

Kirsi Ruotsalainen

ELÄMÄNTARINAT
MUISTISAIRAAN
HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 24.11.2010				
Tekijä(t) Ruotsalainen Kirsi	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK, täydentävä				
Nimeke Elämäntarinat muistisairaahan hoitotyössä					
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaahan asiakkaan elämäntarinatietojen keräämisestä ja käytöstä muistisairaahan hoitotyössä. Tavoitteena oli selvittää, miten ne muototutuvat hoitajan mielessä, mitä hyviä ja ongelmallisia asioita hoitajat olivat kokeneet elämäntarinoiden käytössä. Työni on fenomenologinen, kokemuksia kuvaileva tutkimus.</p> <p>Aineistoni koostuu hoitajien kirjoittamista esseistä, joissa he kertovat elämäntarinatietojen keräämisestä ja käytöstä hoitotyössä. Esseiden kirjoittamiseen oli aikaa kolme viikkoa ja esseitä palautui määräpäivään mennessä neljatoista.</p> <p>Aineiston analyysin tein Collaizzin (1978) analyysin mukaisesti. Analyysi on seitsemänvaiheinen. Siinä perehdytään kuvauksiin, tärkeät ilmaisut erotetaan, esiin tulevat merkitykset kootaan ja järjestetään teema-alueiksi, alustavat tulokset yhdistetään ilmiöitä kuvaaviksi kokonaisuuksiksi, kuvaukset muotoillaan tyhjentävästi sekä viimeisenä tulokset validoidaan palauttamalla ja peilaamalla alkuperäisdataan.</p> <p>Hoitajat kertoivat keräävänsä elämäntarinatietoja kyselylomakkeen avulla, sekä haastattelemalla ja havainnoimalla. Näiden tietojen avulla he muodostivat itselleen kuvan asiakkaan aiemmasta elämästä.</p> <p>Hoitajat kokivat elämäntarinatietojen käytön hyväksi työkaluksi hoitotyössä. He kuvasivat ymmärtävänsä hoidettavaa paremmin, kun tunsivat hänen taustansa. He kokivat myös paremmin ymmärtävänsä heidän käyttäytymistään. Kun asiakas ei enää itse pystynyt kertomaan aiemmasta elämästään, omaiset olivat tietojen antajina. Hoitajat miettivät olivatko omaisten kertomat tiedot oikeita.</p> <p>Yhdeksi ongelmalliseksi ja kehitettäväksi asiaksi nousi omaprofiilitaulu hoidettavan seinällä. Siihen kerätään tietoja asiakkaan aiemmasta elämästä, sekä hänen tavoistaan ja tottumuksistaan. Hoitajat kokivat omaprofiilitaulun siinä mielessä ongelmallisena että, kuka tahansa saattoi sen lukea. Lisäksi he kiinnittivät huomiota asioiden ilmaisuun taulussa. Heidän mielestään oli mietittävä tarkkaan miten asiat siihen kirjoitetaan.</p> <p>Tämän työn tulosten kautta voidaan kehittää työyhteisöni sekä muiden työyksiköiden työtä elämäntarinatietojen käytössä.</p>					
Asiasanat (avainsanat) elämäntarinat, narratiivisuus, muistisairas, hoitotyö					
Sivumäärä 40 + liitteet	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Pihlaja Leila, Kokkonen Leena	Opinnäytetyön toimeksiantaja				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 24. November 2010
Author(s) Ruotsalainen Kirsi	Degree programme and option Degree program in nursing. Registered nurse, University of applied sciences, supplementary	
Name of the bachelor's thesis Life stories in memory illness nursing		
Abstract The study aims to represent nurse's experiences about collecting and using life stories in nursing. The aim of my study was to examine how life stories were formed in nurses thoughts and what advantages and disadvantages were experiencing in using life stories. My study is phenomenological, it is descriptive study of experiences. My study's material was collected from twenty nurses. They were from two work communities. They wrote essays for me. They had three weeks to write those. I received fourteen answers. I analysed the material according to Collaizze's (1978) analysis. The analysis has seven stages. First I read the essay many times, then picked up important words, collected emerging meanings, compiled and then organized thematic areas. Preliminary results combined whole. Descriptions formulated and at last results were validated. The nurses collected information from the life story in a question form. They also interviewed and observed. Based on that information nurses formed a picture of patient's life. The nurses felt that the life stories data was a good tool for nursing. They said that they understand patient better. They also said that they understand patient's behavior better. When patient were not able to tell about their life, next of kin could tell about the patient's life. Nurses were then considering the reliability of the stories. One of the problematic issues that need development was the patient's own profile board. That board tells information about patient's life, her or his manners and habits. Nurses felt that this board was difficult to use, because any one could read it. You have to carefully think what to write on the board.		
Subject headings, (keywords) life stories, narrative, memory illness, nursing		
Pages 40 + annexes	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Pihlaja Leila, Kokkonen Leena	Bachelor's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	ELÄMÄNTARINAT MUISTISAIRAAAN HOITOTYÖSSÄ.....	1
2.1	Kulttuuri elämäntarinan muodostumisessa.....	3
2.2	Elämänkaari elämäntarinan muodostumisessa	4
2.3	Elämäntarinallisuus ja narratiivisuus	5
2.4	Muistisairaana narratiivinen kohtaaminen	6
2.5	Validaatio ja elämäntarina-ajattelu	8
2.6	Muistelu hoitotyön keinona	9
2.7	Elämäntarinatietojen kerääminen hoitotyössä	9
3	MUISTISAIRAAAN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEITÄ	10
3.1	Dementoituneen haasteellinen käyttäytyminen	11
3.2	Dementoituneen käytösoireet	12
3.3	Hoitaja muistisairaana hoitotyössä	13
3.4	Hoito dementiayksikössä	14
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	15
4.1	Tutkimusmenetelmän valinta.....	16
4.2	Aineiston kerääminen	17
4.3	Aineiston analysointi	17
5	TULOKSET	20
5.1	Elämäntarinatietojen kerääminen	20
5.2	Elämäntarinan muodostaminen	21
5.3	Elämäntarinatietojen käyttö hoitosuhteessa.....	23
5.4	Hyviksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä.....	25
5.5	Ongelmallisiksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä	27
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	29
6.1	Elämäntarinatietojen kerääminen	29
6.2	Elämäntarinan muodostuminen	29
6.3	Elämäntarinatietojen käyttö hoitotyössä.....	30
6.4	Hyviksi koetut asiat elämäntarinoiden käytössä.....	30
6.5	Ongelmallisiksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä	31
7	POHDINTA	32

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	32
7.2 Tutkimustulosten tarkastelua	33

LIITTEET

Liite 1 Tutkintalupapyyntö aineiston kokoamiseksi

Liite 2 Tutkintalupapyyntö aineiston kokoamiseksi

Liite 3 Kirje tutkittaville

Liite 4 Aihetta kuvaavat tärkeät ilmaisut

Liite 5 Ilmaisista esiin tulevien merkitysten muotoileminen

Liite 6 Muotoiltujen merkitysten kokoaminen ja järjestäminen teema-alueiksi

1 JOHDANTO

Työssäni olen huomannut, kuinka tärkeää on tuntee muistisairaana aiemman elämän vaiheita. Tämän tiedon avulla on mahdollista ymmärtää muistisairaana ajatuksia ja käyttäytymistä. Elämäntarinatietojen avulla on mahdollista myös ymmärtää muistisairaana mielenkiinnon kohteita.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia elämäntarinatietojen keräämisestä ja niiden käytöstä muistisairaana hoitotyössä. Tavoitteena on nostaa keskustelun aiheiksi elämäntarinatiedot ja niiden hyödyntäminen hoitotyössä.

Työyhteisöissä, joista tiedot keräsin, on hoidettavina vaikeasti ja keskivaikeasti dementoituneita asiakkaita. Heillä on sairauden vaikeusasteesta riippuen erilaisia käytösoireita, haasteellista käyttäytymistä sekä kommunikaatiovaikeuksia. Lisäksi heillä on myös muita sairauksia.

Tarkoitan opinnäytetyössäni muistisairailta ja dementoituneilla samaa asiaa, vaikka käytännössä ne eivät sitä ole. Dementia ei ole sairaus, se on oireyhtymä. Usein etenevät muistisairaudet johtavat dementiaan. Syynä ovat muutokset aivoissa, jolloin muistin ja muiden tiedonsaannin oireet korostuvat. (Erkinjuntti ym. 2006, 33.) Dementian tunnuspiirteinä on kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Myös elämän sujumisen kannalta tärkeitä ovat muutokset tunne-elämässä, käyttäytymisessä sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Saarenheimo 2003, 75-76.)

Opinnäytetyöni on ajankohtainen. Puhutaanhan julkisuudessa paljon vanhusten hoidosta ja sen laadusta. Elämäntarinatietojen hyödyntäminen tuo laadukkuutta ja inhimillisyyttä työhön. Elämäntarinatietojen avulla muistisairaiden hoitoa voidaan kehittää.

2 ELÄMÄNTARINAT MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

Suomen kielen perussanakirjan mukaan elämäntarina on sitä, että jonkun ihmisen elämänvaiheet ovat kerrottuina. (Suomen kielen perussanakirja, 1990). Tarinan avulla

on mahdollista kuvata tapahtumien kulkua ja kertomusten avulla se voidaan esittää. Kertomuksen avulla raportoidaan ja jäsennetään elettyä kokemusta. Rakennamme elämäämme merkityksiä kertomusten ja tarinoiden avulla. Tarinat syntyvät siinä kulttuurissa, jossa elämme. Kun tarina syntyy, siihen tarvitaan aktiivista luovaa kertojaa, joka todella kertoo tarinaansa. (Antikainen, 2008.) Ropo (2008) kirjoittaa, että elämäkertomus on henkilön tulkinta omasta elämästään. Se on subjektiivinen tulkinta. Se on itsestä kerrottu tarina, jossa hän valitsee tapahtumat, joista kertoo. Elämäntarina voi olla myös hyvin ulkokohtainen. Jos siinä ei ole identiteetin näkökulmaa, se on puutteellinen.

Tarina on ihmisen kokemus. Se ei kuitenkaan aina avaudu ulkopuoliselle. Tapahtumat, niihin liittyvät henkilöt sekä aika ja paikka ovat tarinan osia. Tarina muovautuu sen mukaan, missä se kerrotaan tai kenelle se kerrotaan. Tarinaa apuna käyttäen ihminen määrittelee identiteettiään, arvojaan ja asemaansa suhteessa muihin ihmisiin. (Laagheghe ym. 2008, 3.)

Elämäntarinatietojen tuntemisella voimme vahvistaa muistisairaana vahvuuksia ja voimavaroja. Esimerkiksi lempimusiikin avulla voi kokea mielihyvää. Jopa syvästi dementoituneet reagoivat lempimusiikkiinsa myönteisesti. On tärkeää kuitenkin huomioida jokaisen yksilöllinen maku musiikin suhteen. Elämäntarinatietoja tuntevalla hoitotyöntekijä voi löytää mielenkiintoisia keskustelualueita. Tutuista asioista keskusteleminen voi tuoda hyviä muistoja mieleen. Silloin kun dementoitunut ei enää pysty puhumaan, hoitaja voi puhua tutuista asioista hänelle.

(Mäkisalo–Ropponen 2007, 136.)

Timonen (2009, 257 – 258) kuvaa tutkimuksessaan kuinka kokemuksistaan kertomalla ihminen ottaa ne haltuunsa. Hän voi antaa niille muodon ja etäännyttää ne itsestään. Menneisyys kulkee mukamme useassa muodossa, haluamme tai emme. Oman elämäntarinan kertominen auttaa kertojaa ymmärtämään elämäänsä ja tekemään sen ymmärrettäväksi myös muille. (Timonen 2009, 267.)

Mäkisalonen (2001, 19) mukaan ”Elämäntarinassa jokaisella vaiheella on juoni, joka alkaa syntymästä ja päättyy kuolemaan. Ihmisten elämäntarinat ovat kaikki erilaisia. Jonkun elämä on alkanut raskaissa merkeissä ja jatkunut kipein kokemuksin. Toisen elämä on taas ollut aurinkoista alusta asti.” Palomäen (2004, 76) tutkimuksessa tode-

taan, että kerronnassa rakentuu suhtautumistapa vanhenemiseen. Eletyn elämän kokemukset ja tapahtumat saavat niistä merkityksiä nykyiseen elämään.

Dementoituneiden parissa työskentely edellyttää tavanomaista tulkinnallisempaa lähestymistapaa. Haasteellisten tilanteiden tulkinta helpottuu tarinoiden kautta. Hoitotyöntekijä pystyy kohtaamaan asukkaan yksilöllisesti hänen omassa elämäntilanteessaan. Kun muistisairaus etenee, dementoituneen nykyisyys ja menneisyys sekoittuvat. Dementiapotilaiden kerrontaa vaikeuttaa sairaus. Asioiden looginen yhdistely, muistaminen ja omien näkemysten esiin tuominen vaikeuttaa dementiaa sairastavien kerrontaa. Dementiaa sairastavan henkilön pirstaleisista tarinoista voidaan luoda narratiivinen kartta. Se auttaa kerrottujen elämänpalasien yhdistelemisessä ja auttaa ymmärtämään kaoottisia tilanteita. tarinat dementoituneen eletystä elämästä tukevat yksilöllisyyttä. Ne tukevat myös eheyden ja minuuden kokemusta. Dementia sairautena horjuttaa näitä. Yksilöllisyys saa arvonsa elämänhistorian tuntemisen kautta. (Palomäki 2007.)

2.1 Kulttuuri elämäntarinan muodostumisessa

Maailma on vuosikymmenien aikana muuttunut. Kuitenkin samat peruskokemukset, ilot ja surut ovat läsnä sukupolvesta toiseen. Suuret asiat vaikuttavat kauan monien ihmisten sekä kansakuntien elämään. Näitä ovat maalta- ja maastamuutot, siirtolaisuus, sodat, poliittiset ja sosiaaliset virtaukset. Menneisyys on muokkautuva ja joustava. Traumaattisten ja ahdistavien tapahtumien kokemukset eivät muutu, mutta ihminen voi käsitellä niitä tunnesisältöjä myöhemmin. (Reinikainen 2009, 17 – 19.)

Elämäntarinat ovat sidoksissa kulttuuriin. Tapahtumille etsitään selityksiä ja painotetaan kulttuurin kannalta oleellisia tarinoiden käännekohtia. Tarinoiden avulla jäsennetään kokonaisuuksia, ylläpidetään vuorovaikutusta sekä vahvistetaan ja luodaan merkityksiä. Tarinat ilmentävät kertojan ominaisuutta. Ne voivat olla joko voimia antava tai lamauttava. Asiakastyössä tarinamalleja voi käyttää vaikkapa siten että kun käydään läpi tarinaa, etsitään sille vaihtoehtoinen tarina. Mietitään miten joku muu kertoisi sen. (Vilen ym. 2002, 164 - 165.)

2.2 Elämänkaari elämäntarinan muodostumisessa

Ihmisen elämänkaariajattelun lähtökohtana on, että kehitys voi jatkua koko elämänkaaren ajan. Elämä muodostaa yksilöllisen kokonaisuuden jokaisella ihmisellä, ihmisen elämänkaaresta voi löytää yleisiä kehityksen lainalaisuuksia huolimatta suurista yksilöllisistä eroista. Yksilön kehitystapahtumia voidaan ymmärtää kun ne suhteutetaan yleisiin lainalaisuuksiin. (Dunderfelt 1997, 16 – 18.) Flyckt & Puusaaren (2000, 7) tutkimuksessa käy ilmi, että ihminen käy elämänvaiheensa läpi elämänkaarensa aikana. Elämään kuuluu aina myös elämänrakenne. Se muodostuu ihmisen suhteista eri asioihin ja toisiin ihmisiin. Elämänrakenne muuttuu elämän aikana ja ihmisen koko elämä on muutosta. Säännöllisin ajoin muuttuvat kiinnostuksemme, asenteemme, arvomme ja harrastuksemme. Ihminen on eletyn elämänsä näköinen. Häntä ovat muo- vanneet yksilölliset kokemukset sekä elämänvaiheet. Elämänvaiheet kulkevat aina mukana, ne eivät ole taakse jäänyttä elämää. Elämälle sisältöä ja väriä antavat oma persoona ja roolit.

Kun tarkastellaan elämäntarinoita, pitäisi korostaa, että kysymyksessä on kertomus. Kertomus on suhteellisen kiteytynyt ja muutoksille altis kun sitä kerrotaan erilaisissa konteksteissa. Ihmisen kertomus elämästään syntyy viime kädessä aina kertomistilan- teessa. (Hyry 1995.)

Jokainen elämänkaaren vaihe vaikuttaa ihmisen elämäntarinan muodostumiseen. Se mitä hän on kokenut elämänsä aikana ja mitä niistä muistaa, kerryttää elämäntarinaa. Carl Gustav Jung on jakanut ihmisen elämän neljään vaiheeseen eli lapsuuteen, nuoruuteen ja aikuisuuteen, keski-ikään ja vanhuuteen. (Dunderfelt 1997, 37.) Lapsuus on ihmisen kehitykselle ratkaisevan tärkeä. Nuoruuden aikana ihmisen on opittava ohjaamaan elämänsä suhteessa muihin ihmisiin, luontoon ja lopulta koko maailman- kaikkeuteen. Aikuisuuden aika on sosiaalisen ja yhteiskunnallisen toiminnan aikaa. Lähes kaikissa elämänkaariteorioissa 40 ikävuoden taite on mainittu elämän tärkeim- pänä kautena. Se on murrosvaihe elämässä. Muutoksia tapahtuu fyysisissä ja sosiaali- sissa piireissä, samoin sielullisessa elämässä. Noin neljäkymmenen ja viidenkymme- nen vuoden iässä ihminen joutuu kasvotusten elämän loppumisen kanssa. Hän huomaa oman fyysisen ja psyykkisen rajallisuutensa. Hän ei ole enää nuori. Tämän iän haas- teiden ja kriisien läpikäyminen synnyttää uusia voimia ja inhimillistä elämäntarinaa.

Kypsyuden ikävaiheessa, 60 – 65 ikävuodesta eteenpäin ihminen ei ole niin tuottoisa, kuin nuorempi. Eläkeiässä ihminen luopuu monesta asiasta. Hänellä on kuitenkin edessään vielä kokemuksia ja kehitystehtäviä. Hänellä on mahdollisuus kasvuun ja kehitykseen. Kypsyuden iässä siirrytään sisäisempiin arvoihin. Suhteita luodaan uudelleen aviokumppaniin ja läheisiin. Fyysiset vanhenemisoireet saattavat viedä aikaa ja keskittymisvoimaa. (Dunderfeld 1997, 61 – 210.)

2.3 Elämäntarinallisuus ja narratiivisuus

Jokaisella ihmisellä on elämäntarina ja jokainen ihminen on yhtä kuin tarina. Tarinan kertomisella ihminen kuvaa itseään aidoimmalla tavalla. Kertominen on informatiivista kuulijalle ja terapeutista kertojalle. Kuuntelemisen avulla on mahdollista jollakin tasolla päästä sisään kertojan kokemusmaailmaan. Ihminen antaa omille kokemuksilleen merkityksen tarinoiden kautta. Vuorovaikutuksessa tuotetut kertomukset ovat osa tarinaa. Ihminen voi säädellä kertomuksen avulla kuvaa jonka antaa kuulijalleen. Tarinoilla kertoja voi peittää ja niiden taakse voi piiloutua. Niillä voi manipuloida toisia ja itseäänkin. (Mäkisalo- Ropponen 2007, 44 - 46.)

Narratiivinen eli tarinallinen näkökulma on tasa-arvoinen lähestymistapa vuorovaikutukseen. Jokaisella ihmisellä on paljon elettyjä ja elämättömiä tarinoita. (Vilen ym. 2002, 161.)

Hänninen & Valkonen (1998) kirjoittavat, että tarinallisuus on olennaisena osana ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Oman elämän tarinoiden kokemukset ja kuvaukset liittyvät kertomiseen ja kuulemiseen. Ihminen järjestää kertomuksen niin että se on loogisessa järjestyksessä ja ymmärrettävä. (Gothoni & Sainio 2008, 39.) Heikkisen (2002) mukaan narratiivisuudessa keskeisintä on että, tieto saadaan vuorovaikutuksessa puhumalla tai kirjallisen tuotoksen kautta. Sosiaalinen ulottuvuus on aina mukana narratiivisuudessa. Kertomusta ei voi olla ilman kuulijaa. (Gothoni & Sainio 2008, 39.)

Narratiivinen tarkoittaa yksityiskohtaista ja konkreettista tarinaa. Tarinoiden kautta päästään tapahtumien ja kokemusten sisälle, sekä niillä tavoitetaan niiden ajallinen yhteys. Tarinan juoni kokoaa tapahtumat kokonaisuudeksi, joka voidaan ymmärtää. Tapahtumat ja kokemukset saavat merkityksen tarinoiden kautta. (Palomäki 2007.)

Ihmiset haluavat saada elämän erilaiset tapahtumat osaksi suurta loogista kokonaisuutta, jolloin elämänkulkua kuvaa kertomus. (Vilen ym. 2002, 163). Tarinallisuuden avulla on turvallista kohdata ihmisiä. Oikeita tai vääriä tapoja ei ole. Tarinoiden kieli on kaikille ymmärrettävää ja se luo jo ratkaisuja. Tarinat voivat olla energisoivia. Tarinoiden merkityksiä ei useinkaan ilmaista suoraan, vaan tulkinta jää kuulijan tehtäväksi. (Vilen ym. 2002, 171 - 172.)

2.4 Muistisairaahan narratiivinen kohtaaminen

Kohdatessaan muistiasiakkaan hoitaja tarvitsee hänestä pohjatietoa eli tietoa hänen terveydestä ja tietoa hoitotyön auttamismenetelmistä. Hän tarvitsee myös tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksesta terveyteen. (Leppänen ym. 2009, 4.) Liukkosen (1991, 92 - 94) tutkimuksessa tutkijan havainnoinnin mukaan koskettaminen oli jokaisella hoitajalla erilaista. Joillakin se oli persoonatonta ja tapahtui ilman vuorovaikutusta. Hymyilevien hoitajien aikaan osastolla vallitsi iloinen ja välitön tunnelma, varsinkin silloin jos samaan työvuoroon sattui useampi tällainen hoitaja. Tunnelma välittyi hoidettaviin. Joillakin hoitajilla oli tapana ottaa potilas huomioon, niin että teki tämän kanssa jotain pieniä mukavia asioita. Erityisesti omahoitajat huolehtivat tällaisista asioista. Potilaat olivat myös tyytyväisiä, kun saivat osakseen huomiota.

Hoitotyön ammattilaiset pitävät hyviä vuorovaikutustaitoja tärkeänä työvälineenä ja ammattitaidon keskeisenä osa-alueena. Vuorovaikutustaitojen arvioiminen on kuitenkin hankalaa eikä siihen koulutuksessa tarjota välineitä. Potilaiden kokemuksen mukaan hoitajilla ei ole riittävästi aikaa kuunteluun ja asioihin paneutumiseen, eivätkä he kunnioita riittävästi potilaan yksilöllisyyttä. (Saarenheimo 2003, 128.) Elämäntarinan kertomisen aikana korostuu vuorovaikutuksen merkitys. Keskustelu toimii ikään kuin areenana, jolloin osallistujat voivat muotoilla tarinaa ja kertoa sitä. Kertoja voi elää omaa tarinaansa uudelleen. (Timonen 2009, 256.)

Hyvän hoidon kulmakiviä dementiaan sairastuneelle on sairauden selvittäminen, muiden sairauksien hyvä hoito sekä omaisten ja ammattilaisten hyvä yhteistyö. Dementiaa sairastavien hoitotyö on vaativaa ja haasteellista työtä. Kuka tahansa ei siihen työhön sovi. Hoitajalta vaaditaan tietotaitoa, perehtyneisyyttä dementiamailmaan sekä ihmi-

sen erityispiirteisiin. Häneltä vaaditaan soveltuvuutta työskennellä dementoituneiden parissa. (Dementiahoitoyhdistys 2010.)

Jokaisella dementoituneella on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen tottumuksensa ja elämäntavunsa. On tärkeää selvittää elämän tärkeät tapahtumat lapsuudesta ja nuoruudesta sekä työ- ja perhe-elämästä. Näin ihminen kohdataan yksilöllisesti ja ymmärretään hänen viestintäänsä. Viestintä saattaa tapahtua eletyn elämän kokemusten kautta, sillä itsensä ilmaiseminen sanallisesti saattaa olla joillekin sairastuneille mahdotonta. Kun hoitaja tuntee sairastuneen menneisyyttä ja elämää, hän ymmärtää lauseet ja niiden todellisen sisällön ja merkityksen. Hoidettavan levottomuus saattaa lieventyä kun hoitaja keskustelee eletystä elämästä, kokemuksista ja tapahtumista. Valokuvat ja tutut esineet voivat olla keskustelun apuna. Niistä välittyy hyvää oloa tuottavia mielikuvia. Nukkumaan menon rituaalit ovat hyvä esimerkki, kuinka edesautetaan rauhallista unta. Usein omainen on hoitanut dementoituvaa kotona usean vuoden ajan. Hänellä on runsaasti tietoa ja kokemusta. Omaiselta saadun tiedon turvin hoitaja voi käyttää hoidettavan kokemusmaailmaa apuna hoidossa. (Telaranta, 2001, 135 – 138.)

Jokaisella ikäluokalla on omat historialliset juurensa, tämän takia ikäluokat eroavat toisistaan arvoiltaan, ajatustottumuksiltaan sekä elämäntavoiltaan. Onnistuneen vanhustyön edellytyksenä on tunnistaa hoidettavan kulttuurihistoriallinen tausta sekä niiden huomioonottaminen vuorovaikutuksessa. Kun hoitaja tuntee historialliset tapahtumat ja niiden vaikutuksen hoidettavan ajatteluun ja toimintaan, hän pystyy tulkitsemaan, miten ihmiset kokevat maailmansa ja omat kokemuksensa. Jos hänellä on herkkyyttä tunnistaa nämä asiat ja tietoa historiallisesta taustasta, se helpottaa vuorovaikutusta. Vanhat ihmiset ovat eläneet tosiasiasa monia eri aikakausia ja niin mieltymykset voivat poiketa hyvinkin paljon siitä ajattelusta, jonka nuoremmat ovat luoneet. (Saarenheimo 2003, 121 – 122.)

Palomäen (2004) mukaan kerronnassa monet merkitykset muuttuvat ajassa niin, että vaikea muisto saa iäkkään kertojan mielessä järjestyksen ja rauhan. Kerrottu elämä rakentuu mielekkääksi. Näitä myönteisiä tulkintoja tulisi hyödyntää iäkkäiden ihmisten ryhmissä, piireissä ja kerhoissa. Elämäkerronnallisessa tavassa kerätä tietoa vanhuus ja vanheneminen saavat sellaisia yhteyksiä, joita muilla menetelmillä on vaikea tavoittaa. Elämäkerronnan luoma vanhuus saa myönteisen sävyn, siinä eletyn elämän

tapahtumat selittyvät tähän päivään ja saavat hyväksynnän. Aika ja elämäkokemukset tekevät reflektion mahdolliseksi. Kerronnan kautta on mahdollisuus koota elämää. Merkitykselliset asiat löytävät paikkansa ja elämä saa ilmeensä. (Palomäki 2004, 122 - 123.) Palomäen (2004, 19) tutkimuksessa tulee esille, että on olemassa erilaisia elämäntulkumuotoja ja, että eletty elämä heijastuu myös vanhuuteen.

2.5 Validaatio ja elämäntarina-ajattelu

Clevelandilainen sosiaaliterapeutti Naomi Feil kehitti vuosina 1963 – 80 validaatiomenetelmän erittäin iäkkäiden ja desorientoituneiden vanhusten hoidon tueksi. Menetelmä on tunnettu maailmanlaajuisesti. Sen avulla pyritään luomaan myötäelävä ja arvostava vuorovaikutussuhde vanhukseen. Sillä pyritään estämään dementian eteneminen sikiövaiheeseen. Hoidettavan tunteet ja tarpeet tulee hoitajalle kohdattaviksi sellaisenaan. Validaation avulla voidaan auttaa vanhusta käsittelemään vanhoja jopa traumaattisia asioita. Hän voi saavuttaa eheyden tunteen. Tekniikoina käytetään mm. myötäilyä, katsetta, ääntä ja kosketusta tuomaan turvallisuutta. Lisäksi hoitaja havainnoi mitä tarvetta vanhus ilmentää käyttäytymisellään. (Pohjavirta ym. 2005)

Validoivaa lähestymistapaa voidaan käyttää elämäntarina-ajattelun kanssa yhdessä. Se on täydentävä näkökulma. Tämän terapian perustana on Erik H. Erikssonin psykososiaalinen kehitysteoria. (Mäkisalo – Ropponen 2007.)

Erik H. Eriksson oli psykologi, terapeutti ja taiteilija. Hänen suurin elämäntyösä oli psykososiaalisen kriisiteorian luominen. Teoria kattaa ihmisen koko elämänkaaren, joka jaetaan kahdeksaan osaan. Ihminen kohtaa jokaisessa osassa kriisin, jonka selvittämien ja läpikäymien on välttämätöntä psyykkisen kehityksen kannalta. Kriisien selvittäminen auttaa uusien elämänvaiheiden tuomien kriisien kohtaamisessa. (Erikssonin teoria.)

Erik H Erikssonin kehitysteorian mukaan vanhuuden kehitystehtävänä on panna elämän palaset paikalleen eli elämäninventaarion tekeminen. Dementoitunut ihminen ei kuitenkaan pysty toteuttamaan tätä kehitystehtävää, vaan hän elää menneisyyden tapahtumia uudelleen mielikuviansa kautta. Hän palaa sellaisiin tunteisiin ja asioihin, joiden työstäminen on jäänyt kesken. Nämä saattavat nousta esille haasteellisena käyttäytymisenä. Mielikuvat eivät ole harhoja, vaan ne ovat hänen sisäistä todellisuuttaan.

Validoivassa lähestymistavassa tämä näkemys on luotettava ja pätevä eli validi. Validoivassa lähestymistavassa korostetaan sitä, että dementoituneen on saatava ilmaista tunteitaan ja käsitellä niitä. Hoitajien ja läheisten on hyväksyttävä se. Heidän on suositettava ottamaan ne vastaan eikä yritettävä esim. rauhoittamalla poistaa niitä. Lisäksi asiaa ei saa olla huomioimatta tai suuttua dementoituneelle asiasta. Elämäntarinatietojen keräämisen yksi tärkeä tiedonkeruumenetelmä on havainnointi. Sen avulla saadaan tietoa, mistä dementoitunut pitää, nauttii tai mistä ei pidä. Haaveilu ja unelmointi kuuluu tarinallisuuteen. Dementoituneen fantasiat voivat olla unelmia ja haaveita, eikä höpötystä. (Mäkisalo-Ropponen 2007.)

2.6 Muistelu hoitotyön keinona

Inhimillinen elämä perustuu kykyyn muistaa, samoin kulttuuri. Muisti on osa elämäämme. Välttämättä emme tiedosta muistin tärkeyttä ja mitä tehtäviä muistilla on tai miten se vaikuttaa elämäämme. Kun menetämme muistimme, olemme eksyksissä. Muistelemista on pidetty tärkeänä menneisyyden haltuun ottamisessa ja oman identiteetin lujittamisessa. Muistot ovat osa muistelijan yksityisyyttä ja muistojen totuuskin on hänen hallittavissaan. (Korkiakangas 2002, 173 - 176.) Muistelemisen ei ole pakoa menneisyyteen, vaan merkitystä luovaa ja parantavaa toimintaa. Muistelemisen avulla ihminen ylläpitää itsearvostustaan ja se luo jatkuvuutta. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 211.)

Heikkinen (2002, 228 - 230) ja Hakonen (2003, 131) toteavat, että muistelun avulla voidaan tukea vanhuksen elämänhallintaa ja identiteettiä. Muistelun avulla voidaan lähentää vanhusta ja henkilökuntaa. Näin henkilökunnalle annetaan uudenlaisia valmiuksia haastavan hoitotyön tekemiseen. Muistojen kirjaaminen paperille voi tuoda muistelijalle eheän kuvan elämästään ja minuudestaan. (Myllylä 2009, 55.)

2.7 Elämäntarinatietojen kerääminen hoitotyössä

Elämäntarinatietojen avulla pystytään ymmärtämään miksi ihminen käyttäytyy jossakin tilanteessa tietyllä tavalla. Kaikki liittyy kaikkeen ja käyttäytymisellä on jokin mieli. On monia selityksiä miksi ihminen käyttäytyy tietyllä tavalla. Jos ihmisellä on kipua tai hän kokee pelkoa, hän saattaa käyttäytyä aggressiivisesti. (Mäkisalo 2001, 35 – 37.) Elämänkaaritiedot perustuvat subjektiiviseen kokemukseen. Vaikeat asiat saat-

tavat jäädä kertomatta (abortit, avioton lapsi jne.). Armahtavana puolena ovat muistiaukot elämänkaareissa. Ihminen ei muista vaikeita asioita, nämä kuitenkin voivat tulla esille hoitotilanteessa. Elämänkaaritiedon hyödyntämiseen hoitotyössä kuuluu eettisyys sekä ihmisen kunnioittaminen. Lisäksi elämänkaaren tapahtumat tulee sijoittaa siihen yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jossa on eletty. Hoitajalle on tärkeää yleisen historian tuntemus. (Kartano 2010.)

Kun omainen on elämäntarinatietojen antajana, hänen on ensimmäisenä luotettava työntekijöihin. Kaikkia niitä asioita ei tarvitse kirjoittaa, vain ne jotka vaikuttavat hoitoon. Omainen on tärkeä yhteistyökumppani tietojen keräämisessä ja dementoituvan hoidossa. Heitä ei saa painostaa tietojen antoon, sillä perheissä voi olla asioita jotka halutaan salata. Kun omaiselle perustellaan elämäntarinatietojen merkitys, niin he ymmärtävät tämän yhteistyön merkityksen. Vaikka omainen on merkittävä henkilö potilaan kannalta, on hoitotyöntekijöiden muistettava myös heidän tukemisensa ja auttamisensa. (Mäkisalo 2001, 68.) Omais- ja läheissuhde syvenee keskustelujen ja keskinäisen luottamuksen varassa. Tämän prosessin myötä voidaan keskustella dementoituneen henkilökohtaisista ja hänen persoonaansa koskettavista asioista. Muistisairauden edetessä saattaa tulla vaihe, jolloin keskustelujen merkitys korostuu omaisen hoitamisenä ja tukemisenä. Omaisen suruprosessi saattaa ahdistaa myös työntekijää. Omaiset saavat myös vertaistukea dementiayksikön pienen yhteisön kautta. Omaiset voivat tuntea paikan kotinaan, jonne on helppo tulla. (Palomäki 2007.)

3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEITÄ

Voidaan ennustaa että hoitotyön painopistealueet tulevat korostumaan tulevina vuosina. Hoitotyön ydin, ammatillinen vuorovaikutus tulee vahvistumaan ja voimistumaan entistä enemmän tulevina vuosina. Ihmiset etsivät henkisiä ja hengellisiä arvoja ja eheyttä monien muutosten maailmassa. (Paukkala 2001, 11.)

Vaikeasti ja keskivaikeasti dementoituneita on suomessa noin 80 000. Vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan 128 000, ellei pystytä kehittämään ja käyttämään taudin estävää tai pysäyttävää hoitoa. (Dementiahoitoyhdistys 2010.)

Dementoiviin sairauksiin liittyy monia käyttäytymisen ja mielenterveyden oireita. On hyvä muistaa, että potilaalla saattaa olla muita sairauksia yhdessä dementian kanssa. Masennus voi puhjeta dementiaan sairastumisen alkuvaiheessa. Masennuksen ei kuitenkaan ole havaittu olevan yleisempää dementiaan sairastuneilla kuin terveillä ihmisillä. Psykoottiset oireet kuten aistiharhat, harhaluulot ja aistivääristymät ovat keskivaikean ja vaikean dementian oirekuvaan kuuluvia. Ne vaikuttavat potilaan elämäntilaa heikentävästi. (Viramo ym. 2006,217.) Tutkimusten mukaan jopa yli puolella dementoituneista esiintyy psykoottisia oireita jossakin vaiheessa sairautta. Henkilökunnalta vaaditaan runsaasti tilannekohtaista luovuutta sekä ongelmanratkaisukeinoja psykiatrisen tietämyksen lisäksi. (Saarenheimo 2003, 75 - 76.)

Lievästi dementoitunut voi elää samassa ajassa muiden kanssa. Hän voi unohtaa asioita mutta hänen kanssaan voi jatkaa keskustelua. Keskivaikeasti dementoitunut on ajoittain ajan tasalla ja silloin hänen kanssaan pystyy keskustelemaan. Kuitenkin hän elää lähes aina toisessa todellisuudessa. Hän on usein palannut lapsuuteen, nuoruuteen ja keski-ikänsä tarinassaan. Vaikeasti dementoitunut elää omassa maailmassaan.

Muistamattomuus aiheuttaa kaaosmaisen tunteen dementoituvan mielessä. Hoitotyöntekijä selkeyttää hänen kaaostaan. Hän pyrkii luomaan turvallisuuden- ja luottamuksen tunteen. (Mäkisalo 2001, 34 – 37; Mäkisalo- Ropponen 2007, 127.)

3.1 Dementoituneen haasteellinen käyttäytyminen

Häiritsevää tai haasteellista käyttäytymistä dementoituneella on fyysinen ja kielellinen aggressiivisuus, huutelu, levoton kuljeskelu, epäluuloisuus, tavaroiden kuljettelu ja kätkeminen, vaatteiden riisuminen, ulosteella sotkeminen, poikkeava seksuaalinen käyttäytyminen ja ravinnoksi sopimattomien asioiden syöminen. (Saarenheimo 2003, 77.) Liukkosen (1991, 77 - 78) väitöskirjassa todettiin, että potilaat näyttivät olevan touhukkaimmillaan päiväkahvin jälkeen iltapäivällä sekä myös iltaisin kulkeminen oli vilkkaimmillaan. Häiritsevään käyttäytymiseen kuului kiroilu, ulostamista epäasiallisiin paikkoihin, riitely, alasti kulkeminen sekä lyöminen. Tutkimuksessa havaittiin että riisuminen oli hoitotilanteissa ongelmallisempaa kuin pukeminen. Ruokailutilanteet saattoivat olla ajoittain levottomia, koska dementoituneet eivät malttaneet pysyä paikoillaan. Tutkija havainnoi, että kun ihmisiä oli liian paljon samassa paikassa, levottomuus tarttui muihin.

Dementoituvan ihmisen aggressiiviselle käyttäytymiselle on monia selityksiä. Aggressiivisuus ilmenee monilla eri tavoilla. Joku voi huutaa, räyhätä tai vaieta. Pelon kokemus tai kipu voi aiheuttaa aggressiivisuutta. Vähättelevät tai kärkevät äänensävyt voivat myös vaikuttaa. (Mäkisalo – Ropponen 2007, 129.) Aggressiivisuus on elämän pettymystä. Se ei ole vain negatiivinen asia, vaan voi olla tuhoavassa tai rakentavassa käytössä, jolloin se on käynnistävä voima. Se vie elämää eteenpäin ja ilmaisee että on elämisen ”ytyä” Jokainen purkaa aggressiota eri tavalla, työkäinen hyväksytyllä tavalla ja vanhus esim. hoitajaansa. On muistettava, että kun ihminen on vihainen, hän on elossa. (Kartano 2010.)

Kun potilas määritellään hankalaksi, sekavaksi tai aggressiiviseksi, on lähdetty liikkeelle oireista eikä potilaan tarpeista tai tunteista. Haasteellisen käyttäytymisen käsite onkin parempi kuvaamaan potilasta. Se kuvaa, että viestin ymmärtäminen on haaste hoitajalle. On tärkeää olla hienotunteinen ja kyvykäs eläytymään dementoituneen kokemusmaailmaan. Ymmärtämättömyys voi aiheuttaa haasteellista käyttäytymistä. (Mäkisalo – Ropponen 2007, 129.)

3.2 Dementoituneen käytösoireet

Dementoituneen käytösoireet ovat haitallisia psykologisia oireita. Juuri käytösoireet kuormittavat eniten omaisia ja hoitajia. Ne ovat myös usein tavallisin laitoshoitoon joutumisen syy. Käytösoireet voivat olla myös dementian ensimmäinen oire. (Vataja 2006.)

Kaikkia käytösoireita ei voida ehkäistä eikä hoitaa Niihin syynä ovat aivorakenteissa olevat vauriot. Joihinkin oireisiin voidaan puuttua helpottamalla olosuhteita. Samoin voidaan muuttaa hoitajan omaa käyttäytymistä. Joskus hoitoympäristön järjestäminen rauhallisemmaksi saattaa auttaa joskus jopa hoitopaikan vaihtaminen. Sopivalla lääkityksellä voidaan myös usein vähentää aggressiivisuutta. Käytösoireet ovat aivosairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia tunne-elämässä ja käyttäytymisessä. Oireina voi olla depressio, apatia, ahdistuneisuus, harhaluuloisuus, ärtyneisyys, harha-aistimukset, kuljeskelu, tavaroiden kätkeminen ja keräily, tarkoitukseton riisuminen ja pukeminen sekä itsensä vahingoittaminen. (Erkinjuntti ym. 2009, 207 – 214.)

3.3 Hoitaja muistisairaana hoitotyössä

”Dementoituneen hoitotyössä ei voi piiloutua työntekijän roolin taakse, vaan hoitotyöntekijän on kyettävä kohtaamaan toinen ihmisen ja hänen tarinansa aidosti omana itsenään omasta elämäntarinasta käsin”(Mäkisalo - Ropponen 2007, 139.) Lindqvistin (2002, 244 – 247) mukaan ”Ammatti-identiteetti rakentuu ammatillisen aseman, roolin, tietämyksen ja kokemuksen varaan. Niitä mikään muu ei voi niitä korvata.” Oma persoonallisuus vaikuttaa ammatilliseen käytäntöön. Persoonallisuuden osuus on merkittävä sellaisissa ammateissa jotka rakentuvat suoraan vuorovaikutukseen. Luovassa ammattikäytännössä ihminen ilmaisee monipuolisesti ja elävästi itseään sekä herättää luottamusta. Tämän takia oman persoonansa hoitaminen on osa hyvää ammattietiikkaa.

Kun hoitaja pystyy vastaamaan sanoistaan ja teoistaan, hän on käynyt läpi oman aikuistumisprosessinsa. Hän hallitsee tuolloin oman itsensä ulkoisen ja sisäisen todellisuuden. Hän pysyy kriisissä perustehtäväsuuntautuneena. Tällöin hän pystyy ymmärtämään ja auttamaan potilasta hänen sisäisistä fantasioistaan takaisin ulkoisten todellisuksien yhteyteen. Kun hoitaja on sallinut itselleen oman omaperäisyytensä, hän tunnistaa ja sallii myös muille sen. Hänelle muodostuu rohkeus olla oma itsensä hyvine ja huonoine puolineen. Hänellä on rohkeutta olla aito ihminen. Hänen ei tarvitse turvautua valeminään eikä olla jotain, mitä ei ole. (Kartano 2010.)

Hoitajat olivat sitä mieltä (Liukkonen 1991, 124 - 125), että dementiapotilaita hoitavan tulee olla rauhallinen, kärsivällinen ja hänellä täytyy olla optimistista otetta hoitamiseen. Henkilökohtaiset ominaisuudet korostuvat dementiapotilasta hoidettaessa. Ongelmia aiheuttaa hoitajien käyttämä valta dementiapotilaiden suhteen, joskus toimitaan vain hoitajan ehdoilla. Koska dementoitunut ei pysty puolustautumaan eikä voi valittaa hoidostaan, kohtelu voi olla epäystävällistä ja kovakouraista. Tietojen ja taitojen puute koettiin ongelmaksi dementoituneiden hoidossa, samoin luovuuden puute. Tällaisia olivat esimerkiksi tieto viriketoiminnasta, kommunikoinnista, levottomuudesta ja muistamattomuudesta. Esimerkiksi lasten palikkapelit ja sormivärit koettiin dementoituneen arvokkuutta loukkaavaksi

Liukkoson (1991, 140) tutkimuksessa tuli esille, että vanhustenhoidossa olevat hoitajat olivat epävarmoja ammatillisuudestaan. Vanhusten parissa työskentelyä ei arvostettu.

Riittävän itsenäinen työskentely puuttui sekä oltiin arkoja vastuunotossa. Siksi demen-tiapotilasta saatetaan hoitaa rutiinilla ilman että, pohditaan yksilöllisyyttä ja työn ke-hittämistä.

3.4 Hoito dementiayksikössä

Laitoshoidossa tulee kiinnittää huomiota henkilökunnan määrään ja ammattitaitoon, fyysiseen ympäristöön sekä turvallisuuteen. Silloin hoito on parhaimmillaan hyvää. Dementoituneen elämänlaadun osa-alueita ovat arvokkuus, yksityisyys, vuorovaiku-tusmahdollisuus, hoitoympäristö, riittävä palvelu ja henkilökunta, ystävyyssuhteet sekä jokin, joka muistuttaa aiemmasta elämästä. Hyvän hoidon yhtenä ulottuvuutena on, että paikka pysyisi samana elämän loppuun saakka. Siirtäminen yksiköstä aiheut-taa hämmennystä ja heikentää toimintakykyä. Dementoituneelle paikka on koti. (Juva ym. 2006, 532 – 547.)

Toiminnan tarkoituksena dementiayksikössä on se, että dementoituneet voivat kokea elämänsä laadukkaana. Dementoituneelle se merkitsee mahdollisuutta kokea turvalli-suutta ja onnistumisen tunteita. Lisäksi toiminnan tulee pohjautua henkilökunnan kor-kean tietotaidon ylläpitämiseen, sekä dementoituneen ymmärtämiseen. Dementoitu-neiden selviytymisen ja elämänlaadun kannalta hoitoympäristön ilmapiirillä on vaiku-tusta. (Dementiahoitoyhdistys, 2010.)

Vuorovaikutus vaatii kykyä tarttua hetkeen ja toimia luovasti, erityisesti käytösoireis-ten asukkaiden kanssa. (Muistiliitto, 19.) Dementoitunut vaistoa herkästi tunnetiloja ja sillä on vaikutusta käyttäytymiseen. Kun ilmapiiri on positiivinen, kannustava, ih-misen kapasiteettiin uskova ja positiivista palautetta antava, dementoitunut kokee tur-vallisuutta ja hän pitää paikkaa hyvänä paikkana elää elämäänsä. Henkiseen ilmapii-riin vaikuttavat että yhteisö on aikuisten ihmisten yhteisö. Hoito on tavoitteellista, hoitokäytännöt ja ratkaisut ovat joustavia. Dementoituneita, omaisia ja työntekijöitä arvostetaan koko yhteisössä. (Dementiahoitoyhdistys, 2010.)

Dementiayksikössä hyvän fyysisen ympäristön tunnusmerkit ovat, että yhteisten tilo-jen tulee olla kotoisat, tilavat ja moneen käyttöön soveltuvat. Valaistus tulee olla hyvä, kuitenkin on vältettävä häikäisyä. Värit tulee olla selkeitä ja hahmottamista tukevia. Melu ja äänten kaikuminen tulee minimoida. Kodikkaan tunnelman luominen on tär-

keää. Sitä voidaan luoda esimerkiksi väreillä ja musiikilla. Turvallinen pihamaa on myös tärkeä sekä muukin ympäristön tulee olla monipuolinen ja turvallinen. (Juva ym. 2006, 546.)

Henkilökunnalta vaaditaan luovuutta, rohkeutta, hyvää yhteistyökykyä sekä moniammatillisuutta. Jatkuva koulutus auttaa ymmärtämään dementoitunutta sekä se auttaa työssä jaksamisessa. Hoitotyössä hoitaja toimii dementoituneen asianajajana, kumppanina, läheisenä ihmisenä sekä kuntouttajana ja virikkeen antajana.

Henkilökunnan tulee olla sallivaa, sekavuuden sietokykyistä ja aitoa. Dementiatyössä hoitaja ei nojaudu valtarakenteisiin eikä rooleihin, vaan omat persoonalliset ominaisuudet ovat työkaluja. Henkilökunnan tulee olla iloista ja huumorintajuista. Se on erilaisuuden sietokykyistä ja kasvuhakuista. He eivät näe dementoituneita pysähtyneinä, vaan muuttuvina ja kehittyvinä ihmisinä. Ammatti-ihmisinä heidän tulee nähdä dementoituneessa erilaisia tasoja sekä tämän terveet ominaisuudet ja mahdollisuudet. (Dementiahoitoyhdistys, 2010.)

Noreksen (1993, 58) tutkimuksessa todettiin että, useimmat vanhuspotilaat kokivat, etteivät pystyneet kertomaan laitoksessa huoliaan kenellekään. Siellä ei koettu olevan riittävästi mahdollisuuksia keskustelemiseen ja puhumiseen. Jos ihminen ei voi puhumisen kautta tuoda esille tuntojaan ja itseään, hän ei voi olla oma itsensä. Laitoksessa olevista vanhuksista kolmasosa koki, ettei voi olla oma itsensä. Jotkut ilmaisivat, että olivat varovaisia hoitajien läsnä ollessa sekä osa pelkäsi hoitajia. Luottamuksen tarve ja arvostavan kommunikaation tarve oli tulosten mukaan vanhuksilla suuri. Lisäksi he tarvitsivat elämäntuntojen jakamista.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia elämäntarinatietojen keräämisestä ja niiden käytöstä muistisairaana hoitotyössä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada lisää tietoa siitä, kuinka elämäntarinatietoja kerätään ja kuinka niitä hyödynnetään hoitotyössä. Selvitän, mitä erilaisia elämäntarinatietojen keräämismahdollisuuksia hoitajat ovat käyttäneet. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää muistisairaiden hoitotyötä.

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimustyöni metodi on fenomenologinen. Fenomenologia sopii hyvin tutkimukseni luonteeseen, koska tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia. (Himanka 2009,16.) kirjoittaa kirjassaan näin: ”Fenomenologiassa tyydytään tarkastelemaan ilmenevää asettamatta sitä olevaksi, jolloin subjektiivinen näyttää oman olemuksensa. Olemus osoittautuukin siten joksikin aivan muuksi kuin objektiivian analyysin kohteeksi.” Fenomenologia perustuu fenomenologiseen filosofiaan. Siinä tavoitellaan kokemusten kuvausta. Fenomenologiassa subjektiiviset ja henkilökohtaiset aistimukset, kokemukset ja elämykset, sekä niiden pohtiminen on merkityksellistä. (Tieteen filosofiset suuntaukset- fenomenologia 2010.)

Fenomenologisen tutkimuksen historia voidaan johtaa Edmund Husserliin. Husserl pyrki fenomenologisella menetelmällä tarjoamaan välineen sen tutkimusalueen kuvaamiseen, johon kaikki objektiivisten tieteiden teoriat viime kädessä viittaavat, siis kokemukselliseen ulottuvuuteen. Fenomenologia tutkii elämismailmaa suhteessa tietoisuuteen tai toisin päin käännettynä, painottaen tietoisuutta suhteessa elämismailmaan. (Taipale 2010.)

Fenomenologisessa tutkimusstrategiassa voidaan painottua tarkastelemaan ihmisten kokemusta ja heidän ymmärryksensä muodostumista kokemusten kautta. Tutkimusstrategian lähtökohtana on tutkijan avoimuus. Strategian luonteeseen kuuluu myös pohdiskeleva ote. (Fenomenologinen tutkimus 2010.) Fenomenologista metodologiaa käyttävän tulee tiedostaa, että ihminen on vapaa antamaan asioille merkityksiä, tämä koskee myös tutkijaa. Hänen tulee lähestyä aineistoa ilman merkityksenantoa ohjaavaa ennakkokäsitystä. Tavoitteena on tavoittaa tutkittavan kokemus mahdollisimman aitona. Tutkija ei voi kuitenkaan laittaa syrjään kokemuksiaan ja tietojaan tutkittavasta ilmiöstä. Hänen on tehtävä itsereflektointia, jotta omat kokemukset eivät sekoitu tutkittavan kokemuksiin. (Åsted-Kurki & Nieminen 1998, 154 – 155.) Omassa tutkimuksessani olen huolehtinut siitä, että otin avoimesti vastaan hoitajien kokemukset, enkä verrannut niitä omiini.

Olen käyttänyt apuna ja esimerkkinä fenomenologisen menetelmän käyttöön Purolan (2002) väitöskirjaa, joka on fenomenologinen eli kokemuksia kuvaava. Olen seurannut

nut kuinka siinä fenomenologista menetelmää on sovellettu kokemuksen kuvaamiseen ja kuinka siinä teoria ja analyysi kulkevat. Tarkastelin väitöskirjaa, kuinka se on otsikoitu ja kuinka teoria ja sen otsikointi kulkee mukana analyysin teossa. Lisäksi huomioin kuinka teoriaosuudessa kirjoittaminen kulkee jouhevasti ja miten sen juoni rakentuu luettavaan muotoon.

4.2 Aineiston kerääminen

Tutkimusryhmäksi valitsin omasta työyhteisöstäni 10 lähi- tai perushoitajaa ja paikkakuntani toisesta työyhteisöstä 10 lähi- tai perushoitajaa. Tutkimusluvut (Liite 1, Liite 2) hain kummankin työyksikön johdolta. Luvat sain 19.4.2010.

Jaoin tutkittaville kirjeet joissa oli aiheet ja paperia esseen kirjoittamiseen. (Liite 3) Samassa kirjeessä oli myös vastauskuoret, joitten postimaksu oli maksettu. Lähetin kirjeet 22.4.2010 ja sain vastaukset 16.5.2010 mennessä.

Esseen kirjoittamiseen ohjaavat aiheet olivat:

1. Kuvaa millä tavalla keräät elämäntarinatietoja.
2. Kerro miten sinulle muodostuu asiakkaan elämäntarina.
3. Kuvaa miten käytät asiakkaan elämäntarinatietoja hoitosuhteessa.
4. Mitä hyviä asioita olet kohdannut elämäntarinatietojen käytössä?
5. Mitä eettisiä ongelmia olet kohdannut elämäntarinatietojen käytössä?

Esseet kirjoitettiin kolmelle A4-arkille. Aihe 1 ja 2 samalle arkille, aihe 3 yhdelle arkille ja 4 sekä 5 samalle arkille.

4.3 Aineiston analysointi

Fenomenologisen tutkimuksen aineiston analysoimiseksi on kehitetty erilaisia lähestymistapoja. Hoitotyössä on käytetty tavallisimmin Collaizzin, Gorgin ja van Kaamin menetelmiä. Nämä perustuvat Husserlin filosofiaan. Kaikkien niiden tuotos on kokemuksen merkityksen kuvaus. (Purola 2002.)

Valitsin analyysiksi Collaizzin (1978) analyysin, joka on seitsemänvaiheinen. Siinä perehdytään kuvauksiin, tärkeät ilmaisut erotetaan, esiin tulevat merkitykset muotoillaan, merkitykset kootaan ja järjestetään teema-alueiksi, alustavat tulokset yhdistetään ilmiötä kuvaaviksi kokonaisuuksiksi, kuvaukset muotoillaan tyhjentävästi sekä viimeisenä tulokset validoidaan palauttamalla ja peilaamalla alkuperäisdataan.

Fenomenologisessa analyysissä tulokset syntyvät tutkijan ajatustyön kautta. Hän järjestellee ja erittelee aineistoa sekä suhteuttaa sitä kokonaisuuksiin. Merkitykset paljastuvat kuvauksista tulkitsemalla, ne jäsennetään ja esitetään käsitteellisesti. Tulokset ilmaistaan kielellisenä tekstinä. Lopputuloksena on tutkijan tuottama jäsentynyt kuvaus, jolloin paljastuu ilmiöstä olennainen. (Åsted–Kurki & Nieminen 1998, 157.) Collaizzin (1978) analyysi sopii hyvin tutkimukseni analyysiksi, koska esseet luetaan useaan kertaan ja jäljelle jää olennainen tärkeä tulos.

Määräpäivään mennessä sain neljätoista vastauskirjettä. Aloitin analyysin lukemalla esseet useaan kertaan kesän aikana. Elokuussa aloitin varsinaisen analyysin kirjoittamisen.

Seuraavan taulukon (Taulukko 1) avulla kuvaan analyysin vaiheiden kulkua työssäni.

TAULUKKO 1. Collaizzin (1978) analyysin seitsemän vaihetta ja oman analyysini vaiheet

Collaizzin (1978) analyysin vaiheet	Oman analyysini vaiheet
vaihe 1 Tutkittavien kuvauksiin perehtyminen ja kokonaiskäsityksen muodostaminen aineistosta	vaihe 1 Luin tutkittavan aineiston, esseet, läpi useaan kertaan (14 kpl)
vaihe 2 Tutkittavaa aihetta kuvaavien tärkeiden ilmaisujen erottaminen	vaihe 2 Erotin jokaisesta esseestä kuvaavia sanoja tai sanapareja Liite 4
vaihe 3 Ilmaisuihin esiin tulevien merkitysten muotoileminen	vaihe 3 Kirjoitin jokaisesta esseestä kuvauksen Liite 5

<p>vaihe 4</p> <p>Muotoiltujen merkitysten kokoaminen ja järjestäminen teema-alueiksi</p>	<p>vaihe 4</p> <p>Teema-alueiden muodostaminen asiakokonaisuuksien mukaan Liite 6</p>
<p>vaihe 5</p> <p>Alustavien tuloksien yhdistäminen tutkittavaa ilmiötä kuvaaviksi kokonaisuuksiksi</p>	<p>vaihe 5</p> <p>Tiivistin kirjoitetut teema-alueet vastausten mukaan tutkijan kielelle</p>
<p>vaihe 6</p> <p>Ilmiön kuvauksen muotoileminen tyhjentyvästi</p>	<p>vaihe 6</p> <p>Tulosten kirjoittaminen</p>
<p>vaihe 7</p> <p>Tulosten validointi palauttamalla ja peilaamalla alkuperäisdataan</p>	<p>vaihe 7</p> <p>Lisäsin suoria lainauksia tulosten lomaan. Johtopäätöksissä vertasin tuloksia teorian tietoon</p>

Analyysin tekeminen oli haasteellinen tehtävä, siksi että siinä oli runsaasti ajatustyötä. Koin sen kuitenkin antoisana ja pääsin keskustelemaan aineiston kanssa hyvin. Jokaisen lukukerran jälkeen asioita nousi esille eri tavalla. Luettavia esseitä oli 14. Numeroin jokaisen esseen yhdestä neljääntoista. Tuloksissa suorien aineistolainauksien jälkeen merkitsin esseen numeron lainauksen jälkeen. Tämä luku kertoo itselleni, mistä esseestä on kysymys ja voin palata niihin tarvittaessa. Lukija ei voi palata alkuperäisiin aineistoihin, koska tutkittavien anonymiteetin kannalta se ei ole sallittua. Lisäksi hävitän aineistot tutkimuksen valmistuttua.

Toisessa vaiheessa keräsin kuvaavia sanoja tai sanapareja (Liite 4). Sen jälkeen kirjoitin esseistä kuvauksen. Kolmannessa vaiheessa kirjoitin jokaisesta esseestä kuvauksen (Liite 5). Neljännessä vaiheessa muodostin asiakokonaisuuksien mukaan teema-alueet (Liite 6). Teema-alueita muodostui viisi, jotka ovat elämäntarinatietojen kerääminen, elämäntarinan muodostaminen, elämäntarinatietojen käyttö hoitosuhteessa, hyviksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä sekä ongelmallisiksi koetut asiat elämänta-

rinatietojen käytössä. Viidennessä vaiheessa tiivistin kirjoitetut teema-alueet tutkijan kielelle. Analyysin kuudennessa vaiheessa esitän tämän työn tulokset. Seitsemännessä vaiheessa lisäsin suoria lainauksia tulosten lomaan, joiden loppuun merkitsin esseeseen numeron osoittamaan luotettavuutta. Näin on (Kankkunen ym. 2009, 160) kirjoittanut myös luotettavuuden varmistamisesta. Tämän opinnäytetyön johtopäätöksissä vertaan tuloksia teoriatietoon.

5 TULOKSET

5.1 Elämäntarinatietojen kerääminen

Hoitajat kirjoittivat keräävänsä elämäntarinatietoja kysymyslomakkeiden, haastattelujen sekä havainnoinnin avulla. Omaiset ovat tärkeä apu tietojen keräämisessä. Entisen elämänpiirin tunteminen on hyvänä pohjana yksilöllisen elämäntarinan muodostamiseen. Elämäntarinatiedot ovat luottamuksellisia ja vain hoitohenkilökunnan käytettävissä olevia.

Lähes jokainen hoitaja on käyttänyt **elämäntarinalomaketta** tietojen keräämiseen. Sen täyttää omainen tai hoitaja yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitajat kokivat, että kun omaisilla on mahdollisuus tutustua lomakkeeseen rauhassa, tieto on parempaa ja pikkutarkempaa.

”On varmasti eduksi jos omaiset tutustuisivat elämäntarinakaavakkeeseen huolellisesti ajan kanssa. Pikkutarkkaa tietoa asukkaan eletystä elämästä.” (3)

Jokainen hoitaja oli käyttänyt **haastattelua** elämäntarinatietojen keräämisessä. Jututtamalla asiakasta ja hänen omaisiaan hoitajat saavat tietoa hänen aiemmasta elämästään. Hoitotyötä tehdessä tieto asiakkaan aiemmasta elämästä kertyy keskustelun avulla. Asiakkaan fyysinen ja psyykinen tila vaikuttaa paljon siihen, miten hän kertoo aiemmasta elämästään.

”Tietoa kertyy keskusteluissa tavallaan itsestään ja osa voi jäädä dokumentoimatta.” (5)

Havainnoinnin avulla hoitajat keräävät tietoa hoitosuhteen jatkuessa. Valokuvien katselemisella hoitajat ovat myös voineet kartoittaa tietojaan asiakkaasta.

Elämäntarinatietoa karttuu myös **ystävien ja tuttavien kertomina**. Jos asiakas on hoitajalle entuudestaan tuttu, hänen elämäntarinansa on jo ehkä hoitajalle tuttu. Joskus lapset voivat olla samaa ikäluokkaa hoitajan kanssa. Kun joku hoitaja tuntee asiakkaan aiemmin, hän voi kertoa asioita toisille työtovereille. Kun asiakas tulee **toisesta hoitopaikasta**, joitakin tietoja esim. tavoista ja tottumuksista siirtyy sieltä.

”Alkuhaastattelussa ja hyvän hoidon suunnittelussa omaiset/läheiset ovat hyviä ja tärkeitä tietolähteitä ja yhteistyökumppaneita. Kootessa tietoja muistisairaana elämänhistoriasta sekä elintavoista ja tottumuksista omaisen/läheinen on merkittävä voimavara.” (10)

5.2 Elämäntarinan muodostaminen

Hoitajat kuvasivat, että elämäntarina muodostuu heille asiakkaan aiemmasta elämästä. Hänen työstään, perheestään, elämäntavoistaan, mieltymyksistään, uskontoon suhtautumisestaan yms. Elämäntarina muodostuu hoitajille vähitellen, kun he oppivat tuntemaan asiakkaan, hänen omaisensa ja tuttavansa. Elämäntarina muodostuu vuorovaikutustilanteissa. Hyvien taustatietojen perusteella hoitajat voivat muodostaa kuvan asiakkaasta.

Hoitajat kuvasivat, kuinka he voivat **muistelun avulla** koota asiakkaan elämäntarinaa. Hoitotilanteessa tai pienryhmissä he ovat voineet muistella kuvien, tuoksujen, musiikin, esineiden yms. avulla. Näin hoitaja oppii näkemään asiakkaassa uusia puolia, kun hän kertoo itse omaa elämäntarinaansa. Muistellessa löytyy myös asiakkaan voimavaroja. Hoitajat kertoivat huomanneensa kuinka muistelun avulla voidaan ehkäistä rauhoittavien lääkkeiden käyttöä.

”Muistelun avulla voidaan löytää asukkaan voimavaroja, samalla voidaan ehkäistä turhaa rauhoittavien lääkkeiden käyttöä.” (3)

Asiakkaan aiempi asuinpaikka ja asuinolosuhteet sisältävät asioita, jotka vaikuttavat hänen elämäntarinaansa. Esimerkiksi sota oli vaikuttanut fyysisesti ja psyykkisesti asiakkaan elämäntarinaa.

Kun asiakkailla ei ollut omaisia, jotka olisivat voineet kertoa aiemmasta elämästä, asiakas itse kertoo itsestään. **Hän kertoo asioita yleensä hoitotilanteissa**, kun oli välittömässä vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Asioita saattaa pulpahtella esiin ajan myötä. Valokuvat, huonekalut, tekstiilit ja koriste-esineet kertovat myös asiakkaasta.

Elämäntarina muodostuu asiakkaan kertomana, kun hän kertoi lapsuudestaan, nuoruudesta, aikuisiästään, vanhuudestaan, uskonnostaan, avioliitostaan, lapsistaan, ystävistään, lapsenlapsistaan, tottumuksistaan, tavoistaan sekä harrastuksistaan. Lisäksi miten hän on reagoinut sairauksiin sekä millaiset suhteet hänellä on perheeseensä. **Hoitajat miettivät myös yhdessä** asiakkaan elämäntarinaa saatujen tietojen perusteella.

”Elämäntarinatietojen pohjalta luon itelleni tarinan asiakkaasta ja muodostan näin itselleni asiakkaan elämäntarinan. Joskus jopa olen asettunut asiakkaan kuvaamaan tarinaan ja tavallaan ”elänyt” sen läpi. Näin olen päässyt lähemmäs asiakasta ja olen kokenut sen hyväksi.”
(11)

Hoitajien mielestä **elämäntarinalomake** on hyvä alku elämäntarinan muodostamiseen. Joskus kuitenkin asiakkailla ei ollut omaisia, jotka olisivat voineet sitä täyttää. Hoitaja täyttää sitä silloin asiakkaan kanssa hänen kertomuksensa perusteella.

Hoitajat kokivat **omaprofiilitaulun** seinällä kertovan myös asiakkaan elämäntarinaa. Se kootaan saatujen tietojen perusteella, kun siihen on saatu lupa asiakkaalta ja omaisilta. Siihen omahoitaja kerää tietoja lapsista, puolisoista sekä sisarusten nimet. Siihen voidaan laittaa avioliiton solmimisajankohta, lasten syntymäajat, asuinpaikat, työnte-ko, harrastukset sekä asiat joista piti tai ei pitänyt, mieliväri, mieliruoat sekä mieltymykset ja tottumukset.

5.3 Elämäntarinatietojen käyttö hoitosuhteessa

Hoitajien kokemusten mukaan elämäntarina toimii työvälineenä. Sen avulla asiakasta voidaan huomioida yksilönä. Hänen voimavaransa tulevat huomioiduiksi ja hän saa kokonaisvaltaista sekä kuntouttavaa hoitoa ja huolenpitoa. Tieto asiakkaan yksilöllisestä elämäntarinasta takaa laadukkaan hoidon.

”Kun perehdyn tarkasti muistisairaahan ihmisen elämäntarina, se toimii minulla hoitotyössä ns. työvälineenä. Emme voi antaa laadukasta hoitoa jos emme tunne muistisairaahan ihmisen yksilöllistä elämäntarinaa.” (10)

Elämäntarinatietojen merkitys koetaan tärkeäksi. Tiedot helpottavat hoitosuhteen luomista. Hoitajat kokevat, että he pystyvät hyödyntämään elämäntarinatietoja hoitotoimenpiteissä. Esimerkkeinä he kuvaavat uskonnollisuuteen suhtautumisen ja kosketelun kokemisen.

Vuorovaikutustilanteet ja hoitosuhteen luominen koetaan helpommaksi, kun elämäntarinatiedot ovat apuna. Hoitosuhteessa hoitajat miettivät menneen elämän tapahtumien vaikutusta nykyiseen elämään. Ihmissuhteet, menetykset ja menestykset vaikuttavat fyysiseen ja psyykkiseen tilaan.

Kun tietää asiakkaan suhteet omaisiin, hoitajan on helpompi ottaa heihin yhteyttä. Taitojen ylläpito on helpompaa, kun tietää mistä asiakas pitää, mitä tottumuksia ja tapoja hänellä on. Elämän kohokohdista keskustelu uudestaan ja uudestaan auttaa hoitosuhteessa

Hoitajat kuvasivat kuinka **luottamus** hoitosuhteessa lisääntyy, kun on aiheita joista keskustella. Myös asiakkaan identiteetti vahvistuu tutuista asioista keskustelun avulla. Hoitajat kokevat, että he oppivat lukemaan asiakasta hoitotilanteissa.

”Kuuntelen häntä jos hänellä on puhumisen tarve ja luon luottamuksellisen ilmapiirin.” (7)

Hoitajat kuvasivat kuinka **tapojen ja tottumusten** tietämisen perusteella on helpompi toimia hoitosuhteessa. Asiakkaan kanssa on helpompi keskustella. **Mieluisten asioi-**

den perusteella on helpompi järjestää mielekästä toimintaa. Mieleisillä asioilla voi piristää arjen harmautta. Tietojen avulla voidaan tukea aktiivista arkea, esimerkiksi ulkoilun avulla.

Ruokailutilanteissa huomioidaan asioita, joista asiakas pitää. Asiakkaiden tapoja ja tottumuksia ruokailun suhteen kunnioitetaan ja pyritään tukemaan. Asiakkaille annetaan mahdollisuus päättää itse asioistaan niin ruokailuissa kuin muissakin asioissa, esimerkiksi pukeutumisessa. Naiseutta tai miehisyttä kunnioitetaan. Hoitajat kuvasivat kuinka elämäntarinatietojen perusteella järjestetään mielimusiikkia sekä mieleistä lukemista tai luetaan sitä.

”Ylipäätään pyrin huomioimaan asiakkaan tapoja/tottumuksia niin paljon kuin mahdollista, annan asiakkaalle mahdollisuuden valita/päättää itse asioistaan jne.” (11)

Hoitajat kuvasivat, kuinka on helpompi **ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä**, kun tuntee hänen elämäntarinansa. He kokevat myös, että yksilöllisyys korostuu tietojen avulla, asiakas saa laadukasta hoitoa.

Ristiriitatilanteissa voi yrittää käyttää elämäntarinatietoja hyväksi. Sieltä saattaa löytyä syy käyttäytymiseen. Hoitajat kuvasivat, kuinka he esimerkiksi pesutilanteessa muistelevat tai laulavat mieleisiä lauluja. Nämä rauhoittavat asiakasta, jos hän kokee pesutilanteen vaikeaksi. Tietojen avulla voidaan välttää tilanteita, jotka aiheuttavat ahdistusta. Koti-ikävän tunnetta voidaan vähentää ja siirtää keskustelemalla vanhoista mieluisista asioista.

”Yritän ymmärtää miten asiakkaan elämän menneet tapahtumat vaikuttavat hänen nykyiseen tilanteeseensa. Yritän poimia menneestä voimavaroja asiakkaan jokapäiväiseen arkeen tarvittaessa.” (5)

Hoitajat kuvasivat kuinka hoitosuhteessa asiakkaille **tärkeitä asioita kunnioitetaan**. Epämiellyttäviä tilanteita vältetään, sekä tilanteita, jotka aiheuttavat ahdistusta tai pelkoa. Asiakasta kuunnellaan, kun hänellä oli tarve puhua ja yritetään järjestää luottamuksellinen ilmapiiri. Yksilöllisten erityisvaatimusten huomiointi onnistuu elämäntarinatietojen avulla. Niiden avulla voi sitoutua hyvän hoidon periaatteisiin sekä muisti-

sairaana ihmisten oikeuksien toteutumiseen. Asiakkaiden vakaumusta kunnioitetaan. Uskonnolliset asiat huomioidaan.

”Täytyy olla myös herkkyyttä ja kiinnostuneisuutta muistisairaana tarpeille ja toiveille. Meidän täytyy mahdollistaa muistisairaana elämäntarinan jatkuminen hänelle ominaisella tavalla. Jokaisen elämänarvoja, tapoja ja tottumuksia on kunnioitettava.” (10)

5.4 Hyväksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä

Hoitajat kokivat hyväksi sen, että asiakkaan asioita pystyy miettimään hänen omalta kannaltaan. Elämäntarinatietoja pystyy hyödyntämään hoitotyössä sekä asiakasta pystyy ymmärtämään paremmin. Elämäntarinatiedot koetaan hyväksi pohjaksi hoitosuhteelle. Niistä koetaan olevan apua arjen työhön.

Hoitajat kuvasivat, kuinka asiakkaan kanssa pystyy **keskustelemaan** helpommin, kun tietää hänen taustoistaan. Samoin he kuvaavat omaisten kanssa keskustelua sujuvammaksi. Yhteisiä keskustelunaiheita löytyy helpommin elämäntarinan avulla. Keskustelemalla hänen kanssaan tutuista asioista pystyy kohottamaan asiakkaan mielialaa. Sannattoman viestinnän ymmärtämisen ja hyödyksi käyttämisen hoitajat kuvasivat myös tärkeäksi.

Hoitajat kuvasivat asiakkaan **arvojen kunnioittamisen** olevan helpompaa elämäntarinan tuntemisen avulla. Ristiriitojen ja väärinymmärrysten välttäminen on helpompaa. Asiakkaan tarpeisiin pystytään vastaamaan helpommin, esim. uskonnollisuuteen.

Huumori koetaan hyväksi työvälineeksi vuorovaikutuksessa. Leikillisuus on myös selviytymiskeino. Huumorin käytössä on kuitenkin varottava loukkaamasta asiakasta.

Hoitajien mielestä asiakkaan **tapojen ja tottumusten tunteminen** auttaa hoitotyössä. Hoitajat kuvasivat, kuinka elämäntarinatietojen avulla oppii tietämään, mitkä asiat tuovat iloa ja hyvää oloa. Esimerkkeinä saunominen, leipominen, kävely jne. He kokivat hyväksi sen, että oppii tietämään mistä asiakas pitää ja mitkä asiat ovat hänelle tärkeitä, sekä sen, mistä ei pidä ja mitkä asiat tuottavat pahaa mieltä. Esimerkiksi, jos asiakas ei pidä hengellisyydestä, häntä ei viedä sellaisiin tilaisuuksiin. Totuttujen tapo-

jen noudattamisen koetaan lisäävän turvallisuuden tunnetta. Toiminta hoitosuhteessa on hienotunteisempaa ja rauhallisempaa.

”Niitten pohjalta on helpompi ymmärtää vanhusta ja vastata paremmin hänen tarpeisiinsa.” (12)

Elämäntarinatietojen avulla hoitajat kokivat tutustuvansa myös asiakkaan **omaisiin**, sekä muihin tärkeisiin ihmisiin.

Hoitajat kokivat, että he oppivat paremmin **ymmärtämään** asiakkaan käyttäytymistä ja reagointia elämäntarinatietojen avulla. Myös asiakkaan hengellisyyttä ja esimerkiksi kuolemaan suhtautumista tarinat auttavat.

Hoitajien kokemusten mukaan suhtautuminen asiakkaaseen paranee ja **tyytyväisyys** lisääntyy elämäntarinatietojen tuntemisella. Elämäntarinatiedoilla koetaan olevan suurta merkitystä varsinkin sairauden edetessä.

”Itse koin valtavaa iloa, kun onnistuin saamaan vaikeaa, etenevää muistisairautta sairastavaan rouvaan kontaktin laulamalla hänelle ”Mun kanteleeni kauniimmin taivaassa kerran soi”- laulua ja tämän rouvan silmät loistivat hänen laulaessa hitaasti ja rauhallisesti laulun minun kanssani, oikeilla sanoilla. Se oli päivän paras hetki.” (10)

Hoitajat kokivat elämäntarinatiedoista olevan apua **muistelussa**. Omaprofiilitauleseinällä auttaa uusia työntekijöitä ja opiskelijoita hoitotyössä ja muistelussa. Sen avulla löytyy yhteinen sävel hoitotyöhön esimerkiksi tapojen ja tottumusten avulla.

”Se lähentää asukkaan ja hoitajan välistä yhteistyötä, löytyy ns. ”yhteinen sävel. Puheenaiheita, mukavia yhteisiä juttutuokioita, muistelu sukulaisista, marjaretkiä ym.” (13)

5.5 Ongelmallisiksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä

Kun **omainen on elämäntarinatietojen antajana**, hoitajat miettivät, että ovatko tiedot todella oikeita. Kun asiakas ei enää itse muista tai pysty kertomaan tarinaansa, kertooko omainen asiat juuri niin kuin ne ovat olleet. Omaisten välisten ristiriitojen heijastuminen näkyy myös hoitajien mielestä elämäntarinassa, kun omainen oli kertojana.

”Kun tiedot antaa omainen ja muistihäiriöinen asukas ei enää pysty tietoja antamaan tai tarkentamaan, voi jotkut asiat olla todellisuudessa toisin. Ja sairauden myötä voi jotkut asiat, kuten mieltymykset muuttua.”

(4)

Hoitajat kokivat **omaprofiilitaulut** ongelmallisiksi, koska niitä voi lukea kuka tahansa, myös vierailijat, jotka eivät ehkä ole olleet kovin läheisiä. Hoitajien mielestä niihin ei tulisi kirjoittaa kaikkia asioita, henkilökohtaisia tai intiimejä asioita. Kirjoitusmuotoon pitää heidän mielestään kiinnittää huomiota.

Uskonnolliset asiat koettiin hoitajien mielestä ongelmallisina. Asiakkaan vakaumuksen kunnioittaminen ja salliminen koetaan tärkeäksi, olipa hän minkä uskontokunnan jäsen tahansa tai ateisti.

”Ehkä kokisin uskon asioitten olevan ongelmallisin. Tavallaan pitäisi kaikkia kunnioittaa ja pitääkin.” (12)

Hoitajat kokivat ongelmallisiksi sen, että **tavat muuttuivat** tai **niitä muutetaan** hoitopaikassa. Niitä ei kunnioiteta tai pystyttyä noudattamaan. Hoitaja ei enää ehkä muista mitä asiakas haluaa ja tekee toisella tavalla. Ongelmallisena hoitajat kokevat myös sen määrittelyn, että haluaako asiakas aina tehdä sitä mihin hänet ohjataan. Tavat saattava muuttua sairauden aikana.

Tuttua asiakasta hoitaessaan hoitaja saattaa tietää asiakkaasta asioita, joita omaiset eivät halua julkisuuteen. Hoitaja joutuvat miettimään omaa etiikkaansa. **Salaisuuksia** pitää hoitajien mielestä kunnioittaa, vaikka he kokevatkin elämäntarinatietojen olevan aitoa välittämistä.

”Usein omaiset/läheiset eivät halua paljastaa/halua kertoa ikävistä tapahtumista muistisairaana elämässä. Niistä vaietaan. Kuitenkin meille hoitotyössä oleville tieto olisi tärkeää, jotta ymmärtäisimme esim. käytösoireista muistisairasta.” (10)

Joskus elämäntarinatiedot ovat arkaluonteisia ja asiakas ei halua niitä muistella tai ei halua niitä muitten tietoon. Nämä tiedot saattavat kuitenkin olla hyvinkin tärkeitä tilan tai käyttäytymisen ymmärtämisessä. Hoitajien kokemusten mukaan vaitiolovelvollisuus on ongelmallinen. Hoitajien täytyisi muistaa, ettei puhuisi toisten asiakkaiden asioista muiden asiakkaiden kuullen.

Elämän varrella asiakkaalla on saattanut olla **traumoja**, kuten raskaita menetyksiä, sairauksia sekä hylätyksi tulemista. Nämä vaikuttavat hoitajien mielestä hoitotyöhön. Avioerot koetaan ongelmallisiksi, erityisesti silloin kun asiakas ei eroa muista, vaan hän muistaa vain avioliiton.

Jos asiakas on yrittänyt itsemurhaa, se saattaa tuoda kipeitä keskustelunaiheita. Hoitajan tehtävänä on hoitajien mielestä kuuntelijan rooli. Usein asiat ovat kuitenkin niin kipeitä, että niistä ei haluttu puhua.

Alkoholin tai päihteiden käyttäjien hoidossa hoitajat olivat kokeneet ongelmallisia asioita. Hoitajat ovat kokeneet, että päihteiden väärinkäyttäjää saatetaan syyllistää. Joskus ollaan sitä mieltä, että hän on itse aiheuttanut sairautensa. Hän saattaa saada osakseen arvostelua ja huonompaa kohtelua. Hoitajien kokemusten mukaan heidän hoidossaan hoitajien tulee olla ammatillisia. Asiakasta ei tulisi tuomita ja lisäksi hänelle voisi antaa alkoholia valvotusti.

”Jos asiakkaalla ennen hoitolaitokseen/palvelukeskukseen tuloa ollut esim. alkoholiongelma, niin hoitajana on velvollisuus suhtautua ammatillisesti eikä ”tuomita” asiakasta tyyliin ”miksi olet tehnyt näin” ...” (4)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustyöni tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia elämäntarinatietojen käytöstä muistisairaana hoitotyössä. Tuloksia ei voi yleistää, koska tutkimusjoukko on pieni. Kuitenkin se antaa kuvan elämäntarinatietojen käyttöä kahdessa työyhteisössä.

6.1 Elämäntarinatietojen kerääminen

Elämäntarinatietoja kerätään elämäntarinalomakkeiden, haastattelun ja keskustelun avulla sekä havainnoimalla. Naomi Feilin validaatioteorian mukaan havainnointi on myös yksi tärkeä tiedonkeruumenetelmä. (Mäkisalo-Ropponen 2007). Omaisten, tuttavien ja ystävien kanssa keskustelemalla hoitajat saavat myös arvokasta tietoa asiakkaan aiemmasta elämästä. Joskus asiakas on myös entuudestaan tuttu hoitajan kanssa, ja hoitaja tuntee jo jonkin verran hänen elämäntarinaansa. Hoitajat keskustelevat myös keskenään asiakkaiden elämäntarinoista.

6.2 Elämäntarinan muodostuminen

Elämäntarina muodostuu hoitajille asiakkaan aiempaan elämään tutustumalla. Asiakkaan työstä, perheestä, elämäntavoista ym. Elämäntarina muodostuu vähitellen. Palomäen (2007, 122 – 123) mukaan elämänkerrallisessa tavassa kerätää tietoa, vanhuus ja vanheneminen saavat sellaisia yhteyksiä, mitä on joillakin muilla menetelmillä on vaikea tavoittaa.

Muistelu koettiin hyväksi tavaksi elämäntarinan muodostumisessa. Sen avulla löytyy myös asiakkaan uusia voimavaroja. Hoitajat kokivat vieläkin sodan vaikutuksen asiakkaiden elämäntarinoissa. Saarenheimo (2003, 121 – 122) on myös sitä mieltä, että kun hoitaja tuntee historialliset tapahtumat ja niiden vaikutuksen hoidettavan ajatteluun ja toimintaan, hän pystyy tulkitsemaan miten kokee maailmansa ja omat kokemuksensa. Korkiakankaan (2002, 173 – 176) mielestä muistelemine on tärkeää menneisyyden haltuun ottamisessa ja oman identiteetin lujittamisessa.

Hoitotilanteissa asiakas kertoo yleensä asioistaan kun hän on välittömässä vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Vuorovaikutuksessa tuotetut kertomukset ovat osa tarinaa.

Ihminen voi säädellä kertomuksen avulla kuvaa, jonka antaa kuulijalleen. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 44 - 46.)

Hoitajat kertoivat, että valokuvat, huonekalut ja koriste-esineet kertovat asiakkaasta. Myös Telarannan (2001, 135 -138) mukaan valokuvat ja tutut esineet voivat olla keskustelun apuna. Niistä välittyy hyvää oloa tuottavia mielikuvia.

Elämäntarinalomake koetaan hyväksi aluksi tarinan muodostumisessa. Omaprofiilitaulu koetaan myös hyväksi asiakkaan elämäntarinan muodostamisessa.

6.3 Elämäntarinatietojen käyttö hoitotyössä

Hoitajien kokemusten mukaan elämäntarina toimii työvälineenä hoitotyössä. Asiakkaan huomiointi yksilönä on helpompaa, kun tietää tavat ja tottumukset. Telarannan (2001, 135 – 138) mukaan jokaisella dementoituneella on oikeus olla sellaisten ihmisten kanssa, jotka tuntevat hänen tottumuksensa ja elämänkulkunsa.

Elämäntarinan tuntemisella asiakkaan voimavarat tulevat myös paremmin huomioituiksi. Hoitajat kokivat hankalien hoitotilanteiden helpottuvan esimerkiksi laulun tai mieleisten asioiden muisteleminen.

Elämäntarinatiedot helpottavat hoitosuhteen luomista. Myös luottamuksen hoitosuhteessa koettiin lisääntyvän, kun oli aiheita joista voi keskustella. Elämäntarinatietojen avulla koettiin voitavan lisätä asiakkaiden aktiivista arkea. Hoitajien kokemusten mukaan on helpompi ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä. Hoitajat kuvasivat, kuinka epämiellyttäviä tilanteita voidaan välttää kun kunnioitetaan asiakkaalle tärkeitä asioita. Asiakkaiden vakaumusten kunnioittaminen koetaan tärkeäksi.

6.4 Hyviksi koetut asiat elämäntarinoiden käytössä

Hyviksi asioiksi elämäntarinatietojen käytössä koetaan se, että niistä oli apua arjen työhön. Kommunikointi helpottuu, arvojen kunnioittaminen on helpompaa sekä ristiriitoja voi välttää kun tuntee asiakkaan elämäntarinan.

Tapojen ja tottumusten tuntemisen avulla voidaan lisätä turvallisuuden tunnetta. Huumori koetaan hyväksi työvälineeksi hoitotyössä. Elämäntarinatietojen avulla hoitajat kokevat tutustuvansa myös omaisiin.

Käyttäytymisen ymmärtämisen hoitajat kokevat myös hyväksi elämäntarinatietojen avulla. Mäkisalo (2001, 35 – 37) on kirjoittanut myös kuinka elämäntarinatietojen avulla pystytään ymmärtämään ihmisen käyttäytymistä. Elämäntarinatiedoilla koetaan olevan merkitystä myös sairauden edetessä. Kartano (2010) on sitä mieltä että jokainen purkaa aggressiotaan eri tavalla. Se ei välttämättä tarvitse olla negatiivinen asia. Sitä voidaan käyttää tuhoavassa tai rakentavassa käytössä. Ihmisellä on tuolloin elämän ytyä.

Muistelussa hoitajat kokevat voivansa käyttää elämäntarinatietoja. Heikkinen (2002) ja Hakonen (2003) ovat kirjoittaneet, että muistelun avulla voidaan tukea vanhuksen elämänhallintaa ja identiteettiä.

6.5 Ongelmallisiksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä

Ongelmallisiksi asioiksi elämäntarinatietojen käytössä koetaan esimerkiksi omaisten antamat elämäntarinatiedot. Kun omainen on elämäntarinatietojen antaja, ovatko tiedot todella oikeita ja kertooko omainen tiedot oikein.

Hoitajat kokevat omaprofiilitaulu ongelmalliseksi, koska kuka tahansa voi lukea sen seinältä. Hoitajien mielestä kirjoitusmuotoon ja asioiden luonteeseen pitää kiinnittää huomiota. Asiakkaiden uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen koetaan tärkeäksi. Joskus siinä oli ongelmatilanteita. Tapojen ja tottumusten tuntemisen muistaminen hoitajien toimesta koettiin ongelmalliseksi.

Salaisuuksien kunnioittaminen koetaan ongelmalliseksi. Siinä hoitajien etiikka on miettimisen kohteena. Kartano (2010) kertoi että elämänkaaritiedot perustuva subjektiiviseen kokemukseen. Vaikeat asiat saattavat jäädä kertomatta. Vaikeat asiat saattavat tulla kuitenkin esille hoitotilanteessa. Eettisyys ja ihmisen kunnioittaminen elämänkaaritietojen hyödyntämisessä kuuluu hoitotyöhön. Vaitiolovelvollisuus koetaan myös ongelmalliseksi, koska pitää muistaa, ettei puhu asiakkaiden asioista toisten kuullen.

Asiakkaan elämän aikana tapahtuneet traumat ja menetykset koetaan joskus ongelmallisiksi. Asiakas ei välttämättä halua niitä muistella tai ei muista. Traumaattisten ja ahdistavien tapahtumien kokemukset eivät muutu, mutta ihminen voi käsitellä niitä tunnesisältöjä myöhemmin. (Reinikainen 2009, 17 – 19).

Päihteiden väärinkäyttäjänä ollutta asiakasta ei hoitajien kokemusten mukaan saa syyllistää. Hoitajien mielestä heihin täytyy suhtautua ammatillisesti.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusjoukko oli pieni, niin ollen tuloksia ei voi yleistää. Tutkimus on siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusjoukkoon, koska tutkimusjoukko on kuvattu, sekä aineiston keruu ja analyysi on kerrottu. Olen käyttänyt tuloksissa suoria lainauksia, joilla voin osoittaa luotettavuutta. Numeroinnin perusteella pystyin näkemään mistä esseestä on kysymys. Numero kertoo itselleni sen ja voin palata kirjoitukseen myöhemmin. Kukaan muu ei kuitenkaan voi lukea alkuperäisiä tekstejä. Tutkimusmetodina fenomenologinen menetelmä oli sopiva, koska siinä pyritään kokemuksen kuvaukseen. Se sopi tutkittavaan aiheeseen. Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen (2009, 151 – 166) on kirjoittanut kirjassaan luotettavuuden arvioinnista samoin.

Aikaa esseiden kirjoittamiseen oli kolme viikkoa ja mielestäni se oli sopiva aika. Jouduin tekemään itsereflektointia tutkimuksen aikana, koska aihe on itselleni tuttu työni kautta. Pystyin kuitenkin lukemaan vastaukset niin, että tavoitin ilmiön niin kuin ne tutkittaville ilmeni. En antanut omien ajatusteni johdattaa kirjoittamista, vaan kirjoitin ne tutkittavien näkökulmasta.

Hain luvat kahdesta työyksiköstä tutkimuksen tekemiseen. Tutkimusjoukko ja paikkakuntakin oli pieni. Lähetin esseiden kirjoittamisen aiheet kahdellekymmenelle ja sain vastauksia neljätoista. Kun sain ne postin välityksellä, en voinut tietää mistä työyksiköstä ne tulivat. En myöskään käsialan perusteella osannut päätellä kenen vastaukset olivat. Lisäksi vastaaminen oli vapaaehtoista ja ilmeisesti mielenkiintoista. Jotkut tut-

kittavat kertoivatkin minulle, kuinka olivat joutuneet miettimään aiheita syvällisesti. Omassa työyhteisössäni kohdistin kysymykset niille hoitajille, jotka työssään erityisesti kohtasivat dementoituneita. Toisessa työyhteisössä heidän esimiehensä valitsi vastaajat. Hävitän esseet tutkimuksen valmistuttua polttamalla. Saaduilla tuloksilla voidaan miettiä elämäntarinatietojen hyötyä ja käyttöä käytännön työssä

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimus on ajankohtaan sopiva. Suomessa puhutaan paljon vanhusten hoidon laadusta ja laadukkaasta elämästä. Dementoituneet eivät voi juurikaan pitää puoliaan yhteiskunnan rattaissa. Me voimme hoitajina vaikuttaa heidän elämäänsä ja sen arvokkuuteen. Kun voimme osoittaa, että elämäntarinatietojen käyttö vaikuttaa hoitoon, on se mielestäni yksi osoitus siitä, että hyvän hoidon eteen on tehty taustatyötä. Tämän tutkimuksen yksi tarkoitus on mielestäni se, että voimme osoittaa pyrkivämme tuomaan dementoituneille iloa ja ymmärrystä heidän hoitoonsa elämäntarinatietojen käytön avulla.

Esille nousi mielenkiintoisia asioita. Ei kuitenkaan mitään mullistavia uusia asioita. Oli hyvä huomata, kuinka suureen osaan hoitotyössä elämäntarinatiedot vaikuttivat. Niiden käyttö koettiin poikkeuksetta tärkeäksi.

Elämäntarinoiden tiedonkeruumenetelmät olivat samansuuntaisia kaikilla hoitajilla. Ne koettiin hoitajien mielestä poikkeuksetta tärkeiksi. Tiedonkeruumenetelminä olivat elämäntarinalomakkeet, haastattelut ja havainnoinnit. Jokainen hoitaja käytti niitä omalla persoonallisella tavallaan. Jokainen koki myös elämäntarinatiedot tärkeiksi hoitotyössä. Omaisilta saatu tieto koettiin tärkeäksi mutta hoitajat miettivä, olivatko tiedot aina oikeita. Tunteeko omainen läheisensä niin hyvin, että pystyy puhumaan hänen puolestaan? Samoin on ystäviltä ja tuttavilta saadun tiedon kanssa.

Asiakkaan elämäntarina muodostui hoitajalle vähitellen hoitosuhteen jatkuessa. Muistelu koettiin tärkeäksi niillä asiakkailta, jotka siihen vielä pystyivät. Sodan vaikutus näkyi vieläkin asiakkaiden elämäntarinassa. Hoitotilanteet koettiin oivallisiksi elämäntarinan muodostamisessa. Niissä asiakkaat voivat puhua kasvotusten vain yhden ihmisen kanssa. Elämäntarinalomaketta pidettiin hyvänä alkuna tarinan muodostamiseen. Omaprofiilitaulu koettiin hyväksi, tosin oli toisensuuntaisiakin ajatuksia siitä. Myö-

hemmin palaan tähän asiaan. Hoitajat löysivät puheenaiheita taulusta asiakkaan kanssa.

Elämäntarina toimii työvälineenä hoitotyössä. Yksilöllisyys ja voimavarat tulevat huomioituiksi. Tämä tuo laadukkuutta hoitoon. Myös vuorovaikutustilanteet koetaan helpommiksi elämäntarinatietojen avulla. Luottamuksellisuus hoitosuhteessa on myös lisääntynyt elämäntarinatietojen käytön avulla. Hoitajat kuvasivat, kuinka he ymmärtävät paremmin asiakkaan käyttäytymistä kun tietävät hänen aiemmista vaiheistaan. Elämäntarinatiedoista nousi esimerkiksi ahdistusta aiheuttavia asioita. Uskonnollisuuteen ja vakaumukseen liittyvien asioiden tietäminen auttaa hoitajia huomioimaan asiakkaita yksilöllisesti. Mielestäni onkin tärkeää tietää, että jos ihminen on ateisti, niin hänelle ei tuputeta uskontoa.

Elämäntarinatiedoista koettiin olevan apua arjen työhön. Kommunikointi ja keskustelu sujuu paremmin kun tietää asiakkaasta asioita. Myös omaisiin voi tutustua paremmin, kun tietää taustoista. Mielialan kohottaminen koetaan tärkeäksi kun on mieleisiä asioita, joita voi nostaa keskusteluissa esille. Asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen on helpompaa kun tietää mieltymykset, tottumukset ja tavat. Huumorin käyttö koetaan hyväksi. Sen käytössä on kuitenkin oltava varovainen, ettei loukkaisi asiakasta. Asiakkaiden tyytyväisyyden lisääntyminen koetaan paranevan elämäntarinatietojen avulla.

Ainoa ongelmallinen asia, josta ilmeni eriäviä mielipiteitä on omaprofiilitaulu. Sen käyttöä sekä puolustetaan että epäillään. Kirjoitusasuun ja siinä ilmeneviin asioihin kannattaa kiinnittää huomiota, koska se on kaikkien luettavissa. Asiakkaan salaisuuksien kunnioittaminen on tärkeää. Jos hän ei halua niistä kertoa, annetaan asian olla, samoin on elämän aikana tapahtuneiden traumojen esille nostamisen kanssa. Alkoholin väärinkäyttäjää pitää hoitajien mielestä myös kohdella ammatillisesti, ei syyllistävästi.

Kaikki edellä mainitut asiat vaikuttavat hoitotyön. Kun ihminen saa arvostavaa ja kunnioittavaa hoitoa, hän voi paremmin. Dementoitunut ihminen voi unohtaa puhutun asian muutaman minuutin jälkeen. Hänelle jää kuitenkin tunnetila aiemmin koetusta, mikä mielestäni vaikuttaa häneen. Dementoituneet tunteet säilyvät, vaikka muisti vähenisikin. Olen tullut tutkimukseni kautta vakuuttuneeksi siitä, että kun panostaa de-

mentoituneiden hoitoon, hoitohenkilökuntakin saa itselleen paljon onnistumisen kokemuksia ja työtyytyväisyyttä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla samanlaisen tutkimuksen tekeminen eri puolille Suomea dementiayksiköihin. Näin voisi saada tietoa miten elämäntarinoiden käyttö poikkeaa eri alueilla. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla kysely sairauden alkuvaiheessa oleville dementoituneille. Siitä, miten he toivoisivat elämäntarinatietoja käytettävän hoidossaan.

LÄHTEET

Antikainen, Ari 2008. Narratiivisesta lähestymistavasta. Yo- symposium, Ylioppilaiden symposium – Poikkitieteellinen foorumi.

<http://foorumi.blogit.fi/2008/11/24/narratiivisesta-tutkimuksesta-prof-ari-antikainen/>

Kirjoitettu 24.11.2008. Luettu 7.11.2010

Dunderfelt, Tony. Elämäkaaripsykologia. 1997. Porvoo: WSOY- Kirjapainoyksikkö.

Dementoituneen hoito dementiayksikössä.

http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=32. Ei päivitystietoja. Luettu 5.1.2010.

Erikssonin teoria. Ihmisen psykoanalyttiset vaiheet

<http://www.edu.lahti.fi/~kmakinen/Erikssonin%20teoria.htm>. Muokattu 17.12.2003.

Luettu 13.11.2010

Erkinjuntti, Timo, Heimonen, Sirkka-Liisa, Huovinen, Maarit 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Juva: WSOY

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha, Huovinen Maarit 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. WS Bookwell Oy.

Fenomenologinen tutkimus 2010.

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/fenomenologinen-tutkimus> Ei päivitystietoja. Luettu 27.2.2010

Flyckt, Kirsi, Puusaari, Monica. Ihminen dementian takana- Elämäntarinan tuntemisen ja muistelun merkitys osana dementoituvan vanhuksen kuntouttavaa työtettä. Opin- näytetyö, 2000. Diakonia - ammattikorkeakoulu. Koulutusohjelmaa ei ilmennyt. Järvenpään yksikkö.

Gothi, Raili, Sainio, Eila 2008. Elämäntarinatyöskentely – Matka kohti eheytymistä. Teoksessa Nylund, Arja (toim.) Monikulttuurista hyvinvointia vanhustyössä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 69. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160416.pdf>. Luettu 9.4.2010

Hakonen, Sinikka, 2003. Muistelutyö. Teoksessa Marin Marjatta, Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. PS- kustannus. 130 - 137.

Himanka, Juha 2009. Esipuhe. Teoksessa Husserl Edmund. Fenomenologian idea. Helsinki: Oy Nord Print Ab. 9 – 23.

Heikkinen, L, T 2002. Elämää kansioissa. Portfolio narratiivisena identiteettinä opettajan koulutuksessa. Teoksessa Heikkinen, Syrjälä (toim.) Minussa elää monta tarinaa. Kirjoituksia opettajuudesta. Helsinki: Kansanvalistusseura. 116 – 125.

Heikkinen, Riitta-Liisa, 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa Heikkinen, Eino, Marin, Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 207 – 231.

Hyry, Katja 1995. http://www.elore.fi/arkisto/1_95/hyr.195.html. Muokattu 27.3.2009. Luettu 13.11.2010.

Hänninen, Valkonen 1998. Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa Hänninen, Valkonen (toim.) Kunnan tarinoita. Tutkimuksia 59/58. Helsinki: Yliopistopaino.

Juva, Kati, Valvanne, Jouni, Voutilainen, Päivi, Huusko, Tiina 2006. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha, Soininen, Hilikka. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto. 535 – 548.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen – Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kartano, Maj-Lis 2010. Elämänkaarikertomukset hoitotyön apuvälineinä. Sairaanhoidajaliiton koulutus 5.2.2010 Hotelli Pasilassa.

Korkiakangas, Pirjo 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Muisti, muistelu, ikääntyminen. Teoksessa Heikkinen Eino, Marin Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi 173-180.

Lalaagheghe, Maryam, Mielonen, Anna. Narratiivinen lähestymistapa. Psykiatriisiin hoitokokouksiin. Opinnäytetyö 9.12.2008. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1635/Narratii.pdf?sequence=1>

Luettu 7.11.2010.

Leppänen Iris, Rämö Heidi, Ylitalo Pirjo. Kokemuksia muistivirkistystoiminnasta muistiasiakkaan arjen tukemisessa. Opinnäytetyö. Maaliskuu 2009. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma.

Lindqvist, Martti 2002. Vanheneminen, etiikka ja elämän arvot. Ammattietiikka ja moralismi. Teoksessa Heikkinen Eino, Marin Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 233 – 261.

Liukkonen, Arja 1991. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa toim.81.

Muistiliitto 2009. Hyvän hoidon kriteeristö - työkirja dementiayksikön hoitoyön itsearviointiin ja kehittämiseen.

Mäkisalo, Merja 2001. ”ME OLLAAN SANKAREITA ELÄMÄN...”elämäntarina-ajattelu vanhustyössä. Pohjois- Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Selosteita ja opetusmateriaalia, 7. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Joensuu.

Mäkisalo – Ropponen, Merja 2007. Tarinat työn tukena. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkisalo – Ropponen, Merja 2007. Dementoituneen ihmisen kohtaamisen ja auttamisen perusteita, osa II, Dementiauutiset 3 / 2007.

http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=15&action=articleDetails&article_id=200&did=16. Luettu 28.2.2010

Myllylä, Risto 2009. Muistiin kirjoitettu. Elämäkerrallisen muistelumenetelmän kehittäminen. Ohjaustoiminnan koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK:n opinnäytetyöjulkaisuja 5/2009

Nores, Tuula 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Väitöskirja

Palomäki, Sirkka-Liisa 2004. Suhde vanhenemiseen. Iäkkäät naiset elämänsä kertojina ja rakentajina. Jyväskylän Yliopisto. Studies in sport physical education and health 94. Väitöskirja.

Palomäki, Sirkka-Liisa 2007. Tarinoitunut etiikka – keskustelut dementiayksiköissä. Dementia uutiset 3.

http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=15&action=articleDetails&id=216&did=17. Luettu 21.2.2010.

Paukkala, Maija 2001. Hoitotyön peruspilarit. Teoksessa Iivanainen, Ansa, Jauhainen, Mari, Pikkarainen, Pirjo. Hoitamisen taito. Keruu: Otavan kirjapaino. 11 – 80.

Purola, Helena 2002. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 577. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede.

<http://herkules oulu.fi/isbn9514255550/>. Luettu 15.4.2010

Pohjavirta, Hillervo, Sipola, Satu. Kohti arvostavaa vuorovaikutussuhdetta. Kokemuksia validaatiomenetelmästä.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_ urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/1_2005/muut_artikkelit/kohti_arvostavaa_vuorovaikutussu/

Reinikainen Pepi 2009. Elämänkaarikirjoitus ja ihmisen vuodenaajat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ropo, Eero 2008. Narratiiviset menetelmät opettajuuden tutkimuksessa.

http://www.amkope.fi/sivut/Linkitetty%20matsku/teema3_tampere/Narratiivinentyopa_ja.pdf Luotu 13.5.2008. Luettu 7.11.2010.

Saarenheimo, Marja 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.

Suomen kielen perussanakirja 1990. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Taipale, Joonas 2010. Hussler Edmund. Artikkelit. Julkaistu 26.1.2010.
<http://filosofia.fi/node/4936>

Telaranta, Pirkko 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Tieteen filosofiset suuntaukset – fenomenologia 2010. Jyväskylän yliopisto.
<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteen-filosofiset-suuntaukset/fenomenologia>. Ei päivitystietoja. Luettu 27.2.2010

Timonen, Helena 2009. Omin sanoin. Elämän ja muutoksen tarinat vankilasta vapautteen. Joensuun yliopiston kasvatustieteen julkaisuja N:o 133. Väitöskirja.

Vataja, Risto 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha, Soininen, Hilikka. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto. 99 – 107.

Vilen, Marika, Leppämäki, Päivi, Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WS Bookwell Oy.

Viramo, Petteri, Strandberg, Timo 2006. Dementiapotilaan yleishoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha, Soininen, Hilikka. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy. 515 – 521.

Åsted – Kurki, Päivi, Nieminen, Heli 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskäsitteet hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, Marita, Vehviläinen – Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 152 -163.

PYYNTÖ
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: **JUVAN VANHAITUKI RY. KUHARANNAN PALVELUKESKUS,
TOIMINNANJOHTAJA TIINA KURU**

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyössäni tutkin miten elämäntarinatietoja kerätään ja käytetään sekä miten ne näkyvät muistisairaiden hoidossa. Tavoitteenani on kuvailla hoitajien ajatuksia, asenteita, kehittämisajatuksia sekä hoitotyön käytänteitä elämäntarinatietojen käytössä. Lisäksi haluan kehittyä tutkijana.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Tiedonantajina on 10 lähi- tai perushoitajaa teiltä ja 10 lähi- tai perushoitaja Juvan kunnan hoivaosastolta. Valintakriteereinä on se, että he ovat työskennelleet muistisairaiden parissa.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Opinnäytetyöni on fenomenologinen, laadullinen tutkimus, jossa pyrin kuvailemaan hoitajien kokemuksia sekä heidän ajatuksiaan elämäntarinoiden käytöstä. Kerään aineiston esseiden avulla lähi- ja perushoitajilta.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Lähetän kirjeet huhtikuussa ja vastauksia odotan 23.5.2010 mennessä. Esseiden kirjoittamiseen on aikaa kolme viikkoa.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Marraskuu 2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	---- päivänä ----- kuuta 200 ----- opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Leila Pihlaja, yhteystieto: Leila.pihlaja@mamk.fi Leena Kokkonen, yhteystieto: Leena.kokkonen@mamk.fi
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi: Kirsi Ruotsalainen puh: 050-5536711	
Osoite: Savonlinnatie 809, 51900 Juva	
Nimi _____ puh. _____	
Osoite _____	

Anomus käsitelty 19 4 20010



lupa myönnetty



lupa eväyty, peruste: _____

Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

PYYNTÖ
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi


Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: **JUVAN KUNTA, HOIVAPALVELUJEN ESIMIES,
SATU LAINE**

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyössäni tutkin miten elämäntarinatietoja kerätään ja käytetään sekä miten ne näkyvät muistisairaiden hoidossa. Tavoitteenani on kuvailla hoitajien elämäntarinatietoihin liittyviä kokemuksia muistisairaiden hoitotyössä. Lisäksi haluan kehittyä tutkijana.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Kohderyhmänä 10 lähi- tai perushoitajaa teiltä, sekä 10 lähi- tai perushoitajaa Kuharannan palvelukeskuksesta. Valintakriteereinä on se, että he ovat työskennelleet muistisairaiden parissa.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Opinnäytetyöni on fenomenologinen, laadullinen tutkimus, jossa pyrin kuvailemaan hoitajien kokemuksia sekä heidän ajatuksiaan elämäntarinoiden käytöstä. Kerään aineiston esseiden avulla lähi- ja perushoitajilta.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Lähetän kirjeet huhtikuussa ja vastauksia odotan 23.5.2010 mennessä. Esseiden kirjoittamiseen on aikaa kolme viikkoa.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Marraskuu 2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	---- päivänä ----- kuuta 200 ----- opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Leila Pihlaja, yhteystieto: Leila.pihlaja@mamk.fi Leena Kokkonen, yhteystieto: Leena.kokkonen@mamk.fi
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi: Kirsi Ruotsalainen puh: 050-5536711	
Osoite: Savonlinnatie 809, 51900 Juva	
Nimi _____ puh. _____	
Osoite _____	

Anomus käsitelty 19 4 2010

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____

Allekirjoitus



Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

Juvalla 22.4.2010

Hei, hyvä hoitotyön ammattilainen !

Olen Kirsi Ruotsalainen ja työskentelen Kuharannan palvelukeskuksessa dementiayksikössä sairaanhoitajana sekä tiimin vetäjänä. Täydennän sairaanhoitajaopintojani Mikkelin ammattikorkeakoulussa ammattikorkeakoulututkinnolla.

Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on: Elämäntarinat muistisairaana hoitotyössä.

Pyydän sinua kirjoittamaan kolmesivuisen esseen elämäntarinatietojen käytöstä muistisairaana hoitotyössä.

Nimenne eivät tule julkisuuteen missään vaiheessa. Minäkään en niitä tiedä. Säilytän esseet kotonani lukollisessa kaapissa ja hävitän ne polttamalla heti sen jälkeen kun olen analysoinut vastauksenne. Vain ohjaajani katsovat kirjoituksia, siten he voivat ohjata työtäni. Työni on valmis syksyllä 2010. Toimitan sen yksikköönne työn valmistuttua.

Esseen kirjoittamiseen ohjaavat aiheet ovat:

1. Kuvaa millä tavalla keräät elämäntarinatietoja.
2. Kerro miten sinulle muodostuu asiakkaan elämäntarina.
3. Kuvaa miten käytät asiakkaan elämäntarinatietoja hoitosuhteessa.
4. Mitä hyviä asioita olet kohdannut elämäntarinatietojen käytössä?
5. Mitä eettisiä ongelmia olet kohdannut elämäntarinatietojen käytössä?

Esseet kirjoitetaan kolmelle A4-arkille. Aihe 1 ja 2 samalle arkille, aihe 3 yhdelle arkille sekä aiheet 4 ja 5 samalle arkille. Rajaan niille oman kirjoituslaatikon jonka sisälle kirjoitus olisi mahdutettava. Tarvittaessa voi käyttää kääntöpuolta.

Palauta kirjoituksesi ohessa olevassa kirjekuoressa 16.5.2010 mennessä. Postimaksu on maksettu puolestasi.

Kiitos vaivannäöstäsi ja hyvää jatkoa työurallesi.

Ystävällisin terveisin

Kirsi Ruotsalainen

Aihetta kuvaavat tärkeät ilmaisu:

Tällä tavoin kävi läpi kaikki kirjoitukset ja keräsin niistä tärkeitä ilmaisuja.

Essee N:o 1

- Elämänkaarilomakkeen täyttö
- Juttelu
- Tuttujen antamat tiedot
- Hoitosuhteen luominen
- Tavat
- Mieltymykset
- Suhteet perheeseen
- Uskonnollisuus
- Ymmärtäminen
- Kommunikointi
- Mielialan kohotus
- Muutosten aiheuttamat vaikeudet
-

Essee N:o 2

- Elämäntarinalomake
- Keskustelu
- Välit lapsiin
- Luottamus
- Identiteetti
- Arvot
- Ristiriidat

Ilmaisuista esiin tulevien merkitysten muotoileminen

Tällä tavoin kävin läpi kaikki kirjoitetut esseet ja muotoilin merkityksiä. Sivuja tuli 11.

Essee N:o 1

Elämäntarinatietojen kerätään omaisilta, jotka täyttävät kysymyslomakkeen yhdessä asiakkaan kanssa.

Asiakasta ja omaisia jututetaan ja näin saadaan tietoa asiakkaan aiemmasta elämästä, esimerkiksi hänen mieltymyksistään.

Jos asiakas on hoitajalle entuudestaan tuttu, hänen elämäntarinansa on hoitajalle jo tuttu.

Hoitajalle elämäntarina muodostuu asiakkaan aiemmasta elämästä, hänen työstään, perheestään, elämäntavoistaan, mieltymyksistään, uskontoon suhtautumisesta, sekä mitä tärkeitä asioita hänelle on tapahtunut elämänsä aikana. Nämä asiat vaikuttavat paljon hoitosuhteen luomisessa.

Elämäntarinatietojen merkitys hoitosuhteessa koetaan tärkeäksi. Tiedot helpottavat hoitosuhteen luomista, kun tietää hänen tavoistaan, mieltymyksistään sekä perheestään.

Hoitaja osaa hyödyntää näitä tietoja hoitotoimenpiteissä. Esimerkiksi nukkumaan laittaessaan hän osaa lausua mielirukouksen. Hän osaa tarjota mieliruokia. Lisäksi hän tietää pitääkö asiakas kosketelusta vai ei. Kuinka asiakas suhtautuu uskonnollisuuteen, pitääkö hartaushetkistä. Suhteet omaisiin ovat myös tärkeässä asemassa. Voiko hoitaja olla heihin yhteydessä ja miten.

Hyvinä asioina elämäntarinatietojen käytössä on se että hoitaja pystyy miettimään asioita asiakkaan kannalta. Niitä pystyy hyödyntämään hoitotyössä sekä pystyy ehkä paremmin ymmärtämään asiakasta. Hoitaja tietää mieliruoat, tavat yms.

Omaisten kanssa pystyy kommunikoimaan helpommin, kun tietää asiakkaan taustoista. Keskustelemalla tutuista ja asiakkaalle tärkeistä asioista pystyy kohottamaan hänen mielialaansa.

Tapojen muutokset voivat tuoda ongelmia hoidossa. Kun niitä ei pysty noudattamaan tai hoitaja ei niitä huomioi.

Tuttua asiakasta hoidettaessa saattaa olla asioita joita hoitaja tietää, mutta omaiset eivät haluaisi että ne tulevat tietoon. Tämä koetaan ongelmallisena hoitotyössä.

Essee N:o 2

Elämäntarinatietoja kerätään haastattelemalla asiakasta sekä omaisia, elämäntarinalomakkeen avulla sekä hoitotyötä tehdessä, erilaisissa tilanteissa.

Aina samalla paikkakunnalla asuneena pitkään hoitotyötä tehneellä on paljon tuttuja, jotka tulevat hoitoon. Monen asiakkaan lapset ovat samaa ikäluokkaa ja tuttuja.

Yksilöllisen elämäntarinan muodostaminen on helpompaa, kun pohjana on entinen elämänpiiri.

Elämäntarina muodostuu pikkuhiljaa kun asiakkaan ja omaiset oppii tuntemaan. Jos asiakkaalla on läheiset suhteet ja avoimet välit perheeseen, ne auttavat elämäntarinan muodostamisessa.

Muistisairaana asiakkaan hoitotyössä luottamus ja yhteenkuuluvuus lisääntyvät, kun on aiheita joista keskustella.

Kun tiedot ovat luotettavia, on helpompi toimia hoitotyössä. Hoitaja tietää tavat ja tottumukset.

Asiakkaan identiteettiä voi vahvistaa keskustelemalla tutuista ja mieleisistä asioista.

Asiakkaan arvojen kunnioittaminen on helpompaa, kun tuntee elämäntarinan. Hänen elämänlaatunsa paranee. Hoitaja pystyy välttämään ristiriitoja ja väärinymmärrysten välttäminen on helpompaa.

Asiakkaan elämä ei aina ole ollut helppoa. Elämän varrella on voinut olla raskaita menetyksiä, sairauksia sekä hylätyksi tulemista. Avioerot ovat aiheuttaneet ongelmia. Asiakas itse ei sitä saata muistaa, hän muistaa vain avioliiton. Tällaiset asiat tuovat ongelmia hoitotyöhön.

Muotoiltujen merkitysten kokoaminen ja järjestäminen teema-alueiksi

Teema-alueita muodostui 5. Ne muodostuivat kirjoitusten mukaan. Lisäksi käytin niissä hyväksi kysymyksiä jotka tein tutkittaville. Ne soveltuivat hyvin teemoihin.

Teema-alueiksi muodostui:

- Elämäntarinatietojen kerääminen
- Elämäntarinan muodostaminen
- Elämäntarinatietojen käyttö hoitosuhteessa
- Hyviksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä
- Ongelmallisiksi koetut asiat elämäntarinatietojen käytössä