäävän potilaan kokemusta siitä, että hän ei ole menettänyt kaikkien omien asioidensa hallintaa. Validaatiomenetelmässä osoitetaan ymmärtämystä dementoituneen kokemuksille samalla kun pyritään vähentämään psyykkistä stressiä. Validaatiotyyppinen lähestymistapa on koettu monissa hoitoyhteisössä hyväksi, mutta arviointeja sen vaikuttavuudesta käytösoireisiin on vain vähän. (Koponen & Saarela 2001, 467.)

## **5.2 TunteVa-menetelmä**

TunteVa-menetelmä edustaa validaatiotyyppistä lähestymistapaa käytösoireiden kohtaamiseen. TunteVa on suomalainen validaatiomenetelmä, jossa on kyse ar-

von antamisesta ja totena pitämisestä. Tämä tarkoittaa, että hyväksytään dementoituvan ihmisen tunnetila, kuunnellaan sitä aidosti ja vastataan samalla tunteella. Ihmisen dementoituessa hänen älyllinen suorituskykynsä heikkenee, mutta tunteet säilyvät loppuun asti. Empaattinen ihminen osaa usein kohdata ihmisen luontevasti, mutta TunteVa-menetelmä sisältää tekniikoita, joita voidaan myös aivan tietoisesti opetella ja oppia. (TunteVa... [Viitattu 1.11.2009]) TunteVa-menetelmä pohjautuu validaatiomenetelmään. Sana validaatio tulee englannin kielen sanasta valid, arvonsa mukainen, voimassa oleva. Yhdysvaltalainen sosiaaliterapeutti Naomi Feil kehitti validaatiomenetelmän muistihäiriöisten vanhusten kohtaamisen apuvälineeksi vuosina 1963-1980 (Feil 1993, 8.) Validaatiomenetelmää käytetään monissa hoitolaitoksissa Suomessa, Ruotsissa, Keski-Euroopassa, Italiassa, Australiassa, Amerikassa ja Japanissa. (TunteVa... [Viitattu 1.11.2009])

### **5.2.1 Validaatiomenetelmästä TunteVa-menetelmään**

Naomi Feil kehitti validaatiomenetelmän työskennellessään Montefiorin vanhainkodissa. Hän yritti auttaa vaikeasti dementoituneita vanhuksia kohtaamaan todellisuuden ja olemaan ryhmätilanteessa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Feil joutui kuitenkin toteamaan, että hänen tavoitteensa olivat epärealistisia – jokainen dementoitunut vanhus oli täysin omissa maailmassaan. Vanhukset vetäytyivät sisäänpäin tai tulivat vihaisiksi aina, kun heidät yritettiin palauttaa todellisuuteen. Vuosien tarkkailun ja kokemuksen myötä Naomi Feil kehitti validaatiomenetelmän, joka tarkoittaa laaja-alaista teoriaa iäkkäistä muistihäiriöisistä. Menetelmän avulla voidaan luokitella muistihäiriöisten käyttäytymistä. Se sisältää myös joukon erityisiä tekniikoita, joiden avulla on mahdollista auttaa dementoituvia vanhuksia palauttamaan arvokkuutensa. Validaation tavoitteena ovat omanarvon tunteen palautuminen, stressin väheneminen ja tunne oman olemassaolon oikeutuksesta. Se auttaa myös löytämään ratkaisuja menneisyyden selvittämättömiin ristiriitoihin. Validaation käytöllä pyritään lisäksi rauhoittavien lääkkeiden ja fyysisten pakotteiden tarpeen vähenemiseen sekä sanallisen ja sanattoman kommunikaation lisääntymiseen. Menetelmällä voidaan edistää fyysisen hyvinvoinnin lisääntymistä ja estää ”sikiövaiheeseen” vajoamista. (Feil 1993, 8,12, 14.)

Naomi Feil vieraili Suomessa 1990-luvun alussa Vanhustyön Keskusliiton vieraina. Tampereen Kaupunkilähetys ry otti tämän vierailun myötä Suomessa vastuun validaatiokoulutuksesta. Se solmi sopimuksen validaatiokoulutuksen keskusorganisaation, Validation Training Instituten, kanssa ja alkoi opettaa validaatiota. Kaupunkilähetys ry:n, Sopimusvuoren ja muutamien muiden tahojen ja oppilaitosten toimesta koulutettiin suuri joukko validaatiotyöntekijöitä. (Lumijärvi 2006, 37.) Tampereen Kaupunkilähetys irtautui vuoden 2006 alusta Validation Training Institutesta. Samalla validaatiota alettiin kehittää suomalaisen kulttuuri- ja hoitotähtämisen sekä uusimman tutkimustiedon pohjalta eteenpäin. Validaatioon sisällytettiin muun muassa yhteisöhoidon näkökulmaa ja samalla validaation sijaan otettiin käyttöön nimi TunteVa-menetelmä. (TunteVa... [Viitattu 1.11.2009].

### 5.2.2 Dementian etenemisen vaiheet Naomi Feilin mukaan

Naomi Feil määrittelee dementian etenemistä neljän eri vaiheen kautta. Hän puhuu disorientaatiosta eli taantumisesta. Ensimmäinen vaihe on *malorientaation vaihe*. Malorientaation vaiheessa oleva vanhus on lievästi dementoitunut. Tässä vaiheessa oleva ihminen tiedostaa satunnaisen muistamattomuutensa, mutta kieltää sen keksimällä hyviä selityksiä. Myös tunteet ovat kielletty. Hän takertuu nykytodellisuuteen, pysyttelee ajan tasalla, syyttää toisia ja saattaa epäillä kanssaihmissään esimerkiksi varastelusta. Fyysisen reviirin varjelu on malorientaatiovaiheessa tärkeää; noin puolen metrin päähän kehosta ulottuvalle alueelle ei tule tunkeutua, eikä malorientoitunut ihminen pidä kosketuksista ja läheisyydestä. Hän arvostaa tilanteiden viileää hallintaa, eikä pidä kiinteästä katsekontaktista. Hän haluaa olla turvassa, eikä halua paljastaa haavoittuvuuttaan. Pystyäkseen säilyttämään kontrollin hallintakyvyn pettäessä, hänestä tulee ”hamstraaja”. Hän kerää kaikkea mahdollista – nappeja, nenäliinoja, sanomalehtiä ym. Malorientoitunut ihminen puolustaa itseään ja tarvitsee peitetarinoita muistamattomuutensa tueksi. Hoitajan ei tule paljastaa hänen puolustuskeinojaan, ettei hänen arvokkuutensa tulisi riistetyksi. Hän tarvitsee näitä käyttäytymismalleja selvittääkseen. Hän tarvitsee

lähelleen ihmisen, joka ei väittele hänen kanssaan, vaan joka ymmärtää tuomitsematta. (Feil 1993, 53, 56–58.)

Toinen dementian vaihe Feilin mukaan on *ajan tajun hämärtyminen* – älyllisen, loogisen ajattelukyvyyn häviäminen. Kyseessä on keskivaikeaa dementiaa sairastava vanhus. Tässä vaiheessa menetetään kosketus nykyhetkeen ja aletaan elää muistoissa. Ihminen kohdistaa energiansa menneisyyden ratkaisemattomien konfliktien selvittämiseen, jolloin kokee hyödyllisyyden ja mielihyvän tunteita. Yksi tunne laukaisee toisen. Aikuisen hallintakeinot, sosiaaliset taidot ja kommunikointikyvyt häviävät. Ihminen palaa perustunteisiin, joita ovat rakkaus, viha ja pelko. Hän kuitenkin muistaa miellyttäviä tunnemuistoja lapsuudesta ja tietää, kuka on aito ja kuka teeskentelee. Sääntöpelit, kuten bingo, eivät onnistu enää dementian tässä vaiheessa. Hoitajan tulee tiedostaa vanhuksen yleisinhimilliset pelot ja tarpeet – pimeään pelon, kuoleman pelon, yhteenkuuluvuuden ja merkityksen kokemisen tarpeen sekä rakkauden kaipuun. Hoitajan ei pidä väheksyä vanhuksen itkua toteamalla: ”hän vain kerjää huomiota”. (Feil 1993, 59–61.)

Kolmatta dementian vaihetta Feil nimittää *toistuvien liikkeiden vaiheeksi*. Tässä vaiheessa dementia on vaikeaa. Puhe ei enää ole selkeää, kehon eri osista tulee symboleja ja liikkeet korvaavat sanat. Vanhus vaeltaa edestakaisin, sormet ja kädet takovat, hakkaavat, taputtavat jne. Vanha nainen voi keinutella itseään ja muistaa, kuinka äiti nukutti häntä. Vastaavasti nainen voi tuudittaa omaa kättään, joka on hänen kokemusmaailmassaan hänen oma lapsensa. Jos vanhus tuntee olevansa sidottu, hän pukeutuu ja riisuutuu alituisen tunteakseen itsensä vapaaksi. Hänellä ei ole enää kykyä tai halua ajatella, mutta motivoituna hän kykenee palauttamaan syvään juurtuneita sosiaalisia rooleja. Kolmannessa vaiheessa oleva ihminen ei reagoi vuorovaikutukseen, ellei käytetä samanaikaisesti läheisyyttä, arvostavaa kosketusta, lämmintä äänensävyä ja katsekontaktia. (Feil 1993, 62–64.)

Neljännän, eli viimeisen vaiheen Feil on nimennyt *sikiövaiheeksi*. Vanhus sulkee ympäröivän maailman täysin ulkopuolelleen ja luopuu yrityksestä ratkaista keskeneräiset asiat. Hän ei tunnista läheisiään, ei ilmaise tunteita tai osoita minkäänlaista aktiviteettia. Ei ole mitään keinoa tietää, mitä hänen sisällään liikkuu. Jos



toistuvien liikkeiden vaiheessa on käytetty runsaasti rauhoittavia lääkkeitä, fyysisiä pakotteita tai yritetty orientoida todellisuuteen väkisin, Feilin mukaan ihminen usein vetäytyy sikiövaiheeseen. Auttamalla vanhusta aikaisemmissa vaiheissa työntekijä ehkäisee etenemisen sikiövaiheeseen. (Feil 1993, 65–66.)

### 5.2.3 Teoria validaation taustalla

Validaatiomenetelmän taustaolettamukset pohjautuvat behavioristisen, analyyttisen ja humanistisen psykologian peruseräisiin. Yksi tärkeimmistä taustalla vaikuttavista teorioista on Erik Eriksonin elämänkaaripsykologia, jonka mukaan laiminlyöty tehtävä vaatii tulla huomioituksi myöhemmässä vaiheessa. Feilin mukaan dementoituvat käsittelevät aikaisemmin elämässään koettuja pettymyksiä ja menetyksiä vanhuudessa, yrittäen etsiä ratkaisua niihin. Dementoituvaa hoitavan tulee auttaa vanhusta ratkomaan näitä pettymyksiä ja antaa hänen tunteilleen oikeutuksen. (Feil 1993, 14–15.) Myös Sipola (2001, 105) toteaa, että jokaisella ihmisen kehitysvaiheella on oma kehitystehtävänsä, joka hänen tulisi kohdata ja työstää tarvittavissa määrin. Elämänsä myöhemmissä vaiheissa ihminen käy läpi keskeneräisiä tehtäviä. Iäkkäillä ihmisillä voi näin ollen olla suuria taakkoja harteillaan. Keskenjääneet asiat vaativat työstämistä ja käsittelyä ennen kuolemaa. Siksi vanhus kääntyy ikääntyessään ja kuoleman lähestyessä sisäiseen maailmaansa, eikä hän jaksa enää kiinnostua itselleen epäolennaisista asioista. Ikääntyessä aistit heikkenevät, mikä omalta osaltaan helpottaa sisäiseen maailmaan kääntymisen prosessia. Menneisyyden ja nykyisyyden on helpompi sekoittaa, kun vanhus näkee ja kuulee huonommin.

Validaation teoriat ja tekniikat perustuvat malleihin, joita ovat esimerkiksi Carl Rogersin asiakaslähtöisyys ja toisen käyttäytymisen hyväksyminen, sekä Sigmund Freudin ajatus, ettei ihmistä voi muuttaa ellei hän ole itse valmis siihen ja omaa siihen tarvittavia kognitiivisia edellytyksiä. Yksi tärkeä teoriaperusta on myös S. Zuckermanin olettamus ihmisen pyrkimyksestä saavuttaa sisäinen tasapaino. Kaikilla ihmisillä – myös dementoituneilla – on tietyt perustarpeet. Olennaista on, miten nämä tarpeet tyydytetään ja miten elämä rakennetaan niiden varaan. Perus-

tarpeita on luokiteltu esimerkiksi Maslowin tarvehierarkiassa. Naomi Feil jakaa ihmisen perustarpeet seuraavasti: tarve tuntee olevansa turvassa ja rakastettu; tarve olla hyödyllinen, työtä tekevä, aktiivinen; sekä tarve ilmaista tunteita ja tulla kuuluksi. (Sipola 2001, 106, 108.)

Psykologiset periaatteet kuuluvat myös validaation periaatteisiin. Psykologiset periaatteet liittyvät tunteiden kohtaamiseen: Kielletyt tunteet voimistuvat tukahdutettuina ja piilotettuina. Kun tunteet tuodaan päivänvaloon, ne menettävät voimansa. Empaattinen kuunteleminen, validaatio, helpottaa vanhuksen henkistä pahaa oloa. Dementoituneen tunteet hellittävät, kun ne tiedostetaan, jaetaan ja niitä arvostetaan. Validaatiossa tiedostetaan, että vanhan ihmisen tunnetilojen kieltäminen ei muuta hänen käytöstään. (Feil 1993, 51–52.)

### **5.3 Muistelu käytösoireiden hoitomenetelmänä**

TunteVa-menetelmässä on lukemamme mukaan tärkeää tuntee dementoituneen vanhuksen menneisyyttä, jotta vanhuksen käyttäytymistä ja tunnetiloja olisi helpompaa tulkita. Muistelutyö voi olla hyvänä apuna menneisyyden selvittämisessä. Hakonen (2003, 130) kirjoittaa, että parhaimmillaan muistelu on dementoituneiden hoitotyössä osa arkipäivää. Muisteluryhmissä tavoitteet ovat strukturoidumpia ja pitkäjänteisempiä kuin muistelussa, mikä tapahtuu arkisten askareiden yhteydessä. Dementoituneen esiin tuomat arvokkaat muistot säilyvät, kun ne kirjataan hoitosuunnitelmaan elämänkaaritietoihin. Näin tiedot ovat käytettävissä myöhemminkin.

Muistelu tukee dementoituneen psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, mutta hän tarvitsee apua muistojensa kokoamiseen ja identiteettinsä vahvistamiseen. Dementoituneen elämäkokemusten ja tilanteiden muistelu auttaa myös työntekijää tunnistamaan, kuka dementoitunut vanhus on ihmisenä. (Dementiamailma 2000, 33.) Henkilökunta saa tietoa asioista, joiden muistelu on dementoituneelle erityisen ahdistavaa ja traumaattista. (Kivikoski 2002, 12). Muistelu on myös keino tukea dementoituneen vakaumusta. Juhlapyhiin liittyvät perinteet ovat tuttuja ja niihin

liittyy lämpimiä muistoja kodista ja vanhemmista. Kirkkovuoden ja vuodenaikojen luoma rytmi sekä niiden seuraaminen tuovat tuttuutta ja turvallisuutta. (Kivikoski 2002, 12.)

Muistoille merkityksen antaminen ja niiden muokkaaminen on välttämätöntä ihmisen psykososiaalisen kehityksen kannalta, kirjoittavat Heimonen ja Voutilainen (2001, 98–99). Muistojen äärellä ihminen rauhoittuu, kun saa vastakaikua tunteilleen ja kuulluksi tulemiselleen. Koskinen, Aalto, Hakonen ja Päivärinta (1998, 105) toteavat, että käymällä läpi mennyttä ikääntynyt rakentaa itselleen kokonaiskuvaa elämästään ja itsestään ihmisenä. Oman elämänsä arvioiminen ja sen hyväksyminen ovat olennaisia asioita, jotta voisi hyväksyä tiedon siitä, että elämä pian päättyy. Elämäntarkastelua ja muistelua on tulkittu kehitysvaihetheorioiden avulla (Hakonen 2003, 133). Näistä tunnetuin on Eriksonin elämänkaariajattelu. Eletyn elämän tarkastelu vanhuudessa on elämänkaariajattelun mukaan vanhuuden kehitystehtävän toteuttamista, eletyn elämän eheytymistä ja hyväksymistä. Muistelemista on pidetty onnistuneen vanhenemisen edellytyksenä. Eriksonin elämänkaariajattelu on myös TunteVan pohjalla olevan validaatiomenetelmän yksi periaate. Myös Koskisen ym. (1998, 185) mukaan muistelu voi toimia vanhuuden kehitystehtävänä. Se voi eheyttää ja toimia elämäntarkastelun keinona. Aiemmin eletyt vaikeatkin asiat, luopumiset ja menetykset saavat etäisyyttä ja ne pystytään hyväksymään sellaisina kuin ne ovat. Elämäntarinaansa kertoessaan ikäihminen luo omalle elämälleen merkityksiä ja tavoitteita.

Hakonen (2003, 131) kirjoittaa, että muistelu lähentää suhdetta työntekijän ja palvelukäyttäjän välillä. Kun muistelulle antaa tilaa, se voimaannuttaa ja antaa tunteen tasa-arvoisuudesta työntekijöiden kanssa. Muistelu myös tuo ikääntyneen oman äänen kuuluviin ja ylläpitää näin vanhuksen voimavaroja ja itsemääräämistä. Elämäntarinoitaan kertova asiakas tulee tutuksi, ja hänen näkemyksiään ja tavoitteitaan on näin helpompi ymmärtää. Tämä puolestaan lisää keskinäistä luottamusta. Vanha ihminen saa omia muistojaan kertoessa aktiivisen roolin, mikä poikkeaa siitä, että hän usein joutuu olemaan passiivinen hoivan vastaanottaja. Muistelu voi tukea identiteettiä ja itsearvostusta, ja itsetuntemuksen lisääntyminen antaa tunteen oman elämän hallinnasta.

Leonie Hohenthal-Antin kirjoittaa kirjassaan "Kutkuttavaa taidetta" muistelutyöstä muistihäiriöisten hoidossa (Hohenthal-Antin 2006, 101). Hänen mukaansa muistelutyö järjestettynä menetelmänä, jolle annetaan aikaa, on erityisen tärkeä laitoshoidossa oleville ikääntyneille. Hohenthal-Antin perustelee tätä siten, että laitoshoidossa olevalla ei useinkaan ole omia, vanhoja esineitä ympärillään, jotka muistuttaisivat menneestä. Harva pääsee myöskään ulkoilemaan tai tapaamaan ystäviään, joten spontaania muistelua ei juuri tapahdu. Hakonen (2003, 132) toteaa, että muistelu dementoituneiden ikäihmisten kanssa vaatii erityistä räätälöintiä. On otettava huomioon muistihäiriön laatu ja määrä ja sovellettava toimintaa niiden mukaan. Hyvä periaate on yrittää käyttää mahdollisimman monia aistikanavia hyödyksi. Tämä tukee kommunikaatiota ja aktivoi vielä jäljellä olevia voimavaroja.

## 6 VUOROVAIKUTUS DEMENTIATYÖSSÄ

Koskinen ym. (1998, 66–67, 173, 175) toteavat, että vanhustyössä kommunikointi ei ole vain tiedon välitystä, vaan se on mitä suurimmissa määrin tunteiden ja ajatusten välitystä. Vanhustyö kokonaisuudessaan voidaankin nähdä vuorovaikutuksena, jossa viestintä on keskeisessä asemassa. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa edellyttää erityistä huolellisuutta ja paneutumista vanhuksen tilanteeseen. Dementoivat sairaudet vaikuttavat ikääntyneen kykyyn tuottaa ja vastaanottaa puhetta, mikä luonnollisesti asettaa vaatimuksia vuorovaikutustilanteille. Yhteisen kielen löytäminen ja tapa viestiä vaikuttavat monin tavoin hoitosuhteeseen sekä koko hoitopaikan ilmapiiriin. Dementoitunut vanhus on herkkä tilanteiden herättämille tunteille ja sanattomalle viestinnälle. Jos dementoituvan vanhuksen vuorovaikutus ympäristön kanssa epäonnistuu, vanhuksella voi ilmetä käytösoireita. Hän voi tulla aggressiiviseksi, levottomaksi tai epäluuloiseksi ja hän voi alkaa toistella sanoja, huudella, vaeltaa ja vastustaa hoitotoimia.

Tässä luvussa esittelemme vuorovaikutusta dementiatyössä TunteVa-menetelmän näkökulmasta. Esittelemme vuorovaikutuksen keinoja erityisesti seuraavien TunteVa-menetelmän tekniikoiden kautta: tunteiden kuuntelu, kosketukset, peilaaminen, vanhuksen sanoman uudelleen muotoilu, avainsanojen ja avoimien kysymysten käyttö, aktiivinen kuuntelu ja laulaminen.

### 6.1 Dementoituneen puheviestinnän erityispiirteitä

TunteVa-menetelmää käytettäessä on lukemamme mukaan hyvä huomioida piirteitä ja ongelmia, jotka ovat ominaisia dementoituneiden puheviestinnälle. Dementoituneen ikäihmisen kommunikaatio-ongelmat ovat kaksisuuntaisia. Dementoituneen saattaa olla vaikeaa itse kommunikoida ja saada sanomaansa perille ja hänen on vaikea saada muiden viestinnästä selkoa. Ikäihmisellä ei enää ole selkeää kuvaa siitä, miten hyvin tai huonosti hän muistaa asioita ja mitä ylipäätään muistaa. Voi olla että ikäihminen ei esimerkiksi muista, mistä hetki sitten on puhuttu tai mitä häneltä on kysytty. Arviointikyvyn heikkenemisen vuoksi vanhus saattaa sa-

noa epäsovinnaisia asioita. Tällainen kritiikitön viestintä on tyypillistä frontaalidementioille. Sanaton viestintä yleensä kaventuu dementoivan sairauden myötä: dementoitunut joutuu ponnistelemaan tuottaakseen ilmeitä, eivätkä tunteet aina näy kasvoilla. (Vallejo Medina ym. 2006, 283.)

Dementoituneelle tyypillistä viestintää ovat *myöhästyneet kannanotot*: dementoitunut saa muodostettua ajatuksensa lauseen muotoon myöhässä ja haluaa esittää sen vielä, kun muut keskustelijat ovat jo edenneet asioissa pidemmälle tai vaihtaneet puheenaihetta. Tähän ovat syitä ajattelun ja puheen hitaus sekä vaikeus. *Kiertoilmaisut* ovat dementoituneen puheessa yleisiä ja niitä käytetään silloin, kun vanhus ei pysty muistamaan jonkin henkilön, asian tai esineen nimeä. Kiertoilmaisujen myötä syntyy myös *uudissanoja*, mikä tarkoittaa useammasta sanasta yhdistettyä uutta sanaa, esimerkiksi ksyliperijenka - purukumi. (Vallejo Medina ym. 2006, 284.)

*Eri elämänvaiheiden sekoittuminen ja menneessä eläminen* näkyvät dementoituneiden ihmisten viestinnässä. Kun vanhus ei muista missä on ja keitä ympärillä olevat ihmiset ovat, ovat *toistuvat kysymykset* usein yritystä hahmottaa ja tarkentaa omaa olemassaoloaan. Toistuvat kysymykset ilmaisevat kyvyttömyydestä muistaa äskettäin saatuja vastauksia ja usein niissä heijastuu vanhuksen turvattomuuden tunne. Myös *kehontunteet* kuvaavat turvattomuutta. Turvattomaksi olonsa kokeva vanhus voi esimerkiksi sanoa ”Mennään pois, täällä on kylmä”. (Vallejo Medina ym. 2006, 285.)

Alzheimerin taudin loppuvaiheelle tyypillisiä ovat *toistuvat huudot ja kirkuminen*. Tällaisia huutoja voivat olla esimerkiksi ”päästä, päästä” tai ”apua, apua tulkaa auttamaan”. Tyypillistä huutoilanteissa on se, että dementoitunut ei osaa selvittää mihin apua tarvitsee. Yleensä vanhus rauhoittuu hoitajan läsnäolosta. ”Päästä” - ilmaukset liittyvät aika usein todellisiin sidottuna olemisen kokemuksiin. Lewyn kappale -taudissa ja vaskulaarisessa dementiassa puolestaan esiintyy tahdotonta *pakkonaurua ja -itkua*, mikäli vaurio on tietystä osassa aivoja. Pakkoitku on tyypillisempää kuin pakkonauru ja tulee yleensä silloin, kun viestintä koskettaa demen-

toituneelle tärkeitä tai hänen tunnemaailmaansa liikuttavia asioita. Tästä vaivasta dementoitunut voi kärsiä varsin paljon. (Vallejo Medina ym. 2006, 285.)

*Riitelykohtaukset* ovat tyypillistä katastrofikäyttäytymistä. Dementoitunut saattaa syytellä tai nimitellä hoitajia ja muita asukkaita estoitta. Tavallista näissä kohtauksissa on myös kiroilu, kirkuminen ja päällekkäminen. Perussyynä kohtauksille on se, että vanhuksen kognitiivinen kyvykkyys on heikentynyt. Myös ympäristön ylivirikkeellisyys tai tylsyys voi aiheuttaa kohtauksia. (Vallejo Medina ym. 2006, 285.) Dementian edetessä pidemmälle ja puheen köyhtyessä esiintyy *lakonista puhetta*. Lakoninen puhe muodostuu yksinkertaisista ja lyhyistä lauseista, toteamuksista, tokaisuista, huudahduksista tai käskyistä. Usein lausahdukset ovat työntekijöiden tai muiden asukkaiden ulkonäköön liittyviä suorasukaisia kommentteja. Dementoivien sairauksien erikoislaadun vuoksi lakonisen lauseen sisältö voi myös olla väritynyt esimerkiksi seksuaalisesti tai muuten sopimattomasti.

*Kirkkaat hetket* ovat puolestaan yllättäen tulevia loogisen ja järkevän puheen hetkiä henkilöllä, jonka päivittäinen suoritustaso ei enää vastaa kirkkaan hetken suoritustasoa. Kirkkaat hetket havaitaan parhaiten kielellisessä kommunikaatiossa. Pitkälle dementoitunut ihminen voi tuottaa yllättävän loogisia ja hänelle normaalia pidempiä lausumia ja tokaisuja, mutta yleensä kirkkaan kommunikaation jakso on lyhytkestoinen. (Vallejo Medina ym. 2006, 284–285.)

## 6.2 Tunteiden merkitys

Dementiaoireiden seurauksena dementoituneen realiteettien ymmärtäminen vaikeutuu ja tilannehallinta heikkenee. Vanhus herkistyy aistimaan ympäristönsä suhtautumista ja tunnelmaa. Suunnitelmallinen ja looginen ajattelu ei enää onnistu, ei myöskään hankalien tunteiden peittäminen ja elämän aikana opittu normien mukainen käyttäytyminen. (Eloniemi-Sulkava 2001, 33.) Koska vanhus ei enää kykene peittämään hankalia tunteitaan, hoitajan on paras antaa tunteille tilaa. Tunteva-menetyksessä, eli validaatiossa, puhutaan paljon tunteista. Kommunikointi tapahtuu usein tunteiden avulla, ja hoitajan tuleekin kuulla tunne eikä niinkään välttämättä sanoja ja niiden ehkä virheellistä viestiä. (Lumijärvi 2006, 41.)

Dementoitunut ihminen kokee maailmansa tunteillaan. Pahimmillaan ympäristö tuntuu kaoottiselta, sekavalta ja pelottavalta (Dementiamailma 2000, 18.) Esimerkiksi syyllisyys, kuolemanpelko, rangaistuksenpelko ja hylätyksi tulemisen pelko aiheuttavat suurempaa ahdistusta dementoituneelle kuin ei-dementoituneelle, koska hän ei kykene käsittelemään niitä (Kivikoski 2002, 8). Dementoitunut tuntee olonsa turvalliseksi, mikäli häntä ymmärretään ja häneen suhtaudutaan asiallisesti. Ymmärtämistä auttaa dementoituneen elämänhistorian tunteminen ja tieto sairauden vaikutuksista minäkuvaan. Dementoituneen elämänhistorian tunteminen on perusta dementoituneen vanhuksen hyvälle ja yksilölliselle hoidolle. Elämänhistorian tunteminen auttaa käsittämään dementoituneen käyttäytymisessä piilevän perimmäisen viestin. Omaisten rooli on tietojen antamisessa tärkeä.

Tunne- ja tunnelmamuistin luonteesta ei ole yhtä paljon tietoa ja teorioita kuin muista muistijärjestelmistä, mutta tietoa tunteiden muististakin on. Dementoituneella voi esimerkiksi rakkauden tunne tulla voimakkaaksi kokemukseksi, vaikka vanhus ei tunnista rakkautensa kohdetta. Tietty tilannevihje, joka joskus on ollut tärkeä ja merkityksellinen, voi aikaansaada sekunneissa selittämättömän hyvänolon tunteen. Pelko voi myös vallata mielen tai osattomaksi jääminen ahdistaa muistikuvan aktivoimana. Dementoitunut voi sanoittaa voimakkaan huolen tai turvattomuuden tunteen kaipaamalla äitiä. Tällöin työntekijä voi sanoa esimerkiksi ”Voinko minä pitää sinusta huolta?” ja tukea sanomaansa molemmille osapuolille sopivalla kosketuksella. (Ymmärrä... 2002, 27.)

### **6.3 Kosketukset ja sanaton viestintä vuorovaikutuksen apuna**

Naomi Feil on kehittänyt validaatiomenetelmään erityiset kosketukset, joita käytämällä vuorovaikutus dementoituneen vanhuksen kanssa voi helpottua. Yksi esimerkki näistä kosketuksista on äidillinen kosketus: kun kämmenen alasyrjällä tehdään kevyesti pyörivää liikettä poskipäillä, herää vanhuksessa tunne, että ”äiti pitää huolta”. (Feil 1993, 82.) Hoitajan tulee kuitenkin katsoa, voiko koskettaa. Kaikki eivät halua kosketusta, etenkin lievässä dementian vaiheessa. (Validaatiotekni-



kat, liite 6.) Sanaton viestintä vuorovaikutuksessa on tärkeää. Esimerkiksi lämmin hymy ja rakastava kosketus ovat keskeisiä vuorovaikutuksen keinoja. Omalla keholla voi myös näyttää esimerkkiä, mitä vanhuksen pitäisi tehdä vaikkapa ruokailussa tai hampaspesulla. Hyväksyvä kehoviestintä voi myös laukaista dementoituneen arkuutta ja jännitystä ja sitä kautta parantaa myös puheen onnistumista. On tärkeää tulkita dementoituneen tunteita ja kehonkieltä, ei pelkästään puhetta (Vallejo Medina ym. 2006, 286, 486.)

Kehonkielen tulkinta nousee esiin myös TunteVa-menetelmän periaatteissa. TunteVa-menetelmässä käytetään yhtenä tekniikkana peilausta, eli hoitaja jäljittelee vanhuksen kehon kieltä omalla kehon kielellään. (Validaatiotekniikat). Peilaamiseen kuuluu vanhuksen hengityksen rytmin, käsien ja jalkojen liikkeiden myötäily, sekä silmien ja mahdollisesti myös äänen peilaus. Hoitajan tulee kuitenkin muistaa, ettei kyseessä ole leikki. (Feil 1993, 83.)

Vallejo Medina ym. (2006, 285) painottavat, että on tärkeää pyrkiä ylläpitämään kaikkia dementoituneen viestintätaitoja. Itsetunnon lasku ja pelko väärinymmärrykseksi tulemisesta voivat vähentää vanhuksen kommunikaatiohalukkuutta. On tärkeää, että dementoitunut voi kommunikoida turvallisessa tunneilmastossa. Vanhuksen elämäkulusta ja muistoista kiinnostuminen viestii dementoituneelle, että häntä arvostetaan. Vanhuksen tulee saada tukea itsetuntonsa säilyttämiseen ja viestintätaitojen ylläpitämiseen, hänen tulee saada kokea olevansa hyväksytty ja voivansa säilyttää yhteytensä muihin ihmisiin silloinkin, kun hän on jo sanallisen kommunikaation tavoittamattomissa.

#### **6.4 Äänensävyt ja oikeanlaiset kysymykset**

Viestinnässä dementoituneen kanssa auttaa, kun ensin herättää tämän mielenkiinnon ja hakee katsekontaktin. On tärkeää, että ikäihminen näkee koko ajan puhujan kasvojen ilmeet ja suunliikkeet. Suunliikkeitä voi tehostaa huulipunaa käyttämällä. Dementoituneen oman nimen toistaminen puhutellessa on keino keskittymisen ylläpitämiseksi, opastavat Vallejo Medina ym. (2006, 286) ja neuvovat hidas-

tamaan puherytmiä ja madaltamaan ääntä, mutta välttämään liian kovaan ääneen puhumista. Mikäli tuntuu siltä, että dementoitunut kuulee huonosti, kannattaa madaltaa jonkin verran ääntä ja puhua rauhallisesti. Asian voi toistaa kerran, jos tuntuu, ettei vanhus ole ymmärtänyt. Jos toistaminen ei auta, voi asian uudelleenmuotoilu ja ydinsanojen korostaminen auttaa. (Ymmärrä... 2002, 47.) Lisäksi dementoituneen nimen toistamista käytetään. Sen sijaan vältetään hoitajan oman nimen tuomista esiin – hoitajan nimellä ei välttämättä ole mitään merkitystä dementoituneelle. (Validaatiotekniikat.)

Dementoituneen vanhuksen kanssa keskustellessa on TunteVa-menetelmän periaatteiden mukaan tärkeää esittää oikeanlaisia kysymyksiä. Hoitajan tulee käyttää avoimia kysymyksiä – kuka, mitä, kuinka, milloin, koska jne. Kysymyksiä toistetaan tarvittaessa. (Validaatiotekniikat.) Hoitaja kuulostelee dementoituneen käyttämiä sanoja ja käyttää samantapaisia ilmaisuja kuin dementoitunut vanhus vastatesaan hänelle. Validoiva ohjaaja ei kysy ”miksi tai minkä tähden”. Miksi-kysymys saattaa tuntua dementoituneesta syyttävältä. Myös ”älä ja ei” ovat huonoja sanoja dementoituneelle, sillä dementoitunut itse kokee toiminnallaan olevan aina tarkoituksen, vaikka ohjaajan tai hoitajan näkökulmasta toimi olisi haitallista. Näissä tapauksissa tulisi puuttua asiaan myönteisesti, eikä missään nimessä tehdä tilanteesta pakottavaa. (Lumijärvi 2006, 31, 41.)

Myös Sipola (2001, 111) toteaa, että validoiva hoitaja ei kiistele eikä rauhoittele. Sen sijaan hän kysyy avoimia kysymyksiä asiasta, jota vanhus ilmaisee. Työntekijä muotoilee vanhuksen puheen uudelleen ja myötäilee tunnetilaa myös omalla olemuksellaan ja äänellään. TunteVa-menetelmän tekniikoissa käytetään myös avainsanojen toistoa (Validaatiotekniikat). Keskusteltaessa dementoituneen vanhuksen kanssa, poimitaan vanhuksen käyttämiä avainsanoja. Aktiivista kuuntelua tarvitaan, jotta avainsanat löytyisivät ja vanhuksen viestittämä tunnetila tulisi saavutetuksi. Aktiivinen kuuntelu puolestaan edellyttää täydellistä keskittymistä vanhukseen, ja hoitajan omien tunteiden laittamista sivuun

Dementoituneen kanssa puhuttaessa on tärkeää käyttää yksinkertaisia lauseita. Asian ydin kannattaa sijoittaa lauseen alkuun, perustelevat ja täydentävät asiat

puolestaan kerrotaan pääviestin jälkeen. Näin toimitaan siksi, että dementoituneen keskittymiskyky ei ehkä riitä pitkien lauseiden loppuun asti, neuvovat Vallejo Medina ym. (2006, 47). Dementoituneelle on hyvä antaa vain yksi vaihtoehto kerrallaan ja puhua vain yhdestä asiasta yhdessä lauseessa. Asia kuitenkin on hyvä sanoa muutamalla sanalla, sillä sanat auttavat ymmärtämään toistensa merkitystä. Tärkeää on myös käyttää dementoituneelle tuttuja, arkipäivän sanoja. Tässäkin vanhuksen elämänhistorian tunteminen auttaa. (Ymmärrä... 2002, 47.) Dementoitunut voi nauttia esimerkiksi tutuista runoista sekä lauluista ja siksi saattaa osallistua niihin paremmin, kuin arkipuheeseen. Lähdekirjallisuuden pohjalta voimme sanoa esimerkiksi laulun olevan TunteVa-menetelmässä erittäin käyttökelpoinen tekniikka vanhuksen tunnetilan ymmärtämiseen ja parempaan vuorovaikutukseen.

## 6.5 Työntekijän rooli

Dementoituvaa ihmistä hoitavan on syytä olla selvillä dementoivien sairauksien aiheuttamista erilaisista viestimisen ongelmista pystyäkseen vuorovaikutukseen. Yksittäisen vanhuksen viestimisen tyypillisistä piirteistä ja viestimisen tasosta sekä sen tukemisesta olisi hyvä olla kirjallisia dokumentteja hoitoyksikössä. Vanhuksen viestinnästä tulisi myös raportoida päivittäin. Eläytyminen dementoituneen kokemusmaailmaan vaatii jatkuvaa kuuntelua ja hänen elämänkaarensa tuntemista. Elämänkaaren tunteminen auttaa myös ymmärtämään vanhuksen viestien sisältöä. (Vallejo Medina ym. 2006, 285–286.)

Työntekijän itsetuntemuksella on tärkeä merkitys hyvän vuorovaikutussuhteen rakentumisessa dementoituneen kanssa. Dementiaoireyhtymien luonteesta johtuu, että toimivan kommunikoinnin syntyminen jää usein työntekijän vastuulle. Itsetuntemus, tasapainoinen suhde itseensä sekä vuorovaikutustilanteen monitasoinen ymmärtäminen ovat työntekijän avaimia yhteisymmärrykseen. Työntekijän negatiivisesti latautuneet uskomukset voivat johtaa ylenmääräiseen yrittämiseen ja tekemiseen. Dementoituneen heikentyneet kyvyt puolestaan eivät tätä mahdollista, jolloin seurauksena voi olla ahdistuneisuus ja levottomuus. Hoidollisen vuorovaikutuksen ja viestinnän laaja ja yksityiskohtainen tieto auttaa työntekijää jäsentämään

kommunikoinnin tilanteita ja luo myös mahdollisuuden oppia jatkuvasti arkipäivän tilanteissa. (Ymmärrä... 2002, 7-8.)

Kyky asettua dementoituneen tilanteeseen ja ratkaista rakentavasti arjen moninaisia ongelmia edellyttää käsitystä siitä kuka ja millainen vanhus on henkisiltä ominaisuuksiltaan sekä nyt sairastuneena, että aikoinaan terveenä. On tärkeää ymmärtää mitä sairastuminen juuri tälle vanhukselle merkitsee, miten henkisten toimintojen muutokset ja neuropsykologiset erityishäiriöt haittoineen vaikuttavat sekä millaista vuoropuhelua tunteet käyvät hoitajan ja dementoituneen välillä. Usein on suorastaan välttämätöntä tietää millainen on dementoituneen sisäinen maailma, jossa tämä kokemuksellisesti elää. Hoitotyössä voi tarkka havaintojen tekeminen olla avain dementoituneen vahvuuksiin ja heikkouksiin. On tärkeää tietää, mihin vanhus pystyy ja mitkä suorituskyvyn rajoitteet estävät toiminnan. Säröjä voi syntyä hyvässäkin yhteistyösuhteessa, jos vanhukselta vaaditaan sellaista, mihin hänellä ei ole edellytyksiä. (Ymmärrä... 2002, 7.)

Dementoituneen puheista välittyvät kokemukset ja tuntemukset tulee ottaa todesta, huomauttavat Vallejo Medina ym. (2006, 286). Jos vanhus esimerkiksi suihkuhuoneessa toteaa että hänellä on rumat sukkahousut, ei ole mitään syytä kieltää hänen todeksi kokemaansa asiaa. Usein dementoituneen kommunikaatiota parantaa hyvien tunnemuistojen aktivointi, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että tuttujen kuvien katselu ja tuttujen laulujen laulaminen näyttävät parantavan sanojen löytymistä.

Mikäli dementoitunut unohtaa mitä oli puhumassa tai eksyy aiheesta, häntä voi auttaa palaamaan aiheeseen toistamalla, mitä vanhus on sanonut käsitellystä aiheesta. Kieltolauseet ja päättelykykyä vaativat lauseet ovat dementoituneelle vaikeita ymmärtää. Ohje tulee siis sanoa suoraan, esimerkiksi mieluummin ”Mennään sisälle” kuin ”Älä ole ulkona, täällä ei tarkene”. Kannattaa kysyä kysymyksiä, joihin voi vastata ”kyllä” tai ”ei” tai käyttää niitä kuvaavia eleitä. (Ymmärrä... 2002, 47.) Työntekijän kannattaa siis mieluummin kysyä esimerkiksi ”Otatko vaaleaa vai tummaa leipää?” kuin ”Minkälaista leipää haluaisit syödä?” (Helkala & Sulkava 2001, 30). Kun dementoituneen tarkkaavaisuus häiriintyy helposti tai jos hän esit-

tää huomautuksia esimerkiksi hoitajien ulkonäöstä, voi auttaa vaikkapa huomion kohdistaminen johonkin tuttuun kuten huonekaluihin, kukkiin tai tauluihin. Mieli voi rauhoittua ja kommunikointi sujua rauhallisesti. (Ymmärrä... 2002, 12.)

Useimmin käytettyjä toimintamalleja vuorovaikutuksen parantamisessa dementoituneen kanssa ovat rauhallinen keskustelu siitä, mikä vanhuksella on hätänä, kosketus, ajan antaminen, yhä uudelleen ja uudelleen vastaaminen, vaihtoehtoisen toiminnan järjestäminen ja huomion kiinnittäminen muuhun. Huomion kiinnittäminen muuhun siirtää keskustelua pois ahdistavista asioista ja laukaisee aggressiota. (Koskinen ym. 1998, 175.) On myös muistettava, että dementoitunut tarvitsee aikaa muotoilla ajatuksia ja puheitaan. Kiire tulee siis unohtaa keskustelun ajaksi ja viestiä se myös kehonkielellä. (Ymmärrä... 2002, 47.)

Dementian etenemisen kaikissa vaiheissa on ensisijaisen tärkeää rakentaa luottamus dementoituneen ikäihmisen ja ohjaajan välille sekä saada aikaan turvallinen olo. Vain luottamuksellisessa ilmapiirissä ihminen voi ilmaista sisimpiä tunteitaan. (Lumijärvi 2006, 41.) Dementoituneelle voi viestittää turvallisuutta keskustelemalla rauhallisesti, ilmaisemalla keskittymistä, huolenpitoa ja välittämistä sekä olemalla sanoissaan rehellinen ja aito. Joskus on tarpeen olla ”lempeän luja”, mutta pakottava ei saa olla, vaan viestiä turvallista tilannehallintaa. Positiivisten ominaisuuksien näkeminen ja niihin keskittyminen on tärkeää. Huumori voi olla hyvä keino laukaista haasteellisen käyttäytymisen tilanne. (Dementiamailma 2000, 30.) Myös hoitajan luovuus voi ratkaista haasteellisia tilanteita. Esimerkiksi laulaminen tai vanhojen muistelu pesulle mennessä voivat auttaa tekemään tilanteesta miellyttävämmän. (Lumijärvi 2006, 32.)

## 7 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme on osa Demke-hanketta. Kyseessä on Pirkanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla toteutettava hanke, johon osallistuu Etelä-Pohjanmaalla kolme dementiayksikköä - Seinäjoella Kissanpäivät, Kuortaneella Kanervakoti ja Ilmajoella Lepolan muistiyksikkö. Projektin tarkoituksena on huomioida dementiaa potevan ihmisen usein monivuotinen asuminen laitoksessa. Päämäärinä ovat laadukas elämä sekä jaksava ja ammattitaitoinen henkilöstö. Työntekijät kaipaavat arkeen - esimerkiksi kommunikaatio-ongelmiin - konkreettisia työvälineitä. Kehittämisen lähtökohdana Demke-hankkeessa ovat asukkaiden yksilölliset tarpeet ja henkilökunnan toiveet. Tavoitteita ovat niin asukkaiden, omaisten kuin työntekijöidenkin hyvinvoinnin lisääntyminen turvallisuutta tuovien menetelmien kautta, jotka voivat liittyä esimerkiksi muisteluun, elämyksiin ja virikkeellisyyteen.

Opinnäytetyömme tavoite oli luoda toimintatapoja, joiden avulla henkilökunnan vuorovaikutus dementoituneiden, käytöshäiriöistä kärsivien asukkaiden kanssa helpottuisi. Tämä tavoite muotoutui kehittämistyön kuluessa, ja se asetettiin tekemiemme havaintojen, asiantuntijapalaverien sekä hoitajille tekemämme haastattelun pohjalta. Työmme konkreettisiksi tavoitteiksi nousivat seuraavat asiat:

- TunteVa-menetelmän esittely Lepolan hoitajille
- Muisteluryhmätoiminnan pilotointi
- Tietopakettimaisen kansion tuottaminen Lepolaan.
- Kokemuksien kerääminen TunteVa-menetelmän käytöstä ja muisteluryhmän ohjaamisesta lomakkeilla ja fokusryhmähaastattelulla

Kuten edellä mainittiin, Demke-hankkeen tavoitteita olivat esimerkiksi konkreettisten työvälineiden saaminen työntekijöille ja asukkaiden hyvinvoinnin lisääntyminen turvallisuutta tuovien menetelmien kautta. Näihin teemoihin opinnäytetyömme tavoitteet vastasivat mielestämme hyvin.

## 7.1 Lepolan muistiyksikkö

Teimme opinnäytetyömme Lepolan muistiyksikköön. Ilmajoen vanhainkotipäiväkeskuksessa Kotokartanossa sijaitseva Lepolan muistiyksikkö on tällä hetkellä ainoa dementiayksikkö Ilmajoella. Lepola on 14-paikkainen yksikkö. Yksi paikoista on intervallipaikka tilapäisiä asukkaita varten. Intervallipaikalle voi tulla esimerkiksi omaishoidettava jonka puoliso tarvitsee lepoa, tai huonossa kunnossa oleva dementoitunut, jonka pärjäämistä muistiyksikössä kokeillaan. Intervallijaksot ovat usein noin viikon mittaisia. Jokaisella asukkaalla on omahoitaja, jonka tehtävänä on esimerkiksi huolehtia tiedonkulusta asiakkaan ja tämän omaisten välillä, sekä huolehtia hankinnoista mikäli asukas tarvitsee vaikkapa uusia vaatteita. Lepolassa on kahdeksasta yhdeksään vakituista työntekijää. Aamuvuorossa on kolme, iltaja yövuorossa kaksi työntekijää.

Lepolassa on asukkaiden ilona Santtu-kissa, joka on ollut muistiyksikössä pennusta asti. Kissa on monelle asukkaalle tärkeä: sen touhuja seurailaan ja sille säästetään ruokailun yhteydessä voileivästä osa. Käytävillä on asetettu tauluja ja joitakin vanhoja huonekaluja, kuten kiikkustuoli. Yhteisessä oleskelutilassa on viherkasveja, kukkia pöydillä, istuimia ja pöytiä, sekä viihdykkeenä cd-radiosoitin ja televisio. Sanomalehti tuodaan päivittäin oleskeluhuoneeseen. Lepolassa asukkaiden huoneet ovat kahden pitkähkön käytävän varrella. Huoneet ovat yhtä lukuun ottamatta yhden hengen huoneita, yksi huone on tarkoitettu kahdelle hengelle. Käytävillä on lukittujen ulko-ovien takana turvallista ja avaraa niidenkin liikkua, jotka eivät voi lähteä ulkoilemaan. Joka kuukausi tulee seurakunnasta työntekijä pitämään hartaushetken, johon Lepolan asukkaiden on mahdollista osallistua. Myös muita yhteisiä tapahtumia ja juhlia pidetään kaikkien Kotokartanon yksiköiden voimin, esimerkiksi joulun aikaan joulujuhla.

## 7.2 Toimintatutkimus ja toiminnallinen opinnäytetyö

Toimintatutkimus on yksi laadullisen tutkimuksen laji. Vilkan mukaan (2007, 70) toimintatutkija on samaan aikaan tutkija, ihminen ja muutostavoitteinen aktivoija.

Tutkijan roolissa hän kerää tutkimusaineistoa tutkimukseensa. Hän toteuttaa aktiivisen ja osallistavan toimintansa aikana osallistuvaa havainnointia ja haastattelee kohdeyhteisön jäseniä. Näiltä osin oma tutkimuksemme noudattaa toimintatutkimuksen periaatteita. Olemme tehneet osallistuvaa havainnointia työharjoittelusamme Lepolassa ja haastatelleet hoitajia. Vilkka (2007, 70) toteaa edelleen, että aktivoivassa osallistuvassa havainnoinnissa tutkija kerää havainnointiaineistoa tutkimuksen eri vaiheissa: havainnot kerätään ennen kuin tutkittavassa kohteessa on tapahtunut muutosta. Sen jälkeen kerätään havainnot muutostoiminnan aikana. Viimeiseksi tutkija kerää havaintonsa muuttuneesta tilanteesta. Tämäntyypistä havainnointia teimme tutkimuksemme aikana. Havainnoimme ensin alkutilannetta työharjoittelumme aikana. Kehittämistyön kuluessa esittelimme Tunteva-menettelmää hoitajille ja pilotoimme muisteluryhmän. Tutkimuksen aikana kyselimme, ovatko hoitajat käyttäneet TunteVa-menettelmää ja ohjanneet muisteluryhmiä. Lopuksi kyselimme vielä lomakkeella ja loppuhaastattelussa, miten kehittämistyömme muutti Lepolan arkea, vai muuttiko lainkaan.

Toimintatutkija on tutkijan roolin lisäksi ihmisen ja muuttajan roolissa. Hänen tulee olla tutkimuksen aikana muutostavoitteinen ja tutkimuskohdettaan ja sen jäseniä aktivoiva (Vilkka 2007, 70.) Nämä ominaisuudet näkyivät kehittämistyössämme, kun tavoitteenamme oli saada hoitajat parantamaan vuorovaikutusta asukkaiden kanssa TunteVan avulla. Niin ikään yritimme aktivoida hoitajia järjestämään muisteluryhmiä asukkaille. Voisi siis todeta, että tutkimustyömme oli eräänlaista toimintatutkimusta. Kuitenkin mielestämme vielä paremmin opinnäytetyöprosessiamme kuvaa toiminnallisen opinnäytetyön termi.

Toimintatutkimus ei ole sama asia kuin toiminnallinen opinnäytetyö. Se, mikä erottaa toiminnallisen opinnäytetyön toimintatutkimuksesta, on tutkijan asiantuntijuus. Toiminnallista opinnäytettään valmistavat ammattikorkeakoululaiset tekevät usein fyysisen tuotoksen tai kehittävät jotakin ammatillista toimintaa. Toiminnallisen osuuden ohessa opiskelijat kirjoittavat tuotosta ja kehittämisprosessia koskevan raportin. Raportissa ei kuitenkaan käydä toimintatutkimuksen edellyttämää alan tieteellistä ja yhteiskunnallista keskustelua, vaan se toimii pikemminkin opiskelijan ammatillisen tiedon, taidon ja sivistyksen näytteenä fyysisestä tuotoksesta tai



opiskelijan kehittämistä toiminnasta. Lisäksi toimintatutkimus edellyttää kehittämismenetelmien hallintaa ja asiantuntijan aktiivista tukea muutostilassa. Tutkijalla on toimintatutkimuksessa erittäin vastuullinen rooli, kun taas opinnäytteessä opiskelija on vasta kehittymässä asiantuntijaksi. (Vilka 2007, 76–77.) Olimme opinnäytetyöprosessin aikana tietoisia siitä, että emme ole vanhustyön asiantuntijoita. Pehdyimme TunteVa-menetelmään ja dementoituneiden muisteluryhmien ohjaamiseen, mutta näissäkään emme olleet edes lähellä asiantuntijan osaamisen tasoa. Siksi toiminnallinen opinnäytetyö on mielestämme varsin perusteltu termi tutkimuksellemme.

### **7.3 Kehittämistyössä käytetyt aineistonkeruumenetelmät**

Aineisto opinnäytetyössämme oli varsin laaja. Käytimme seuraavia aineistonkeruumenetelmiä kehittämistyössämme:

- Havainnointi Lepolassa työharjoittelun aikana
- Lepolan hoitajien haastattelu ennen varsinaisen kehittämistyön alkamista, josta 27 sivua litteroitua aineistoa
- Lomake, jossa kysyimme tietoa haasteellisista tilanteista hoitajilta, jotka eivät osallistuneet haastatteluun
- Lomake, jossa pyysimme palautetta muisteluryhmän vaikutuksista
- Lomake, jossa hoitajat kertoivat, millaisissa tilanteissa ja miten olivat TunteVa-menetelmää Lepolassa kokeilleet
- Fokusryhmähaastattelu kehittämistyön jälkeen, josta kuusi sivua litteroitua aineistoa
- Päiväkirja kehittämishankkeesta, yhteensä 18 sivua
- Asiantuntijapalaverit Lepolassa, joihin osallistui lisäksi Lepolan hoitajia sekä Demke-hankkeen puolesta Sirkka-Liisa Palomäki ja Tiina Kohtamäki

## 7.4 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössämme teimme laadullista, eli kvalitatiivista tutkimusta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuus on moninainen, eikä sitä voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tämä täytyy muistaa laadullista tutkimusta tehdessä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkijan omat arvot muovaavat sitä, mitä ja miten hän pyrkii ymmärtämään tutkimiansa ilmiöitä. Objektiiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä, vaan tulokseksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Tutkimuksessamme näkyy selvästi kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Ensinnäkin aineisto on koottu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Toiseksi tiedon keruun instrumenttina ovat ihmiset. Lisäksi tutkimussuunnitelma on muotoutunut tutkimuksen edetessä ja aineiston hankinnassa on käytetty laadullisia metodeja. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2003, 126, 152, 155.)

## 7.5 Analyysimenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa, erityisesti kenttätutkimuksessa, analyysiä ei tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa, vaan pitkin matkaa tutkimuksen aikana. Kun aineistoa kerätään monissa vaiheissa ja usein rinnakkaisesti eri menetelmin, kuten haastatteluin ja havainnoiden, aineistoa myös analysoidaan ja kerätään osittain samanaikaisesti. (Hirsjärvi ym. 2003, 208.) Näiden periaatteiden mukaan myös me analysoimme kehittämistyömme tuloksia ja koko prosessia; kun vielä keräsimme aineistoa, samaan aikaan myös analysoimme jo tehtyjä havaintoja ja haastatteluja.

Analyysimenetelmän valinta työssämme oli haastavaa. Pohdimme pitkään, onko aineistolähtöinen sisällönanalyysi vai fenomenologinen lähestymistapa metodina parempi. Tuomen ja Sarajärven (2002, 102) mukaan fenomenologisen lähestymistavan voidaan sanoa olevan aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Fenomenologinen analyysimenetelmä saa soveltavan muotonsa kulloisenkin tutkimustilanteen mu-

kaan. Tutkimusaineistoa tarkastellaan koko ajan kokonaisuutena; yksittäisiä asioita peilataan kokonaisuuteen ja päinvastoin. Tutkimusaineistoa ei pelkistetä eikä tutkittavan kuvausta pureta analyysiyksiköihin kuten sanaan tai lauseeseen. Fenomenologisessa lähestymistavassa tutkijan merkityksenanto on keskeinen tutkimusväline ja merkitykset löytyvät tutkimusaineistosta tutkijan merkityksiä koskevan intuition avulla. Intuutiolla tarkoitetaan tässä merkitysten lukutaitoa. (Vilkkä 2005, 136,141.) Etenkin juuri tutkijan antamat merkitykset, intuitio ja tutkimusaineiston tarkastelu kokonaisuutena sopivat tutkimuksemme luonteeseen. Voi ajatella, että näkökulmamme tutkimukseen oli fenomenologinen, mutta itse aineiston analysoimisessa käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistoja analysoidessamme käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Vilkkä toteaa aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenevän seuraavasti: tutkija päättää aineiston keräämisen jälkeen, mitä tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Tämän jälkeen pelkistetään tutkimusaineisto: karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio. Tämä edellyttää tutkimusaineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Kokonaisuuden ryhmittely tehdään sen mukaan, minkälaisia ominaisuuksia, piirteitä tai käsityksiä analyysiyksiköstä löytyy. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen ryhmät nimitetään ryhmän sisältöä parhaiten kuvaavalla ”kattokäsitteellä”. (Vilkkä 2005, 140.) Tämän kaavan mukaan analysoimme saamiamme tuloksia. TunteVa-menetelmään liittyvät kokemukset analysoimme erikseen, ja muisteluryhmään liittyvät aineistot erikseen. Litteroituamme fokusryhmähaastattelun, karsimme epäolennaisia asioita pois ja aloimme etsiä merkityskokonaisuuksia. Lomakkeista poimimme samaan merkityskokonaisuuteen kuuluvat asiat.

Saamamme aineiston kohdalla suuri puute oli se, että aineisto jäi huomattavasti pienemmäksi, kuin mitä olimme olettaneet. Lomake muisteluryhmän ohjaamisesta oli sellainen, johon halusimme vain yhden vastauksen yhdestä muisteluryhmän ohjaamisesta. Kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä – lomake oli tarkoitettu jokaisen hoitajan täytettäväksi, mutta valitettavasti saimme takaisin vain yhden lomakkeen, jonka kaikki hoitajat olivat yhdessä täyttäneet. Saatuaamme tämän lo-

makkeen esitimme toivomuksen, että hoitajat täyttäsivät lomakkeita enemmän, mutta aineistomme jäi yhteen lomakkeeseen. Siksi lopuksi tehty fokusryhmähaastattelu oli mielestämme erittäin tarpeellinen. Saimme kattavampaa tietoa TunteVa-menettelyn käytöstä, mutta myös koko kehittämistyöstä.

## 8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Kehittämistyömme alkoi joulukuussa 2008, kun ensimmäisen kerran olimme Lepolassa asiantuntijapalaverissa. Olimme saaneet Lepolan yhteistyökumppaniksemme, kun ilmaisimme projektityöntekijä Sirkka-Liisa Palomäelle halukkuutemme osallistua Demke-hankkeeseen, ja esitimme Lepolaa opinnäytetyöpaikaksemme hankkeen kolmesta yksiköstä. Työmme eteni alkuvaiheessa pienin sykäyksin. Tarkoituksenamme oli kehittää jotain, joka vastaisi juuri Lepolan asukkaiden ja hoitajien tarpeisiin, ja juurtuisi myös pysyväksi toiminnaksi. Emme halunneet viedä Lepolaan ennalta päättämäämme toimintamallia tai menetelmää, joka ei välttämättä toimisikaan juuri siinä ympäristössä. Pohdimme pitkään kehittämistyömme tavoitteita ja menetelmiä, ja maaliskuussa 2009 tavoitteemme olivat asetetut.

### 8.1 Havaintojen ja haastattelun pohjalta kehittämistyön tavoitteisiin

Alkaessamme kehittämistyömme, saimme tutustua geronomiopiskelijoiden Demke-hankkeen puitteissa syksyllä 2008 tekemiin havaintoihin Lepolan arjesta. Opiskelijat olivat huomanneet erityisesti kaksi asiaa: asukkaat joutuvat odottelemaan paljon päivän aikana, kun hoitajilla on muita töitä, esimerkiksi pyykkien lajittelua. Toinen asia oli geronomien havainnoima ”tänne jätetty” – tunne, joka ilmeni asukkaissa etenkin hyvin aikaisin aamulla, kun kukaan hoitajista ei ehtinyt olla heidän kanssaan. Koska toisien opiskelijoiden tekemät havainnot eivät mielestämme riittäneet lähtökohdaksi kehittämistyöllemme, halusimme myös itse päästä havainnoimaan Lepolan arkea. Siksi teimme valtaistavien sosiaalityön menetelmien harjoittelun Lepolassa tammikuussa 2009.

Harjoittelun aikana havainnoimme sekä Lepolan asukkaita että henkilökuntaa. Huomasimme, että kaikista kuormittavimpia tilanteita olivat ne, joissa oli kyse demention aiheuttamien käytöshäiriöiden kohtaamisesta. Esimerkiksi tilanteet, joissa asukas oli aggressiivinen tai hyvin levoton. Tämän havainnointijakson aikana keuilimme TunteVa-menetelmää harjoittelumme puitteissa, ja menetelmän käytöstä

nousi positiivisia kokemuksia. Esimerkiksi hätäilevä, omaa paikkaansa etsivä asukas rauhoittui, kun sanoimme hänelle, että ”kyllä minäkin olisin hädissäni, jos en tietäisi mihin mennä”. Hänen tunteensa siis otettiin todesta, ja se auttoi siinä hetkessä. Havaitimme, että Lepolan hoitajilla on päivän mittaan paljon sellaisia töitä, joita tehdessä he joutuvat olemaan poissa asukkaiden luota. Tämä luo asukkaille juuri sitä ”tänne jätetty”-tunnetta, josta geronomit kertoivat havainnoissaan. Nämäkin työt on kuitenkin tehtävä - pyykit on järjesteltävä, raportit pidettävä ja päivän tapahtumat kirjattava. Kun hoitajat ehtivät istua asukkaan kanssa ja keskustella, se yleensä rauhoitti useimpia asukkaista. Saman olivat hoitajat itsekin todenneet. Hoitajat eivät luoneet kiireen tuntua tarkoituksella, vaan yrittivät parhaansa mukaan huomioida asukkaita. Lepolan hoitajat olivat toivoneet, että kehittäisimme heidän käyttöönsä jotain sellaista arkea helpottavaa ja rikastuttavaa toimintaa, jota he voisivat tehdä töidensä lomassa. Aika ei välttämättä riittäisi esimerkiksi erillisen viriketoiminnan järjestämiseen.

Harjoittelumme pohjalta ehdotimme Lepolan henkilökunnalle, että ottaisimme TunteVa-menetelmän kehittämistyömme yhdeksi menetelmäksi. Henkilökunta otti idean hyvin vastaan. Menetelmä oli vieras kaikille muille paitsi yhdelle hoitajalle, joka oli ollut muutamia vuosia sitten validaatiokoulutuksessa Seinäjoella. Esittelisimme menetelmän hoitajille, he saisivat kokeille menetelmän käyttöä, ja lopuksi kyselemme kokemuksia menetelmän käytöstä. Suuntasimme menetelmän käyttöä nimenomaan Lepolan tarpeisiin siten, että kyselimme haastattelulla ja lomakkeella hoitajilta heidän haasteelliseksi kokemia tilanteita asukkaiden kanssa. Hoitajien kuvaamat tilanteet liittyivät pitkälti käytöshäiriöihin, kuten aggressiivisuuteen ja hoitotilanteiden vaikeuteen asukkaan pistäessä vastaan. Myöhemmin kehitelimme TunteVa-menetelmän rinnalle myös muisteluryhmätoiminnon, joka tukisi validoivaa vuorovaikutusta. TunteVa-menetelmästä ja muisteluryhmän ohjaamisesta kokosimme kattavan tietopaketin kansion muotoon Lepolan henkilökuntaa varten.

## 8.2 TunteVa-menetelmän esittely Lepolan hoitajille

TunteVa-menetelmän oikeudet omistaa Tampereen Kaupunkilähetys ry, joka ai-noana tahona Suomessa antaa TunteVa-koulutusta. Emme siis voineet kouluttaa Lepolan hoitajia TunteVa-menetelmän käyttäjiksi, vaan esittelimme menetelmää ja kävimme sen pohjalta keskusteluja hoitajien kanssa.

TunteVa-menetelmää esittelimme ensin asiantuntijapalaverissa Lepolassa. Olim-me valmistaneet TunteVasta viiden sivun tietopaketin, joka sisälsi seuraavia mate-riaaleja:

- TunteVa-menetelmän periaatteita ja taustatietoa (Lumijärvi, 2006)
- Dementian vaiheet Naomi Feilin mukaan (Feil, 1993)
- Esimerkkitalanne kotiin haluavasta dementoituneesta. Esimerkkiin oli koottu validaatiotyöntekijöiden vastauksia siitä, miten he tilanteessa toimivat. (Poh-javirta, 2002).

Hoitajat pitivät erityisesti viimeisestä osuudesta, eli käytännön esimerkistä ja toi-mintamalleista siihen. Kotiinlähtöaikeet olivat Lepolassakin tuttuja tilanteita. Hoita-jat pyysivätkin lisää samantapaisia esimerkkejä haastaviin tilanteisiin.

Ensimmäisen esittelyn jälkeen haastattelimme kahta Lepolan hoitajaa. Muut hoita-jat eivät olleet työvuorossa, eivätkä päässeet paikalle. Kyselimme minkälaiset ti-lanteet ovat haastavia asukkaiden kanssa, ja hoitajat nostivat esille erityisesti seu-raavat asiat: äidin ikävöinti, kotiinlähtöaikeet ja hoitotoimenpiteissä vastustelu. Keskustelimme hoitajien kanssa siitä, minkälaisia ratkaisuja he olivat löytäneet kyseisiin tilanteisiin. He mainitsivat esimerkiksi muistelun; minkälaista kotona on ollut, minkälainen äiti on ollut, sekä juttelun ja ajan antamisen. Hoitajat olivat alusta pitäen innokkaita keskustelemaan, ja he jakoivat kokemuksiaan keskenään. Mie-lestämme oli hienoa, että esittelymme lomassa esiin nousi hoitajien ”hiljaista tie-toa”, sitä, miten joku asia on toiminut kenenkin asukkaan kohdalla.

Kysyimme lomakkeella myös muilta hoitajilta vaativista tilanteista. Lomake oli strukturoitu siten, että annoimme valmiit aiheet hoitajien haastattelussa mainittujen ongelmien pohjalta: koti-ikävä, lähtöaiheet, omaisten ikävöinnin, aggressiivisuuden, syömättömyyden, ovien rynkytyksen, jatkuvan soittelun tarpeen, arkuuden intiimiasioissa, vaatteiden vaihdon vaikeuden, vaikeuden saada asukas mukaan yhteiseen tekemiseen, hoitajien kiireen vaikutuksen asukkaisiin, sekä kohdan muu, mikä. Kysyimme myös, ovatko hoitajat havainneet toimivia keinoja edellä mainittuihin tilanteisiin.

Haastattelun ja lomakkeen pohjalta veimme lisää materiaalia TunteVan menetelmästä Lepolaan. Tämä materiaali oli kahdeksansivuinen paketti, johon olimme keränneet Naomi Feilin validaatiotekniikat dementian eri vaiheisiin (Feil 1993, 74–85), sekä hoitajien toivomia käytännön esimerkkejä. Esimerkkien aiheet olivat ”koti-ikävä” ja ”hoitorutiinit eivät suju”. Nämä vastasivat niitä tilanteita, joista hoitajat olivat meille kertoneet, eli kotiinlähtöaiheet ja hoitotoimenpiteissä vastustelu. Esimerkit otimme jälleen Pohjavirran (2002) kirjasta. Tämän materiaalin jälkeen kokosimme vielä viimeisen tietopaketin, jossa oli helposti luettavissa keskeiset TunteVan/validaation tekniikat Naomi Feilin mukaan. Tekniikat olivat samat, kuin opinnäytetyömme liitteessä 6 Validaatiotekniikat.

- keskittyminen
- omien tunteiden unohtaminen ja keskittyminen vanhuksen tunteisiin
- vanhuksen nimen käyttäminen
- samalla tasolla oleminen istuen tai seisten
- katsekontakti
- avoimien kysymyksien käyttö ja miksi-kysymysten välttäminen
- aktiivinen kuuntelu, tunteiden peilaus ja vanhuksen kehon kielen jäljittelemisen sama äänensävy sekä puheen rytmi
- vanhuksen puhuman viestin uudelleen muotoilu ja avainsanojen toistaminen
- äärimmäisyyksien käyttäminen, kuten onko ruoka aina kamalaa
- kosketus, kuten äidillinen kosketus poskelle
- muistelu ja laulu.



Toukokuun alussa olimme esittelemässä TunteVa-menetelmää sellaisille Lepolan hoitajille, jotka siitä eivät olleet vielä kuulleet. Puhuimme erityisesti TunteVaan liittyvistä kosketuksista, ja siitä, että laulaminen usein auttaa vaikeissa tilanteissa, kun muut tekniikat eivät toimi. TunteVan esittelyn lisäksi hoitajat nostivat esiin asioita, jotka kuormittivat heitä sillä hetkellä erityisesti. Näitä olivat asukkaiden vaihtuvuus, työn rasittavuus ja se, että asukkaat ovat vaativampia kuin ennen. Uusia asukkaita oli tullut, ja nämä olivat levottomampia. Uusien asukkaiden levottomuus teki vanhoistakin asukkaista levottomia. Hoitajat totesivat myös, että hoitajat Lepolassa vaihtuvat usein ja sijaisia on enemmän kuin ennen. Turvallisuuden tunne on kadoksissa asukkailta, kun hoitajat vaihtuvat. Kuitenkin myös positiivista löydettiin. Hoitajat olivat huomanneet, että parityönä tekeminen on helpompaa kuin yksin tekeminen. ”Kun vain olisi aikaa enemmän!”, totesivat hoitajat. Mielestämme se, että TunteVa-esittelymme lisäksi keskustelimme paljon yleisesti Lepolan tilanteesta ja hoitajia kuormittavista asioista, oli ainoastaan positiivinen asia eikä vienyt huomiota pois TunteVa-menetelmästä. Lähtökohtanamme oli alusta pitäen henkilökunnan toivomusten kuuleminen, ja kehittämistyömme eteni tämän periaatteen mukaan. Viimeisen esittelykerran jälkeen jätimme hoitajille tekemämme lomakkeen, jossa kysyimme kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä. Tämän lomakkeen hoitajat täyttäsivät kesä-syyskuun aikana, ja palauttaisivat meille syyskuussa. Lomake ”kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä” oli jäsennelty seuraaviin asiakokonaisuuksiin, johon hoitajat saivat kirjoittaa kokemuksiaan: keskittyminen ja aktiivinen kuuntelu; katsekontakti, vanhuksen nimen käyttäminen ja samalla tasolla/vierekkäin keskustelu; avoimien kysymyksien käyttö KUKA MITÄ ym.; peilaaminen; vanhuksen asian uudelleen muotoilu; muistelu; äärimmäisyyksien käyttö; kosketus; laulaminen ja runot; sekä kohta ”muuta”.

### **8.3 Muisteluryhmätoiminta ja sen pilotointi**

Kehittämistyön kuluessa ehdotimme hoitajille, että tekisimme Lepolaan valmiin kaavan muisteluhetkien ohjaamista varten – kaavan, jonka pohjalta hoitajat voisivat ohjata asukkaille muistelupiiriä. Hoitajat pitivät sitä hyvänä ideana ja muistelu-

ryhmä tuli osaksi opinnäytetyötämme. Tavoitteena muisteluryhmätoiminnassa oli ensinnäkin, että asukkaiden arki saisi piristystä muisteluhetkistä. Toinen perustelu muisteluryhmälle oli, että hoitajat oppisivat tuntemaan asukkaiden menneisyyttä paremmin, sillä ihmisen elämäntarinan tunteminen on erittäin oleellista dementia-työssä.

Teimme hoitajille ohjeen (Liite 4), mitä muisteluryhmää pitäessä tulee huomioida. Nämä ohjeet perustuvat Lumijärven kirjaan ”Validaatioryhmän opaskirja: ohjeita ryhmän aloittamiseen ja ryhmän toimintaan, ryhmäkeskustelun aiheita”. Ohjeessa mainitaan esimerkiksi ryhmän osallistujien lukumäärä, joka tulisi olla neljästä kuu-teen, ja että ryhmän vetäjän kannattaa istua huonokuuloisen osallistujan vieressä. Ryhmä pitää aloittaa ja lopettaa aina samalla tavalla, esimerkiksi laululla tai lorulla, osallistujat kätellään joka kerta ja sanotaan heidän nimensä ”Hei, Kalle”. Ryhmän vetäjä antaa selkeän aiheen, eikä kysy, mistä nyt puhuttaisiin.

Teimme Lepolaan kaksi muisteluryhmän runkoa (Liite 5), toinen käsitteli työntekoa ja toinen koulunkäyntiä. Huhtikuussa kävimme Lepolassa pilotoimassa muistelu-ryhmän. Pilotointi sisälsi yhden muisteluryhmäkerran. Muisteluryhmään osallistui neljä asukasta, ja kaksi hoitajaa oli seuraamassa tuokiota. Aiheenamme oli työnteko; ohjasimme tuokion tekemämme rungon pohjalta. Aloitimme ryhmän kättelemäl-lä ensin asukkaat ja tervehtimällä nimen kera, sitten lauloimme alkulaulun ”Arvon mekin ansaitsemme”. Istuimme ringissä, ja laulun jälkeen kerroimme, että tänään keskustellaan työnteosta. Aloimme esittää kysymyksiä, joihin asukkaat vastailivat vuorotellen. Kysyimme esimerkiksi: olitko nuori, kun aloitit työsi, mikä oli ensimmäinen työsi, piditkö työstäsi ja oliko sinulla työtovereita. Keskustellessa käytimme asukkaiden etunimiä kysyessämme kysymyksiä. Lopuksi lauloimme uudestaan ”Arvon mekin ansaitsemme”, ja kiitimme osallistujia. Muisteluryhmä sujui hyvin. Kaikki mukana olleet asukkaat osallistuivat keskusteluun, myös kaksi hiljaisempaa asukasta. Esimerkiksi yleensä hyvin hiljainen miesasukas suorastaan puhkesi kuo-resta ja innostui kertomaan omia muistojaan, sellaisia, joista hoitajakaan eivät olleet kuulleet aiemmin. Ryhmä toimi hyvin, ja asukkaat kuuntelivat, mitä toisilla oli sanottavana.

Kyselimme hoitajilta kommentteja muisteluryhmän jälkeen ja hoitajat totesivat, että uutta tietoa tuli esille asukkaiden elämänculusta. He myös pohtivat, että muistelua voisi käyttää enemmän hoitotoimenpiteitä tehdessäkin. Jätimme Lepolaan lomakkeen muisteluryhmän ohjaamisesta, johon toivoimme hoitajien laittavan palautetta sitten, kun he olisivat itse pitäneet muisteluryhmän asukkaiden kanssa. Kyselimme lomakkeessa seuraavia asioita: Mitä tuntemuksia keskustelu herätti asukkaissa ja hoitajissa, mitä positiivista muisteluryhmä tuo asukkaille ja hoitajille, mitä hankaluuksia tai vaikeuksia ryhmään tai ryhmän pitämiseen liittyy, sekä voisivatko hoitajat ajatella vetävänsä muisteluryhmää jatkossakin, ja miksi tai miksi ei.

#### **8.4 Kansio**

Laadimme Lepolaan kansion, johon kokosimme kaiken oleellisen materiaalin kehittämistyöhömmme liittyen. Kansion kokoamista pidimme tarpeellisena, koska pelkkä suullinen esittely TunteVa-menetelmästä ja muistelutyöstä ei mielestämme olisi saanut toimintamuotoja juurtumaan Lepolaan. Kaikki hoitajat eivät olleet jokaisessa tapaamisessa läsnä, kun esittelimme menetelmiä. Tämän vuoksi konkreettisen tietopaketin jättäminen Lepolan hoitajien käyttöön oli perusteltua. Kansio sisälsi kaiken hoitajille jakamamme materiaalin TunteVa-menetelmästä, muisteluhetken ohjeet sekä rungot kahteen muisteluteemaan. Myöhemmin syksyllä lisäsimme kansioon myös Lepolan hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä, jotta näitä kokemuksia voitaisiin hyödyntää työyhteisössä esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

## 9 KEHITTÄMISTYÖN VAIKUTUKSET LEPOLASSA

Syksyllä 2009 keräsimme Lepolan hoitajilta palautetta kehittämistyöstämme. Opinnäytetyömme pääaineisto koostui kahdesta lomakkeesta (kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä sekä tuntemuksia muisteluryhmän ohjaamisesta ja onnistumisesta), sekä fokusryhmähaastattelusta, jossa oli viisi Lepolan hoitajaa mukana. Aineiston perusteella voimme todeta, että Lepolan hoitajat käyttivät TunteVa-menetelmää kehittämisprosessin aikana ja havaitsivat sen auttavan joissakin tilanteissa. TunteVa-menetelmän kokemuksista nostimme esiin kolme asiakokonaisuutta: kosketukseen ja läheisyyteen liittyvät kokemukset, laulaminen, sekä peilaaminen ja tunteeseen vastaaminen. Muisteluryhmän ohjaamisesta poimimme esille suurimpana vaikutuksena asukkaiden orientoitumisen paranemisen. Suurinta kehitystä oli kuitenkin tapahtunut siinä, että kehittämisprosessimme myötä hoitajat puhuivat nyt enemmän asukkaiden kohtaamiseen liittyvistä asioista, jakoivat tietoa toisilleen ja tekivät työtä yhteisten tavoitteiden pohjalta. Tämä ei ollut opinnäytetyömme tavoite, mutta mielestämme huomionarvoinen tulos.

### 9.1 TunteVa-menetelmän käyttöön liittyvät kokemukset

Lomakkeeseen ”kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä” saimme hoitajilta tapausesimerkkejä yhteensä kaksikymmentä. Fokusryhmähaastattelussa kysyimme, onko TunteVasta ollut apua hankalissa hoitotilanteissa. Emme enää eritelleet eri tekniikoita, vaan kysyimme yleisesti TunteVa-menetelmän käytöstä. Näiden kahden aineiston pohjalta nostimme esille seuraavia asiakokonaisuuksia.

#### 9.1.1 Kosketukseen ja läheisyyteen liittyvät kokemukset

Fokusryhmähaastattelussa kosketus ja läheisyys eivät tulleet selkeästi esiin. Sen sijaan lomakkeen vastauksista suurin osa, eli kahdeksan kokemusta liittyi kosketuksen käyttämiseen ja läheisyyden antamiseen asukkaille. Näiden lisäksi esi-

merkkitalanteissa oli käytetty myös muita TunteVan menetelmiä, kuten vanhuksen nimen käyttämistä. Validaatiomenetelmässä kehoitetaan koskettamaan ja katso-  
maan silmiin samanaikaisesti, kun puhuu. Puhua ei kannata ilman kosketusta. Myös aito, suora ja pitkittynyt katsekontakti on validaatio-ajatuksen mukainen. Katseella tulee koskettaa. Jos vanhus on esimerkiksi pyörätuolissa, täytyy hoitajan kumartua tai istuutua voidakseen katsoa häntä suoraan silmiin. Kosketuksista har-  
tioiden ja yläselän kosketus herättävät tunteen ystävyydestä tai sisaruudesta (Feil 1993, 78, 82). Hoitajat olivat myös käyttäneet tällaista ”toverillista” kosketusta asukkaiden kanssa.

*Hampaiden pesu: kyykistyminen asukkaan eteen vessanpöntöllä, ni-  
men sanominen ja leuan kosketus. Katsekontaktin saamisen jälkeen  
asian sanominen: ota hampaat suusta ja onnistui!*

*Jos asukas on kovasti touhupäällä, kosketetaan olkapäähän ja sano-  
taan asukkaan nimi selkeästi ja tarpeeksi kuuluvalla äänellä. Vasta sit-  
ten kehoitetaan istumaan vierelle.*

Yllä olevissa esimerkeissä hoitajan keskittyminen asukkaaseen oli selvästi autta-  
nut tilannetta parempaan suuntaan. Seuraavissa esille nostetuissa tilanteissa puo-  
lestaan hoitajan läheisyys oli käytösoireita, kuten rauhattomuutta ja levottomuutta,  
lieventävä asia.

*Asukas levoton kulki ympäriinsä. -Pyydetty sohvalle istumaan viereen,  
hyvin lähelle ja samalla silitetty selkää ja käsivarsia. -Asukas rauhoittui  
ja laittoi oikein silmiä kiinni ja nautti tilanteesta.*

*Useasti, jos solussa on rauhatonta menoa, niin laitetaan asukkaat is-  
tumaan ja hoitajat viereen, pidetään kädestä ja kuunnellaan rauhalli-  
sesti mitä he kyselevät, monta kertaa tämäkin tilanne rauhoittaa tilan-  
netta.*

*Asukas oli kovasti kotiin lähdössä. Kun vieras päästettiin solusta ulos,  
asukas rynnisti mukaan. Hoitaja piti käsikynkästä ja vieras toisesta.*

*Tulin asukkaan eteen, kosketin poskeen, sain katsekontaktin ja kysyin ”mikä hätänä?”: ’Kotiin’, sai asukas vastattua. Puhuin matalalla äänensävyllä rauhallisesti, otin kädestä kiinni ja lähdimme käytävälle kävelyille. Samalla puhelin lämpimästi että tytär on vielä töissä eikä voi sinua hakea, katselimme ulos kuinka monta tietä siellä on, vaikea olisi yksin löytää oikea tie ja asukas rauhoittuikin tosi hyvin.*

Kuten Koskinen ym. (1998, 175) toteavat, useimmin käytettyjä toimintamalleja vuorovaikutuksen parantamisessa dementoituneen kanssa ovat rauhallinen keskustelu siitä, mikä vanhuksella on hätänä, kosketus ja ajan antaminen. Matalan äänensävyn käyttö oli myös mainittu yhdessä esimerkissä. Kuten Feil kirjoittaa (1993, 78), validoiva hoitaja käyttää selkeää, matalaa, lämmintä ja rakastavaa äänensävyä.

### **9.1.2 Laulaminen**

Lepolan hoitajat olivat kehittämisprosessin aikana rohkaistuneet kokeilemaan asukkaille laulamista. Ero työmme alkuvaiheesta tulosten analysointiin oli selvä. Kun pilotoimme muistelutoimintaa Lepolassa keväällä, hoitajat kysyivät, voisiko alkulaulun korvata vaikkapa lorulla, sillä laulu ei ole heidän ”juttunsa”. He ilmaisivat useamman kerran, että he eivät osaa laulaa. Laulu oli yksi TunteVa-menetelmän tekniikoista, ja kansiossamme luki viimeisenä ohjeena: ”jos mikään muu ei auta, laula”. Mielestämme laulaminen lisäsi kohtaamisen ja vuorovaikutuksen laatua hoitajien ja asukkaiden välillä seuraavissa esimerkeissä.

*- - - erään naisasukkaan kanssa joskus hankalaa pukemiset, riisumiset ja vessa-käynnit. Lauloin tutun virren ’Ystävä sä lapsien’ kun en muuta keksinyt. Asukas laittoi silmät kiinni ja kuunteli, hoitotoimenpiteet sujui leppoisaammin.*

*Mutta ’Orvokille’ oikeestaan tehoaa sitten se kun se on se viimeinen lause sielä et jos mikään muu ei auta niin laula. Sitä on sitte kokeiltu*

*että täällön yks jos toinen kokeillu laulaa vähän paremmalla ja ja huonommalla menestyksellä että että se kyllä niinku pysäyttää kuuntelemaan sillä lailla että jos se istuu vaikka tuolla vessanpöntöllä niin sit kuruupiaa laulamaan niin se niinku vaan jotenkin jää kuuntelemaan sitä laulua ja sitte saattaa pissa tulla saman tien sinne pönttöhön ja se niinku se jotenki toimii...*

*...en mä ainakaan olisi niinku välttämättä kokeillu laulaa esimerkiksi yksin tuolla vessas että ennen oli että onko pakko, mut nyt sitten kyllä laulan ja ei siinä mitään vaikei niin osaakaan. Ei se yhtään näyttäny haittaavan vaikka ei meekkään nuotilleen.*

Feil (1993, 82–83) toteaa, että validoiva työntekijä voi olla vuorovaikutuksessa dementoituneen kanssa laulamalla tuttuja lauluja, rukoilemalla heidän kanssaan sekä lausumalla lapsuudessa ja nuoruudessa opittuja runoja ja loruja. Etenkin kun vanhus ei kykene enää puhumaan, on laulaminen varsin käyttökelpoinen vuorovaikutuksen väline.

### **9.1.3 Peilaaminen ja tunteeseen vastaaminen**

Fokusryhmähaastattelussa eräs hoitajista kertoi esimerkin, jossa hän oli onnistuneesti käyttänyt peilaamista. Hän oli vastannut aggressiivisen asukkaan tunteeseen napakasti, samalla tunteella. Hän käytti lisäksi asukkaan nimeä tehokeinona. Myös lomakkeessa oli yksi selkeästi peilaukseen liittyvä tilanne-esimerkki. Kyseisessä esimerkissä oli käytetty myös toista TunteVan menetelmää, eli avainsanojen toistamista.

*Joo no, mä kokeilin ensin sitä 'Orvokin' kans silloin niin ku tää 'Orvokki' oli silloin oikeen aggressiivinen ja löi mua nyrkillä tuonne ihan takapuolen päälle. Ihan, en mä ny sillä lailla kipiää saanu mutta mä sanoon sille sitte tuota niin oikeen että 'Orvokki', sä et mua lyö jotta mua ei oo lyöny isä ja äitikään, ettet varmasti mua lyö. Niin se kattoo*

*kauan mun päälle ja lähti sitte siitä pois ja sinä iltana ei ollu yhtäkään sellaista tilannetta enää että se olis niin ku kenenkään kans ottanu yhteen...*

*Jos ei ole saanut puheesta selvää, kuin sanan tai kaksi, on tuo sana toistettu ja ehkä yhtä vihaisesti kuin asukas. Asukas on pysähtynyt kuuntelemaan että tuo toinenkin on samaa mieltä hänen kanssaan.*

Hoitajat olivat mielestämme oivaltaneet hyvin TunteVa-menetelmän pääperiaatteen, eli tunteisiin vastaamisen. He uskalsivat vastata vihaiselle asukkaalle ”ehkä yhtä vihaisesti”, eli virittäytyä vanhuksen tunnetilaan (Feil 1993, 82).

## **9.2 Muisteluryhmän vaikutukset**

Muisteluryhmätoiminnan merkitystä analysoimme lomakkeen avulla, jonka hoitajat täyttivät pidettyään muistelutuokion, jonka aiheena oli koulunkäynti. Muisteluryhmä vaikutti lomakkeesta saatujen tuloksien ja hoitajien kertoman mukaan positiivisella tavalla sekä asukkaisiin että hoitajiin. Aiemmin muisteluryhmän pilotoinnissa esille nousseet uudet asiat asukkaiden elämästä tulivat myös lomakkeessa esiin.

*Kaikki vaikuttivat tyytyväisiltä ja osa sanoikin että oli mukavaa*

*Hyvä mieli, kun kukaan asukkaista ei noussut tuolista kesken pois vaan kaikki osallistuivat*

*Asukkaalle tunteen, että joku kuuntelee oikeasti hänen asiaansa, ryhmään kuulumisen tunnetta ja hyväksyntää*

*Uusia asioita asukkaista, esim. lapsuudesta nousi esiin*

Hyväksyntä ja asukkaan tunne siitä, että joku kuuntelee oikeasti hänen asiaansa, ovat tärkeitä huomioita dementiatyössä. Vallejo Medina ym. (2006, 285) kirjoitta-



vat, että vanhuksen elämänkulusta ja muistoista kiinnostuminen viestii dementoituneelle, että häntä arvostetaan. Uusien asioiden esiin nouseminen menneisyydestä on merkittävä apu dementoituneen hoidossa, sillä elämänhistorian tunteminen auttaa käsittämään dementoituneen käyttäytymisessä piilevän perimmäisen viestin (Kivikoski 2002, 8). Näin ollen muisteluryhmätoiminta auttaa hoitajia parempaan vuorovaikutukseen asukkaiden kanssa.

### 9.2.1 Asukkaiden orientoitumisen paraneminen

Hoitajat olivat huomanneet joidenkin asukkaiden kohdalla, että orientoituminen muisteluryhmässä oli parempaa, kuin normaalissa arjessa.

*Yllättyi, kuinka hiljaisena pidetty mies jännityksestään huolimatta vastasi hyvin kysymyksiin, alkulaulua ei laulanut, mutta loppulaulua jo yritti tapailla muiden mukana.*

*'Orvokki' käyttäytyi hyvin asiallisesti, vastasi kysymyksiin "selkä suorana", ihan kuin koulussa aikanaan (ko. asukkaalta olisi voinut hyvin odottaa toisenlaista käytöstä)*

Asiantuntijapalaverissa Lepolassa 8.5.2009 hoitajat mainitsivat myös viimeisessä esimerkissä esille tullen asukkaan. He kertoivat, että yleensä asukas kulkee kumarassa. Muisteluryhmän aikana ryhti oli suora, ja hänen katsekontaktinsa oli selvästi parempi.

### 9.2.2 Tekemämme pilotointityön merkitys

Nähdäksemme Lepolan hoitajat olivat kiinnostuneita ohjaamaan muisteluryhmää. Heidän antamassa palautteessaan korostui valmiiksi tehtyjen ohjeiden merkitys. Heimonen ja Qvick (2002, 7) toteavat, henkilökunnan jaksamista voidaan tukea esimerkiksi hyvällä perehdytyksellä.

*Muisteluryhmän vetäminen oli mukava kokemus, eikä loppujen lopuksi vie paljon aikaa, kun on hyvät kaavakkeet apuna, joista voi ottaa vinkkejä ja aiheita*

*Ja niinku just nää muisteluhetkikin niin niin... jos mulle sanotahan että pitää pitää joku muisteluhetki niin kyllä... aika vaikiaa olis ollu niinku ilman että olis tienny... niinku et mitenkä sitä pidetään. Tai 'Maija' sen piti mut siinä kuunteluoppilaana että... et niin sillä lailla kyllä että. Näitä tietoja ei oo ollu tuolla mihinään luennoilla. Kuitenkaan.*

Vaikka me emme olleet ammattilaisia perehdyttämään hoitajia muisteluryhmän ohjaamiseen, oli tekemämme työ kuitenkin hyvänä pohjana hoitajille: valmiit rungot muisteluryhmän ohjaamiseen olivat olennainen apu, joita ilman ryhmää tuskin olisi alettu pitämään. Eräs hoitaja jopa totesi, ettei näitä tietoja ollut missään luennoilla tullut esiin.

### **9.3 Hoitajien keskinäisen kommunikoinnin lisääntyminen ja ammatillisuuden kehittyminen**

Opinnäytetyömme otsikko on ”avaimia parempaan vuorovaikutukseen”. Vuorovaikutuksen parantuminen näkyi kehittämistyössämme sekä siinä, että vuorovaikutus asukkaiden kanssa parani TunteVa-menetelmää käyttämällä, mutta myös siinä, että Lepolan hoitajien keskinäinen kommunikointi ja tavoitteellinen työ asukkaiden kanssa paranivat.

*Mun mielestä meillo puolella helpottanu täs sillain et ku on... me ollaan sovittu täs niinkun sillä lailla että ei tarvi todella stressata vaikka ei, ei heti ensimmäisellä kerralla saadakaan eikä kaikki onnistu ensimmäisellä kerralla niin ei tarvii kantaa huolta siitä että ja huonoa omaatuntoa että mult on jääny joku asia tekemättä--- Mummielestä meillon*

*niinku täs niin ku mukavampi ilmapiiriki sillä lailla jotta ku on sovittu että ettei tarvii.*

*Niin ja sitten tuo toisille tosiaan niitä että puhutaan niin että tää on mun mielestä hyvä keino ja tätäkin voi kokeilla*

*Niin ja kyllä se ainakin varmasti tosiaan sen tuo että... että sitte niinku yleensäkin puhutaan että... että ettei niinku jokainen puurra sitä omaa työtänsä vaan että sitten mietitään niitä yhdes niitä juttuja että mitähän täs vois tehdä.*

*Mun mielestä ainaki sillä lailla että meillä saattaa raporttikin kestää hirviän pitkään kun me vaihdetaan siinä mielipiteitä että kuinka joku onnistuu...*

*Ja me pidetään ehkä vähän palaveria nyt niinku aamuraporttia eri, eri tavalla... että meillä sitten voidaan miettiä että laitetaanko sitä ja laitetaanko nyt näin ja kuinka tehtäis... ei oo välttämättä sitä että nyt se söi ja nyt se nukkuu että... että sitä niinku mietitään...*

Koskisen ym. (1998, 173) mukaan yhteisen kielen löytäminen ja tapa viestiä vaikuttavat monin tavoin hoitosuhteeseen sekä koko hoitopaikan ilmapiiriin. Tämä yhteisten tavoitteiden ja ”kielen” löytyminen oli asia, joka eniten puhututti hoitajia fokusryhmähaastattelun aikana. He keskustelivat siitä pitkään. Sen perusteella ajatteleminen sen olevan opinnäytetyömme merkittävien saavutus Lepolassa.

Myös hoitajien oma ammatillisuus oli kehittynyt. Fokusryhmähaastattelussa eräs hoitajista totesi varmistuneensa kehittämistyön aikana siitä, että dementiatyö on hänen oma alansa. Myös lomakkeessa ”kokemuksia TunteVa-menetelmän käytöstä” oli esimerkki, josta kävi ilmi hoitajan työnsä arvokkaaksi kokeminen.

*Mä en tiedä... mua ainakin on tämä projekti niin.. mul on ainakin vain tullu se että tämä on kumminkin se ala jota mä haluan tehdä.*

*Joskus kun asukas on aika hyvällä tuulella ja häntä kehuu ja silittää poskista, niin hänkin usein silittää hoitajaa poskesta takaisin, jolloin hoitajallekin tulee erittäin hyvä olo ja tuntee tekevänsä arvokasta työtä.*

Heimonen ja Qvick (2002, 7) ovat todenneet, että dementoituneiden ihmisten hoitotyössä oman työn arvostaminen tukee työssä jaksamista. Se, että oma työ nähtiin arvokkaana ja merkityksellisenä, oli mielestämme erittäin hyvä kehittämistyön tulos.

#### **9.4 Tiedon lisääntyminen**

Osaava ja riittävä henkilökunta on dementia kirjallisuuden perusteella dementiahoidon tärkein tae. Tiedon merkityksestä puhui eräs hoitaja fokusryhmähaastattelussa.

*...huomaa sen että että mitä enemmän on kuitenkin sitä tietoa ja taitoa niin kyllä se sitten viöö niinku etehenpäin kuitenkin, vaikka on näitä hankalia tilanteita ja näitä että mennään välillä ihan notkon pohjalle ja tästä ei tuu mitään mutta kyllä sitä sitten taas vain nouseaan.*

Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan osaamista ja laaja-alaista tietoa dementoivista sairauksista, sekä niihin liittyvistä käytösoireista ja hoidosta. (Heimonen & Qvick 2002, 7) Tutkimustemme tuloksista ilmenee, että osaaminen ja tieto luovat pohjan, joka auttaa jaksamaan myös silloin, kun työ on haastavaa.

##### **9.4.1 TunteVa-menetelmän tuoma tieto**

Fokusryhmähaastattelussa hoitajat keskustelivat TunteVa-menetelmästä ja sen käyttämisestä Lepolassa. Yksi Lepolan hoitajista oli ollut vuosia aiemmin valida-

tio-koulutuksessa Seinäjoella. Hän koki, että vasta nyt hänenkin tietonsa tulivat paremmin käyttöön, kun koko työyhteisö tiesi, mistä menetelmästä oli kyse.

*Niin joo mä oon ollu siellä silloin muutaman päivän ... kesti monta päivää... Seinäjoella oli silloin. Sitä validaatioo... niin sillä lailla musta se on nyt kiva kun sen tietää nämä muutkin sitte siitä enämpi niin sitte ne tietää, mitä mä tarkootan... että enhän mäkään nyt hirviästi siitä tiedä mutta sen mitä nyt on... olin monta päivää siellä niin niin.*

*Niin kyllä sitä mun mielestä tuloo ihan niinku mietittyäki jos on joku ongelma että niinku nyt pitäis käyttää sitä TunteVaa että puhutaan siitä vähän niinku enämpi kuitenkin että...*

*Mun mielestä siitä on tullu sillai niinku käytännönläheisempi sillai siitä et se ei oo mikään hieno sana jossaki tuolla että hei me käytetään tätä ja sit oikeesti ei niinku edes tiedä et mitä se on kuitenkaan että kyl se niinku se on niinku paljon konkreettisempi koko asia.*

TunteVa-menetelmän käyttö oli nähdäksemme vielä kokeilun tasolla Lepolassa; se ei vielä ollut juurtunut vakiintuneeksi menetelmäksi. Siitä kertoi esimerkiksi se, että yllä oleva ensimmäinen esimerkki oli ainut konkreettinen tilanne, jonka hoitajat haastattelun aikana meille kertoivat kokemuksiansa perusteella. Kuitenkin hoitajat olivat silminnähdessä tyytyväisiä saamaansa esitelmään menetelmästä.

#### **9.4.2 Kansion merkitys**

Kokoamastamme kansioista saimme hyvää palautetta fokusryhmähaastattelussa. Hoitajat kokivat, että konkreettinen tieto oli tarpeen – tieto, johon voisi halutessaan aina palata.

*...Se on hyvä kun ne on kaikki siellä niinku samas niin tietää sitten... että sinne voi ja siihen pitää ehkä niinku palataki että se ei niinku riitä että sen on kerran selannu läpille että se pitää se niinku elää koko ajan mukana. Sitten taas kun sen lukee uusiksi niin ai niin mä voisin*

*tuota kokeilla. Että se on kyllä hyvä olla olemassa siellä. Sieltä löytyy sitten kaikki kuitenkin niinku siihen liittyvät asiat. ...se on niin sellainen selekiä ja helppo lukia ja mennä niinku siitä eteenpäin koska siel on kaikki ne esimerkitkin niin se auttaa kyllä varmasti opiskelijoita ja uusia työntekijöitä*

*Niin ja kyllä ennenki on sillai tietysti ollu että on että voi millä mä saisin että sanokaa ny keksikää joku hyvä konsti millä saadaan taas tämä ja sitte sillai... mutta että nyt on voinu sitte sillai kokeilla niitä että jos mä kokeilinkin tuolla tavalla että auttaiskohan tämä... että nyt on niinku sieltä niitä kättä pidempää paperilla tavallaan niitä asioita että voi tällasta ja tällasta kokeilla.*

Kansion merkitys oli tärkeä myös siinä mielessä, että tulevia työntekijöitä, sijaisia ja opiskelijoita on helpompi perehdyttää TunteVa-menetelmän käyttöön ja muistelu-ryhmien ohjaamiseen.

## **9.5 Hoitajien näkemys tekemästämme työstä**

Kehittämistyömme nähtiin hoitajien keskuudessa positiivisena asiana. TunteVan esittelytapaamisissa he ilmaisivat, että tapaamisia olisi voinut olla enemmänkin, sillä ”harvoin pääsee näin keskustelemaan”. Fokusryhmähaastattelussa pyysimme palautetta tekemästämme kehittämistyöstä. Demke-hankkeen vastaava hoitaja Lepolassa antoi meille rohkaisevaa palautetta, ja mainitsi erityisesti hyvänä puole-  
na tekemämme harjoittelun Lepolassa, jonka myötä asukkaat ja henkilökunta tulivat tutuiksi. Kysyimme myös, olisivatko hoitajat halunneet itse vaikuttaa enemmän kehittämistyöhön, vai olimmeko kuunnelleet riittävästi heidän toiveitaan. Hoitajat olivat tyytyväisiä, ja mielipide oli se, että jos heidän olisi itse tarvinnut keksiä kehittämisen kohtia tai uusia menetelmiä, se olisi ollut vaikeaa. Siksi oli hyvä, että joku ulkopuolinen tuli ja toi tietoa heille.

*Jäi musta ainakin ihan erinomaisen hyvä olo. Ihan, ihan täyden kymppin juttu. Että se oli kyllä hyvä kun te olitte täällä niinku että tuntee niinkun nuo asukkaat. Se on kyllä hyvä juttu. Että se on niin luontevaa ja sitte ku meki tultiin niinku tavallaan täs tutuiks niin se on niin helppo sitte lähestyä ja tehdä yhteistyötä. Ja kun te osaatte niin hienosti käsitellä nuota asukkaita että. Se on kyllä niinku mahtava.*

*...mulla ei ainakaan ollu niinku ajatustakaan että mitä se vois olla niin must se oli hyvä ku se tuli kuitenkin sieltä sitten että mennään ku te kuitenkin tiedätte ja tuotte sieltä sitä tietoa... Että se ois voinu olla jos sen ois pitäny itte tällai niinku oikein keksiä... keksimällä keksiä joku juttu että se ois voinu olla jotenki vaikiampiki kuitenkin niin päin että se toimi näin hyvin.*

Olimme samaa mieltä kehittämistyössämme siitä, että tutuksi tuleminen ja työharjoittelun tekeminen Lepolassa ennen opinnäytetyöprosessin alkua oli tärkeää. Tällä tavoin saimme luottamuksellisen suhteen syntymään Lepolan hoitajien ja myös asukkaiden kanssa. Meillä ei ollut sellaista tunnetta, että olemme ulkopuolisia ”asiantuntijoita”. Päinvastoin, saimme tehdä yhteistyössä kehittämisprosessia hoitajien kanssa, kuunnellen puolin ja toisin toistemme mielipiteitä.

## **9.6 Huomioitavaa kehittämistyön tuloksista**

Kirjoittamiamme tuloksia ei voi yleistää koskemaan koko Lepolan henkilökuntaa. TunteVa-menetelmän käyttö, tiedon lisääntyminen ja ammatillisuuden kehittyminen ovat asioita, joita oli huomattavissa niissä hoitajissa, jotka olivat aktiivisesti mukana haastatteluissa ja TunteVa-menetelmän esittelytapaamisissa. Oli myös hoitajia, jotka eivät olleet yhdessäkään esittelytilaisuudessa läsnä. Emme myöskään voi tietää, ovatko lomakkeita täyttäneet hoitajat samoja, jotka ovat olleet aktiivisia myös haastatteluissa ja TunteVa-menetelmän esittelytilaisuuksissa. Voi siis todeta, että ne hoitajat, jotka ovat olleet kehittämistyössä mukana, ovat myös kehittyneet työssänsä ja TunteVa-menetelmän käyttäjinä.

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimustulos vastaa asioiden tilaa todellisuudessa. Reliabiliteetti puolestaan liittyy siihen, kuinka samana tutkimustulos pysyy, jos tutkimus toistetaan uudelleen. Validiteetissa ongelmallista on se, kuka määrittelee mikä on asioiden oikea tila – mikä on totta? Reliabiliteetin osalta puolestaan sama tulos ei ole edes saavutettavissa uudelleen, koska tilanne on jo toinen kehittämistyön jälkeen. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113–114.) Validiteetista voimme todeta, että Lepolassa kehittämistyömme vaikutukset vaihtelevat varmasti kysyttäessä eri hoitajilta juuri sen takia, että aktiivisuus kehittämistyöhön vaihteli. Lisäksi oma intuitiomme on ohjannut kehittämistyötä, jolloin emme voi olla täysin varmoja asioiden todellisen tilan ja tutkimustulostemme vastaavuudesta.



## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Dementia on oireyhtymä, joka aiheuttaa vanhusten toimintakyvyttömyyttä ja lisää siten laitoshoidon tarvetta. Se on merkittävä kansantauti. (Vallejo Medina ym. 2006, 275.) Dementoiviin sairauksiin liittyy käytösoireita, kuten aggressiivisuutta ja levottomuutta. Nämä käytösoireet ovat vaikutuksiltaan merkittäviä – ne ovat jopa merkittävämpi syy dementoituneen laitoshoitoon joutumisessa kuin muistihäiriöt. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 185.) Käytösoireet tuovat suuria haasteita dementoituneiden kanssa työskenteleville. Opinnäytetyöpaikassamme Lepolan muistiyksikössä käytösoireet kuormittivat hoitajia. Käytösoireiden kohtaamisen välineeksi esittelimme hoitajille TunteVa-menetelmän, joka perustuu dementoituneen tunteiden kuunteluun. Kielletyt tunteet voimistuvat tukahdutettuina ja piilotettuina, mutta kun tunteet tuodaan päivänvaloon, ne menettävät voimansa. Empaattinen kuunteleminen, validaatio, helpottaa vanhuksen henkistä pahaa oloa. (Feil 1993, 51.)

Hyvä vuorovaikutus on alan kirjallisuuden ja tekemämme kehittämistyön perusteella nähdäksemme avainasemassa dementiahoivatyössä. Dementoitunut tuntee olonsa turvalliseksi, mikäli häntä ymmärretään ja häneen suhtaudutaan asiallisesti (Kivikoski 2002, 8). Ymmärtämistä auttaa dementoituneen elämänhistorian tunteminen - se on perusta dementoituneen vanhuksen hyvälle ja yksilölliselle hoidolle. Hoivayksiköissä dementoituneen elämänhistoriaa voi oppia tuntemaan paremmin muistelun avulla. Muistelua voi tehdä niin kahden kesken asukkaan kanssa, kuin muisteluryhmässäkin. Muistelu tukee dementoituneen psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, ja dementoituneen elämäkokemusten muistelu auttaa työntekijää tunnistamaan, kuka dementoitunut vanhus on ihmisenä. (Dementiamaailma 2000, 33). Opinnäytetyössämme pilotoimme muisteluryhmätoiminnan ja teimme Lepolan hoitajille ryhmän ohjaamista varten ohjeet. Toiminnan tarkoituksena oli tuoda piristystä asukkaiden arkeen, mutta myös tietoa hoitajille asukkaiden elämänkaaresta.

TunteVa-menetelmän esittelyn ja muisteluryhmän pilotoinnin lisäksi teimme Lepolaan kansion, mikä sisälsi materiaalia TunteVa-menetelmästä ja muisteluryhmän ohjaamisesta. Kehittämistyömme loppuvaiheessa kysyimme hoitajilta kokemuksia

TunteVa-menetelmästä, muisteluryhmän ohjaamisesta ja tekemästämme kansios-  
ta lomakkeilla ja fokusryhmähaastattelussa. Näiden aineistojen perusteella to-  
tesimme, että TunteVa-menetelmä auttoi joissakin tilanteissa hoitajaa kohtaamaan  
dementoituneen asukkaan. Sitä olisi kuitenkin voitu käyttää enemmänkin – käyttö  
oli vielä kokeiluasteella. Heimonen ja Voutilainen (2006, 61) toteavat, että vuoro-  
vaikutuksen salliva ja lämmin ilmapiiri sekä vastavuoroiset ja luontevat suhteet  
tekevät hyvän pohjan tasavertaiselle kohtaamiselle hoivatilanteessa. Näemme,  
että lämmin ilmapiiri ja vastavuoroiset suhteet tulivat näkyviin kehittämistyömme  
tuloksissa, kun hoitajat kertoivat kokemuksiaan TunteVa-menetelmästä. Kosketuk-  
set ja läheisyys kertovat lämpimästä ilmapiiristä, vanhuksen tunteiden peilaaminen  
puolestaan vastavuoroisista suhteista, joissa vanhuksen viesti tulee kuulluksi. Ke-  
hittämistyömme aikana vuorovaikutustilanteisiin kiinnitettiin paljon enemmän huo-  
miota, ja näin ollen se myös edisti koko yksikön hyvinvointia.

Muisteluryhmätoiminta oli positiivinen kokemus sekä asukkaille että hoitajille. Ha-  
konen (2003, 131) toteaa, että muistelu voimaannuttaa ja antaa tunteen tasa-  
arvoisuudesta työntekijän kanssa. Vanhus saa muistoja kertoessaan aktiivisen  
roolin, mikä poikkeaa passiivisena hoivan vastaanottajana olemisesta. Aktiivisen  
roolin ottaminen näkyi Lepolassa esimerkiksi siinä, kun muuten kumarassa kulke-  
va asukas istui yllättäen muisteluryhmässä ryhti suorana. Muisteluryhmä toi tulok-  
sien mukaan asukkaille myös ryhmään kuulumisen tunnetta. Elorannan ja Punka-  
sen (2008, 124) mukaan dementoituneen ihmisen elämänlaadun ja hyvinvoinnin  
kannalta yksi keskeinen tekijä on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyvä yh-  
teenkuuluvuuden ja osallisuuden tunne.

Dementiatyö vaatii henkilökunnalta nähdäksemme monentasoista osaamista. De-  
mentiatyössä tulee osata kohdata vanhus tunteen tasolla. Yhteistyön hoitajien vä-  
lillä on myös pelattava saumattomasti. Hoitoyhteisön ilmapiiri on dementoituneiden  
elämänlaadun ja selviytymisen kannalta yksi tärkeimmistä asioista (Dementiamaa-  
ilma 2000, 41). Dementoitunut vaistoa hoitoyhteisön ilmapiirin herkästi ja tämä  
vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Kun hoitoyhteisön ilmapiiri on aidosti positiivi-  
nen, ihmisen kapasiteettiin uskova, luontevasti positiivista palautettava antava ja  
kannustava, tuntuu dementoituneen maailma turvalliselta ja hyvältä paikalta elää.

Uskomme, että ilmapiiri Lepolassa on parantunut, kun hoitajat ovat löytäneet kehittämishankkeen myötä tavoitteellisemman ja yhteistyöhenkimmäisen otteen työhönsä. Kuten eräs hoitaja totesi, hänen mielestään heillä on nyt mukavampi ilmapiiri, kun on sovittu että kaikkea ei tarvitse heti pystyä tekemään. Eräs hoitaja toi myös ilmi, että kehittämishankkeen myötä hän on vakuuttunut siitä, että dementia työ on se työ, mitä hän haluaa tehdä. Oman työnsä arvostaminen auttaa jaksamaan työssä paremmin (Heimonen & Qvick 2002, 7). Dementoituneiden ikäihmisten kanssa tieto vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä ja lainmukaisuuksista edistää toimivan auttamissuhteen syntymistä ja kehittämistä, mikä helpottaa myös työntekijöiden jaksamista. (Ymmärrä... 2002, 6.)

Yksi dementoituneen oikeuksista on olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina kun se on mahdollista. Lääkkeettömiin hoitomuotoihin panostaminen on tärkeää dementiahoivassa, jotta dementoituneille ikäihmisille voidaan tarjota inhimillistä ja eettisesti hyväksyttyä hoitoa. Ei-lääkkeelliseen hoitoon luo valmiuksia se, jos yksikön toiminta pohjautuu dementoituneiden erityistarpeiden ymmärtämiseen ja henkilökunnan korkeatasoisen tietotaidon ylläpitoon (Dementiamailma 2000, 40). Tuloksisstamme kävi ilmi, että hoitajat ymmärsivät tiedon ja taidon vievän eteenpäin työssä, vaikka välillä tulisi takapakkiakin. Jotta dementoituneiden hyvää hoitoa voidaan kehittää ja ylläpitää, tarvitaan jatkuvaa koulutusta (Yleistä dementiaa [Viitattu 10.11.2009].) Koemme, että hoitajat pitivät siitä, kun saivat keskustella työhön liittyvistä asioista niin, että sai "luvan kanssa" istua ja jutella. Tällaista oman työn analysointia ja kokemusten jakamista varmasti tarvittaisiin enemmän hoivatyöpaikoissa. Esimerkiksi työnohjaus tukee henkilökunnan jaksamista dementia työssä (Heimonen & Qvick 2002, 7).

Oma ammatillisuutemme kasvoi kehittämissprosessi aikana. Opimme esimerkiksi, kuinka tärkeää on saada hyvä ja luottamuksellinen pohja yhteistyölle kehittäjien ja kehittämissyksikön välillä. Koimme välttämättömäksi tutustua kunnolla Lepolan hoitajiin ja asukkaisiin, koska tämä mahdollisti toimivan vuorovaikutuksen syntymisen. Toimintatutkimuksen omainen oppinäytetyö oli mielestämme hyvin haastava toteuttaa. Ei ole helppoa välittää lukijalle selkeää kuvaa polveilevan ja monivaiheisen kehittämistyön kulusta. Kuten Vatanen ja Seppänen-Järvelä (2006, 218) toteavat,

tulkintaan, intuitioon ja assosiaatioon perustuvien ajatusketjujen avaaminen ja läpinäkyväksi tekeminen siten, että ulkopuolinen pystyy seuraamaan ja arvioimaan niitä, on erittäin haasteellista.

Tulevaisuudessa dementiatyössä riittää kehittämistä. Kehittämisen kohteita dementiatyössä ovat listanneet esimerkiksi Heimonen ja Qvick (2002, 5) Niitä ovat seuraavat:

1. Dementoituvien hyväksi voidaan tehdä nykyistä enemmän: hoitopaikkojen kehittäminen dementoituvien erityistarpeet ja –piirteet huomioiviksi
2. Jokaisella dementoituvalla on toimintakykyä jäljellä
3. Dementoituvan toimintakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa tulkitsemalla oikein dementoituvan ihmisen käyttäytymistä
4. Ympäristö vaikuttaa dementoituvan ihmisen toimintakykyyn joko sitä tukien tai heikentäen
5. Dementoituvan ihmisen käyttäytyminen ilmentää hänen tarpeitaan ja tunteitaan; käyttäytymisen oikea tulkinta vähentää käytösoireita
6. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon, sen suunnitteluun ja arviointiin parantaa dementoituvan ihmisen elämänlaatua.

Demke-hankkeen tavoitteita olivat niin asukkaiden, omaisten kuin työntekijöidenkin hyvinvoinnin lisääntyminen. Näemme, että tulevaisuudessa jatkotutkimuksen tai –kehittämisen kohde Lepolassa voisi olla omaisten huomioiminen. Omaisia voisi ottaa esimerkiksi muisteluryhmiin mukaan. Myös omaisilta saatu tieto asukkaan elämänkaaresta olisi hyvin arvokasta dementoituvan hoitoa ajatellen.

## LÄHTEET

- Aalto, K., Kolehmainen, R., Virtaniemi M-P. & Ylikarjula, S. (toim.) 2001. Sielunhoidon aikakauskirja nro 11, vanhuus. 2.p. Kirkon Sairaalsielunhoidon keskus, Kirkon Perheasiain keskus, Kirkon Koulutuskeskus.
- Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä, 2001, 2003 ja 2005. Päivitetty 5.3.2008. [Verkkosivu]. Helsinki: THL [Viitattu 8.9.2009]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/lkaantyneet/dementia.htm>
- Dementiamaailma. 2000. 2. p. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa arki helpommaksi suomalaisen TunteVan avulla. Päivitetty *ei tietoa*. [Verkkosivu]. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry. [Viitattu 23.9.2009.] Saatavana: <http://www.tampereenkaupunkilahetys.net/?sid=91>
- Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Tilannehallinnan menetys. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 33–34.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Huovinen, M. (toim.) 2004. Muistihäiriöt. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Duodecim, Suomen Apteekkariliitto.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY.
- Feil, N. 1993. Validaatiomenetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala: Vanhustyön keskusliitto.
- Hakonen, S. 2003. Muistelutyö. Teoksessa: Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: PS-kustannus.
- Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena-kustannus.
- Heimonen, S. & Qvick, L. (toim.) 2002. Dementoituvien hyvän hoidon elementit - kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto ry.

- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki. Edita Publishing
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Tammi.
- Helkala, E-L. & Sulkava, R. 2001. Kognitiiviset oireet. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 29–32.
- Helminen, P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa: Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatussa vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 9–18.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.
- Hohenthal-Antin, L. 2006. Kutkuttavaa taidetta. Juva: PS-kustannus.
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa: Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena-kustannus, 111–135.
- Kivikoski, T. 2002. Dementoituneen vakaumuksen tukeminen hoitotyössä. ”Jos en enää muista mitään, en edes sitä, että olen, muistathan Sinä minut!” Kuopio: Liikekirjapaino Oy. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 5/2002.
- Koponen, H. & Saarela, T. 2001. Käyttöoireiden hoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim, 463–474.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen S. & Päivärinta E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Vanhustyön keskusliitto.
- Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki: Stakes.
- Lumijärvi, H. 2002. Validaatioryhmän opaskirja: ohjeita ryhmän aloittamiseen ja ryhmän toimintaan, ryhmäkeskustelun aiheita. Tampere: Sopimusvuorisäätiö.
- Lumijärvi, H. 2006. Tunteva yksilö yhteisössä – Terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteet ja validaatiomenetelmä sopimusvuorisäätiön dementiakodissa. Tampere: Sopimusvuorisäätiö.
- Lääninhallitukset: Vanhustenhoidossa paljon puutteita. Päivitetty 9.9.2009. [Verkkosivu]. Helsinki: YLE [Viitattu 23.9.2009]. Saatavana:

[http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2009/09/laaninhallitukset\\_vanhustenhoidossa\\_paljon\\_puutteita\\_985216.html](http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2009/09/laaninhallitukset_vanhustenhoidossa_paljon_puutteita_985216.html)

- Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) 2003. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: PS-kustannus.
- Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.
- Pohjavirta, H. 2002. Validaatiotyöntekijäkurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry ja Sopimusvuorisäätiö.
- Räsänen, R. Dementiahoidon laatuun yhteydessä olevien tekijöiden kartoitus tarkistuslistan avulla. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki: Stakes, 35–38.
- Semi, T. 2001 a. Henkilökohtainen hygienia. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 50–53.
- Semi, T. 2001 b. Ruokailun ongelmat. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 54–57.
- Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2006. Kehittämistyön risteyksiä. Vaajakoski: Stakes.
- Sipola, S. 2001. Validaatio, tunteiden kuuntelu. Teoksessa: Aalto, K., Kolehmainen, R., Virtaniemi M-P. & Ylikarjula, S. (toim.) 2001. Sielunhoidon aikakauskirja nro 11, vanhuus. 2.p., 103–113.
- Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet: Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 8. p. Espoo: Janssen-Cilag Oy. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 3/1999.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Validaatiotekniikat. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Kaarina And, validaatiokoulutus. 2003. LIITE 6.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Pyykkö, V., Kivelä, S-L. & Haukka, U-M. 2006. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.

- Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. Prosessiarviointi – mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskohti. Vaajakoski: Stakes, 217–230.
- Vataja, R. 2001. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soinen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim, 94–103.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi.
- Viramo, P. (toim.) 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001.
- Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Dementoituneen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 15–18.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. p. Espoo: Novartis Finland Oy. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001, 6–14.
- Voutilainen, P. Lukijalle. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmistien laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki: Stakes, 3.
- Yleistä dementiaa. Päivitetty *ei tietoa*. [Verkkosivu]. Helsinki: Dementiahoitoyhdistys [Viitattu 23.9.2009]. Saatavana: [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=6](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=6)
- Ymmärrä - tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. 2002. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.





























## **Liite 4: Muisteluryhmässä huomioitavaa**

### **MUISTELURYHMÄSSÄ HUOMIOITAVAA:**

**Osallistujien valinta:** osallistujia ei saisi olla liikaa, noin neljästä kuuteen jäsentä olisi hyvä. Osa osallistujista voi vain kuunnella, sellainen, joka ei halua/voi puhua, voi silti nauttia mukana olost. Osallistujat on hyvä sijoittaa niin, että huonokuuloiset on otettu huomioon; vetäjän/vetäjien kannattaa istua huonokuuloisen vieressä. Ystävykset kannattaa sijoittaa vierekkäin, keskenään huonosti toimeen tulevia ei kannata laittaa vastakkain, eikä välttämättä edes samaan ryhmään. Lievästi dementoituneen (malorientaatiovaiheessa) olevan ei kannata välttämättä osallistua ryhmään, sillä ryhmästä hyötyvät eniten keskivaikeasti dementoituneet (ajan tajun hämärtymisen vaiheessa olevat).

**Ryhmän kulku:** Ryhmä aloitetaan aina samalla tavalla vetäjästä riippumatta. Osallistujat kätellään ja mainitaan nimeltä, esim. "hei Pauli". Kättelyn jälkeen soitetaan tai lauletaan esimerkiksi "Arvon mekin ansaitsemme" tai jokin muu laulu tai loru. Tärkeää on, että laulu otetaan sekä alussa että muistelun lopussa, ja että laulu on joka muistelukerralla sama. Tämä auttaa orientoitumaan tilanteeseen.

Aloitus tapahtuu selkeällä aiheen antamisella. Vetäjä ei kysy, mistähän nyt puhutaisiin. Hän kertoo selkeästi, että nyt keskustelemme koulusta.

## MUISTELURYHMÄ

**Osallistujat:**

**Käytettävät esineet:**

**Aihe:** Työnteko

**Ryhmän aloitus:** Kättely, laulu: Arvon mekin ansaitsemme

*Arvon mekin ansaitsemme  
Suomen maassa suuressa,  
vaikk´ei riennä riemuksemme  
leipä miesten maatessa;  
;,: Laiho kasvaa kyntäjälle,  
arvo työnsä täyttäjälle  
Lal-la-la-la.... ;,:*

Laulun jälkeen alkaa keskustelu. Vetäjä aloittaa keskustelun, esim. ”Keskustellemme tänään työstä ja työnteosta. Keskustelun aiheita:

### Työn aloittaminen

- **Olitko nuori kun aloitit työsi?**
- **Mikä oli ensimmäinen työsi?**

### Työn tekeminen

- **Piditkö työstäsi?**
- **Oliko sinulla työtovereita?**
- **Oliko työ raskasta?**
- **Minkälaisia työvaatteita käytettiin?**
- **Pääsitkö sellaiseen työhön, mistä lapsena haaveilit?**
- **Haaveilitko toisenlaisesta työstä?**
- **Vaikuttiko sukusi siihen, minkä työn valitsit?**
- **Tuntuivatko työpäivät pitkiltä?**
- **Alkoivatko työt aikaisin aamulla?**
- **Oliko työpaikka lähellä kotia?**
- **Miltä eläkkeelle jääminen tuntui?**
- **Mistä pidit eniten työssäsi?**
- **Oliko töistä koskaan lomaa?**
- **Oliko esimies reilu?**

**Ryhmän lopetus:** Todetaan, että oli mukava keskustella ja kiitetään osallistujia. Lopuksi kuunnellaan tai lauletaan vielä ”Arvon mekin ansaitsemme”.

Tuokion olisi hyvä kestää noin 20 minuuttia, tai maksimissaan puoli tuntia. Osallistujien innokkuutta tarkkaillaan koko ajan, ja ryhmä voidaan lopettaa myös aikaisemmin tai myöhemmin tilanteesta riippuen. Kaikkia kysymyksiä ei tarvitse kysyä, vaan keskustelu saa kulkea osallistujien ehdoilla. Tärkeää on, että jokainen tulee kuulluksi ja saa sanoa halutessaan mitä mielen päällä on.

## MUISTELURYHMÄ

**Osallistujat:**

**Käytettävät esineet:**

**Aihe:** Koulunkäynti

**Ryhmän aloitus:** Kättely, laulu: Arvon mekin ansaitsemme

*Arvon mekin ansaitsemme  
Suomen maassa suuressa,  
vaikk´ei riennä riemuksemme  
leipä miesten maatessa;  
;,: Laiho kasvaa kyntäjälle,  
arvo työnsä täyttäjälle  
Lal-la-la-la.... ;,:*

Laulun jälkeen alkaa keskustelu. Vetäjä aloittaa keskustelun, esim. ”Keskustelemme tänään kouluajoista”. Keskustelun aiheita:

### Koulumatkat

- Oliko koulumatka pitkä?
- Miten koulumatka kuljettiin? (Hiihdettiinkö, käveltiinkö, veikö joku hevoskyydillä, mentiinkö potkukelkalla jne.)
- Kenen kanssa matkaa kuljettiin?
- Tuntuiko matka pitkältä?
- Oliko matka raskas?
- Pelottiko matka koskaan?

### Opettaja

- Oliko opettaja mies vai nainen?
- Oliko opettaja mukava vai ankara?
- Oliko opettaja vanha?
- Oliko opettaja pelottava?
- Antoiko opettaja paljon läksyjä?

### Oppiaineet

- Mikä oppiaine oli mukavin?
- Mikä oppiaine oli ikävin?
- Oliko koulussa paljon käsitöitä?
- Virkkasivatko myös pojat?
- Minkälaista liikuntaa oli?
- Minkälaisia lauluja laulettiin?

### Koulupäivien kulku

- Alkoiko koulu jo varhain aamulla?
- Tuntuivatko päivät pitkiltä?



- **Syötiinkö omia eväitä vai oliko koulussa ruokailu?**
- **Mitä välitunneilla tehtiin?**

#### **Koulurakennus**

- **Oliko koulurakennus iso vai pieni?**
- **Oliko rakennus puuta vai kiveä?**
- **Minkä värinen koulurakennus oli?**
- **Oliko koulussa monta luokkaa?**
- **Oliko pihalla pelikenttää?**
- **Oliko talvella luistelurataa?**

#### **Koulun juhlat**

- **Minkälaisilta koulun juhlat tuntuivat?**
- **Missä tilanteissa juhlia vietettiin?**
- **Esitettiinkö juhlissa näytelmiä?**
- **Lausuttiinko juhlissa runoja? Minkälaisia?**
- **Laulettiinko juhlissa?**
- **Oliko koko perhe katsomassa juhlaa?**
- **Olivatko juhlat jännittäviä?**

**Ryhmän lopetus:** Todetaan, että oli mukava keskustella ja kiitetään osallistujia. Lopuksi kuunnellaan tai lauletaan vielä "Arvon mekin ansaitsemme".

Tuokion olisi hyvä kestää noin 20 minuuttia, tai maksimissaan puoli tuntia. Osallistujien innokkuutta tarkkaillaan koko ajan, ja ryhmä voidaan lopettaa myös aikaisemmin tai myöhemmin tilanteesta riippuen. Kaikkia kysymyksiä ei tarvitse kysyä, vaan keskustelu saa kulkea osallistujien ehdoilla. Tärkeää on, että jokainen tulee kuulluksi ja saa sanoa halutessaan mitä mielen päällä on.

## VALIDAATIOTEKNIIKAT

Tekniikat on koottu validaatiotyöntekijän koulutuksessa Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa keväällä 2003. Opettajana Kaarina And, hoitotyön lehtori. Tekniikat löytyvät myös Feilin kirjan loppuosasta, hiukan toisessa muodossa vain.

### 1. Keskittyminen

- on kaiken peruslähtökohta
- unohdetaan tilanteessa omat tunteet ja keskitytään vanhuksen tunteisiin

### 2. Käytä vanhuksen nimeä

- toista nimeä
- sinun nimesi ei kiinnosta, sillä ei välttämättä ole merkitystä

### 3. Ole samalla tasolla istuen tai seisten

- kasvojen oleminen saattaa olla ahdistavaa, vieretysten oleminen turvallisempaa

### 4. Katsekontakti

- vanhukselle tärkeää suun ja suun liikkeiden näkeminen
- suora katsekontakti saattaa myös olla ahdistavaa, joten hoitajalta vaaditaan herkkää tarkkailua tilanteelle

### 5. Aktiivinen kuuntelu

- sitä tarvitaan vanhuksen tunnetilan saavuttamiseksi ja avainsanojen löytämiseksi

### 6. Kysele

- avoimet kysymykset KUKA-MITÄ-KUINKA-MILLOIN-KOSKA
- miksi-kysymykset liian vaativia ja tiukkoja
- toista kysymyksiä tarvittaessa

### 7. Peilaus

- jäljittele vanhuksen kehon kieltä omalla kehollasi, samoin käytä samaa äänensävyä, puheen rytmiä

### 8. Toista vanhuksen käyttämiä avainsanoja

- poimi vanhuksen puheesta hänen toistamiaan sanoja

## 9. Uudelleen muotoilu

- vanhuksen puhuma viesti muotoillaan uuteen muotoon  
esim. "haluan kuolla" -> et halua enää elää

## 10. Muistelu

- muistelua voi käyttää aina
- vaistoa, mitä asioita vanhus haluaa muistella

## 11. Käytä äärimmäisyyksiä

- "onko ruoka aina kamalaa"
- "eikö täällä ole koskaan yhtään ystävällistä ihmistä"
- -mikä on parasta/huonointa/ikävintä, mitä olet koskaan..

## 12. Kosketus

- tunto on aisteista välttämätön
- kehittyä ensimmäisenä, häviää viimeisenä
- erilaiset kosketukset: yhdistävä kosketus, orientoiva kosketus, sosiaalinen kosketus jne.
- katso, voiko koskettaa, kaikki eivät halua kosketusta etenkin lievässä dementian vaiheessa

## 13. Ensimmäisen aistin käyttö

- tarkkailemalla vanhusta pyri selvittämään tärkein/ensisijainen aisti
- käytä puhuessasi sanoja, jotka tukevat vanhuksen ensisijaista aistia
- esim. näyttääpä hyvältä, miltä näyttää  
kuulostaapa..., mitä kuuluu, miltä kuulostaa  
miltä tuntuu, tuntuuko hyvältä jne

## 14. Uskalla olla hiljaa

- pelkkä rauhallinen läsnäolo rauhoittaa, etene vanhuksen ehdoilla

## 15. Älä pelkää virheitä

- opettajamme viesti meille! Dementoituneen ihmisen kanssa tilanteet toistuvat, joten kokeile erilaisia keinoja tilanteiden rauhoittamiseksi, viestinnän onnistumiseksi ja turvallisuudentunteen saavuttamiseksi

JA MUISTA JOS MIKÄÄN MUU EI AUTA, NIIN LAULA!