
**HOITAJIEN KOKEMUKSIA TUNTEVA-
MENETELMÄSTÄ VANHUSTYÖN KESKUS
HIMMINKODOSSA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 17.05.2010

Maiju Nikali

Terhi Soinio



Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmästä Vanhustyön
keskus Himminkodossa

Tekijät Maiju Nikali ja Terhi Soinio

Ohjaava opettaja Marketta Jokinen

Hyväksytty _____._____.20____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

LAHDENSIVU

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät

Maiju Nikali ja Terhi Soinio

Vuosi 2010**Työn nimi**Hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmästä Vanhustyön
keskus Himminkodossa

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Vanhustyön keskus Himminkodon hoitajien kokemuksia siitä, miten TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa muistisairaanhoidon vanhuksen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, sekä muistisairaanhoidon käyttäytymiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa TunteVa-menetelmän vaikuttavuudesta ja hyödyllisyydestä Vanhustyön keskus Himminkodossa. Tutkimustulosten avulla TunteVa-menetelmän hyödyllisyyttä voidaan arvioida Himminkodossa ja miettiä jatkokoulutustarpeita.

Opinnäytetyö oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä Lempäälän Himminkodon TunteVa-hoitajakoulutuksen käynyttä hoitajaa. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun periaatteiden mukaan. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tietoperustassa esiteltiin TunteVa-menetelmän perusperiaatteet, kerrottiin vuorovaikutuksen rakentumisesta hoitajan ja muistisairaanhoidon välillä molempien näkökulmasta. Tietoperustassa kerrottiin myös yleisimmistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä käytöshäiriöistä.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että TunteVa-menetelmä vahvistaa muistisairaanhoidon vanhuksen ja hoitajan välistä vuorovaikutusta lisäämällä hoitajan ymmärrystä vanhusta kohtaan, auttamalla vanhuksen tunteiden ilmaisua ja vanhuksen kohtaamista. Muistisairaiden vanhuksien käyttäytymiseen TunteVa-menetelmä vaikuttaa antamalla hoitajalle työvälineitä haastaviin kohtaamistilanteisiin, auttaa hoitajaa ymmärtämään vanhusta ja lievittämällä vanhuksen käytöshäiriöitä.

Avainsanat TunteVa-menetelmä, vuorovaikutus, muistisairaus, käytöshäiriöt**Sivut**

46 s. + liitteet 3 s.

Lahdensivu
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Maiju Nikali ja Terhi Soinio

Year 2010

Subject of Bachelor's thesis Nurses' experiences of the TunteVa method in an elderly care center, Vanhustyön keskus Himminkoto, in Lempäälä

ABSTRACT

The purpose of the study was to produce information on how nurses at Lempäälä Vanhustyön keskus Himminkoto had experienced TunteVa-method in interaction between nurses and demented customers and how it affected demented behaviour. The goal of the study was to create information about the effectiveness and usefulness of the TunteVa method. With the research results Lempäälä Vanhustyön keskus Himminkoto can measure the usefulness of TunteVa method and consider further education needs.

The approach of this thesis was qualitative. The research material was collected by interviewing five nurses at Lempäälä Vanhustyön keskus by theme interview. They all had studied TunteVa nurse studies. The data was analysed using inductive content. In the theory part the basic principles of TunteVa method were introduced. Also was shown how interaction between nurses and customers developed from both parties' point of view. In addition, diseases which cause Dementia were introduced and behavioural problems which are caused by dementia.

The conclusion of this study was that TunteVa-method affected the demented and nurses interaction by giving the nurses means to develop interaction. It increased nurses understanding of the elderly, helped in recognizing the feelings of the elderly and encountering them. To the demented customer's behaviour the TunteVa method affected by giving the nurses more tools in challenging encountering situations, increased the nurses understanding towards the elderly and decreased the demented customer's behavioural problems.

Keywords TunteVa-method, interaction, dementia, behavioural disorder,

Pages 46 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TUNTEVA-MENETELMÄ JA DISORIENTAATION VAIHEET	2
2.1	TunteVa-menetelmän tarkoitus ja tavoitteet	4
2.2	Disorientaation vaiheet	4
2.3	TunteVa-menetelmän käyttö ja validaatiotekniikat	5
2.4	TunteVa-koulutus	6
3	VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KANSSA	8
3.1	Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa hoitajan näkökulmasta	8
3.2	Muistisairaahan vaikutus kommunikointiin	9
4	ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA KÄYTÖSHÄIRIÖT	11
4.1	Muistisairauksien esiintyvyys Suomessa	11
4.2	Muistisairauksien riskitekijät ja suojaavat tekijät	12
4.3	Alzheimerin tauti ja sen eteneminen	12
4.4	Muut muistisairauksia aiheuttavat sairaudet	14
4.5	Muistisairauksiin kuuluvat käytöshäiriöt	16
5	VANHUSTYÖN KESKUS HIMMINKOTO	18
6	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	20
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	24
8.1	Aineistonkeruu	24
8.2	Aineiston analysointi	25
8.3	Aineiston raportointi	26
9	TULOKSET	27
9.1	TunteVa-menetelmän vaikutus muistisairaahan ja hoitajan vuorovaikutukseen ..	27
9.1.1	Vuorovaikutusta rakentavat tekijät	27
9.1.2	Hoitajien ymmärryksen lisääntyminen	28
9.1.3	Tunteiden ilmaisun helpottaminen	29
9.1.4	Muistisairaahan hyvä kohtaaminen	30
9.2	TunteVa-menetelmän vaikutus käyttäytymiseen	32
9.2.1	Hoitajan työvälineet	32
9.2.2	Muistisairaahan vanhuksen ymmärtäminen	33
9.2.3	Käytöshäiriöiden lievittyminen	34

10 POHDINTA.....	37
10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	37
10.2 Opinnäytetyön eettisyys	39
10.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	40
10.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	41
10.5 Ammatillisuuden pohdinta	41
LÄHTEET	43
LIITE 1 Saatekirje	
LIITE 2 Haastateltavan suostumus osallistumisesta tutkimukseen	
LIITE 3 Teemahaastattelu runko	

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Vanhustyön keskus Himminkodon TunteVa-hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmän vaikutuksesta hoitajan ja muistisairaana vanhuksen vuorovaikutukseen sekä miten hoitajien käyttämä menetelmä vaikuttaa muistisairaana vanhuksen käyttäytymiseen. Opinnäytetyömme toteutettiin Vanhustyön keskus Himminkodossa. Aiheen valintaa ohjasi opinnäytetyöntekijöiden oma kiinnostus menetelmää kohtaan ja sen hyödynnettävyyteen työelämässä. Himminkoto halusi selvittää, miten menetelmää käytetään koko talossa ja saada kokonaiskäsityksen koulutuksen hyödyllisyydestä. TunteVa-menetelmä ei vielä ole kovin laajasti käytössä, ja opinnäytetyömme saattaa hyödyttää muita vanhainkoteja, kun mietitään henkilökunnan koulutustarpeita. Koko Suomessa on yhteensä 1000–2000 validaatiokoulutuksen saanutta työntekijää ja määrä kasvaa koko ajan (Kaera 2009). Toivomme opinnäytetyömme tuovan TunteVa-menetelmää tunnetummaksi ja lisäävän kiinnostusta sen käyttöä kohtaan.

TunteVa-menetelmä pohjautuu amerikkalaisen sosiaaliterapeutin Naomi Feilin Validaatiomenetelmään. TunteVa-menetelmässä halutaan oppia ja opettaa kohtaamaan dementoitunutta vanhusta ymmärtäen ja arvostaen. (Lumijärvi 2007, 37–38.) TunteVa-menetelmä auttaa ymmärtämään dementoituvan sisäistä maailmaa ja ohjaa vuorovaikutusta siten, että se tukee muistisairasta. Menetelmä korostaa myös dementoituvan ihmisarvon ja arvokkuuden säilyttämistä. Ihmisarvon säilyttämisen tulee näkyä tavassa, jolla dementoituva ihminen kohdataan. (Kämäräinen 2009, 2.)

Dementiassa ei ole kysymyksessä erillinen sairaus vaan oireyhtymä. Sen aiheuttavat useat eri muutokset aivotoiminnoissa. Tila voi olla paraneva, etenevä tai pysyvä. (Eloniemi–Sulkava & Sulkava 2006, 11.) Dementoituneen kanssa vuorovaikutustapahtuma on erityisen haasteellinen kognitiivisten taitojen heikentymisen takia. Kielen täsmällisyys on heikentynyt ja hoitajan täytyy ymmärtää tunne- ja käyttäytymismuutoksista kärsivän dementoituneen maailmaa. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi–Sulkava 2002, 6–7.)

Vuoden 2005 lopussa oli sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisen kotisairaanhoidon tai kotipalvelun piirissä 32 500 asiakasta (Tilastotiedote 2008). Koska dementiasta kärsivien määrä on näin suuri, se asettaa haasteen hoitohenkilökunnalle. He tarvitsevat erityisosaamista dementoivista sairauksista, niiden oireista ja dementoituneiden tukemisesta. Osaava henkilökunta pystyy ennakkoimaan käytösoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. (Sormunen & Topo 2008, 127 – 128.) Yksi tapa vaikuttaa käytösoireiden syntyyn, on käyttää TunteVa-menetelmä muistisairaana kohtaamisessa.

2 TUNTEVA-MENETELMÄ JA DISORIENTAATION VAIHEET

Tässä luvussa käytetään lähteen mukaan käsitettä TunteVa-menetelmä tai validaatiomenetelmä. Jatkossa opinnäytetyössä käytetään käsitettä TunteVa-menetelmä. Tässä luvussa käsittelemme TunteVa-menetelmän ymmärtämisen kannalta tärkeitä asioita kuten TunteVa-menetelmän lähtökohtia, tarkoitusta, menetelmän käyttöä ja koulutusta. TunteVa-menetelmä pohjautuu amerikkalaisen sosiaaliterapeutti Naomi Feilin kehittämään validaatiomenetelmään. Validaatio-sana tulee englannin kielen sanasta 'valid', joka tarkoittaa arvonsa mukainen, voimassa oleva (Sipola 1999, 104.) Validaatio tarkoittaa teoriaa muistihäiriöisistä, disorientoituneista vanhuksista. Menetelmän avulla voidaan luokitella vanhuksen käyttäytymistä. Validaatio on myös joukko erilaisia tekniikoita, joiden avulla on mahdollista auttaa vanhusta palauttamaan hänen arvokkuutensa. Kyseisiä tekniikoita voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmämenetelminä. (Feil 1998, 14.)

Validaatio on menetelmä, jonka avulla hoitaja kohtaa dementoituvan, muistihäiriöisen vanhuksen. Validaatiossa keskeistä on vuorovaikutustilanne. Hoitaja kuuntelee vanhusta häntä arvostaen ja eläytyy hänen asiaansa. Hoitaja pyrkii viestinnällään herättämään vanhuksessa luottamusta. (Pohjavirta, Sipola & Lumijärvi 2002, esipuhe.) Validaatiomenetelmän tarkoitus on luoda vuorovaikutussuhde kuuntelemalla vanhuksen tunteita (Feil 1998, 14).

TunteVa-menetelmän perusajatus on, että muistisairas ihminen on arvokas ja että dementoituvalla ihmisellä on myös tunteensa ja tarpeensa. TunteVa-menetelmässä painotetaan myös, että dementoituvan ihmisen kohtaamisessa tarvitaan pysähtymistä, kuuntelemista ja luottamuksen rakentamista. Dementoituvan sanomisilla ja tekemisillä on merkitys hänelle. Vaietut, kipeät kokemukset ja tukahdetut tunteet tulee käsitellä tavalla, johon muistisairas kykenee. Tämä on mahdollista arvostavassa ilmapiirissä, jossa ihmistä autetaan ilmaisemaan kokemuksiaan ja tunteitaan niitä väheksymättä. (Kämäräinen 2009, 4.) TunteVa-menetelmä toteutuu parhaiten yhteisössä, jossa noudatetaan terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteita. Periaatteita ovat keskinäisten suhteiden hoito, erilaisuuden hyväksyminen, tasa-arvoisuus, yhdessä työskentely, yhteinen suunnittelu ja päätöksenteko, elämänsuunnitelman laatiminen sekä avoimuus ja sallivuus. (Sopimusvuori 2009.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä terapeuttista yhteisöhoitoa tarkemmin, koska Vanhustyön keskus Himminkodossa TunteVa-menetelmän käyttöön ei liity yhteisöhoito.

Validaatiomenetelmän kehittänyt Naomi Feil työskenteli Amerikassa kotipaikkansa Montefiorin vanhainkodissa muistihäiriöisten vanhusten ryhmänohjaajana (Lumijärvi 2007, 36). Feil sovelsi ajan tavan mukaan vanhuksiin realiteettiterapiaa, jonka mukaan dementoituvan olisi pitänyt pysyä ajan tasalla ja noudattaa sovinnaisia käytöstapoja. Feil kuitenkin havaitsi realiteettiterapian tuottavan dementoituneille ahdistusta. (Porkka 1998, 185–186.) Havaittuaan ristiriidan Feil luki muun muassa kehityspsykologian teoksia ja pohti, mitä vanhukset halusivat viestittää käyttäy-

tymisellään. Feilin oivallus oli se, että monet vanhukset kantoivat painavaa menneiden taakkaa, jota ei ollut koskaan purettu. Alitajunnassaan vanhukset tiesivät olevansa lähellä elämänmatkansa loppua ja halusivat vihdoin purkaa taakkojansa. Feil ymmärsi vanhusten tarvitsevan ymmärtäväistä kuulijaa. Käsitettyään tämän asian Naomi Feil kehitti 1963-1980 validaatiomenetelmän. (Lumijärvi 2007, 36.)

Validaation teoria pohjautuu behavioristisen, analyyttisen ja humanistisen psykologian perusteisiin (Feil 1998, 15). Validaation taustalta löytyy monia psykologisia ja neurologisia malleja. Tällaisia ovat Carl Rogersin asiakaslähtöisyys ja Sigmund Freudin ajatus siitä, ettei ihmistä voi muuttaa ellei hän ole siihen valmis. Tärkeä on myös S. Zuckermanin ajatus siitä, että ihminen pyrkii saavuttamaan sisäisen tasapainon. Validaation keskeinen idea on, että tunteiden ilmaiseminen helpottaa tunteita. Tämä idea pohjautuu Carl Gustav Jungin teoriaan. Tunteiden kieltäminen vain voimistaa niitä. (Sipola 1999, 105.) Abraham Maslowin tarpeiden hierarkia ohjasi Feiliä ymmärtämään, että dementoituneet ihmiset halusivat jatkaa elämäänsä entisen kaltaisena (Lumijärvi 2007, 36).

Validaation perustana toimii Erik H. Eriksonin elämäntutkimus (Lumijärvi 2007, 36). Erik H. Erikssonin elämäntutkimuksen perustana on käsitys ihmisen biologisten, henkisten ja sosiaalisten voimavarojen sekä viettien vuorovaikutusprosessista. Teorian mukaan koko elämämme on eri elämäntutkimuksiin kuuluvien tehtävien suoritusta. Tietyn ikäkauden tehtävän onnistuminen riippuu siitä, miten ihminen on selvinnyt aiempien elämäntutkimuksensa tehtävistä. Erikssonin mukaan ihmisellä on elämässä kuusi tehtävää: perusluottamuksen syntyminen, sääntöjen noudattamisen oppiminen, intiimin läheisyyden oppiminen, uusien aktiviteettien löytäminen katoavien roolien tilalle ja elämän ”tilinpäätös”, eheys. Erikssonin teoria ohjasi Feiliä huomaamaan, että erittäin vanhoilla ihmisillä on vielä yksi elämäntutkimus suoritettavana. Feil nimesi seitsemännen vaiheen tehtävän menneisyyden selvittämiseksi. Tässä vaiheessa vanhukset palaavat menneisyyteen löytääkseen ratkaisun aikaisemmille ratkaisemattomille tehtäville. (Feil 1998, 16–23.)

Suomeen Feil tuli 1990-luvun alussa pitämään luentoja Vanhustyön keskusliiton kutsumana. Vuonna 1995 USA:ssa toimiva Validaatiokoulutuksen keskusorganisaatio Validation Training Institute (VTI) ja Tampereen Kaupunkilähetys Ry tekivät koulutussopimuksen. Tällöin Tampereen Kaupunkilähetys Ry otti vastuun validaatiokoulutuksen järjestämisestä Suomessa. Tampereen Kaupunkilähetys Ry:n, Sopimusvuorisäätiöiden sekä muiden tahojen ja oppilaitosten toimesta on Suomessa koulutettu suuri määrä validaatiotyöntekijöitä. (Lumijärvi 2007, 37.)

Vuonna 2006 Tampereen Kaupunkilähetys ry ei enää jatkanut koulutussopimusta VTI:n kanssa. Validaation opettajat ja käyttäjät olivat jo pitkään suunnitelleet, että validaatiota pitäisi kehittää enemmän suomalaisille sopivaksi. Myös koulutusta haluttiin kehittää. Koska validaatiomenetelmä oli jo rekisteröity Feilin ja hänen tyttärensä nimiin, tuli uuden menetelmän nimeksi TunteVa, suomalainen validaatiomenetelmä. Nimi TunteVa sisäl-

tää ajatuksen sekä tunteista että validaatiosta. TunteVa-menetelmän sisältö on jokseenkin sama kuin Validaatiomenetelmän. (Lumijärvi 2007, 37–38.)

2.1 TunteVa-menetelmän tarkoitus ja tavoitteet

Feilin menetelmän tavoitteena on vuorovaikutussuhteen avulla auttaa muistihäiriöisiä vanhuksia siten, että vanhus saavuttaa uudelleen omanarvontunteensa ja mahdollisesti löytää ratkaisuja menneessä käsittelemättä jääneille ristiriidoille. Tavoitteena on myös lievittää vanhuksen kokemaa stressiä, vähentää lääkkeiden ja fyysisten rajoituskeinojen käyttöä, parantaa kommunikointitaitoja sekä lisätä liikuntakykyä ja fyysistä hyvinvointia. (Pohjavirta ym. 2002, 1.)

Alun perin Feil kehitti validaatiomenetelmän hyvin vanhoille muistihäiriöisille ihmisille. Feilin mukaan validaatiomenetelmää ei ole tarkoitettu vanhuksille, jotka ovat orientoituneita, kehitysvammaisia, joilla on merkittävä psyykkinen sairaus tai jotka kärsivät trauman aiheuttamasta aivovauriosta esimerkiksi afasiasta. (Feil 1998, 32–34.) Validaatio tuntuu sopivan erityisesti Alzheimerin taudin, vanhuuden dementian, vaskulaarisen dementian, Lewyn kappaletaudin ja frontaalidementian hoitoon. Alkoholidementiaa tai nuorena alkanutta Alzheimerin tautia sairastavat eivät hyödy validaatiosta yhtä paljon. (Pohjavirta & Sipola 2005.) Validaatiota voidaan myös soveltaa muillekin kuin muistihäiriöisille vanhuksille. Pienillä muutoksilla validaation avulla voidaan auttaa esimerkiksi kehitysvammaisia henkilöitä. (Kaera 2009.)

2.2 Disorientaation vaiheet

Feil on luokitellut validaatiomenetelmässä muistihäiriöiset vanhukset neljään vaiheeseen. Feilin mukaan kullakin vaiheella on omat psyykkiset ja fyysiset ominaispiirteensä. Siirtyminen vaiheesta seuraavaan merkitsee lisääntyvää todellisuudesta vetäytymistä. Useimmat vanhuksista ovat tietysti vaiheessa suurimman osan ajasta, mutta joskus vanhus saattaa vaihtaa vaiheesta toiseen viiden minuutin sisällä. Vaiheiden rajat ovat siis joustavia. (Feil 1998, 53.)

Malorientaatiovaiheessa oleva vanhus on vielä täysin orientoitunut, mutta hänelle tapahtuu unohduksia. Unohdukset pelottavat vanhusta eikä hän halua tunnustaa olevansa sairas. Malorientoituneessa vaiheessa oleva vanhus on onneton. Välillä hän on vihainen ja välillä taas masentunut. (Lumijärvi 2007, 39.) Malorientoituneet vanhukset kertovat usein, että heidän tavaroitaan varastetaan tai että heitä myrkytetään. Kyseisessä vaiheessa olevat vanhukset osaavat myös kertoa uskottavia tarinoita peittääkseen muistikatkonsa. Esimerkiksi eksyessään tutussa ympäristössä vanhus saattaa syyttää talonrakentajia eksymisestään. (Lumijärvi 2007, 39.) Vanhukset, jotka ovat malorientaatiovaiheessa välttelevät tunteista puhumista. Puhe, päättelykyky ja järkevä ajattelu ovat heille tärkeitä. He ovat häpeissään, jos jäävät kiinni unohtamisesta, asioiden toistamisesta tai siitä, etteivät tunnista tiettyä ihmistä. (Feil 1998, 56.)

Ajan tajun hämärtymisen vaiheessa vanhukset eivät enää kykene pitämään kiinni todellisuudesta. He luovuttavat eivätkä enää seuraa kronologista aikajärjestelmää ja vetäytyvät sisäänpäin. Ajan seuraamisen sijasta tässä vaiheessa olevat vanhukset keskittyvät muistoihinsa ja elävät niissä. Nykyisyyden asia tai ihminen voi olla heille symboli, joka toimii avaimena menneisyyteen. (Feil 1998, 59.) Ajan tajun hämärtymisen vaiheessa looginen ajattelu ja lähimuisti heikentyvät ja puhe hidastuu (Sipola 1999, 109). Vanhus menettää hallintakeinot, kommunikointikyvyn ja sosiaaliset taidot. Hänestä tulee fyysisesti ja emotionaalisesti pidätyskyvytön. Vanhus palaa usein elämän perustunteisiin, joita ovat rakkaus, viha, eroon joutumisen pelko sekä taistelu identiteetin säilyttämisen puolesta. (Feil 1998, 59.)

Jatkuvan liikkeen vaiheessa vanhus toistaa samaa liikettä, lausetta, kysymystä tai laulun säettä lähes koko ajan. Vanhuksen puhe ei ole enää selkeää. Tässä vaiheessa liike korvaa puheen ja tuottaa mielihyvää vanhukselle. Liike voi myös muistuttaa jostakin henkilöstä, esimerkiksi äidin sylissä olosta. (Lumijärvi 2007, 40.) Kehon eri osista tulee vanhukselle symboleja ja liikkeet korvaavat sanat. Jos vanhus tuntee olevansa sidottu, saattaa hän jatkuvasti riisuutua ja pukeutua tunteakseen itsensä vapaaksi. Kolmannessa vaiheessa tukahdutetut tunteet saattavat nousta esiin. Häpeä, syyllisyys, seksuaalinen halu ja viha ovat olleet koko elämän piilossa. Kun vanhus dementoituu, tunteet pääsevät pintaan. (Feil 1998, 62.)

Sikiövaiheessa vanhus vetäytyy täysin ympäröivästä maailmasta ja luopuu keskeneräisten asioiden ratkaisemisesta. Vanhus stimuloi itseään vain sen verran kuin on välttämätöntä hengissä pysymiseksi. Sikiövaiheessa vanhus pitää silmiä enimmäkseen suljettuna ja makaa sikiöasennossa. Vanhukseen ei saa kontaktia. (Feil 1998, 65.)

2.3 TunteVa-menetelmän käyttö ja validaatiotekniikat

Validaation käyttö hoitomenetelmänä edellyttää hoidon suunnittelua ja siihen sitoutumista. Hoidon tavoitteiden on myös oltava realistisia. Validaatiolla ei paranneta ketään, vaan sillä parannetaan elämän laatua. Hoidon alkaessa hoitaja kerää tietoa vanhuksesta ja arvioi disorientaation vaiheen. Vanhuksen elämänhistorian tunteminen on välttämätöntä hoitajalle. Hoitajan on tärkeää myös selvittää vanhuksen muistihäiriön syyt niin tarkkaan kuin mahdollista. Tämän jälkeen hoitaja toteuttaa validaatiota. (Sipola 1999, 110–112.)

Kaikissa vaiheissa tärkeintä on rakentaa luottamusta vanhuksen ja hoitajan välille. Hoitajan tulee kunnioittaa vanhuksen tapoja ja voimia. (Sipola 1999, 111). Hän ei koskaan valehtele vanhukselle ja välttää aiheuttamasta vanhukselle nolausta tulemisen tai epäonnistumisen tunnetta (Porkka 1998, 188). Perusasioihin kuuluu se, että hoitaja keskittyy asiaan, hakee katsekontaktin vanhukseen ja tarkkailee vanhuksen ilmeitä ja eleitä. Hoitaja myös tekee sopivia tarkentavia kysymyksiä. Vastatessaan hoitaja käyttää samantapaisia ilmaisuja kuin vanhus. Hän myös poimii vanhuksen puheesta avainsanoja ja vahvistaa tärkeitä asioita. (Lumijärvi 2007, 41–42.)

Validaatiossa kommunikointi perustuu usein tunteisiin. On tärkeää, että hoitaja kuulee vanhuksen tunteen (Lumijärvi 2007, 41–42). Vanhus ilmaisee tunteensa usein symbolien ja arkipäiväisten asioiden avulla. Hoitajan tulee empatiansa ja intuitionsa avulla ottaa tunteista selvää. (Porkka 1998, 189.)

Validaatiotekniikat ovat työvälineitä, jotka auttavat dementoituvan vanhuksen kohtaamisessa. Menetelmät voivat olla sanallisia tai sanattomia. (Lumijärvi 2007, 40.) Validaatiotekniikoita ovat muun muassa myötäily, katseen, äänen ja kosketuksen käyttö sekä havainnointi (Pohjavirta & Sipola 2005). Pohjavirran, Sipolan ja Lumijärven vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että validaatiotyöntekijät käyttävät validaatiotekniikoita kokonaisvaltaisesti. Eniten validaatiotyöntekijät käyttivät validoivaa keskustelua, tunteiden myötäilyä, huomion tarjoamista, tilanteeseen keskittymistä ja aistien avulla tapahtuvaa kontaktin luomista. (Pohjavirta ym. 2002, 40.)

Validaatiotekniikoiden tarkoitus on auttaa vanhusta ilmaisemaan itseään puheella, käyttäytymisellä tai liikkeellä (Sipola 1999, 111). Tekniikoiden tarkoitus on myös estää vanhusta vaipumasta vaiheesta seuraavaan. Kun validaatiotekniikoita käytetään säännöllisesti, Feilin toteamia vaiheita ei voida enää erottaa selvästi toisistaan. Validaatiotekniikoita käyttäen voidaan välttää varsinainen sikiövaihe ja säilyttää kontakti elämän loppuun asti. (Lumijärvi 2007, 42.)

Tärkeää on osata käyttää eri menetelmiä eri vaiheissa olevien vanhusten kanssa. (Lumijärvi 2007, 40.) Feil neuvoo validaatiotyöntekijää, joka toteuttaa validaatiota malorientaatiovaiheessa olevan vanhuksen kanssa keskittämään oman energiansa, käyttämään muistelua, esittämään kysymyksiä, jotka tutkivat tosiasioita, kysymään äärimmäisyyksiä, muotoilemaan vanhuksen kysymys uudelleen, käyttämään vanhuksen ensisijaista aistia ja auttamaan vanhusta kuvittelemaan vastakohta. Ajan tajun hämärtymisen vaiheessa olevan vanhuksen kanssa tulisi käyttää muun muassa kosketusta, pitkitettyä katsekontaktia, selkeää äänensävyä, ilmaista tunnetila tunteella, tarkkailla tunnetiloja, käyttää apuna musiikkia. Toistuvien liikkeiden vaiheessa vuorovaikutustilanne tulisi muun muassa aloittaa kosketuksen avulla, käyttää peilaamista eli myötäillä vanhuksen vartalon liikkeitä, musiikkia, käyttää epämääräistä muotoa ja epämääräistä pronominia puheessa, käyttää katsekontaktia, virittäytyä vanhuksen tunnetilaan, sanoa ääneen vanhuksen tunnetila. Sikiövaiheessa tärkeää on koskettaa vanhusta, yrittää katsekontaktin saamista, käyttää aitoa äänensävyä, käyttää puheessa epämääräisiä pronomineja puheessa, löytää vanhuksen käyttäytymisen ja tarpeen välinen yhteys sekä käyttää musiikkia. (Feil 1998, 74-85.)

2.4 TunteVa-koulutus

Koko Suomessa on yhteensä 1000–2000 validaatiokoulutuksen saanutta työntekijää ja määrä kasvaa koko ajan (Kaera 2009). Tällä hetkellä eri puolella Suomea toimii yhteensä 24 TunteVa-kouluttajaa (Säilykö arvokkuus - vaikka muisti pettää, TunteVa-menetelmä dementoituvan henki-

lön hoidossa 2009). Koulutusvastuu on edelleen Kaupunkilähetys ry:llä. TunteVa-mallin myötä koulutusnimet muuttuivat. Validaatiotyöntekijästä tuli TunteVa-hoitaja, Validaatioryhmän ohjaajasta TunteVa-ryhmänohjaaja ja Validaatio-opettajasta TunteVa-kouluttaja. (Lumijärvi 2007, 37–38.)

TunteVa-menetelmää on mahdollista opiskella kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäinen vaihe TunteVa-hoitajakoulutus rakentuu kuudesta kahden päivän tapaamisesta ja välitehtävästä. Lähijaksot toteutetaan noin kuukauden välein. TunteVa-ryhmänohjaajakoulutus ja TunteVa-ohjaajakoulutus muodostavat TunteVa-koulutuksen toisen vaiheen. TunteVa-ryhmänohjaajakoulutus antaa valmiuden ohjata muistihäiriöisten vanhuk-sien ryhmiä ja TunteVa-ohjaajakoulutus opastaa muistihäiriöisten omaisia validoivien asenteiden ja toimintatapojen omaksumiseen. Koulutus koos-tuu neljästä kahden päivän tapaamisesta ja siihen kuuluu ryhmän kokoa-mista ja käytännön harjoittelua. Koulutuspäivät toteutetaan noin 1 ½ kuu-kauden välein. Koulutuksen kolmas vaihe TunteVa-kouluttajakoulutus an-taa pätevyyden opettaa TunteVa-menetelmää TunteVa-koulutuksissa ja luennoilla. Koulutus koostuu neljästä kahden päivän tapaamisesta ja se suoritetaan noin vuoden aikana. Jokaiseen vaiheeseen sisältyy työnäyte-työskentelyä eli videointia. (TunteVa-koulutus 2009.)

TunteVa-hoitajakoulutuksen pohjakoulutusvaatimuksena on sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. TunteVa-ryhmänohjaajakoulutus ja TunteVa-ohjaajakoulutus edellyttävät TunteVa-hoitajan pätevyyttä. TunteVa-kouluttajakoulutuksen pohjakoulutusvaatimuksena on ammattikor-keatasoinen koulutus ja TunteVa-hoitajan sekä TunteVa-ohjaajan tai Tun-teVa-ryhmänohjaajan pätevyys. (TunteVa-koulutus 2009.)

Tampereen Kaupunkilähetys Ry on aloittanut keväällä 2008 valtakunnalli-sen Dementiahoito TunteVaksi-projektin (2008–2012), jonka tavoitteena on valtakunnallistaa TunteVa-mallia ja luoda kaikille dementoituville henkilöille mahdollisuus päästä validoivan hoidon ja osaamisen piiriin se-kä antaa ammattilaisille ja läheisille keinot menetelmän sisäistämiseen ja käyttämiseen. (Tampereen Kaupunkilähetys 2008b.) Projektiin kuuluu osana kysely, jonka avulla Tampereen Kaupunkilähetys Ry kerää palautet-ta TunteVa-kurssien osanottajilta. Kyselyn avulla TunteVa-koulutusta ke-hitetään edelleen. (Tampereen Kaupunkilähetys 2008a.)

Validaatiomenetelmä on Naomi Feilin kehittämä disorientoituneen van-huksen kohtaamismenetelmä, jossa tärkeää on vuorovaikutustilanne. Vuonna 2006 Validaatiomenetelmästä kehitettiin suomalainen validaatio-menetelmä, TunteVa-menetelmä. TunteVa-menetelmässä ajatus on sama kuin validaatiomenetelmässä. TunteVa-menetelmään kuuluu erilaisia tek-niikoita, joiden avulla eri disorientaatiovaiheissa olevia vanhuksia autetaan säilyttämään oman arvon tunteensa. Suomessa TunteVa-koulutusta järjes-tää Tampereen Kaupunkilähetys Ry. Menetelmää voi opiskella kolmessa erillisessä koulutuksessa. Koulutuksia ovat TunteVa-hoitaja-, TunteVa-ryhmänohjaaja- ja TunteVa-ohjaajakoulutus.

3 VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN KANSSA

3.1 Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa hoitajan näkökulmasta

Dementoituneen kanssa vuorovaikutustapahtuma on erityisen haasteellinen kognitiivisten taitojen heikentymisen takia. Kielen täsmällisyys on heikentynyt ja hoitajan täytyy ymmärtää tunne- ja käyttäytymismuutoksista kärsivän dementoituneen maailmaa. (Laaksonen ym. 2002, 6-7.) Vuorovaikutus sisältää sanallisen viestinnän lisäksi sanatonta viestintää. Tunneiden viestimisessä on sanattomalla viestinnällä suuri merkitys. Siihen vaikuttavat puheen sävy, nopeus, tauotukset, äänenkäytön vaihtelevuus ja kovuus. Myös kehon asennot tukevat sanatonta viestintää. Dementoituva on erityisen herkkä sanattomille ja tilanteiden herättämille tunneviesteille. Hoitajan tehtävänä on dementoituneen kognitiivista taidoista johtuvien vaikeuksien vuoksi murtaa vuorovaikutuksen esteitä. Vaikka kielellinen viesti ei olisikaan ymmärrettävissä, on tärkeää löytää viestin sanaton tunnesisältö ja vastata siihen. Dementoituvan elämäkaaren tunteminen helpottaa vuorovaikutusta ja auttaa löytämään avaimia mielen sisälle, koska usein tilanteiden ja puheiden merkitys saattaa avautua sitä kautta. Vuorovaikutukseen kuuluu viestin lähettäminen, vastaanottaminen ja sen tulkin-ta. Hoitajan tehtävänä on tulkita dementoituneen viesti kuuntelemalla. Tämä vaatii hoitajalta erityistä herkkyyttä ja keskittymiskykyä. (Heimonen & Voutilainen 1997, 95, 99, 101.)

Symbolien käytöllä on tärkeä merkitys dementoituneiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä aistia ilmeitä, eleitä, asentoja, liikkeitä ja äänensävyjä. Tähän kuuluu myös välimatkan säätely, joka on sekä fyysistä että henkistä. (Semi 2004, 86 – 87.) Myös koskettaminen on osa vuorovuorovaikutusta. Se ilmaisee ystävällisyyttä ja monet dementoituvat reagoivat siihen positiivisesti. (Heimonen ym. 1997, 100.) Kaikki dementoituneet eivät kuitenkaan automaattisesti pidä koskettamisesta kuten halailusta (Semi 2004, 87). Omaiset ovat tässä tärkeä tietolähde. Heidän kauttaan saadaan tietoa siitä, miten dementoitunut suhtautuu koskettamiseen. Vaikka kosketus onkin läheisyyttä tuova ele, se voi olla kuitenkin jollekin todella vastenmielistä. Tätä seikkaa on syytä kunnioittaa. (Laaksonen ym. 2002, 30.)

Dementoituneen aito kohtaaminen ja kuuleminen edellyttävät hoitajalta hyvää tunneälyä. Tärkeää on kohdata dementoitunut tasavertaisena ja hänen ehdoillaan. (Kankare & Lintula 2005, 80.) Väittely dementoituneen kanssa ei kuulu hoitokulttuuriin. Hoitajan tehtävänä on ohjata väittelevää keskustelua ystävällisempään suuntaan. (Semi 2004, 87–88.) Myönteiseen vuorovaikutussuhteeseen vaikuttaa keskeisesti dementoituvan empaattinen ymmärtäminen. Empatia määritellään ”kyvyksi eläytyä toisen ihmisen elämään ja ymmärtää oikein hänen tunteensa ja niiden merkitys.” Hoidossa korostuu se, että vaikka auttaja ymmärtääkin asiakkaan tunteita, hän ei jaa näitä tunteita. Vuorovaikutuksen rakentumisen muita osatekijöitä em-

patian lisäksi ovat luottamus, välittäminen ja rakkaus, autonomisuus ja vastavuoroisuus. (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987, 130 - 140.) Vuorovaikutussuhteeseen hoitotyössä kuuluvat myös positiivinen arvostus, aitous, avoimuus, turvallisuus, joustavuus, sitoutuneisuus sekä aito välittäminen. (Laaksonen ym. 2002, 7.)

Hoitajan ja asiakkaan suhde on laadultaan auttamissuhde, mikä poikkeaa normaalista kahden ihmisen suhteesta siinä, että hoitaja on vastuussa vuorovaikutustilanteen onnistumisesta. Luottamuksen hoitosuhteessa määritellään ”vakaaksi uskoksi siihen, että toinen ihminen pystyy auttamaan ahdingossa ja todennäköisesti myös tekee niin”. (Sundeen ym. 1987, 128–130.) Dementoitunut tarvitsee turvallisuuden tunnetta ja sitä tukevaa ympäristöä kokeakseen olevansa itsenäinen ja kunnioitettu. Hänellä on oma fyysinen ja henkinen reviirinsä elämänsä loppuun saakka. (Eloniemi–Sulkava 2006, 34.) Hoitoyhteisön ilmapiiri on dementoituneen elämänlaadun kannalta yksi oleellisimmista asioista. Dementoitunut vaistoa herkästi tunneilmaston kannustavuuden ja positiivisuuden. (Eloniemi–Sulkava & Sulkava 2006, 35.) Hoitajan on hyvä kohdata dementoitunut aikuisena arvostaen hänen yksilöllisyyttään ja antaa mahdollisuus itsekunnioituksen ja itsemääräämisen säilyttämiseen. Dementoituneelle on tärkeää antaa vuorovaikutuksessa onnistumisen mahdollisuuksia jäljellä olevat toimintakyvyn rajoitukset huomioon ottaen. (Heimonen ym. 1997, 100 - 102.) Vaikeassa vaiheessa olevan dementoituneen kommunikointi rajoittuu yleensä yhteen henkilöön kerrallaan (Telaranta 2004, 84).

Dementoitunut pystyy yhä aistimaan ympäristössä vallitsevan ilmapiirin ja reagoi ristiriitaisuuksiin joko lukkiutuen tai aggressiolla (Telaranta 2004, 85). Samat asiat, mitkä luovat hyvän vuorovaikutussuhteen asiakkaan ja hoitajan välille, saattavat myös heikentää sitä. On tutkittu, että heikentäviä tekijöitä hoitajien taholta ovat liian rutiininomainen suhtautuminen työhön, liiallinen kiire työssä, pitkälle edennyt erikoistuminen, työn kokonaisvastuun hajautuminen, sairaanhoitajan muuhun kuin välittömään potilastyöhön liittyvät tehtävät. Myös hoitoyhteisön sisäiset jännitteet, hoitajien stressi ja kiireinen työtahti ovat heikentäviä tekijöitä. (Poikkimäki 2004, 22.)

3.2 Muistisairauden vaikutus kommunikointiin

Dementoiva sairaus vaikuttaa puheen tuottamisen ja vastaanottamisen kykyyn. Dementoituva kadottaa vähitellen sanojen merkityksen ja asiayhteyden. Tämä tuo erityisen haasteen kommunikointiin hänen kanssaan. Haasteellista on tavoittaa dementoituvan viesti sanattomasti, kun hän ei enää pysty itseään puheella ilmaisemaan. Viestin kuuleminen edellyttää tarkkaa havainnointia ja läsnäoloa hetkessä. (Heimonen ym. 1997, 96.) Dementia-sairauden aiheuttamat kognitiiviset muutokset alkavat minätietoisuuden heikentymisestä. Se johtaa lopulta siihen, että oma minä katoaa. Tähän kuuluu lisäksi aikaorientaation häiriintyminen, mikä alkaa yleensä ensimmäisenä, sitten häviää paikan tajuaminen ja lopulta omaan minään ja ympäristöön liittyvä tieto. (Laaksonen ym. 2002, 10.)

Vuorovaikutustapahtumassa on tärkeää kiinnittää huomiota sen esteisiin. Tärkeää on varmistaa, että dementoituvan kyky kuulla ja nähdä ei rajoita kohtaamista. Myös muut ympäristölliset tekijät kuten valaistus ja melu saattavat heikentävää vuorovaikutusta. Katsekontaktin saaminen dementoituvaan helpottaa kontaktin saamista. Dementoituvan kanssa on huolehdittava, että oma puhe ei ylitä hänen ymmärtämisensä rajoja. On käytettävä lyhyitä lauseita, tuttuja sanoja, vältettävä vaikeita lauserakenteita ja loogista päättelyä vaativia sanoja tai lauseita. Vuorovaikutustapahtumassa on tärkeä antaa riittävästi aikaa. (Heimonen ym. 1997, 97 -98.) Dementoitava sairaus voi tuoda potilaan ilmeisiin ja eleisiin sellaisia muutoksia, että hoitaja voi tulkita väärin hänen tunnetilojaan. Spontaanien ilmeiden niukkuus kuuluu Parkinsonin taudin ja Lewyn kappale taudin oireisiin. Myös Alzheimerin taudissa ja vaskulaarisessa dementiaassa on huomattavissa niukkuutta ja ilmeiden latistumista. Tämä saattaa vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen, jos hoitaja ei ymmärrä eleettömyyden syytä. (Laaksonen ym. 2002, 32.)

Tavaroiden osoittaminen ja eleiden käyttö mahdollistavat kommunikaatiota erityisesti afasiasta (puheen tuottaminen ja ymmärtäminen) kärsivällä dementoituneella. Mahdollisuuksia käyttää tätä kommunikaation muotoa on vielä jäljellä, kun älyllinen päättelykyky ja johdonmukainen ajattelu vielä toimivat. Yhdessä voidaan osoitella tavaroita, ikkunasta ulos, katsoa valokuvia. Tämän kommunikointitavan etuna on luontevuus. Kuvat saattavat virittää keskustelun. Eleiden käyttö on vaikeampaa kuin osoittelu. Dementoitunutta voi kannustaa kommunikointiin puhekumppanin samankaltaisten ilmeiden ja eleiden käyttö. (Laaksonen ym. 2002, 42.) Sanattomaan viestintään kuuluu ilmeiden ja eleiden käytön lisäksi niin sanottu peilautumisilmiö. Keskustelu saattaa helpottua, kun kaksi keskenään kommunikoivaa alkaa matkia toisiaan jalkoja heiluttamalla, kasvojen ilmeillä tai pään nyökyttelynä. Samoin puhetyylin pitäminen samanlaisena voi edesauttaa keskustelua. Puheen rytmi, tauotukset ja hengityksen rytmi saattavat myös edistää sitä. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 31.)

4 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET JA KÄYTÖSHÄIRIÖT

Tässä luvussa käytetään käsitettä muistisairaus, mutta tekstissä voi esiintyä myös käsite dementia, jos kyseistä käsitettä on käytetty alkuperäisessä lähteessä. Dementiassa ei ole kyseessä erillinen sairaus, vaan oireyhtymä. Sen aiheuttavat useat eri muutokset aivotoinnissa. Tila voi olla paraneva, etenevä tai pysyvä. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2006, 11.) Älyllisten toimintojen heikentyminen on niin haittaavaa, että se rajoittaa henkilön arjessa selviytymistä ja on selkeästi poikkeava henkilön aiemmasta tasosta. Oleellista on, että oireet kehittyvä pikkuhiljaa, vähintään useiden kuukausien kuluessa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 55.)

Dementian diagnostiset määritelmät pohjautuvat Alzheimerin taudin ominaispiirteisiin. Siihen kuuluvat laaja-alainen kognitiivinen häiriö, varhainen muistihäiriö ja huomattavat rajoitukset päivittäistoiminnoissa aiempaan verrattuna. (Pirttilä & Erkinjuntti. 2006, 94.) Dementian yleisoireiden, muistioireiden, uuden oppimisen vaikeutumisen ja vaikeuden palauttaa mieleen aiemmin opittua lisäksi sairauteen kuuluu ainakin yksi seuraavista häiriöistä: Dysfasia eli kielellinen häiriö, vaikeus tuottaa puhetta ja ymmärtää sanoja. Agnosia eli liikesarjojen suorittamisen vaikeus. Apraksia eli esineiden tunnistamisen vaikeus tai nähdyn käsittämisen vaikeus tai toiminnan ohjaamisen häiriö esimerkiksi suunnitelmallisuuden tai järjestelmällisyyden häiriö. (Erkinjuntti ym. 2008, 54- 55.) Dementia jaetaan vaikeusasteisiin sen mukaan, miten älylliset kyvyt ovat heikentyneet. Asteita ovat lievä, keskivaikea ja vaikea dementia. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006, 11.)

Keskitymme tässä opinnäytetyössä tarkastelemaan eteneviä muistisairauksia ja jätämme lievempien eli muistihäiriöiden käsittelyn pois, koska Vanhustyön keskus Himminkodon asukkailla on jo jokin pitkälle edennyt muistisairaus. Muistihäiriöitä pidetään useimpien dementoivien sairauksien esioireena, eivätkä ne liity välttämättä dementoivaan tautiin (Viramo & Sulkava 2006, 25).

4.1 Muistisairauksien esiintyvyys Suomessa

Stakesin tilasto vuodelta 2008 ja väestötutkimus vuodelta 2005 kertovat muistisairauksien lisääntyvän seuraavien 20 vuoden ajan. Tämän hetken ongelmana on muistisairauksien heikko diagnosointi perusterveydenhoidossa. Väestötutkimuksen mukaan vuonna 2005 Suomessa oli 85 000 keskivaikeasti ja vaikeasti dementoitunutta ja noin 35 000 lievästi dementoitunutta henkilöä (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9). Keski-vaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsii Suomessa 2005 vuonna 65–74-vuotiaista noin 4 %, 75 -84-vuotiaista runsas 10 % ja yli 85-vuotiaista 1/3 osa (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 220). Suomessa oli vuoden 2005 lopussa sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisen kotisairaanhoidon tai kotipalvelun piirissä 32 500 asiakasta, joilla on dementoiva sairaus. (Tilastotiedote. 2008.)

Dementiaoireisten potilaiden määrä tulee väestöennusteen mukaan lisääntymään väestön ikääntymisen seurauksena ainakin vuoteen 2030 asti. Ennusteiden mukaan vuonna 2040 samojen palveluiden piirissä tulisi olemaan yli 80 000 asiakasta, joilla on dementoivan sairauden diagnoosi. Suuri ennusteluku perustuu tämän hetkiseen tilanteeseen, jossa dementoitvien sairauksien alidiagnosointi on todettu ongelma. Tästä johtuen ennusteluvut henkilöistä, joilla on muistihäiriöitä, ovat paljon tässä esitettyä suuremmat. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 21.)

Vain vähän yli puolella dementiaoireista kärsivällä ihmisellä on sairauteensa varmistettu diagnoosi ja noin puolella asianmukainen lääkehoito. Vain 1 % kaikista terveydenhuollon menoista aiheutuu dementian diagnosoimisesta. Asianmukainen lääkitys on tutkimusten mukaan vaikuttava keino tukea kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Käypä hoito-suosituksen mukaan sairauden diagnoosin selvittäminen, lääkehoito ja muu asiallinen lääketieteellinen hoito on yhteiskunnan kannalta kustannustehokasta. Lisäksi nämä asiat parantavat muistioireisen elämänlaatua. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 9- 11.)

4.2 Muistisairauksien riskitekijät ja suojaavat tekijät

Ikä on dementian suurin riskitekijä. Kuitenkin valtaosassa taudin aiheuttaja on tuntematon. Hyvin pieni osa sairauksista on perinnöllisiä. Alzheimerin taudin riskitekijöistä tiedetään, että 90-vuotiaalla on 50-kertainen riski sairastua 60-vuotiaaseen verrattuna. Jos suvussa ensimmäisen polven sukulaisessa on esiintynyt dementiaa, riski sairastua on kolminkertainen. Eräät geneettisesti määräytyvät merkkiominaisuudet, kuten apolipoproteiini E:n 4-alleelin esiintyminen lisää riskiä sairastua, etenkin Alzheimerin tautiin. Downin oireyhtymässä esiintyy amyloidin liikatuotantoa, mikä lisää sairastumisriskin monikymmenkertaiseksi ikäverrokkeihin nähden. Down - muodossa tautiin sairastutaan myös nuorempana, jo 40- 50 -vuotiaana. (Viramo ym. 2006, 33–34.)

Muita todennäköisiä ja mahdollisia dementiaa aiheuttavia riskitekijöitä ovat diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, pään vammautuminen, naissukupuoli, alhainen koulutustaso, runsas tupakointi ja alkoholinkäyttö, työperäinen altistuminen, lääkkeet, aiempi masennus ynnä muuta. (Viramo ym. 2006, 33.) Dementiaalta mahdollisesti suojaavia tekijöitä ovat estrogeeni, antioksidantit E- ja C -vitamiini, normaali verenpaine, normaalit kolesteroliarvot, tupakoimattomuus, statiinien käyttö ja tulehduskipulääkkeet. (Erkinjuntti ym. 2006, 80.) Näyttää siis siltä, että terveellisillä elämäntavoilla voi vaikuttaa muistisairauksilta suojaavasti.

4.3 Alzheimerin tauti ja sen eteneminen

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus. Sen osuus keskivaikeaa ja vaikeaa dementian muotoa sairastavista on 65–70%. (Viramo ym. 2006, 28.) Alois Alzheimer keksi taudin vuonna 1906. Hän oli kiinnostunut ihmisen aivojen kuorikerroksen tutkimisesta ja huomasi muutoksia, joita

muut eivät siihen saakka olleet huomanneet. (Telaranta 2004, 13.) Tyypillinen Alzheimerpotilas tulee lääkärin vastaanotolle läheisen aloitteesta. Läheinen on huomannut runsasta asioiden unohtelua. Oireisiin kuuluu myös samojen asioiden toistelu, kysely tai niiden uutena kertominen. Potilas itse kuvaa muistioireitaan merkityksettömiksi, eivätkä koe niiden juurikaan haittaavan arjessa selviytymistä. Omainen on lisännyt yhteydenottoja läheiseensä varmistaakseen asioiden sujuvuutta. (Pirttilä ym. 2006, 135.)

Tärkeää on taudin varhainen toteaminen. Uusilla lääkkeillä voidaan hidastaa taudin etenemistä ja näin parantaa sairastuneen elämänlaatua. Taudin kesto on keskimäärin 10 vuotta. Suomessa todetaan vuosittain noin 13 000 uutta potilasta. (Erkinjuntti ym. 2006, 78.) Alzheimerin taudissa huomataan hermosolujen katoa laaja-alaisesti sisemmässä aivolohkossa. Lisäksi kolinergisissä ratayhteyksissä etuaivoalueelta kuorikerrokselle on häiriötä. Taudille tyypillisesti amyloidiplakkia alkaa kertyä ja sakkautua. Hermosolukadosta seuraa aivoatrofia. Heikentymistä tapahtuu erityisesti hermovälittäjäainejärjestelmässä, joista tärkein on asetyylikoliini – välittäjäaine. (Erkinjuntti ym. 2006, 82.) Lääkehoidolla pyritään vaikuttamaan juuri asetyylikoliinin erittymiseen sitä lisäävästi. Laboratoriokokeissa ei Alzheimerin tautia sairastavalla yleensä huomata poikkeavuuksia. Hyödyllisin yksittäinen tutkimus on aivojen magneettikuvaus, jossa voidaan huomata jo varhaisessa vaiheessa aivojen atrofia. (Pirttilä ym. 2006, 140.)

Alzheimerin tauti etenee tyypillisesti vaiheittain. Hitaasti ja tasaisesti se tuhoaa aivoja vaurioittaen selektiivisten aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien toimivuutta. Vaikka kliiniseltä taudinkuvaltaan tauti on kaikilla samanlainen, sen alkamisikä vaihtelee sen mukaan, onko kyse vallitsevasti periytyvästä muodosta vai aiheuttaako sen jokin riskitekijöistä. Tyypillisin taudin alkamisikä on 60–70 -vuoden välillä. Periytyvät muodot voivat alkaa jo alle 65-vuotiaalla. (Pirttilä ym. 2006, 127–128.) Taudin keskimääräinen kesto on 10 vuotta, mutta se voi vaihdella 5 vuodesta yli 20 vuoteen (Erkinjuntti ym. 2001, 62).

Alkuvaiheen kesto on keskimäärin 3-7 vuotta. Alkuvaihetta selkeimmin kuvaavat muistivaikeudet. Lähimuisti heikentyy, aktiivisuus vähenee ja ilmenee masennusta. Henkilö on muistamaton, toistaa asioita ja ilmenee runsasta asioiden varmistelua. Tämä johtaa vetäytymiseen sosiaalisista harrastuksista. Usein henkilö on sairaudentunnoton. (Erkinjuntti ym. 2001, 64.) Ilmenee niin sanottuja päänkääntöoireita, jossa henkilö kääntyy tutkimustilanteessa omaisen tai läheisen puoleen kuin varmistaakseen vastauksen (Pirttilä ym. 2006, 136). Erityisesti kielellinen ilmaisu ja havaintotoiminnot ovat heikentyneet. Ilmenee dysfasiaa, asioiden nimeäminen ja sanojen löytäminen on hankaloitunut. Magneettikuvauksessa havaitaan aivoalueen atrofia entoriaalisen kuorikerroksen ja hippokampuksen alueella. (Erkinjuntti ym. 2006a, 132.)

Keskivaiheen kesto vaihtelee 2-4 vuoden välillä. Henkilön arkiselviytymisen vaikeutuu niin paljon, ettei hän kykene itsenäisesti selviytymään enää pukemisesta. Kädentaidot heikkenevät, oikeat sanat ovat hukassa ja paikantaju on huonontunut. Dementoituvalla on harhaluuloja ja näkyjä ja eri-

laiset sekavuustilat täyttävät elämä. Tilaa kuvaavat yhä selkeämmät muistivaikeudet, joita sairastuneen on enää vaikea peittää. Tässä sairauden vaiheessa henkilö menettää oikeustoimikelpoisuutensa. Hän ei myöskään saa enää ajaa autoa, vaikka on edelleen ruumiillisesti hyväkuntoinen. (Erkinjuntti ym. 2001, 65.) Osalle potilaista kehittyy tässä vaiheessa eksrapiyramidaalioireita kuten jähmeyttä, hidasta kävelyä ja ilmeettömyyttä. Ohimolohkojen sisäosat ovat tässä sairauden vaiheessa käytännössä tuhoutuneet. Magneettikuvauksessa näkyy selkeä atrofia. (Pirttilä ym. 2006, 132.)

Alzheimerin taudin loppuvaiheessa dementoitunut tarvitsee apua lähes kaikissa toimissaan. Tämän vaiheen kesto vaihtelee 1-5 vuoden välillä. Puheen ja sanojen ymmärtäminen on vaikeaa. (Erkinjuntti ym. 2001, 65–66.) Dementoituneella on enää harvoja sanallisia ilmaisuja (Pirttilä ym. 2006, 139). Keho on jäykistynyt, kävelykyky on heikentynyt. Virtsan ja ulosteen pidättämiskyky on käytännössä mennyt. Loppuvaiheessa dementoitunut voi saada suun pakkoliikkeitä. Jotkut saavat epileptisiä kohtauksia joihin kuuluu lihasnykäyksiä. Dementoitunut on paikkaan ja aikaan disorientoitunut. (Erkinjuntti ym. 2001, 65–66.) Yleisimmät Alzheimerin taudin hoidossa käytettävät lääkkeet ovat asetyylikoliini-välittäjäaineen pitoisuutta lisääviä. Lääke ei paranna sairautta, mutta estää sen etenemistä ja lisäävät toimintakykyisenä pysymistä. Tavoitteena on myös vähentää psyykkisiä oireita ja käytöshäiriöitä. Näitä lääkkeitä ovat kauppanimiltään Aricept, Ebixa, Exelon ja Reminyl. Tulevaisuuden haasteena on löytää lääke, joka hidastaisi taudin etenemistä. (Erkinjuntti ym. 2008, 169.)

4.4 Muut muistisairauksia aiheuttavat sairaudet

Vaskulaarinen dementia

Erilaiset verenkiertohäiriöt aivokudoksessa voivat aiheuttaa dementiaa. Vaskulaarinen dementia on saanut nimensä verenkiertohäiriön mukaan. Aivoinfarktit, aivoverenvuodot ja aivoverisuonten sairaudet ovat sairauden taustalla. Syntymekanismien mukaan erotetaan kaksi eri tautimuotoa: kortikaalinen ja subkortikaalinen vaskulaarinen dementia. Näistä yleisempi on niin sanottu pienten suonten dementia eli subkortikaalinen muoto. Taudin kestossa on vaihtelua 7-9 vuoden välillä. Ennusteeseen vaikuttavat lyhentävästi muut sydän-, ja verisuonisairaudet. (Erkinjuntti ym. 2001, 72–79.)

Vaskulaarinen dementia etenee nopeammin kuin Alzheimerin tauti ja sen alku on selkeämmin määriteltävissä. Muistiongelmien eivät yleensä ole niin vaikeita kuin Alzheimerin taudissa. Muistivinkit auttavat potilasta selviämään pidempään. Yksi taudin tunnusomaisimmista piirteistä on kognitiivisten taitojen voimakas heikentyminen. Asiat eivät ota hoituakseen. Oireet muistuttavat Parkinsonin tautia töpöttävänä kävelynä ja lyhyinä askeleina. Tunne-elämä on vaihtelevaa, joka saattaa ilmetä pakkoitkuna tai nauhana. (Erkinjuntti ym. 2001, 72–79.)

Lewyn kappaledementia

Lewyn kappaledementia on saanut nimensä lewyn kappaleiden mukaan, joita esiintyy aivojen kuorikerroksessa. Tauti alkaa 50–80-vuotiaana. Sen osuus dementoivista sairauksista on 10–15 %. Sitä leimaa kognitiivisten taitojen heikentyminen, tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Hallusinaatiot ovat yleisiä. Loppuvaiheessa lauseet käyvät lyhyiksi ja sanat katoavat. Potilas silti saattaa vielä ymmärtää itse kaiken. Päivittäisessä vireystilassa on vaihtelua. Taudin kesto vaihtelee 2 vuodesta 12 vuoteen. 40–90 % potilaista esiintyy parkinsonismia eli kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä ja rigiditeettiä (lihasjäykkyys). Potilaat ovat herkkiä neuroleptilääkitykselle, joten lääkettä ei pidä aloittaa heille. Tautiin ei ole parantavaa hoitoa. Potilaat hyötyvät Parkinsonin tautiin tarkoitetuista lääkkeistä jonkin verran ja Alzheimerin taudin käyttöön tarkoitetuista lääkkeistä. (Rinne 2006, 163–168. :Erkinjuntti ym. 2001, 88–89.) Kolmasosalla Lewyn kappaledementiaa sairastavista on samanaikainen Alzheimerin tauti (Erkinjuntti ym. 2008, 97).

Otsalohkodementia

Otsalohkodementiat eli frontotemporaaaliset degeneratiot ovat työikäisten sairaus. Sairastumisikä vaihtelee 45 – 65 vuoden välillä. Sairaus on kestoaltaan 2 – 20 vuoden välissä, keskimääräinen taudin kesto on 8 vuotta. Leimaa antavaa tälle tautiryhmälle on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Käyttäytymisen muutokset näkyvät kontrollikyvyn alenemisenä ja tunne-elämän latistumisena. Itsestä huolehtimisen kyky heikkenee. Eräs taudin muodoista on harvinainen Pickin tauti. Puolella potilaista on suvussa sairautta. Naisten ja miesten sairastuvuuden välillä ei ole eroja. (Erkinjuntti ym. 2008, 92 -95.)

Otsalohkot ovat ihmisen toimintojen suunnitelmallisuuden ja ohjauksen keskus. Kielelliset toiminnot ovat sen osa. Aivovammat, aivoverenvuodot ja aivojen kasvaimet voivat vaurioittaa otsalohkon toimintaa. Tästä aiheutuvat muistisairaudet ovat alle 5 % kaikista dementiaista. Otsalohkosairaudet sisältävät kolme eri oireyhtymää: Otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia, johon kuuluu puheen tuottamisen häiriö ja semanttinen dementia, johon liittyy nimeämisen ja ymmärtämisen häiriö. (Erkinjuntti ym. 2008, 93 – 95.)

Muut muistisairauksia aiheuttavat taudin muodot

Muita harvinaisia eteneviä muistisairauksia ovat Progressiivinen supranukleaalinen halvaus, Huntingtonin tauti, Creutzfeldt- Jakobin tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä dementia, Hakolan tauti ja otsalohkodementian perinnöllinen muoto. (Erkinjuntti ym. 2008, 95 – 97.)

4.5 Muistisairauksiin kuuluvat käytöshäiriöt

Käytöshäiriöitä selittävä tärkein tekijä on dementian vaikeusaste ja dementian tyyppi. Eri dementiamuotoihin liittyy erilaisia käytöshäiriöitä. Käytöshäiriöt eli non - kognitiiviset oireet voidaan jakaa psykologisiin ja käytäytymisen oireisiin. Käyttöoireet ovat suurin syy laitoshoitoon siirtymiselle. Dementiaa sairastavan läheiset usein väsyvät ja haluavat siirtää hänet hoitoon muualle. Ympäristö voi pahimmillaan synnyttää käyttöoireet, jotka voivat johtaa väkivaltaan ja lisäävät tapaturmariskiä. Outo ympäristö saattaa laitososuhteissa lisätä käyttöoireita hoitohenkilökunnan vierauden ja tilojen outouden takia. (Erkinjuntti ym. 2006, 182; Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 99–100.) 90 %:lla dementoituneista todetaan apatiaa. Kaa-tuili lisääntyy apraktisten ja ekstrapyramidaalisiin oireisiin liittyvän kävelyhäiriön takia. Epileptisiä kohtauksia voi esiintyä. Ilmenee tarraillua muun muassa ovenkahvoihin, hoitajiin ja niin edelleen, koska primääriheijasteet ovat tulleet takaisin esiin. (Pirttilä ym. 2006, 139.)

Psykologisiin oireisiin kuuluvat masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, unihäiriöt, aistiharhat, harhaluulot sekä virhetulkinnat. Apatian tunne, joka usein sekoitetaan masennukseen, on ensimmäisiä käyttöoireita. Se on tietynlaista tunne-elämän latistumista, joka johtaa välinpitämättömyyteen ja mielenkiinnon vähenemiseen. Masennukseen liittyy voimakkaasti elämänhallinnan menetyksen tunne, ja toivottomuus varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Se taas vaikuttaa muisti- ja toimintavaikeuden pahenemiseen. Masennus on aina hoidettava. On kuitenkin varottava ylihoitamasta depresiota lääkkein. (Erkinjuntti ym. 2006, 183 - 186; Salmenperä ym. 2002, 100 – 101.)

Agitaatio (ahdistuneisuus) mielletään hyvin voimakkaana motorisena levottomuutena, johon liittyy äänekkyyys, motorinen levottomuus ja motorinen aktiivisuus. Taustalla on usein jokin muu tekijä, kuten kipu, stressi tai pelko, johon vaikuttamalla voidaan lievittää oiretta. Unihäiriöillä on taipumus lisääntyä sairauden edetessä. Tämä näkyy vuoteessa vietettävän ajan pidentymisenä. Painajaiset, pelokkuus ja heräily kuuluvat tähän häiriöön. Häiriöön voidaan jossain määrin vaikuttaa huomioimalla valaistusta ja takaamalla riittävä aktiviteetti päivän aikana. Psykoottiset oireet eli aistiharhat ja harhaluulot poikkeavat skitsofreniasta siinä, että ne ovat sisältöltään yksinkertaisempia. Yleensä ne ilmenevät niin, että potilas kokee että hänen tavaroitaan varastetaan, henkilö saattaa myös nähdä eläimiä tai asioita, joita ei ole olemassakaan. Harvoin vainon kohteena olemiset vai-vaavat dementoituneita. Harvoja voi esiintyä myös muiden kuin näköaistin välityksellä, jotka ovat tavallisimpia. Ääniharhat ovat harvoin keskustele-via, toisin kuin skitsofreniassa. Harhaluulot saattavat kohdistua läheisiin ihmisiin ja niihin saattaa liittyä yksinäisyyden pelkoa. (Erkinjuntti ym. 2006, 182–186; Salmenperä ym. 2002, 99- 102.)

Levottomuus eli agitaatio ilmenee epätarkoituksenmukaisena käytöksenä, joka voi myös olla aggressiivista, äänekästä tai motorista levotonta käytös-

tä. Se voi ilmetä huuteluna, saman asian kysymisenä ja jatkuvana puhumisenä. Henkilö keräilee tavaroita, piilottelee niitä, vaeltelee ja saattaa varjostaa muita henkilöitä. Pakko-oireista pakkoitkun ja naurun syynä voi olla orgaaninen aivosairaus, joka on yleensä pysyvä. Hyväksyvä asenne helpottaa potilaan oloa. Katastrofireaktio on lyhytkestoinen purkaus, joka on äkillinen ja siihen saattaa liittyä itkun tai raivonpuuskaa. Yleensä katastrofireaktio liittyy hoitotilanteeseen, jonka dementoitunut kokee kognitiivisesti liian raskaaksi käsitellä. Reaktioita saattaa tulla päivittäin koskettamisen, pukeutumisen tai peseytymisen yhteydessä. (Erkinjuntti ym. 2006, 184; Salmenperä ym. 2002. 99–102.)

Käyttäytymisen oireita ovat fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja kuljeskelu, estoton käytös, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet, tavaroiden keräily sekä katastrofireaktiot. Aggressiivisuuden ilmenemismuotoja ovat tuuppiminen, töniminen, lyöminen, sylkeminen ja pureminen. Hoitajan on tärkeä selvittää johtuuko aggressiivinen käytös hoitamattomasta kivusta ja uskoa, mitä potilas kertoo omasta olostaan. (Erkinjuntti ym. 2006, 184; Salmenperä ym. 2002. 99–102.)

5 VANHUSTYÖN KESKUS HIMMINKOTO

Vanhustyön keskus Himminkoto sijaitsee aivan Lempäälän keskustassa, Lempäälän terveyskeskuksen välittömässä yhteydessä. Vanhustyönkeskuksessa on yhteensä 72 asiakaspaikkaa. Keskus on jaettu kolmeen eri osaan dementia-, geriatriksen-, ja kotihoidontyön yksikköön. Lisäksi Vanhustyön keskuksen kuuluvat päivätoimintakeskus ja kuntosali. Vanhustyön keskuksen kuluu myös kotihoidon alaisuudessa toimiva muistisairaiden yhteisö Wellamokoti. (Vanhustyön keskus Himminkoto 2009.)

Dementiatyön yksikköön kuuluu 30 pitkäaikais- ja 10 jaksopaikkaa sekä päivähoidon yksikkö (Vanhustyön keskus Himminkoto 2009). Jokaisella yksikön asukkaalla on jokin muistisairaus (Alavesa 2010). Yksikössä työskentelee yhteensä 28 henkilöä, joista 15 ovat lähi/perushoitajia ja kaksi sairaanhoitajaa. (Vanhustyön keskus Himminkoto 2009.) Vuoden 2009 loppuun mennessä Vanhustyön keskus Himminkodossa oli yhteensä seitsemän TunteVa-koulutuksen käynnyttä työntekijää. Osa näistä työntekijöistä on valmistunut TunteVa-hoitajiksi 2009 vuoden marraskuussa ja osa on hankkinut koulutuksen jo aiemmin (Alavesa 2010).

Dementiatyön yksikön toiminnan periaatteita ovat dementoituvan henkilön hyvä hoito, omaisten tukeminen sekä optimaalinen työilmapiiri. (Vanhustyön keskus Himminkoto 2009.) Dementiatyön yksikkö tarjoaa laitoshoidon muistisairauksia sairastaville vanhuksille. Vanhusten omaisille tarjotaan tukea, neuvontaa ja ohjattua toimintaa. Jaksohoidon tavoitteena on tukea dementoituvan vanhuksen kotona selviytymistä ja omaisen jaksamista. Jaksohoito on aina ennalta sovittua ja se perustuu palvelusuunnitelmaan. Hoidon aikana asiakkaan terveydentilaa seurataan ja arvioidaan. Pitkäaikaishoidon tavoitteena on turvata vanhukselle yksilöllinen ja hyvä hoito kodinomaisessa ympäristössä. Pitkäaikaishoitopaikkaa tarvitaan, kun vanhus ei tehostetusta tuesta huolimatta pysty asumaan kotona. Pitkäaikaishoitoon siirtymisestä sovitaan moniammatillisessa työryhmässä. (Dementiatyön yksikkö, Jakso- ja pitkäaikaispaikat 2009.)

Dementiatyön yksikössä jokaisella asiakkaalla ja asukkaalla on omahoitaja, joka tuntee hänen elämänhistoriansa ja pitää yhteyttä omaisiin. Omälääkäri käy yksikössä kahdesti viikossa. Pitkäaikaispaikat sijaitsevat yhden- ja kahden hengen huoneissa, dementiayksikön molemmissa kerroksissa. Aukkaiden toivotaan kalustavan huoneensa omilla huonekaluillaan. (Dementiatyön yksikkö, Jakso- ja pitkäaikaispaikat 2009.)

TunteVa-hoitajakoulutus on alkanut Vanhustyön keskus Himminkodossa keväällä 2009 ja päättynyt vuoden 2009 marraskuussa. Keväällä koulutuksen aloitti 10 hoitohenkilökunnan jäsentä. Koulutukseen osallistujat olivat kahdesta eri yksiköstä, dementia- ja kotihoidontyön yksiköstä. (Kangassalo 2009.) Vanhustyön keskus Himminkodossa järjestettävä TunteVa-hoitajakoulutus sisältää 20 koulutuskertaa. Koulutuksen aikana käydään myös tutustumassa TunteVa-menetelmää jo käyttävään yksikköön ja tehdään kaksi videota, joita hyödynnetään myöhemmin hoitotyössä. Koulu-

tukseen osallistuminen tapahtuu työn ohessa ja on vapaaehtoista. (Kangasalo 2009.)

Tämä opinnäytetyö kohdistuu Lempäälän Vanhustyön keskuksen dementia-työn yksikköön. Dementia-työn yksikön lisäksi TunteVa-menetelmää käytetään kotihoidon-työn yksikössä. Lempäälän Vanhustyön keskuksessa tapahtuva TunteVa-hoitajakoulutus sisältää 20 koulutuskertaa ja poikkeaa tällä tavalla Tampereen kaupunkilähteyksen TunteVa-hoitajakoulutuksesta. Koulutus sisältää samat asiat, mutta se on jaettu useampaan osioon.

6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Valitsimme tässä luvussa käsiteltäviksi neljä Validaatiomenetelmän käytöstä tehtyä tutkimusta. Nämä tutkimukset valittiin, koska niiden tutkimuskysymykset olivat samankaltaisia kuin oman työmme. Luvussa kymmenen vertailemme opinnäytetyömme tuloksia tässä luvussa käsiteltyjen tutkimuksien tuloksiin. Hillervo Pohjavirta, Satu Sipola (Tampereen Kaupunkilähetys ry) ja Helka Lumijärvi (Sopimusvuorisäätiö) (2002) ovat selvittäneet tutkimuksessaan Validaatiotyöntekijä kurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä validaatiotyöntekijäkurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä. Tutkimuksen avulla kerättiin validaatiokurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän soveltamisesta Suomessa (Pohjavirta ym. 2002, 41).

Tutkimus toteutettiin lähettämällä kyselylomake joulukuussa 2001 226:lle validaatiotyöntekijäkurssin vuosina 1997-2001 käyneille työntekijöille. Työntekijöistä 122 palautti lomakkeen. Lomakkeen kysymyksistä muodostettiin 60 muuttujaa, jotka käsiteltiin tilastollisesti Tixel-ohjelmalla. Aineistoa käsiteltiin prosenttijakaumien ja ristiintaulukointien avulla. (Pohjavirta ym. 2002, 1-2.)

Tutkimustuloksista ilmenee, että 81 % vastaajista käyttää validaatiota päivittäin tai melko usein. 19 % vastaajista käyttää validaatiota silloin tällöin tai tuskin lainkaan. (Pohjavirta ym. 2002, 3.) Vastaajat kokivat, että eniten hyötyä validaatiosta on heille keskustelutilanteissa ja hankalissa tilanteissa. Myös päivittäisessä hoidossa ja siirtymätilanteissa vastaajat kokivat, että validaatiosta on hyötyä. (Pohjavirta ym. 2002, 5.) Vastanneiden mukaan validaatiosta on paljon apua vanhuksille. Validaatiosta saatu apu näkyy luottavaisuuden lisääntymisenä auttamistilanteissa, rauhoittumisena sekä sanattoman ja sanallisen viestinnän lisääntymisenä. Osa vastanneista koki validaatiosta olleen vanhuksille myös muuta hyötyä. Esimerkiksi validaatio parantaa elämän laatua, tuo esiin piileviä taitoja, kasvattaa itseluottamusta ja lisää omatoimisuutta. (Pohjavirta ym. 2002, 7.)

Kun vastaajia pyydettiin kuvaan hankalaa tilannetta, josta he ovat selviytyneet validaation avulla, vastaajat kuvailivat yleensä tilannetta, jossa asukas on tunnekuohun vallassa. Validaation avulla selvitetty hankalat tilanteet liittyivät usein asukkaan yleiseen ahdistukseen, koti-ikävään, muistojen ahdistavuuteen, riitoihin tai suruun. (Pohjavirta ym. 2002, 31.) Vastaajien mukaan validaation käyttöä rajoittavat kiire, rutiinien ja työyhteisön tuen puuttuminen sekä sopivien hoidettavien puuttuminen (Pohjavirta ym. 2002, 40). Kertomukset siitä, miten validaatio vaikuttaa heihin työntekijänä ja ihmisenä, voitiin jakaa kolmeen osaan. Vastaajien mielestä Validaatio on arvostava tapa kohdata muistihäiriöinen ihminen, validaatio on myös motivoiva työväline sekä validaatio on henkistä pääomaa. (Pohjavirta ym. 2002, 12.)

Leena Puiston ja Marja Sundellin (2005) opinnäytetyön Validaatiomenetelmäkoulutuksen osallistuneiden kokemukset koulutuksesta ja sen

vaikutuksesta heidän työskentelyynsä tarkoituksena oli selvittää, minkälaiset käsitykset validaatiokoulutukseen osallistuneilla hoitajilla on validaatiomenetelmästä koulutuksen jälkeen, sekä miten validaatio-koulutus on vaikuttanut heidän työskentelyynsä dementoituvien vanhuksien parissa. Tutkimusaineisto kerättiin (N=144) kyselylomakkeella Rauman ja Euran alueella vanhainkodeista, terveyskeskusten vuodeosastoilta, palveluyksiköistä, kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, yksityisestä kotisairaanhoidosta ja diakoniatalouden kotihoidosta. Aineisto analysoitiin tilastollisesti Excel-ohjelman sekä sisällön erittelyn avulla. Tulokset esitettiin taulukoiden, kuvien ja suorien lainauksien avulla. (Puisto & Sundell 2005, 4.)

Tutkimustuloksista kävi ilmi, ettei yksikään vastaajista pitänyt validaatiokoulutusta hyödyttömänä. Validaatiokoulutuksen avulla 71 % koki ymmärtävänsä vanhusta paremmin sekä 62 % vastaajista koki saaneensa uusia ideoita työhönsä. Vastaajista 18 % koki myös, että validaatiokoulutuksen ansiosta heidän asenteensa vanhuksiin on muuttunut ja kolmasosa koki päivittäisten hoitotilanteiden helpottuneen. Kyselyn lopussa vastaajat saivat vapaasti kertoa mielipiteensä validaatiokoulutuksesta ja sen vaikutuksesta heidän työhönsä. Vastaajat kokivat oppineensa koulutuksessa ymmärtämään ja kohtaamaan dementoitunutta vanhusta paremmin. Noin 10 % avoimeen kysymyksiin vastaajista piti koulutuksen vaikutusta työhönsä vähäisenä. Koulutuksen ansiosta 34 % vastaajista innostui käyttämään validaatiomenetelmää työssään. Tosin liki puolet ei osannut sanoa innostiko koulutus käyttämään validaatiota. (Puisto & Sundell 2005, 35–37.)

Kysymykseen, miten validaatiomenetelmän käyttö on auttanut dementoitunutta vanhusta, vastaajat vastasivat, että menetelmän käyttö on rauhoittanut vanhusta sekä sanaton ja sanallinen viestintä vanhuksen ja hoitajan välillä on lisääntynyt. Menetelmän käyttö lisää myös vanhuksen luottavaisuutta hoitajia kohtaan. Lisäksi vastaajista viidesosa koki, että vanhuksen liikkuminen on parantunut. Validaatiosta koettiin olevan apua hankalissa tilanteissa, keskustelutilanteissa, päivittäisissä toiminnoissa. Menetelmästä koettiin myös olevan hyötyä uudessa asiakassuhteessa ja eräs työntekijä oli keskustellut validaatiosta omaisten kanssa. Yli puolet piti validaatiomenetelmää välttämättömänä työvälineenä dementoituvien vanhusten hoidotyössä. (Puisto & Sundell 2005, 37.)

Tiina Hyttisen (2008) opinnäytetyön Validaatiomenetelmän käyttö ja hyvä vuorovaikutus dementiaa sairastavan henkilön kanssa Sopimusvuorisäätiössä yhtenä tarkoituksena oli selvittää, millaista on hyvä vuorovaikutus ja kohtaaminen dementiaa sairastavan henkilön kanssa. Lisäksi Hyttinen tutki TunteVa-menetelmän käyttöä Tampereen Sopimusvuorisäätiössä sekä millaista on työskentely TunteVa-hoitajana. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelemalla Tampereen Sopimusvuoren hoitajia. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. (Hyttinen 2008, 2.)

Tutkimustuloksissa todetaan, että validoiva ilmapiiri helpottaa vuorovaikutusta ja kohtaamista, koska validoiva ilmapiiri on kuunteleva, hyväksyvä, arvostava ja empaattinen. Haastateltavat olivat huomanneet, että TunteVa-menetelmän käyttö vähentää vuorovaikutuksessa ilmeneviä toistoja. (Hyttinen 2008, 39–41.) TunteVa-menetelmä sallii myös muiden keinojen

ja menetelmien käytön, joten tämä auttaa näkemään vuorovaikutuksen ja kohtaamisen laajemmin ja kokonaisvaltaisemmin (Hytinen 2008, 37).

Vaikka teoriassa validoiva ilmapiiri auttaa kohtaamaan dementoituneen vanhuksen, näin ei ole aina käytännössä. Tilanteet, joissa vanhusta yritetään rauhoittaa TunteVa-menetelmän keinoin tulevat yllättäen. Haastattelussa ilmeni, ettei TunteVa-menetelmä auta kaikkeen. TunteVa-menetelmällä ei saada välitöntä apua tilanteeseen, vaan apu saadaan pidemmällä käytöllä. Haastateltavat totesivat, että jos TunteVa-hoitaja ei ole sinut oman elämänsä kanssa ja omat tarpeet ohjaavat työtä, kohtaamisessa voi olla vaikeuksia. Haastattelussa myös nousi esiin, että TunteVa-hoitajan tulisi karsia ammatillinen rooli, jotta hän voi olla tasa-arvoisessa asemassa vanhukseen nähden. Hoitajan asenteiden lisäksi haastateltavien mielestä kohtaamista määrittelee myös vanhuksen disorientaation vaihe. Eri sairauden vaiheissa dementiaa sairastava henkilö tarvitsee erilaisia kohtaamistapoja. (Hytinen 2008, 39–41.) Haastattelussa kävi myös ilmi, että validoiva ilmapiiri ja validoiva lähestymistapa ovat edellytyksiä sille, että vuorovaikutus ja kohtaaminen dementoituneen vanhuksen kanssa onnistuvat. Validoiva ilmapiiri vaatii sitoutuneisuutta koko työyhteisöltä. Esimerkiksi sijaiset, joilla ei ole TunteVa-koulutusta, hajottavat helposti ilmapiiriä. (Hytinen 2008, 36–37.)

Maarit Selin on tehnyt vuonna 2000 opinnäytetyön Validaatiomenetelmän tavoitteellinen soveltaminen dementoituvien hoitotyössä – Sopimusvuorisäätiön hoitajien kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä Sopimusvuorella Tampereella. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää validaatiomenetelmän tavoitteellista soveltamista Sopimusvuoren dementiakodissa. Tutkimus toteutettiin kolmen sairaanhoitajan teemahaastattelulla. (Selin 2000, 7.) Tutkimuskysymykset olivat: 1. Millaisissa tilanteissa validaatiotyöntekijät ovat soveltaneet menetelmää. 2. Minkälaisia kokemuksia validaatiotyöntekijät ovat saaneet menetelmän soveltamisesta. 3. Minkälaista lisäymmärrystä työntekijät ovat saaneet menetelmän soveltamisesta.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että menetelmää sovellettiin monissa käytännön hoitotilanteissa, kuten pukemisessa, syömisessä, pesuilla ynnä muuta. Validaatiota sovellettiin myös tilanteissa, missä tunteet saivat dementoituneessa vallan. Validaatiotekniikoista tärkeimpänä nähtiin laulaminen, toistaminen, ilmeiden ja eleiden käyttö. Tutkimuksessa huomattiin, että kaikki menetelmät eivät käy kaikille, vaan on otettava huomioon validoitavien yksilöllisyys. Hoitajat kokivat validaatiomenetelmän antavan ymmärrystä hoitaa dementoituvaa. Tunteiden näyttämisen merkitystä pidettiin tärkeänä. Validaatiotekniikkaan täytyy uskoa, jotta se toimii. (Selin 2000, 28 – 32.)

Aikaisempien tutkimuksien perusteella voidaan todeta, että TunteVa-menetelmästä koetaan olevan hyötyä. TunteVa-menetelmä erityisesti on avuksi, kun sitä käytetään pitkällä aikavälillä. TunteVa-hoitajan asenteet ja työyhteisön ilmapiiri vaikuttavat siihen, miten paljon TunteVa-menetelmästä on hyötyä. TunteVa-menetelmän käyttö rauhoittaa vanhusta ja helpottaa vanhuksen ja hoitajan välistä vuorovaikutusta.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Vanhustyön keskus Himminkodon TunteVa-hoitajien kokemuksia siitä, miten TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa muistisairaanhoidon vanhuksen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen sekä vanhuksen käyttäytymiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa TunteVa-menetelmän vaikuttavuudesta ja hyödyllisyydestä Vanhustyön keskus Himminkodossa.

Tutkimuksella haluttiin vastata seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten TunteVa-menetelmän käyttöönotto on muuttanut hoitajan ja muistisairaanhoidon vanhuksen välistä vuorovaikutusta?
2. Miten TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa muistisairaanhoidon vanhuksen käyttäytymiseen?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

8.1 Aineistonkeruu

Toteutimme opinnäytetyömme laadullisella eli kvalitatiivisella työotteella. Se sopi hyvin tarkoitukseemme, koska olimme kiinnostuneita todellisen elämän kuvaamisesta ja haastateltavien oma ääni pääsi kuuluviin. Sen etuna on myös kokonaisvaltaisuus tiedonhankinnassa ja aineiston kokoaminen sen luonnollisessa todellisessa toimintaympäristössä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 155.) Yksi kvalitatiivisen tutkimuksen keskeisistä merkityksistä on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Varsinkin hoitotyön ilmiöitä on helpompi ymmärtää kuulemalla ihmisten omia kuvauksia aiheesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana voi myös olla jonkin uuden ilmiön kuvaaminen. Tieto tekee mahdolliseksi uuden hoitotavan kehittämisen ja ymmärtämisen. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 57.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää keskittyä kokemusten, tapahtumien ja yksittäisten tapausten tutkimiseen. Osallistujat tutkimukseen valitaan tällöin sellaisista henkilöistä, joilla on paljon kokemusta tutkittavasta asiasta. Laadukasta aineistoa saadaan henkilöiltä, joilla on aikaa haastatteluun ja tietoa tutkittavasta asiasta. Käytämme tutkimuksessa tarkoituksenmukaista otantaa. (Kankkunen ym. 2009, 83 – 85.)

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän ja heidät on valittu tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä syvä ja rikas aineisto kuvattavasta ilmiöstä. Tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi-, ja miten kysymykset. Myös tutkimuksen tekijät ovat aktiivisia osallistujia tutkimuksessa. Sekä tutkittava että tutkija vaikuttavat toisiinsa vuorovaikutuksessa keskenään. (Kylmä & Juvakka 2007, 27–31.) Himminkodon dementiatyön yksikön esimies Maaret Alavesa etsi meille henkilöt, jotka parhaiten pystyvät vastaamaan tutkimuskysymyksiimme.

Aineiston keruu päätettiin tehdä teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto, jossa haastattelukysymykset eivät ole ennalta määrättyjä. Tutkijalla on olemassa tietyt aihealueet ja teemat, joiden avulla teemahaastattelu, myös puolistrukturoituna haastattelumuotona tunnettu menetelmä, toteutetaan. Haastattelija voi vaihtaa kysymysten järjestystä ja kysyä lisäkysymyksiä. Kysymykset ovat kaikille samat, mutta haastattelija voi vaihtaa niiden sanamuotoa. Haastattelu etenee teemojen varassa. Haastattelumuoto ottaa huomioon sen, että eri ihmisillä on erilaisia merkityksiä tutkivasta asiasta ja heidän ilmiölle antava merkitys korostuu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47 – 48.)

Saimme Lempäälän kunnan sosiaali-, ja terveystoimintajohtajan viranhaltijapäätöksen tammikuussa 2010. Aineiston keruu alkoi helmikuussa 2010. Saatua tutkimusluvan aloitimme haastattelujen tekemisen Teimme haas-

tattelurungon (liite 3) valmiiksi ennen haastatteluiden toteuttamista. Tarkoituksena oli saada haastatteluihin osallistumaan neljä TunteVa-hoitajaa dementia-työn yksiköstä. Alustavasti keskustelimme, että Alavesa löytää meille kaksi hoitajaa, jotka ovat käyttäneet menetelmään jo pidemmän aikaa ja toiset kaksi, jotka ovat vasta aloittaneet menetelmän käyttämisen. Lopulliseksi haastateltavien määräksi muodostui viisi. Kohdejoukko haluttiin pitää pienenä, koska jo muutamaa henkilöä haastatteleamalla voidaan saada syvällistä tietoa ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 59).

Kaikille haastateltaville lähetettiin saatekirje (liite 1) noin kaksi viikkoa ennen haastattelun toteuttamista ja heiltä pyydettiin haastattelun alkuvaiheessa kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (liite 2). Pyrimme esittämään kaikille haastateltaville samat kysymykset, vaikka haastattelut noudattivatkin melko vapaata kaavaa. Haastattelut kestivät 30- 60 -minuuttia ja ne kaikki nauhoitettiin. Lyhyin haastattelun kesto oli 30 minuuttia ja pisin 60 minuuttia. Haastattelut oli saatu toteutettua helmimaaliskuussa 2010. Haastattelut litteroitiin tekstiksi viimeistään kolmen päivän kuluttua haastatteluiden toteuttamisesta. Valmista litteroitua haastattelumateriaalia kertyi 34 sivua. Nauhat ja litteroidut tekstit hävitettiin opinnäytetyön julkistamisen jälkeen.

Teemahaastatteluihin osallistui yhteensä viisi hoitajaa Vanhustyön keskus Himminkodosta. Kaikki hoitajat olivat pohjakoulutukseltaan lähihoitajia tai perushoitajia. Työkokemusta heillä oli Vanhustyön keskus Himminkodon palveluksessa yhtäjaksoisesti 3-25 vuotta. Haastateltavat edustavat laajasti koko Vanhustyön keskus Himminkodon hoitohenkilökuntaa, koska he työskentelevät viidessä eri toimipisteessä. Hoitajat työskentelevät dementia-työn yksikössä, geriatri-työn yksikössä ja kotihoidon yksikössä. Hoitajista kaksi oli suorittanut TunteVa-hoitajakoulutuksen vuoden 2009 aikana. Muut olivat suorittaneet koulutuksen viimeisen kymmenen vuoden aikana. Yksi hoitajista oli suorittanut vanhamuotoisen Validaatio-työntekijäkoulutuksen.

8.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällön-analyysin avulla. Tämä menetelmä valittiin, koska se sopi parhaiten tutkimuksen toteutustapaan. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan selkeästi esille. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudeksi loogiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysin avulla luodaan aineistoon selkeyttä, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä aineistosta. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan arvostuksen kohteet, taidot ja oivallus-kyky. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23, 36; Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–111.)

Aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja

teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Ennen analyysin aloittamista tulee määritellä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–29; Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–112.)

Aineiston pelkistämisessä tieto voidaan joko tiivistää tai pilkkoa osiin. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä. Aineisto pelkistetään litte-roimalla ja kirjaamalla pelkistetyt ilmaisut aineiston termein. Aineiston pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi siten, että auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävien kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivataan eri väreillä. Aineiston ryhmittelyvaiheessa alkupe-räisilmaisut käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia ilmaisevia käsitteitä. Tämän jälkeen samaa asiaa tar-koittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään yhdeksi luokaksi sekä luok-ka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksiköitä voivat olla esimerkiksi ilmiön piirre, ominaisuus tai käsitys. Teoreettisten käsit-teiden luomisen vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja tämän perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on mahdollista. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–29; Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–113.)

Ennen aineiston analysointia luimme haastattelut useaan kertaan. Tämän jälkeen alleviivasimme erivärisillä kynillä tutkimuskysymyksiin vastaavia lausahduksia. Kävimme yhdessä lävitse alleviivatut lausahdukset, ko-kosimme ne erillisille papereille ja pelkistimme eli redusoimme ne. Lo-puksi ryhmittelimme eli klusteroimme pelkistetyt lausahdukset omiin ryhmiinsä ja suoritimme abstrahoinnin.

8.3 Aineiston raportointi

Tutkimusten tulosten raportointi on tärkeä osa tutkimusprosessia ja se on myös tutkijan velvollisuus. Raportoinnin avulla tulokset saadaan julkiseen arviointiin ja tutkimusala voi kehittyä eteenpäin. (Kankkunen & Vehviläi-nen-Julkunen 2009, 140.) Tutkimustulokset voidaan julkistaa suullisesti, kirjallisesti tai molemmilla tavoilla. Nykyään tulokset voidaan myös jul-kaista elektronisessa muodossa tietoverkossa. Kirjallista selvitystä tehdys-tä tutkimuksesta kutsutaan tutkimusselosteeksi tai tutkimusraportiksi. Tut-kimusselosteessa tutkimuksen tulokset julkaistaan muiden arvioitavaksi. Julkaisemisen pääperiaatteena on saada lukija ymmärtämään, mistä tutki-muksessa on kysymys. Opinnäytetyössä tulee selvittää kaikki tutkimuksen vaiheet sekä aiheeseen liittyvät teoriat ja aiemmat tutkimukset riittävän tarkasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 219–223.)

9 TULOKSET

9.1 TunteVa-menetelmän vaikutus muistisairaana ja hoitajan vuorovaikutukseen

Hoitajat osasivat nostaa kaikkein tärkeimmäksi vuorovaikutusta rakentavaksi tekijäksi asiakkaan kuuntelun. Kyselemällä helppoja kysymyksiä, käyttämällä erilaisia TunteVa-menetelmän tekniikoita ja yhdistelemällä niitä vuorovaikutustapahtumaa voidaan helpottaa. Hoitajat kokivat saaneensa lisäymmärrystä muistisairaana maailman ymmärtämisestä TunteVa-hoitajakoulutuksen kautta. Pitkään TunteVa-menetelmää käyttäneet taas kokivat sen olevan luonnollinen osa vuorovaikutusta. Osa haastateltavista koki, että pitkän työuran aikana TunteVa-menetelmästä oli tullut luonnollinen osa vuorovaikutusta. TunteVa-hoitajakoulutuksen he olivat kokeneet yhtä hoitajaa lukuun ottamatta todella hyödyllisenä lisänä työhönsä. (Taulukko 1).

9.1.1 Vuorovaikutusta rakentavat tekijät

Vuorovaikutuksen välineistä tärkeimmäksi kaikki hoitajat nostivat kuuntelun. Ilman kuuntelua asiakasta on hankala ymmärtää kognitiivisten taitojen heikentymisen takia. Keskustelemalla ja kyselemällä pystyy auttamaan muistisairasta ilmaisemaan itseään paremmin. Kuuntelun lisäksi on tärkeää osasta kysyä oikeanlaisia kysymyksiä.

Hoitajat olivat huomanneet, että pitkän ajan kuluessa vuorovaikutus muistisairaiden kanssa muodostuu TunteVa-menetelmän mukaiseksi luonnostaan, vaikka ei olisi käynytäkään TunteVa- koulutusta.

"Siinä on pakko noita noita menetelmiä jos haluaa että se asiakas pystyy keskustella."

"-- Se pakostikin muokkautuu se vuorovaikutus sellaiseksi, että se on sitä validaatioo."

Hoitaja voi auttaa muistisairasta ilmaisemaan itseään TunteVa-menetelmän avulla kysymällä helppoja kysymyksiä ja etsimällä sanoja hänen kanssaan. Kohtaamisen oli huomattu helpottuneen ja asiakkaiden ahdistuksen lievittyneen. Vanhoista asioista keskustelemalla oli huomattu saavan yhteys vanhukseen ja saatu lievitettyä pahaa oloa. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että keskustelu etenee muistisairaana ehdoilla ja hänen lähtökohdistaan käsin.

"Eli varmaan se kohtaaminen on varmaan sellainen, että kun sanat häviää ja kaikki muut viestintävälineet tulee yhä tärkeemmäksi."

”Toki voi auttaa ettimään niitä sanoja ja kysyä ja tehdä sellaisia helppoja kysymyksiä mutta pitää huolen siitä että ei kuitenkaan johdattele sitä keskustelua liikaa.”

*”--- Se ahdistuneisuus ja semmoinen mitenkä sen sanois sellainen lievit-
tyy, että on helppo kohdata.”*

”--- Se meni ohi kun keskusteli vanhoista asioista. ”

9.1.2 Hoitajien ymmärryksen lisääntyminen

Hoitajat olivat huomanneet koulutuksen myötä saaneensa lisäymmärrystä muistisairaahan kohtaamiseen. Muistisairaahan ajatusmaailmaa oli helpompi ymmärtää TunteVa-hoitaja koulutuksen myötä. Hoitajat olivat huomanneet vuorovaikutuksen muistisairaahan kanssa helpottuneen, kun vanhuksen juttuihin lähtee rohkeasti mukaan, eikä yritä itse johdatella muistisairasta vaan pysähtyy kuuntelemaan ja poimii avainsanoja hänen puheestaan.

”-- tän tuntevan kautta pääsee paremmin siihen asiakkaan elämään mukaan ja siihen mitä se ajattelee. ”

”--- mä en osannu ajatella että mun pitää mennä mukaan siihen juttuun, hänen juttuun ihan mukaan ensin. ”

”--Se tarvii sen että siihen pysähtyy ja sieltä osaa noukkia ne semmoiset avainsanat, että hoitaja pystyy ymmärtämään että mitä se dementoitunut niin tarvittoo kun se ei enää onnistu niinku normaaleilla sanoilla.”

TunteVa-hoitaja koulutuksen käyneet olivat huomanneet koulutuksen jälkeen läsnäolon tärkeyden merkityksen. Muita huomioita olivat tiedostamisen lisääntyminen, menetelmien lisääntyminen, ja se ettei kiellä muistisairaahan tunteita.

”---kun muistisairas tulee en mä voi teeskennellä meneväni hänen tunteisiin jos mä en itte tunne sillain.”

”Ehkä tiedostaa justiin tän ettei kiellä niin helposti asioita ja ehkä se justiin on kaikkein isoin.”

”Ehkä sitä tiedostaa enemmän joitakin asioita kun vaikka juttelee jonkun kanssa. ---”

*”Suhtautuminen ei ole muuttunut (muistisairaisiin), mutta on tullut taval-
laan niitä menetelmiä millä mä pystyn ---”*

Hoitajien havaintona oli, että menetelmää käytettäessä ristiriitatilanteet olivat helpottaneet. Erimielisyydet saatiin joskus helpommin ratkottua, kun hoitajalla oli käytössä tekniikka, jolla hän kohtasi muistisairasta. Vaikka aika saattaa hoitotyössä olla menetelmän käyttöä rajoittava tekijä,

hoitaja tunnisti että menetelmää käyttämällä ristiriitatilanteita voitaisiin helpottaa.

”--- aikaisemmin saattoi tulla erimielisyyttä asiakkaan kanssa. ”

*”Kun niitä oppii (vaiheita) lukemaan niin ne auttaa heti kohtaamaan oikealla tekniikalla ihmisen, että ei tuu sitä konfliktitilannetta, eli se on sel-
lasta tuntemista ja arvioimista.”*

*”Jos olis aikaa ja käyttäis tätä menetelmää niin ei tulis niinpaljon ristiriit-
toja--- ”*

Kohtaamista muistisairaana kanssa helpottaa muistisairaana historian tunte-
minen. Kun hoitaja osaa käyttää TunteVa-menetelmää, vuorovaikutus pa-
ranee.

*”----Pitää tuntea se ihmisen historia. Eli tavallaan sitten ihminen on aina
arvokas ilman että tuota sitä rupee heti näitten teorioitten pohjalta luokit-
taan. ”*

*”Jos minä osaan käyttää sitä työntekijänä niin varmaan silloin tää van-
huskin tulee kuulluksi ja ymmärtämys ja vuorovaikutus paranee. ”*

9.1.3 Tunteiden ilmaisun helpottaminen

Erilaisten tunteiden ilmaisun helpottamisessa hoitajat nostivat tärkeim-
mäksi tunteiden kuuntelun. Kun pysähtyy kuuntelemaan muistisairaana
tunneilmaisuja ja osaa tulkita niitä ja sanoittaa niitä hänelle, vanhukselle
tulee tunne arvostamisesta.

*”----tavallaan siinä on kaksi asiaa, että sitä pystyy helpottamaan näi-
den tunteiden esille tuomista. ---Eli helpottaa niitä tunteita vaikka se asia
ei tulisikaan käsitellyksi, mutta ne tunteet tulee kuulluksi.”*

*”Tietenkin se, jos on hirveän ahdistunu ja sitten, että on tosissaan, niin
siihen ei auta huumori, että ei kannata. Se on se tunne kuultava ensin ja
sitten vasta löytyy se sellanen yhteinen sävel.”*

”Poimii sieltä ne tunteet takaa.”

*”--- niin kyllä näkee silloin sen vanhuksen naamasta jos sä pystyt sano-
maan sille jonku oikeen sanan ja just pukeen sille sanoiks se mitä se niin-
ku mitä se yrittää sanoa. ”*

Toisena tunteiden ilmaisun helpottamisen keinona esille nousi samastumi-
nen muistisairaana tunnemaailmaan ja tähän liittyen muistisairaana tunteiden
heijastaminen. Heijastamalla muistisairaana tunteita hoitajat olivat koke-
neet saaneensa helpotettua kohtaamista.

”Niin ei tarvinnu ku mennä siihen viereen ja samastua häneen.”

”Vähä tavallaan peilaa sitä käytöstä, eli se auttaa kyllä paljon siihen kohtaamiseen.”

”--- justiin kun peilaa kun se suuttuu ja irvistelee niin kyllähän se asiakas sitten sen lopettaa.”

9.1.4 Muistisairaahan hyvä kohtaaminen

Kun hoitaja saa keinoja kohdata vanhusta vuorovaikutusta helpottaen, se auttaa kohtaamisessa. Hoitajan täytyy pysähtyä ja kuunnella vanhuksen sanomaa saadakseen kiinni hänen tunteestaan.

Useimmat hoitajista kokivat, että TunteVa-menetelmä ei tuonut heille lisäarvoa vanhuksen arvostamiseen, vaan arvostaminen täytyy lähteä heistä itsestään.

”Auttaa, se arvostus lähtee siitä että pysähdyt ja kuuntelet.”

”--- Millä sä voit viestiä sitä arvostamista sillä validaation keinolla ,niin se kohtaaminen hänen tasollaan eli ihmiseltä ihmiselle.”

”Ei se koulutuksesta ole kiinni (arvostaminen) vaan se miten ite ajattelee näistä vanhuksista. ”

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Kuuntelu Kohtaaminen Vuorovaikutus Kysyminen Keskustelu Kommunikaatiossa auttaminen Kohtaamisen helpottuminen Keskustelun mahdollistuminen	Vuorovaikutusta rakentavat tekijät	Hoitajan vuorovaikutustaidot
Empatia Mukaan meneminen Ajatusten ymmärtäminen Tiedostaminen Menetelmien lisääntyminen Vuorovaikutuksen parantuminen Historian tunteminen Ristiriitojen välttäminen Erimielisyyksien välttäminen Konfliktitilanteiden välttäminen Muistisairaana tarpeiden ymmärtäminen	Hoitajien ymmärryksen lisääntyminen	
Tunteiden kuuleminen Tunteiden ilmaisun helpottaminen Sanoittaminen Samastuminen Heijastaminen	Muistisairaana tunteiden ilmaisun helpottaminen	
Muistisairaana kohtelu Kohtaaminen Pysähtyminen Kuuntelu Asenne	Muistisairaana hyvä kohtaminen	

Taulukko 1. TunteVa-menetelmän vaikutus muistisairaana ja hoitajan vuorovaikutukseen

9.2 TunteVa-menetelmän vaikutus käyttäytymiseen

Toinen tutkimustehtävä on miten TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen? Vastaukset on jaoteltu kolmeen osaan: Työvälineet, joita hoitajat käyttävät haastavissa tilanteissa muistisairaahan vanhuksen kanssa, hoitajien ymmärrystä muistisairasta vanhusta kohtaan lisäävät asiat ja TunteVa-menetelmän vaikutus käytöshäiriöihin (Taulukko 2).

Kysymykseen vaikuttaako TunteVa-menetelmä muistisairaahan vanhuksen käyttökseen hoitajien vastukset olivat vaihtelevia. Osa hoitajista ei osannut suoraan vastata kysymykseen. Yksi hoitajista oli selkeästi sitä mieltä, että TunteVa-menetelmä vaikuttaa muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen. Toinen hoitaja uskoi, että TunteVa-menetelmällä on lyhytaikaista vaikutusta. Hoitajat kertoivat menetelmän vaativan tiettyjä asioita, jotta se vaikuttaa vanhusten käyttäytymiseen. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi runsas ajan käyttö ja menetelmän käytön säännöllisyys.

9.2.1 Hoitajan työvälineet

Haastatteluissa nousi esille useita työvälineitä, joita hoitajat käyttävät työssään muistisairaahan vanhuksen kanssa ja joilla hoitajat voivat vaikuttaa muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen. Haastateltavista hoitajista kolme viidestä mainitsi haastattelussa heijastamisen. Hoitajat olivat käyttäneet heijastamista ratkaisemaan vaikeita tilanteita ja tilanteita, jossa vanhus käyttäytyy aggressiivisesti.

”---mä aloin tehdä samalla lailla. Se meni sitten siihen että tuli toiminnallinen että se hävis siinä se aggressiivinen käyttäytyminen. ”

Haastateltavista yksi mainitsi myötäilyn ja sanoittamisen keinoiksi, jotka auttavat levottomissa ja haastavissa tilanteissa. Sanoittamisella tarkoitetaan vanhuksen ilmaisun sanoiksi pukemista. Haastateltava koki myötäilyn ja sanoittamisen auttavan hoitajaa asettumaan vanhuksen asemaan, mikä taas helpottaa vanhuksen oloa. Myös toistamisesta haastateltavat olivat kokeneet olevan apua.

”--kun näitä käy moneen kertaan läpi niin se saattaa helpottaa koko se asia niin ettei se enää vaivaakaan. ”

Kuuntelu koettiin yleisesti tärkeäksi asiaksi hoitajan ja muistisairaahan vanhuksen vuorovaikutustilanteessa. TunteVa-menetelmän koettiin vaikuttavan muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen, koska vanhus kokee, että häntä kuunnellaan.

”Kyllä uskon että kun asiakas kokee, että häntä kuunnellaan kyllä se varmaan vaikuttaa. ”

TunteVa-hoitajakoulutus oli herättänyt erään haastateltavista ymmärtämään, että hänen tulee hoitajana mennä mukaan muistisairaana vanhuksen tarinaan. Vaikeissa tilanteissa haastateltava kertoi menevänsä asiaan jollakin tavalla mukaan ja tällä tavalla pyrki saamaan tilanteen rauhoittumaan. Myös koskettaminen, katsekontaktin ottaminen ja samalle tasolle meneminen auttoivat tilanteen rauhoittamisessa. Yksi haastateltavista kertoi myös useiden tekniikoiden yhdistämisen auttavan vaikeissa tilanteissa. Keskeistä tilanteessa oli myös tilanteen arviointi ja että hoitaja uskaltaa kokeilla erilaisia tekniikoita.

Korvaavan toiminnon yhdessä tunteiden kuulemisen kanssa koettiin auttavan vaikeissa tilanteissa. Korvaavaksi toiminnoksi yksi haastateltava mainitsivat esimerkiksi ympäristön vaihdoksen.

”--tulee sellanen korvaava toiminto siihen tilanteeseen ja sitten justiin tulee se kuuleva ihminen ja hänen tunteensa tulee kuulluksi.”

9.2.2 Muistisairaana vanhuksen ymmärtäminen

Muistisairaana vanhuksen ymmärtämisen osioon saimme useita vastauksia siitä, mikä auttaa hoitajia ymmärtämään muistisairasta vanhusta. Välittämällä omaa ymmärrystään hoitaja voi vaikuttaa vanhuksen käyttäytymiseen. Useassa haastattelussa kävi ilmi, että vanhuksen ymmärtämistä helpottaa muistisairauksien ymmärtäminen. Myös käytöshäiriöiden ymmärtäminen ja vanhuksen käytöksen syyn selvittäminen lisäsivät hoitajien ymmärrystä muistisairasta vanhusta kohtaan.

”Tosiaankaan kukaan ei tee ilkeyksissään jotakin vaan se vaan johtuu tästä sairaudesta.”

”Kyllä pystyy ymmärtämään niitä vanhuksia ihan hirveen paljon paremmin kun tietää mistä ne käytöshäiriöt johtuu.”

”Kyllä se auttaa siinä että osaa lähteä selvittämään mistä se semmonen huutaminen ja levottomuus saattais johtua.”

Yksi hoitajista mainitsi TunteVa-menetelmän myös antavan voimaa omaan työhön ja tätä kautta auttaa hoitajaa käsittelemään käytöshäiriöitä.

”Sitten se taas antaa voimaa siihen työhön ettei me niinku väsy eikä ärsyynny niistä käytöshäiriöistä jos pysähtyy ja kuuntelee mitä siellä taustalla on.”

Eräs haastateltavista eritteli, että tilanteessa, jossa vanhus käyttäytyy aggressiivisesti, kohtaaminen ja paikan vaihtaminen auttavat. Kohtaamiseen sisältyy kuulemista ja ajan antamista. Haastateltavan mielestä TunteVa-menetelmä voi auttaa hoitajaa kohtaamaan muistisairaana vanhuksen hoitajan persoonasta riippuen. Hyvään kohtaamisen lisäksi myös asiakkaan asemaan asettumisen koettiin helpottavan vanhuksen ymmärtämistä.

"Siinä kun osaa ymmärtää sen että osaa asettua sen asiakkaan asemaan ja kenkiiin niin mä luulen että se helpottaa heidän oloa. "

Hoitajat kertoivat myös keskustelun ja keskustelun johdattamisen olevan hyviä apukeinoja aggressiivisen vanhuksen kohtaamistilanteissa.

"--Asiakas oli hirveän kiukkuinen toiselle pui nyrkkiä ja se hoitaja niin hienosti selvitti sen tilanteen ihan keskustelemisella, johdattamalla ajattelemaan ihan muuta. "

9.2.3 Käytöshäiriöiden lievittyminen

Käytöshäiriöistä hoitajat kokivat masennukseen tai apatiaan puuttumisen TunteVa-menetelmän avulla olevan vaikeampaa kuin aggressiiviseen käyttökseen puuttumisen. Kuitenkin hoitajat arvioivat TunteVa-menetelmän lievittävän vanhusten levottomuutta ja aggressiivisuutta sekä masentuneisuutta ja apatiaa.

"Levottomuuteen ja aggressiivisuuteen kyllä mutta mun itteni mielestä apatiaan ja masentuneisuuteen niin siihen kauhean vähän puututaan."

" --- vaikka se ei ole terapiamuoto sinänsä niin voidaan tunteen kautta lähestyä sitä. Että vois auttaa, mutta se on tosi vaikea, apatia ja masennus."

Yksi hoitajista koki myös vanhusten huudon vähentyneen, vaikkakin sitä ei kaikissa tilanteissa voitu kokonaan TunteVa-menetelmän avulla poistaa. Myös vanhusten kommunikoinnin oli huomattu lisääntyvän TunteVa-ryhmien myötä.

"Mutta ne rupee puhuun enemmän ja tulee avoimemmaksi ja rohkeammiksi tuleen itte jutteleen niinku pöydästä toisille vanhuksille. "

Hoitajat kokivat TunteVa-menetelmän lievittävän käytöshäiriöitä, mutta tiedostivat, ettei menetelmän avulla voi parantaa muistisairautta. Hoitajilla oli myös kokemusta siitä, että TunteVa-menetelmä oli muuttanut ahdistavaa konfliktitilannetta.

"Jos on pahasti käytöshäiriöisiä vanhuksia niin ei ei ne parane sillä että validoi, mutta niiden oloa voi helpottaa sillä, että käyttää sitä menetelmää. "

Osa hoitajista koki, että TunteVa-menetelmällä voi helpottaa vanhusten psykoottisia oireita. Kuitenkaan kaikki hoitajat eivät osanneet sanoa vai kuttaako TunteVa-menetelmä psykoottisiin oireisiin. Hoitajista yksi arvioi psykoottisista oireista kärsivien vanhusten tarvitsevan myös lääkitystä TunteVa-menetelmän käytön rinnalle.

"Niin kyllä mä uskon että tää vähän pehmeempi TunteVa-menetelmä toimii myös sellaisten kanssa kenellä on psykoottisia oireita. "

Osa hoitajista arvioi, että TunteVa-menetelmällä voidaan helpottaa vanhusten unihäiriöitä. Kysymykseen vastaamista vaikeutti se, että suurin osa hoitajista ei työskennellyt yövuoroissa. Yksi hoitajista kertoi hoitajan rauhallisuuden nukkumaan mentäessä vähentävän unihäiriöitä.

Hoitajilla oli erilaisia mielipiteitä siitä vähentääkö TunteVa-menetelmän käyttö lääkkeiden käyttöä. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, että TunteVa-menetelmä on vaihtoehto lääkkeelliselle hoidolle, ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä on mahdollista vähentää menetelmän käytöllä. Toinen hoitajista oli sitä mieltä, että välillä on tilanteita, joihin tarvitaan välttämättä lääkitystä. Kolmas ei uskonut TunteVa-menetelmän käytön vähentävän lääkkeiden käyttöä, mutta uskoi menetelmän olevan hyvä tuki muulle hoidolle. Kaikki hoitajat uskoivat kuitenkin TunteVa-menetelmän olevan hyvä apukeino käytöshäiriöiden lievittämiseen.

”Eli on lieventynyt ei oo tarvinnu käyttää rauhoittavia lääkkeitä.”

”Mutta välillä on sellasia tilanteita että se on niin sairautta jo että siihen tarvii niinku lääkityksen. Että ei toi mikään ihmelääke joka asiaan ole.”

”En mä usko että lääkkeitä pystys vähentään TunteVan avulla. --Onhan tää ihan hyvä siinä rinnalla.”

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Heijastaminen Myötäily Sanoittaminen Toistaminen Kuunteleminen Mukaan meneminen ja koskettaminen Tekniikoiden yhdistäminen Korvaava toiminto	Hoitajan työvälineet	Muistisairaahan vanhuksen hyvä hoito
Sairauden ymmärtäminen Käytöshäiriön ymmärtäminen Käytöksen syyn selvittäminen Hyvä kohtaaminen Asiakkaan asemaan asettuminen Keskustelu ja keskustelun johdattaminen	Muistisairaahan vanhuksen ymmärtäminen	
Levottomuuden ja aggressiivisuuden lievittyminen Apatian ja masennuksen lievittyminen Huudon vähentyminen Kommunikaation lisääntyminen Käytöshäiriön helpottuminen Konfliktitilanteen muuttuminen Psykoottisten oireiden lievittyminen Unihäiriöiden lievittyminen Rauhoittavien lääkkeiden käytön vähentyminen Ei vähennä lääkitystä Ei vähennä lääkkeiden käyttöä	Käytöshäiriöiden lievittyminen	

Taulukko 2. TunteVa-menetelmän vaikutus muistisairaahan vanhuksen käyttäytymiseen

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, vaikuttaako TunteVa-menetelmä muistisairaana vanhuksen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen sekä vaikuttaako TunteVa-menetelmän käyttö vanhuksen käyttäytymiseen. Opinnäytetyömme ensimmäisten tutkimuskysymyksen tuloksista käy ilmi, että TunteVa-menetelmä antaa hoitajalle lisää vuorovaikutusmenetelmiä. TunteVa-menetelmä auttaa vuorovaikutusta lisäämällä hoitajan ymmärrystä vanhusta kohtaan, lisäämällä vuorovaikutusta rakentavia tekijöitä, auttaa käsittelemään vanhuksen tunteita ja auttaa hoitajaa kohtaamaan vanhukseen.

Mielestämme hoitajan ymmärrys on TunteVa-menetelmän käytön edellytys. Jotta hoitaja voi käyttää TunteVa-menetelmää, hänen tulee ymmärtää vanhusta hänen omista lähtökohdistaan käsin. Ymmärtämiseen sisältyvät muun muassa vanhuksen historian tunteminen, muistisairaana ajatusmaailman ja tarpeiden ymmärtäminen. Vuorovaikutussuhteessa kuuntelu ja keskustelu ovat erityisesti mielestämme tärkeitä elementtejä vuorovaikutuksen rakentumisen kannalta. Vuorovaikutussuhteen rakentuminen on koko TunteVa-menetelmän kannalta tärkeää, ja myös vuorovaikutussuhdetta rakennetaan vanhuksen omista lähtökohdista käsin. Kun käytetään TunteVa-menetelmää, hoitajan on täytynyt sisäistää menetelmän käyttö ja tämän lisäksi hoitajan on uskallettava kokeilla erilaisia menetelmiä vuorovaikutustilanteessa.

Vanhuksen tunteiden helpottamisen lähtökohtana on tunteiden kuuleminen. Välineitä, joilla hoitaja voi helpottaa tunteiden käsittelyä, ovat samaistuminen, heijastaminen ja sanoittaminen. Vanhuksen tunteiden kuuleminen sisältyy vanhuksen kohtaamiseen. Kohtaaminen vaatii hoitajalta oikeanlaista asennoitumista, pysähtymistä ja aitoa kuuntelemista. Kohtaamiseen sisältyy myös, että hoitaja kohtelee vanhusta kunnioittavasti.

Puiston ja Sundellin (2005) tutkimuksessa todetaan, että validaatiokoulutuksen avulla hoitajat kokivat ymmärtävänsä vanhusta paremmin ja olivat saaneet uusia ideoita työhönsä. Vastaajat myös kokivat oppineensa kohtaamaan vanhusta paremmin. Hyttisen (2008) opinnäytetyön tuloksissa todetaan validoivan ilmapiirin helpottavan vuorovaikutusta ja kohtaamista, koska validoiva ilmapiiri on kuunteleva, hyväksyvä, arvostava ja empaattinen. Validoiva lähestymistapa on edellytys sille, että vuorovaikutus dementoituneen vanhuksen kanssa onnistuu. Tutkimustuloksemme olivat samanlaisia näiltä osin kuin kahdessa edellisessä tutkimuksessa. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa todetaan TunteVa-menetelmän auttavan hoitajaa ymmärtämään ja kohtaamaan vanhusta. Tutkimustuloksista ei nouse suuria eroavaisuuksia verrattaessa aiempiin tutkimuksiin.

Opinnäytetyömme toisen tutkimuskysymyksen tuloksista käy ilmi, että TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa vanhuksen käyttäytymiseen. Menetelmä vaikuttaa vanhuksen käyttäytymiseen muun muassa rauhoittamalla vanhusta, ja hoitajalle se antaa keinoa puuttua käyttäytymiseen, mikä vaikuttaa muistisairaahan käyttäytymiseen. Hoitajan työvälineistä tärkeimmäksi haastatteluista nousi kuuntelu. Tärkeitä välineitä kohdata olivat myös tekniikoiden yhdistäminen ja korvaava toiminnon käyttö. Erilaisia tekniikoita yhdistelemällä voi saavuttaa paremman lopputuloksen, mutta se vaatii hyvää tilannetajua ja potilaan tuntemista. Tilanteen arvioiminen on keskeistä tekniikoiden yhdistelemisessä. Yksi haastateltavia oli huomannut, että paikan vaihdoksella voi helpottaa muistisairaahan käytöshäiriöitä. Korvaava toiminto voi olla pienikin asia, kuten esimerkiksi muuhun asiaan siirtyminen. Ajatukset saadaan näin siirtymään pois hankalasta asiasta. Tämän työvälineen käyttö on kuitenkin aina hyvin tilannekohtaista.

Keskeistä muistisairaahan käytöksen ymmärtämisessä on, että hoitajalla on tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksesta käytökseen. Jos käytöstä ei ymmärrä, helpottaminen on vaikeaa. Tärkeänä koettiin, että asiakkaan asemaan on osattava asettua. Hyvään kohtaamiseen kuuluu keskustelu ja sen johdattaminen väittelemättä muistisairaahan kanssa. Tutkimustuloksissa näkyy myös, että TunteVa-menetelmällä voidaan lieventää käytöshäiriöitä. Tuloksista käy ilmi, että aggressiivisuuden helpottaminen on helpompaa kuin masennuksen ja apatian lievittäminen. Mielestämme tämä voi johtua siitä, että aggressiivinen käyttäytyminen on helpommin huomattavissa kuin masennus ja apatia, ja siten aggressiivisuuteen on helpompi puuttua. Hoitajat tiedostivat tämän ongelman, mutta kokivat siihen puuttumisen vaikeana. Hoitajat kokivat masennuksen hoitamisen kaipaavan menetelmän rinnalle lääkehoitoa helpottamaan masennuksen oireita. Hoitajilla oli eri mielipiteitä siitä, vaikuttaako TunteVa-menetelmän käyttö lääkityksen määrään. Mielestämme tähän voi vaikuttaa se, että muistisairaiden tilanteet ovat kovin yksilöllisiä kuten myös käytöshäiriöt. Lääkityksen tarpeen arvioiminen vaatii hoitajilta hyvää tilanteen arvioimista. Hoitajat kokivat, että TunteVa-menetelmän toteuttamiseen tulisi hoitoyksiköiden olla pienempiä ja vanhuksille enemmän aikaa. Hoitajat myös toivoivat, että koko työyhteisö käyttäisi TunteVa-menetelmää. TunteVa-menetelmän käyttö tulisi lähteä kuitenkin hoitajasta itsestään.

Aikaisemmista tutkimuksista Pohjavirta, Sipola & Lumijärvi (2002) olivat huomanneet, että validaatiosta on apua tilanteissa, jossa asukas on tunnekuohun vallassa. Myös Puiston ja Sundellin (2005) tutkimuksesta näkyy samanlainen tulos, menetelmä oli auttanut hankalissa tilanteissa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että menetelmän avulla voidaan ratkaista konfliktitilanteita. TunteVa-menetelmän vaikutusta muistisairaahan käyttäytymiseen on tutkittu hyvin vähän tässä opinnäytetyössä mainituissa aikaisemmissa tutkimuksissa.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitajat, jotka käyttävät TunteVa-menetelmää säännöllisesti kokevat siitä olevan apua vuorovaikutustilanteissa ja käytöshäiriöiden helpottamisessa. Hoitajat nostivat myös esille, että TunteVa-menetelmän käyttö on sitä, että hoitajalla on arvostava asenne vanhusta kohtaan.

10.2 Opinnäytetyön eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa eettisyyttä voidaan tarkastella eri tavoin. Yhdessä ääripäässä tutkimusetiikkaa tarkastellaan lähinnä tutkimustoimintaan liittyvänä, kuten tutkimukseen osallistuvien informoimiseen, aineiston keräämiseen ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan. Toisessa näkökulmassa tutkimusetiikka nähdään metodologisena seikkana. Tällöin ajatellaan, että kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125.) Helpointa on aloittaa eettisyyden huomioiminen tutkimustyön päätöksistä ja niiden eettisistä kysymyksistä. Pyrkimyksenä tulisi olla tietoisesti ja eettisesti perusteltujen ratkaisuiden tekeminen ainakin tutkimusaiheen valinnassa ja tutkimukseen osallistujien kohtelussa. Epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2003, 26–27.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä eettisiä periaatteita ovat haastateltavan vapaaehtoisuus, anonymiteetti sekä luottamuksellisuus (Janhonen & Nikkonen 2003, 39). Tutkittavan suojaan kuuluu se, että tutkittava antaa vapaaehtoisuuden suostumuksen ja hän voi kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai voi keskeyttää mukana olonsa milloin tahansa. Tutkittava voi myös jälkikäteen kieltää itseään koskevien tietojen käyttämisen tutkimusaineistona. Anonymiteetin säilyttämiseksi kaikki osallistujat jäävät nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen. Tutkittavalla on myös oikeus tietää nämä oikeutensa. Lisäksi tärkeää on, että haastateltavan hyvinvointi asetetaan kaiken edelle. Myös mahdolliset ongelmatilanteet tulee ottaa huomioon etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129.)

Tutkittavan suojaan kuuluu se, että tutkijan selvittää tutkittavalle tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sillä tavalla, että tutkittava ne ymmärtää. Tutkija varmistaa, että antaessaan suostumuksensa tutkimukseen osallistuja tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujalla on oikeus vaatia tutkijalta lupaamiensa sopimuksien noudattamista ja oikeus luottaa tutkimuksen rehellisyyteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.)

Pyrimme huomioimaan eettisyyden opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Eettisyys huomioitiin erityisesti pohtimalla alussa opinnäytetyön aiheen eettisyyttä ja hakemalla tarvittavat luvat haastatteluiden suorittamiseen. Opinnäytetyölle annettiin kirjallinen lupa (liite 4) Lempäälän kunnan sosiaali- ja terveysjohtajalta opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, eettisen toimikunnan lupaa ei vaadittu. Haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Osallistujat ovat voineet kieltää itseään koskevan aineiston käytön tutkimustuloksissa missä vaiheessa tahansa tai kieltää tutkimusaineiston käytön jälkikäteen. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut missään tutkimuksen

vaiheissa. Mahdollisten lisätietojen saamiseksi haastatteluun osallistujilla oli opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot.

10.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Haastateltavat tähän tutkimukseen on valittu Vanhustyön keskus Himminkodon dementiayksikön esimiehen avustuksella, joka etsi meille haastateltavat henkilöt viidestä eri yksiköstä osallistumaan opinnäytetyömme teemahaastatteluihin. Yhteistyö haastateltavien kanssa sujui hyvin. Kaikki haastateltavat ymmärsivät tutkimuksen tarkoituksen ja osallistuivat siihen omasta tahdostaan. Haastateltaville oli, selvillä että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentää se, että haastateltavat eivät haastattelun jälkeen enää päässeet kommentoimaan tuloksia ennen julkaisua. Olemme pitäneet haastateltavien henkilöllisyydet salassa. Haastattelunauhat ja litteroitu aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuksessa on tarkoitus tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnissa on tarkoitus selvittää kuinka totuudenmukaista tietoa on pystytty tuottamaan. Se on välttämättöntä tieteellisen tiedon ja tutkimustoiminnan sekä sen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka. 2007, 127.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta tulisi arvioida kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen koherenssi (johdonmukaisuus) erityisesti painottuu. (Tuomi & Sarajarvi. 2009, 140.) Erilaisista menetelmistä huolimatta laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on yhä, että se on tehty riittävän pitkän ajan kuluessa. (Tuomi ym. 2009, 142.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 2003, 214.) Olemme kuvanneet koko opinnäytetyössä sen etenemistä vaiheittain mahdollisimman selvästi sen eri vaiheissa.

Tutkimuksen reaalisuutta eli toistettavuutta voi tulkita monella tavalla. Yksi tapa tulkita sitä on se, että kaksi tutkijaa on päässyt samoihin päätelmiin. (Hirsjärvi ym. 2003, 213.) Olemme tehneet opinnäytetyön analysoinnin yhdessä ja päätelmämme ovat tulosta yhteisestä pohdinnasta. Validiuden eli pätevyyden arvioinnissa oleellista on, että mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2003, 213.) Termien reaalisuus ja validius käyttöä on pyritty välttämään kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä, koska ne on luotu alun perin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. (Tuomi ym. 2009, 136.)

Opinnäytetyön luotettavuutta tulisi arvioida ainakin seuraavien käsitteiden kautta: Tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja selkeä nimeäminen, aineiston keruun kuvaus, aineiston analyysi ja tutkimustulosten raportointi. (Kylmä ym. 2007, 130 – 134.) Tämän lisäksi tulisi arvioida muun muassa omia sitoumuksia tutkimuksessa, miksi kokee tutkimuksen tärkeäksi ja onko käsitys tutkittavasta ilmiöstä muuttunut tutkimuksen aikana. Millä perusteella haastateltavat on valittu tutkimukseen paljastamatta tutkittavien henkilöli-

syyttä. Lisäksi tulisi arvioida tutkija- haastateltava- suhteen toimivuutta. Lukivatko haastateltavat tulokset ennen niiden julkistamista ja muuttivatko heidän kommenttinsa tuloksia, sekä perustelut sinne miksi näin meneteltiin. (Tuomi ym. 2009, 140 – 141.)

Olemme perehtyneet muistisairauksiin, käytöshäiriöihin sekä niitä lieventävään TunteVa-menetelmään. Olemme kuvanneet aineiston keruun erillisessä alaluvussa, sekä kertoneet aineiston analyysimenetelmän ja raportointitavan. Opinnäytetyöprosessimme on kestänyt lähes vuoden, alkaen toukokuussa 2009 ideaseminaarista, jossa esittelimme aiheemme ja saimme luvan tehdä opinnäytetyömme tästä aiheesta. Tämän jälkeen on alkanut työn teoriaosuuteen perehtyminen.

Tulosten luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöntekijöitä on kaksi. Haastattelujen toteuttaminen siten, että toinen haastatteli ja toinen litteroi nauhan, osoittautui toimivaksi ratkaisuksi. Tulosten analysointiin saimme kaksi näkökulmaa. Nauhureiden toimivuus testattiin ennen haastattelutilannetta ja niiden käytöstä oli kerrottu haastateltaville sekä saatekirjeessä että vielä ennen haastattelutilannetta. Tuloksissa esitetään suoria lainauksia haastateltavien vastauksista, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelutilanteissa pyrimme olemaan johdattelematta tiedonantajia ja pidimme neutraalin linjan haastattelukysymyksien esittämisessä. Pyrimme siihen, että omat asenteemme TunteVa-menetelmästä ja muistisairaiden kohtaamisesta eivät tulisi esiin haastattelutilanteissa.

10.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Koska muistisairaiden määrä tulee tulevaisuudessa lisääntymään, on jatkuva koulutus muistisairaiden hoitotyössä tärkeää. Tästä opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Vanhustyön keskus Himminkodossa mietittäessä TunteVa-hoitajakoulutuksien jatkamista henkilökunnalle. Opinnäytetyömme tekemisen aikana nousi esiin aihe, joka olisi jatkotutkimisen arvoinen. Omaisten kokemuksia TunteVa-menetelmästä ei ole vielä tutkittu lainkaan. Myös hoitajien ja omaisten välinen yhteistyö TunteVa-menetelmän käytöstä olisi kiinnostava jatkotutkimuksen aihe. Hoitotyöntekijöiden lisäkoulutuksella muistisairauksista olisi varmasti hyötyä, koska tietoa sairauksista tulee lisää kokoajan. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös hoitotyön tekijöiden tiedon tarve muistisairauksista ja käytöshäiriöistä yleisellä tasolla.

10.5 Ammatillisuuden pohdinta

Mielestämme muistisairaiden kanssa työskentelyyn on kiinnitetty liian vähän huomioita sairaanhoitajakoulutuksemme aikana. Osittain siitä syystä kiinnostuimme tutkimaan TunteVa-menetelmän käyttöä käytännön hoitotyössä. Molemmille meistä on koulutuksen aikana tullut vastaan muistisairas asiakas, jota ei ole osattu kohdata oikein. Usein asiakas on pyritty saamaan realiteetteihin ja asiakasta on saatettu kohdella epäkunnioittavasti. Tästä syystä on mielestämme tärkeää nostaa esiin vaihtoehtoisia vuorovaikutuksen keinoja kohdata muistisairas vanhus. Oma kiinnostuksemme

menetelmän käytöstä ja hyödynnettävyydestä on opinnäytetyöprosessimme aikana lisääntynyt entisestään, koska olemme aiemmista tutkimuksista ja tämän opinnäytetyön myötä olemme huomanneet sen oikeasti helpottavan hoitajan ja muistisairaana välistä vuorovaikutustapahtumaa.

Tämän työn tekeminen on selventänyt vanhustyön työkenttää lisää. Olemme tämän työn tekemisen kautta oppineet ymmärtämään vuorovaikutuksen tärkeyttä kaikessa hoitotyössä, ei pelkästään muistisairaiden kanssa. Opinnäytetyön tekeminen on myös lisännyt ymmärrystämme muistisairaita vanhuksia kohtaan. Opinnäytetyöprosessi on mielestämme kokonaisuudessaan sujunut hyvin. Organisoitukykyä on vaadittu sovittaessa tapaamisia yhteistyötahojen kanssa, aikataulujen yhteensopiminen on välillä ollut haastavaa. Olemme onnistuneet silti koko ajan pysymään asettamassamme aikataulussa. Opinnäytetyön prosessin ymmärtäminen on ollut myös haastava tehtävä. Työssä on ollut monta haasteellista vaihetta, joista olemme hyvin selviytyneet.

LÄHTEET

- Alavesa, M. 2010. Dementiatyön yksikön esimies. Vanhustyön keskus Himminkoto. Haastattelu 04.01.2010.
- Dementiatyön yksikkö, Jakso- ja pitkäaikaipaikat. 2009. Vanhustyön keskus Himminkoto. Esite.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S., Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy., 9-21
- Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2006. Dementiamailma. Helsinki: Suomen Dementiahoitoyhdistys.
- Erkinjuntti, E. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää: muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WSOY.
- Erkinjuntti, E. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää: muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Feil, N. 1998. Validaatio – menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-paino Oy, 95–103.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.-9. painos. Vantaa: Tammi.
- Hyttinen, T. 2008. Validaatiomenetelmän käyttö ja hyvä vuorovaikutus dementiaa sairastavan henkilön kanssa Sopimusvuorisäätiössä. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kaera, T. 2009. Koulutussuunnittelija. Tampereen Kaupunkilähetys Ry. Haastattelu 22.10.2009.
- Kangassalo, T. 2009. Dementiatyön yksikön esimies keväällä 2009. Vanhustyön keskus Himminkoto. Haastattelu kevät 2009.
- Kankare, H. & Lintula, H. 2005. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Kämäräinen, L. 2009. TunteVa-omaistenopas: miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys Ry.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi – Sulkava, U. 2002. Ymmärrä - tule ymmärretyksi, vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Kuopio: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21-43.

Lumijärvi, H. 2007. Validaatiomenetelmä Dementiahoitokodeissa. Teoksessa Lumijärvi, H. (toim.) 2007. Tunteva yksilö yhteisössä – Terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteet ja validaatiomenetelmä Sopimusvuorisäätiön dementiahoitokodeissa. Tampere: Sopimusvuorisäätiö, 36-42.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi: hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Mattila K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen: arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS- kustannus.

Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2003. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 44-80.

Pirttilä, T & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T, Alhainen, K, Rinne, J, Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Karisto Oy, 126-144.

Rinne, J. 2006. Lewyn kappale dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T, Alhainen, K, Rinne, J, Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Karisto Oy. 163-168.

Pohjavirta, H. & Sipola, S. 2005. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta: kokemuksia validaatiomenetelmästä heikkokuntoisten vanhuksien. Sairaanhoidaja 1/2005. <
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/kohti_arvostavaa_vuorovaikutussu/>
>16.09.2009

Pohjavirta, H., Sipola, S. & Lumijärvi, H. 2002. Validaatiotyöntekijäkurs-
sin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä. Tampere:
Tampereen Kaupunkilähetys ry & Sopimusvuorisäätiö.

Poikkimäki 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja
yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto,
Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Porkka, S.-T. 1998. Validoiva lähestymistapa dementoituvien hoidossa.
Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote
dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Puisto, L. & Sundell, M. 2005. Validaatio-menetelmäkoulutukseen osallis-
tuneiden kokemukset koulutuksesta ja sen vaikutuksesta heidän työskente-
lyyn. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Rauma. Terveystieteiden suun-
tautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.

Salmenperä, R. Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgi-
sen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammi.

Selin, M. 2000. Validaatiomenetelmän tavoitteellinen soveltaminen de-
mentoituvien hoitotyössä – Sopimusvuorisäätiön hoitajien kokemuksia.
Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki. Opinnäytetyö.

Semi, T. 2004. Ihmetekoja kaapista löytyvillä aineksilla: ilmaisullinen
kuntoutusmenetelmä dementia-työssä. Espoo: Opri ja Aleksi oy.

Sipola, S. 1999. Validaatio, Tunteiden kuuntelu. Teoksessa Aalto, K., Ko-
lehmainen, R., Virtaniemi, M. & Ylikarjula, S. (toimituskunta) Sielunhoi-
don aikakauskirja, osa 11: vanhuus. Helsinki: Kirkon koulutuskeskus,
103-113. Saatavilla: < <http://www.evli.fi/kkh/to/ksk/shak11/shak11.pdf>
> 15.01.2010.

Sopimusvuori. Terapeuttinen yhteisöhoito. <
<http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/terapeuttinenyhteisohito.htm>
>17.09.2009.

Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementia-palvelut. Opas kun-
nille. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus,
avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.

Säilyykö arvokkuus - vaikka muisti pettää, TunteVa-menetelmä dementoi-
tuvan henkilön hoidossa. 2009. Tampereen Kaupunkilähetys Ry. Esite.

Tampereen Kaupunkilähetys Ry. 2008a. TunteVa-kurssipalaute. Moniste.
Viitattu 1.12.2009.

Tampereen Kaupunkilähetys Ry. 2008b. Vuosikertomus 2008.

Telaranta, P. 2004. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Helsinki: Gummerus.

Tilastotiedote.2008.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/dementia.htm>.

28.10.2009. Viitattu 1.12.2009.

TunteVa-koulutus. 2009. Tampereen Kaupunkilähetys Ry. Esite.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vanhustyön keskus Himminkoto. 2009. Vanhustyön keskus Himminkoto. Moniste. Saatavilla Vanhustyön keskus Himminkodosta.

Viramo P, Sulkava R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T, Alhainen, K, Rinne, J, Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Karisto Oy. 23-33.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä: vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.



Terhi Soinio ja Maiju Nikali
Lahdensivun toimipiste
Hoitotyön koulutusohjelma

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Hämeen ammattikorkeakoulusta. Tutkintoomme liittyy 15 op käsittävä opinnäytetyö. Opinnäytetyömme aiheena on TunteVa-menetelmän vaikutus Vanhustyön keskus Himminkodossa. Tarkoituksemme on tutkia onko, TunteVa-menetelmä muuttanut hoitajien ja vanhusten välistä vuorovaikutusta ja jos on, niin miten sekä vaikuttaako menetelmän käyttö vanhusten käyttäytymiseen ja jos vaikuttaa, niin miten. Toivomme tämän tutkimustiedon hyödyntävän Vanhustyön keskus Himminkotoa jatkokoulutuksia mietittäessä. Tutkimuksemme valmistuu viimeistään syyskuussa 2010.

Haastattelut toteutetaan yksilöteemahaastatteluin Vanhustyön keskus Himminkodossa työaikana. Haastattelut toteutetaan helmikuussa 2010. Haastatteluun osallistuu haastattelija ja haastateltava. Haastatteluun on varattu 1 – 1,5 h haastateltavaa kohti. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte missä tahansa vaiheessa perua osallistumisenne. Henkilöllisyytenne ei tule ilmi opinnäytetyössä. Haastattelussa nauhoitetut nauhat hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineisto käsitellään luotamuksellisesti vain opinnäytetyöntekijöiden toimesta.

Opinnäytetyötämme ohjaa yliopettaja Marketta Jokinen Hämeen ammattikorkeakoulusta. Työelämäyhteyshenkilömme on Maaret Alavesa Vanhustyön keskus Himminkodon dementia-työn yksiköstä.

Ystävällisin terveisin Terhi Soinio puh. XXXXX ja Maiju Nikali puh. XXXXX

HAASTATELTAVAN SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

Hoitajien kokemuksia TunteVa-menetelmän vaikutuksesta muistisairaana vanhuksen vuorovaikutukseen ja käyttäytymiseen.

Olen lukenut tutkimusta koskevan saatekirjeen ja ymmärtänyt sen. Suostun haastateluun vapaaehtoisesti.

Haastateltava:

Sopimuksen vastaanottaja

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Paikka _____

Haastateltavan perustiedot:

Ammatti?

Kauanko olet työskennellyt hoitoalalla?

Kauanko olet työskennellyt muistihäiriöisten kanssa?

Mitä Tunteva- koulutuksia olet käynyt?

Kauanko olet käyttänyt TunteVa-menetelmää?

Kuinka usein tällä hetkellä käytät TunteVa-menetelmää?

Teema 1. Vuorovaikutus muistisairaana kanssa

- Tunteet, niiden ilmaisu ja ymmärtäminen
- Ajatukset, niiden ilmaisu ja ymmärtäminen
- Arvostaminen

Apukysymyksiä:

Miten TunteVa-menetelmä vaikuttaa sinun ja muistihäiriöisen väliseen vuorovaikutukseen? Miten vuorovaikutussuhde eroaa ennen menetelmää käytetystä vuorovaikutussuhdesta? Auttaako TunteVa-menetelmä ymmärtämään muistihäiriöisen vanhuksen ajatusmaailmaa? Auttaako TunteVa-menetelmä ymmärtämään muistihäiriöisen vanhuksen tunneilmaisuja? Auttaako TunteVa-menetelmä vanhusta ilmaisemaan itseään? Voitko kertoa jonkin esimerkin TunteVa-menetelmän käytöstä sinun ja muistihäiriöisen vanhuksen vuorovaikutustilanteessa? Miten TunteVa-menetelmä auttoi kyseisessä vuorovaikutustilanteessa? Oletko käyttänyt samaa tekniikkaa myöhemmin?

Teema 2. Muistisairaana käyttäytyminen ja käytöshäiriöt

- Käyttäytymisen ymmärtäminen ja hyväksyminen
- Käyttäytymiseen vaikuttaminen TunteVa-menetelmän avulla
- Käytöshäiriöiden (esim. masennus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, psyykköoittiset oireet, unihäiriöt, seksuaalisen käytöksen muutokset) vähentäminen TunteVa-menetelmän avulla

Apukysymyksiä:

Miten TunteVa-menetelmän käyttö vaikuttaa muistihäiriöisen käyttäytymiseen? Auttaako TunteVa-menetelmä ymmärtämään muistisairaana vanhuksen käyttäytymisen syitä? Miten Tunteva-menetelmästä on apua tilanteessa, jossa muistihäiriöinen käyttäytyy haastavasti?