

Katja Sariola

**Kokemuksia TTAP-menetelmän käytöstä dementoituneen  
hoitotyössä.**

Opinnäytetyö

Kevät 2010

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Vanhustyön koulutusohjelma

Geronomi



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö  
Koulutusohjelma: vanhustyön koulutusohjelma  
Suuntautumisvaihtoehto: Geronomi

Tekijä: Katja Sariola

Työn nimi: Kokemuksia TTAP-menetelmän käytöstä dementoituneen hoitotyössä

Ohjaaja: Aila Vallejo-Medina, Sirkka-Liisa Palomäki

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 56

Liitteiden lukumäärä: 3

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä havaintoja TTAP-menetelmän käytöstä dementoituneiden hoitotyössä. TTAP-menetelmä on eri taiteen ja toiminnan keinoja hyödyntävä ohjaukokonaisuus. Vaikka menetelmässä toimitaan ryhmässä, on se silti hyvin yksilökeskeinen. Menetelmässä valitaan yksi yhteinen teema, joka suuntaa toimintaa.

Yhteistyökumppanina tutkimuksessa toimi Jyväskylän Mathilda koti, joka on 17-paikkainen dementia koti. Mathilda kodin hoitajat osallistuvat pidettyihin ryhmiin, sekä niissä avustaan, että toimintaa tarkkaillen. Ryhmien jälkeen pidetyssä tapaamisessa hoitajien havainnot koottiin yhteen ja nauhoitettiin myöhempää analysointia varten.

Tutkimus oli toiminnallinen tutkimus. Havainnoinnin apuna käytettiin havainnointipäiväkirjaa, valokuvausta, sekä nauhuria. Hoitajat tarkkailivat pidettyjä ryhmiä havainnointimuistilistan kanssa, johon oli koottu tutkimuksen kannalta oleellisia seikkoja, joihin heidän toivottiin ryhmän aikana kiinnittävän huomiota. Havainnointimuistilista toimi myös aineiston purkamisen apuvälineenä.

Mathilda kodissa pidettiin yhteensä neljä ryhmää. Ryhmien teemaksi oli valittu kevyt. Tätä teemaa käsiteltiin musiikin, leipomisen, maalaamisen, tanssin, sekä kollaasin avulla. Saadun kokemusten perusteella TTAP- menetelmä toimi monella positiivisella tavalla dementoituneiden hoitotyössä. TTAP- menetelmä voi olla apuna dementoituneen käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Lisäksi se korostaa samankaltaisuutta, eletystä elämästä löytyviä taitoja, sekä kaikkien aistien huomioon ottamista.

Avainsanat: TTAP-menetelmä, dementia, viriketoiminta, aistit

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

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

Author/s: Katja Sariola

Title of thesis: Experiences of the TTAP-method in elderly care

Supervisor(s): Aila Vallejo-Medina and Sirkka-Liisa Palomäki

Year: 2010

Number of pages: 56

Number of appendices: 3

---

The goal of this research was to collect experiences from using the TTAP-method with people with dementia. The TTAP-method connects different arts and activities. In this method we are working in groups, but it is very individual. In this case we chose the spring as a theme for the activities.

The target place was Mathilda koti in Jyväskylä, which is a residential home for 17 persons with dementia. The nurses at Mathilda koti took part in this research by helping me and observing the activities. After the groups meeting we collected their observations which were analysed later.

The research was a functional research. I used observation diary, photographing and recording in this research. The nurses observed the group activities with observation diary. The observations were also an important part of the work.

There were four groups in Mathilda koti. The spring theme was handled with music, baking, painting and dancing. I also asked them what spring means to them (as a mind-map). The TTAP-method is a good working method with persons with dementia. It can also prevent challenging behaviour. It also accentuates similarity, skills that come from earlier life and using all skills.

Keywords: TTAP method, dementia, creativ activities, senses

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	7
2 MUISTIHÄIRIÖT.....	9
2.1 Alzheimerin tauti.....	10
2.2 Vaskulaarinen dementia.....	11
2.3 Lewyn kappale-dementia.....	11
2.4 Frontotemporaaliset degeneraatiot eli otsalohko dementia.....	12
3 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT.....	13
3.1 Masennus.....	14
3.2 Apatia.....	15
3.3 Levottomuus ja ahdistuneisuus.....	15
3.4 Psykoottiset oireet.....	16
3.5 Persoonallisuuden muutokset.....	16
3.6 Unihäiriöt.....	17
3.7 Seksuaalisen käytöksen muutokset.....	17
3.8 Sundowning.....	18
3.9 Vaeltelu.....	18
4 VUOROVAIKUTUS DEMENTOITUNEEN KANSSA.....	20
4.1 Sanallinen viestintä.....	20
4.2 Sanaton viestintä.....	21
5 TOIMINNALLISET RYHMÄT.....	24
5.1 Kuntouttava viriketoiminta.....	25
5.2 Kuvataiteet ja musiikki.....	27

6 THERAPEUTIC THEMATIC ARTS PROGRAMMING.....	31
6.1 Yksilöiden ajatukset ja ideat paperille. ....	32
6.2 Ideoista musiikkielämykseen.....	32
6.3 Musiikin mielikuvat kuvaksi. ....	33
6.4 Kuvasta veistokseksi.....	34
6.5 Veistoksesta liikkeeksi. ....	34
6.5 Liikkeestä sanoiksi. ....	35
6.6 Sanoista ajatuksia herättäväksi ruuaksi. ....	35
6.7 Ajatuksia yhteiseksi tapahtumaksi.....	36
6.8 Tapahtumasta valokuviksi.....	36
7 DEMENTOITUNEIDEN RYHMÄNOHJAAMINEN.....	37
8 TUTKIMUSMENETELMÄ .....	39
9 MATHILDAKODIN ESITTELY .....	41
10 TTAP MENETELMÄN TOTEUTTAMINEN MATHILDA KODISSA	43
10.1 Yksilöiden ajatukset ja ideat paperille .....	44
10.2 Ideoista musiikkielämykseen, musiikin mielikuvat kuvaksi.....	45
10.3 Sanoista ajatuksia herättäväksi ruuaksi .....	46
10.4 Veistoksesta liikkeeksi .....	47
11 OPPIMISKOKEMUKSET JA KEHITTÄMIS AJATUKSET	
MENETELMÄN KÄYTÖSTÄ .....	49
11.1 Hoitajien kokemukset.....	49
11.2 Omat oppimiskokemukset.....	51
12 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	54
13 POHDINTA.....	55
LÄHTEET .....	56

## LIITTEET

LIITE 1: Sopimus opinnäytetyöstä

LIITE 2: Kuvia ryhmistä

LIITE 3: Havaintomuistilista

## 1 JOHDANTO

Dementoituneelle vanhukselle viriketoiminnalla on suuri merkitys. Tutkimukseni tarkoituksena oli kerätä kokemuksia TTAP-menetelmän käytöstä dementoituneen hoitotyössä. Työni toteutan pitämällä neljä erilaista virikeryhmää, joissa olen soveltanut Linda Levine Madorin (2007) yhdeksän portaista menetelmää. Ryhmien pitämisen jälkeen keskustelin hoitajien kanssa heidän havainnoistaan ja kokemuksestaan. Näiden tulosten ja omien kokemusteni perusteella tein johtopäätökset.

Haluan opinnäytetyössäni korostaa jäljellä olevien kykyjen merkitystä ja tuoda esille ihmisen kaikkien aistien tärkeyden. Vaikka dementoituneen vanhuksen kyky sanalliseen kommunikointiin olisikin heikentynyt, voi hänen kanssaan viestiä ja saada hänelle aistielämyksiä monilla muilla tavoilla.

Työssäni haluan myös tuoda esille dementoituneen vanhuksen kyvyn toteuttaa itseään. Ihmisen elämä ei mielestäni voi olla täyttä mikäli hän saa tyydytettyä vain fysiologiset tarpeensa. Maslow`n tarvehierarkian korkein tarve on itsensä toteuttamisen tarve, eikä tämä tarve häviä myöskään dementoituneen ihmisen elämästä. Kuntouttavasta ja tavoitteellisesta viriketoiminnasta tulisi saada osa jokaisen hoitoyksikön arkipäivää siinä missä ruokailut ja saunotukset. Jos viriketoiminnalle on raivattu päiväohjelmassa selvästi oma tilansa, se tulee todennäköisemmin myös tehdyksi. Seuraamalla dementoituneen vanhuksen käyttäytymistä, toimintaa ja tuotoksia toiminnallisissa ryhmissä, on mahdollista saada paljon arvokasta tietoa esimerkiksi dementian etenemisestä, mielialasta tai kivuista.

Perinteisen sanomalehden lukemisen rinnalle voidaan kehittää joukko muita, eri aistikanavien kautta välittyviä toimintoja. Materiaalien hankkiminen ei aina tarvitse

olla kallista tai aikaa vievää. Paljon materiaalia ryhmiin löytyy varmasti jokaisen hoitoyksikön kaapeista tai vanhuksen omista tavaroista.

Dementoiviin sairauksiin liittyy erilaisia käytöshäiriöitä. Näiden häiriöiden ehkäisemisessä viriketoiminnalla on oma roolinsa. Mahdollistamalla monipuolisen, kaikkiin aistikanaviin perustuvan viriketoiminnan vanhukselle, voidaan samalla helpottaa hänen ahdistustaan ja kaaoksen tunnettaan.



## 2 MUISTIHÄIRIÖT

Väestön ikääntyessä dementoivien sairauksien määrä kasvaa. Arvioidaan, että vuonna 2030 Suomessa on 128 000 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavaa henkilöä. Tavallisimpia dementoivia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale dementia ja frontotemporaaaliset degenaraatiot, eli otsalohko dementiat. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne, Huovinen toim. 2006, 23.)

Keskeisimpänä oireena dementiaoireyhtymässä on toimintakyvyn heikkeneminen eli laaja-alaiset tiedonkäsittelyn ongelmat. Muistamisen vaikeus on yksi kognitiivisen heikkenemisen merkki. Sairauksien aiheuttajia voivat olla muun muassa degeneratiiviset aivosairaudet, aivoverenkierron häiriöt, aivovammat, likvorikierron häiriöt, aivokasvaimet, keskushermostotulehdukset, aineenvaihduntahäiriöt, puutostilat, sekä lääkkeet ja myrkyt. (Vallejo- Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö, Kivelä. 2005, 275.)

Yli 65- vuotiaista yli kolmasosa kärsii muistipulmista. Kuudesosalla samaan ikäryhmään kuuluvista on muistiseulontatutkimusten mukaan merkittäviä muistamisen ongelmia. Kahdestoistaosalla heistä on dementia. Korkea ikä lisää dementian riskiä, samoin naissukupuoli. Muistivaikeudet eivät yksin riitä diagnoosin tekemiseen, vaan muistivaikeuksien lisäksi henkilöllä tulee olla useampien älyn osa-alueisen heikkenemistä ja ongelmia ainakin yhdellä seuraavista alueista: kielellinen kyvykkyys, liikesarjojen suorittaminen, tunnistaminen ja nähdyn merkityksen ymmärtäminen, toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus, sekä kokonaisuuden jäsentäminen. (Vallejo- Medina ym. 2005, 275.)

Seuraavista dementialajeista kerron seuraavassa tarkemmin siksi, että ne ovat kaikista yleisimpiä ja niitä esiintyy monella yhteistyökumppanini Mathilda kodin asukkaalla. Suurimmalla osalla heistä on Alzheimerin tauti diagnoosi.

## **2.1 Alzheimerin tauti**

Yleisin, dementiaan johtava, etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Vaikeasti tai keskivaikeasti sitä sairastavia henkilöitä on 65-75 % dementoituneista. Nykyisin sairaus todetaan varhain ja tämän avulla oireiden etenemistä voidaan hidastaa ja näin ollen potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatu paranee. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 76-77.)

Riskitekijöinä Alzheimerin taudille voidaan pitää korkeaa verenpainetta, diabetes-ta, korkeaa kolesterolia, aivovammoja, sekä vähäistä henkistä- että fyysistä aktiivisuutta. Vain 2-3 prosentilla sairastuneista tauti on perinnöllinen. (Vallejo- Medina ym. 2005, 276.)

Alzheimerin taudissa aivot rappeutuvat. Tämä tapahtuu vaiheittain, hitaasti ja tasaisesti. Taudin alkua on yleensä mahdoton määrittää, koska ensimmäiset oireet ovat vaikeita tunnistaa. Taudin kesto vaihtelee viidestä vuodesta 20 vuoteen. Sairausten ensioireita ovat oppimisen vaikeus ja lähimuistin heikkeneminen, joka voidaan todeta muistitesteillä. Näitä oireita seuraavat toiminnan ohjauksen ongelmat sekä kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeudet. Myöhemmässä vaiheessa arkipäivän toiminnoissa selviytyminen heikkenee, tulee käytösoireita ja lopulta edessä on laitoshoido. Myös potilaan sairautentunto heikkenee sairauden edetessä. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 77 ja 80)

## 2.2 Vaskulaarinen dementia

Toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean dementian syy on vaskulaarinen dementia. Sitä sairastaa 15-20 prosenttia kaikista dementoituneista. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 108.) Vaskulaarinen dementia syntyy aivoverenkiertohäiriöiden pohjalta. Kun aivoverenkierto heikkenee, sen seurauksena syntyy iskemioita ja kuolioita, joiden sijainti ja koko aivoissa vaihtelee. Tavallisimmin tämä kuitenkin tapahtuu aivojen syvissä osissa, jossa pienet valtimot tukkeutuvat. Riskitekijöitä sairastumiselle ovat korkea verenpaine, diabetes, korkea kolesteroli ja tupakointi. Aiheuttajana voi olla myös harvinainen perinnöllinen CADASIL- tauti. (Vallejo- Medina ym. 2005, 278)

Taudinkuvaltaan vaskulaarinen dementia on epäyhtenäinen. Oireisiin vaikuttaa se, mikä osa aivoista on vaurioitunut. Toisilla potilailla on kielellisiä vaikeuksia, toisilla taas on ongelmia tilan hahmottamisessa. Myös monenlaiset neurologiset oireet ovat tavallisia. Oman toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus ja kokonaisuuksien jäsentäminen voi häiriintyä. Sairaus voi edetä sysäyksittäin esimerkiksi infektioiden myötä. Yleensä potilas on pitkään selvillä omasta tilastaan ja tämä saattaa aiheuttaa masennusta. (Vallejo- Medina ym. 2005, 278.)

## 2.3 Lewyn kappale-dementia

Lewyn kappale tauti on kolmanneksi suurin dementoitumista aiheuttava sairaus. Taudin diagnostiikka on hyvin hankala ja tarkka taudinmääritys voidaan tehdä vasta ruumiinavauksessa. Sairaus puhkeaa keskimäärin 60- 65 -vuotiaana ja se on kestoltaan noin 5-30 vuotta. Diagnostisia kriteereitä ovat älyllisen tason heikkeneminen, Parkinsonin taudin oireisto, vireystason äkkinäiset vaihtelut, sekä yksityiskohtaiset näköharhat. Taudille tyypillistä on se, että aamuisin potilaan muisti voi olla hyvinkin kirkas ja iltaa kohden muisti heikkenee. Yöt ovat sekavia. (Vallejo- Medina ym. 2005, 278-279.)

Sairauden alkuvaiheessa potilas on yleensä hyvin selvillä siitä, että näköharhat eivät ole totta, mutta sairauden edetessä tämä tiedollinen käsittely heikkenee ja hän saattaa kokea harhat hyvin ahdistavina ja todellisina. Myös aggressiivisuus ja äkkipikaisuus kuuluvat Lewyn kappale tautiin. (Vallejo- Medina ym. 2005, 278-279.)

## **2.4 Frontotemporaaaliset degeneraatiot eli otsalohko dementia**

Vain muutama prosentti kaikista dementiaa sairastavista sairastaa otsalohko dementiaa. Yleensä sairaus alkaa hitaasti ja huomaamattomasti. Oireina on apaattisuus, aloitekyvyttömyys (otsalohkot vastaavat aloitteellisuudesta), sekä estoton käytös. Sairastuneen puheissa on pinnalla seksuaalielämän ilmiöt ja hän kiroilee. Tunne-elämä on latistunutta ja nämä henkilöt tarvitsevat toimintaansa ohjaavia ärsykeitä ympäristöstä. (Vallejo-Medina ym. 2005, 279.) Yleensä sairaus alkaa 45- 65 ikävuoden vaiheilla ja noin puolella sairastuneista on lähisuvussa tautitapauksia. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 121.)

Lähimuisti voi säilyä sairaudessa pitkään ja yleensä muutokset esimerkiksi MMSE-testissä tapahtuvat vasta myöhemmin. Samalla potilaan itsepäisyys voi voimistua ja hän alkaa laiminlyödä itsensä hoitamista. (Vallejo-Medina ym. 2005.s.279)

### 3 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT

Dementoiviin sairauksiin liittyy useita erilaisia käytösoireita. Vaikeat käytösoireet voivat johtaa katastrofikohtauksiin, väkivaltaisuuteen sekä itsemurhavaaran lisääntymiseen. Aina dementoituneen käytösoireiden syytä ja taustaa ei tiedetä ja se saattaa johtaa ymmärtämättömään hoitoon, kuten esimerkiksi sitomiseen. Monet ongelmat saivat järkevän selityksen kun dementoituneen elämänselityksensä tutustuttaisiin. Monella eletyn elämän työt nousevat esille ja olisikin hyvä jos näitä haluja voisi purkaa johonkin, esimerkiksi osallistamalla arkisiin askareisiin. (Vallejo-Medina ym. 2005, 281-282.)

Käytöshäiriöiden ehkäisemisessä on tärkeää muistaa myös hoitoympäristön ja hoitotoimintojen merkitys. Tutkimusten mukaan käytösoireita voi provosoida muun muassa kylmyys ja lähikontakti hoitajan kanssa. Myös valtataistelut hoitajan ja hoidettavan välillä, ylimitoitettavat vaatimukset, kriittisyys, toistuvat muistuttamiset, aggressiivinen lähestyminen ja keskeisten perustarpeiden laiminlyöminen, kipu ja epämukavuutta aiheuttavat tuntemukset voivat myös olla omiaan provosoimaan käytöshäiriöitä. (Vallejo-Medina ym. 2005, 281-282.)

Aina käytösoireiden hoitamiseen ei tarvita lääkkeitä. Usein oireet ovat niin lieviä, että pelkkä oireiston luonteen kertominen potilaalle ja omaiselle riittää. Hoitoympäristön merkitys on myös suuri. Valaistuksen säätämisestä, virikkeiden lisäämisestä tai liiallisten virikkeiden vähentämisestä voi olla apua. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 133.)

Tärkeitä asioita haasteellisen käyttäytymisen hoidossa ovat dementoituneen mielihyvän takaaminen ja onnellisuuden lisääminen kaikessa toiminnassa. Haasteellinen käyttäytyminen vähenee, mitä enemmän dementoitunut kokee mielihyvää ja

onnistumista. Hoitohenkilökunnan pätevyys, sekä kuntouttavan työotteen osaaminen ovat myös ratkaisevassa roolissa. Dementoitunut ihminen vaatii kanssaihmisiltään paljon ja siksi esimerkiksi hoitajan luonne, henkinen kypsyyt ja motivaatio merkitsevät paljon. (Heimonen, Voutilainen. toim. 2000 41-43)

Dementoituneen toivottuja käytöstapoja on hyvä vahvistaa ja ei-toivottua käyttäytymistä ei pidä huomioida. Jos dementoitunut huomaa saavansa haasteellisella käyttäytymisellään aikaan voimakkaita reaktioita, sitä todennäköisemmin hän käyttäytyy niin toistekin. Dementoituneen kokemusmaailmaan tulee eläytyä ja häntä ei saa palauttaa liian ra`asti todellisuuteen. Kaikista aiheista keskusteleminen tulee sallia ja siihen tulee kannustaa. (Heimonen, Voutilainen. toim. 2000 41-43)

Ympäristön tulee olla selkeä, turvallinen ja kodinomainen. Viihtyvyyt tulee maksimoida ja vähentää dementoituneen hahmotusvaikeuksia. Mitä turvallisemmaksi vanhus itsensä hoitolaitoksessa tuntee, sitä vähemmän hänellä ilmenee käytösoireita. Myös sellaisten interventioiden käyttö, jotka orientoivat dementoitunutta aikaan, paikkaan ja omaan itseensä on syytä hoitotyössä käyttää. (Heimonen, Voutilainen. toim. 2000 41-43)

### **3.1 Masennus**

Masennus on yksi yleisimmistä käytösoireista. Alkuvaiheessa masennus saattaa johtua omasta tilasta. Keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneen potilaan masennus voi olla hyvinkin haastava huomata, koska suullinen ilmaisu ole enää entisensä. Masennuksen oireita voi tällaisilla henkilöillä olla levottomuus, pelokkuus, passiivisuus ja ahdistuneisuus. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 128)

Masennus lisää riskiä dementiapotilaan laitoshoitoon joutumiselle. Nykyiset hoitokeinot ovat kuitenkin todella tehokkaita ja siksi tunnistaminen on hyvin tärkeää oikean hoidon löytämiseksi. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 100)

### 3.2 Apatia

Apatian sekoittaminen masennukseen on hyvin yleistä. Apatia tarkoittaa kuitenkin tunne-elämän latistumista, aloitekyvyn puutetta, välinpitämättömyyttä ja motivaation, sekä mielenkiinnon vähenemistä. Apatiasta kärsivä ei tee mitään, ei iloitse, ei sure. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 128-129)

Apatia voi esiintyä itsenäisenä oireistona, mutta sitä esiintyy myös masennuksen yhteydessä. Lääkehoidolla voidaan helpottaa potilaan oloa huomattavasti. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 100)

### 3.3 Levottomuus ja ahdistuneisuus

Levottomuus (agitaatio) ilmenee epätarkoituksenmukaisena aggressiivisuutena ja motorisena tai äänen käyttöön liittyvänä käyttäytymisenä. Usein sen taustalla on jokin potilaan kannalta hyvinkin merkityksellinen syy, kuten kipu. Esimerkiksi Alzheimerin taudissa levoton käytös lisääntyy sairauden edetessä ja oireet ovat pitkäkestoisia, sekä lääkehoitoa vaativia. Jos potilas joutuu kohtaamaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen hän voi saada katastrofireaktion, johon liittyy itku, huuto- tai aggressiivisuuskohtauksia. Usein nämä kohtaukset esiintyvät tavallisissa arkisissa tilanteissa, joissa dementoitunut potilas ei ymmärrä ympäristöstä tulevia ärsykejä ja kokee ne pelottaviksi. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 100-101.)

Dementian edetessä ja laitoksen siirryttäessä potilaan aggressiivisuus saattaa lisääntyä. Aggressiivisuuden mahdollisuutta lisää masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen dementian alkamisikä. Aggressiivisuuteen tulee aina suhtautua vakavasti, koska se voi pahimmillaan aiheuttaa hengenvaaran, sekä asiakkaalle, että hoitajalle. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 100-101.)

Dementoituneen potilaan ahdistuneisuus ilmenee yleensä yleistyneenä ahdistuneisuutena, joka ei välttämättä liity mihinkään erityisiin tilanteisiin. Odottelutilanteet

ovat omiaan lisäämään sitä. Ahdistuneisuus saattaa ilmetä myös paniikkihäiriön kaltaisena oireistona. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 100-101.)

### **3.4 Psykoottiset oireet**

Psykoottisia oireita esiintyy yleensä keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla potilailla. Näkö- ja kuuloharhat ovat näistä kaikista yleisimpiä. Harhaluulot kohdistuvat yleensä tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 101-102.)

Yleistä on, että dementiapotilas saattaa kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi. Hän voi luulla, että tutut ihmiset ovat vaihtuneet toisiksi tai oma koti ei ole enää oma koti. Jossain tilanteissa psykoosilääkityksestä voi olla apua. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 101-102.)

Oireet esiintyvät yleensä jaksoina. Usein psykoottisten oireiden esiintyminen on huono merkki, koska se kertoo sairauden nopeasta etenemisestä. Psykoottiset oireet voivat antaa vihjeitä dementian etiologiasta, koska esimerkiksi Lewyn kap-pale –dementiassa näköharhat ilmaantuvat jo hyvin varhaisessa vaiheessa. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 101-102.)

### **3.5 Persoonallisuuden muutokset**

Sairauden edetessä potilaan persoonallisuus saattaa muuttua. Jotkut piirteet korostuvat, osa katoaa tai uusia voi ilmaantua. ”Yli-minän” ja arvostelukyvyn heikkeneminen voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 102.)



Persoonallisuuden muutoksia voidaan pitää selvänä ja varhaisena oireena esimerkiksi otsaotsalohkorappeumista johtuvista muistosairauksista. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 130.)

### **3.6 Unihäiriöt**

Sairastuneen unen laatu muuttuu. Uni ei ole jatkuvaa, potilas herää jatkuvasti ja unen suhteellinen määrä jää vähäiseksi. Usein vuorokausirytmii saattaa kääntyä myös nurin, päivällä nukutaan ja yöllä valvotaan. Usein yöllisiin heräämisiin liittyy myös painajaisia ja pelokkuutta. (Erkinjuntti ym. toim.2006, 131.)

Kaksi yleisintä syytä dementoituneiden unettomuuteen on aivojen rakenteelliset muutokset, sekä melatoniinin erittymisen puuttuminen. Uneen vaikuttaa vahvasti myös passiivinen hoitokulttuuri, ilta-aterian puute, asuinpaikan muutos, ihmissuhdeongelmat, sopimaton vuode, liian valoisa, kylmä tai kuuma makuuhuone. (Kivelä 2007)

Tilanteen korjaamisessa voi auttaa päivittäisten virikkeiden lisääminen ja päiväunien välttäminen. Tärkeää on myös tarkistaa hoitoympäristön valaistus ja äänekkyys. Ei ole syytä unohtaa myöskään muiden samanaikaisten sairauksien ja lääkitysten vaikutusta. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 131.)

### **3.7 Seksuaalisen käytöksen muutokset**

Dementoivaan sairauteen voi liittyä sukupuolisen mielenkiinnon häviämistä. Joillain potilailla saattaa esiintyä vastaavasti hyperseksuaalisuutta, joka ilmenee häiritsevänä kosketteluna, julkisena masturboimisena tai seksuaalisena ehdotteluna. Yleensä seksuaaliset oireet eivät ole vallitsevia vaan ne esiintyvät jaksoina. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 103.)

On tärkeää muistaa myös kommunikoinnin hankaluudet, jotka saattavat aiheuttaa tulkintoja hyperseksuaalisuudesta aivan turhaan. Kyvyttömyys pukeutua tai potilaan harhaluulo siitä, että hoitaja on oma vaimo, saattavat johtaa tällaisiin tilanteisiin. (Erkinjuntti ym. toim. 2006, 103.)

### **3.8 Sundowning**

Sanalla sundowning tarkoitetaan dementiapotilaan levottomuuden, vaeltelun ja sekavuuden lisääntymistä iltapäivän ja illan aikaan. Syitä tähän käytökseen on useita. Päivä on saattanut olla hänelle väsyttävä ja siksi iltaa kohden käyttäytymisen säätely alkaa herpaantua. Valojen väheneminen ja kontrastien heikkeneminen lisäävät omalta osaltaan levotonta käytöstä. Kohteiden tunnistaminen on hämärässä dementoituneelle hankalaa. (Sulkava, Viramo, Eloniemi-Sulkava. 2000, 45.)

Yleensä iltavuorossa on vähemmän henkilökuntaa, joka saattaa johtaa vaaratilanteisiin sundowningin yhteydessä. Levottomuus ja vaeltelu lisäävät kaatumis- ja tapaturmariskiä. helpotusta voidaan saada aikaan valaistuksen lisäämisellä, kulkuesteiden poistamisella ja lääkehoidon rytmittämällä. (Sulkava ym. 2000, 45.)

### **3.9 Vaeltelu**

Vaeltelulla tarkoitetaan dementoituneen liiallista kävelyä. Vaeltelu voi olla hänelle stressinlievitys keino. Se lisääntyy sairauden edetessä ja yleensä iltaa kohti. Se alkaa usein ahdistavassa tilanteessa ja on usean tekijän summa. Vaeltelun estäminen saattaa johtaa helposti katastrofireaktioon. (Vallejo-Medina ym. 2005, 289.)

Liiallisena vaeltelu saattaa heikentää vanhuksen ravitsemusta ja nestetasapainoa. Lisäksi se voi lisätä jalkapohjien, erityisesti kantapäiden ja päkiöiden känsänmuodostusta sekä ihohaavaumia. (Vallejo-Medina ym. 2005, 289.)

Mathilda kodin harjoittelussa saamani kokemuksen mukaan vaelteluun voi löytyä hyvinkin järkevä selitys tutustumalla ihmisen elämäkaareen. Paljon liikkumista tai järjestelemistä vaatinut työ saattaa nousta pintaan ja vanhus jatkaa tätä toimintaa omalla tavallaan. Vaeltelulla voi olla vanhukselle myös kommunikatiivinen merkitys kun hänen sanallinen ilmaisunsa ei enää toimi siten, että hän tulisi ymmärretyksi.

## **4 VUOROVAIKUTUS DEMENTOITUNEEN KANSSA**

Dementia aiheuttaa vanhukselle kaksisuuntaisia kommunikaatio-ongelmia. Hän ei välttämättä pysty itse kommunikoimaan ja hänen on toisaalta vaikea saada muiden viestinnästä selvää. Tiedonkäsittelyn heikkeneminen tuo asiaan oman sävynsä. Arviointikyvyn heiketessä vanhuksen voi olla vaikea hallita puheitaan ja hän saattaa puhua epäsovinnaisuuksia. (Laaksonen & Rantala, 2002, 7.)

Hyvän hoitosuhteen edellytyksenä on hoitajan tietoisuus asiakkaan taustasta ja elämänculusta. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa tärkeitä seikkoja ovat positiivinen arvostus, aitous, avoimuus, luottamus, turvallisuus, joustavuus, sitoutuneisuus ja aito välittäminen. Jotta hoitaja voi asettua dementoituneen potilaan asemaan hänen tulee tietää millainen potilas on ollut ennen ja millaisia muutoksia sairaus on häneen aiheuttanut. Yhteistyö omaisten kanssa on tässä avainasemassa, koska on tärkeää tietää potilaan aikaisemmasta arvomaailmasta jotta voi ymmärtää hänen suhtautumistapojaan. (Laaksonen & Rantala 2002, 7.)

### **4.1 Sanallinen viestintä**

Rakennamme asiasisältöjä suureksi osaksi puhutun kielen avulla. Tällöin voimme ilmaista haluamiamme asioita täsmällisemmin. Yleensä viestijä on selvillä siitä mitä hän haluaa sanoa. Jokainen ihminen ja tilanne antavat asioille ja sanoille erilaisia merkityksiä esimerkiksi omien kokemusten perusteella. (Verbaalinen viestintä. [Viitattu 28.1.2009])

Dementia sairauden myötä puheviestintään tulee omia erityispiirteitä, joita on muun muassa myöhästyneet kannanotot, kiertoilmaisut, tarinointi, rinnakkain etenevät tarinat, menneisydessä eläminen, foneettinen afasia, ekolalia (kaikupuhe) ja niin edelleen. (Vallejo-Medina ym. 2005, 283-284.)

## 4.2 Sanaton viestintä

Ei-kielellisillä viestinnällä on kommunikaatiossa suuri rooli. Myös sen alueella tapahtuu muutoksia. Dementoitunut voi joutua pinnistelemaan ilmeitä ja hänen tunteensa ei ole välttämättä luettavissa kasvoilta. Hänen äänen värissä ja painotuksissa tapahtuu muutoksia. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 30.)

Hoitotilanteissa hoitajaa mietityttää usein kuinka lähelle hän voi potilasta mennä. Jotkut ihmiset saattavat kokea kosketuksen vastenmielisenä. Jokaisella meistä on oma henkilökohtainen reviirimme, joka on paitsi kulttuurisidonnainen niin myös hyvin yksilöllinen. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 30.) Dementoituessa tilanteiden toistuvuuden muistaminen heikkenee. Tällöin dementoitunut voi puolustaa omaa reviiriään helposti nyrkein, koska hän ei ymmärrä miksi hänen reviirilleen ”tunkeudutaan”. Tässä tilanteessa avainasemassa on hoitajan luottamusta herättävä käyttäytyminen, kuten verkkainen lähestyminen ja rauhallinen puhe. (Heimonen, Voutilainen toim. 2000, 173.)

Jokaisella kehon alueella koemme kosketuksen eri tavalla. Kulttuurissamme sallittuja alueita koskettaa ovat kädet, käsivarret ja olkapäät. Kasvot, niska ja vartalon etuosa taas on haavoittuvaa aluetta, jonka koskettamiseen täytyy olla hyväksyttävä syy. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 173.)

Kosketukseen vaikuttaa aina sekä koskija, että kosketettava. Koskettaessa tulee aina myös itse kosketuksi. Henkilöt tuovat aina tilanteeseen oman persoonansa, elämäkokemuksensa ja mielialansa. Elämäkokemuksemme myötä joko rohkaisumme koskettamaan tai olemaan varuillamme koskettaessa. Mielialamme mu-

kaan kosketamme joko vain sen verran kuin on välttämätöntä tai tietoisesti haemme toiselta kosketusta. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 174-175.)

Mitä enemmän ihminen tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan, sitä enemmän hän tulee kosketetuksi. Jotta kosketus olisi **auttavaa** sen tulisi olla lämmin, rauhoittava ja turvallisuutta luova. Liikkeiden pitäisi olla rauhallisia ja tarpeeksi laajoja. Varma koskettaminen takaa sen, että ihminen tuntee olevansa varmoissa käsissä. Liian hennot ja epävarmat otteet tuntuvat kutittavilta hipaisuilta ja aiheuttavat epävarmuutta. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 176.)

**Rauhoittava kosketus** helpottaa henkilöä, joka pelkää, on hermostunut, on levoton tai kokee olonsa uhatuksi. Tällaisen henkilön vierellä tulee olla levollinen, läheisyyttä ja kosketusta antava henkilö. Usein rauhallinen puhe ja kevyt kosketus riittää, mutta joskus on tarpeen tiukka, mutta hellä halausote, jolla henkilö saadaan pysähtymään. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 178.)

**Lohduttavassa kosketuksessa** pääroolissa on henkilö, joka tarvitsee lohdutusta. Lohduttajan puhe ei ole olennaista, vaan oleellisempaa on fyysinen läsnäolo, kuunteleminen ja kuuleminen. Kevyt käden kosketus viestii, että kuuntelija on läsnä ja haluaa auttaa. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 180.)

**Hellivä kosketus** on yleensä spontaania. Pyytääkseen toiselta hellyyttä, täytyy ylittää tiettyjä normeja. Jos on ollut kauan ilman kosketusta, voi henkilö menettää kosketetuksi tulemisen kokemuksen. Hoitolaitoksessa asuvalle vanhukselle hoitaja voi olla ainoa henkilö, jolta hän saa kosketusta ja siksi jokaiseen hoitotilanteeseen tulisi sisällyttää myös hellivää kosketusta, joka voi olla esimerkiksi kädestä pitämistä, ihon rasvaaminen tai hiusten harjaamista. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 181-182.)

On syytä muistaa, että kyky sanattomien viestien tulkitsemiseen voi säilyä hyvinkin pitkään. Etäännyttävään viestintään tulee kiinnittää huomiota, vaikka asiakkaana olisi hyvinkin vaikeasti dementoitunut henkilö. Etäännyttävä viestintä ilmenee

muun muassa otsan rypistämisenä, hymyttömyytenä, kiireenä, vihaisuutena, liiallisena hiljaisuutena, katsekontaktin välttämisenä ja potilaasta kolmannessa persoonassa puhumisena. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava. 2002, 31.)

## 5 TOIMINNALLISET RYHMÄT

Yksi vanhustyön keskeisimmistä tavoitteista on ikääntyneen ihmisen hyvän mielen ja toimintakyvyn säilyminen. Voidaan sanoa, että elämässä on laatua, jos henkiset tarpeet toteutuvat ja henkilö voi elää mahdollisimman täysipainoista ja normaalia elämää huonokuntoisenakin. ( Airila 2002, 5.) Vaikka vanhuksen toimintakyky olisi jo todella huono, se ei tarkoita sitä, etteikö hänellä olisi vielä jäljellä kykyjä ja taitoja joihin voitaisiin tukeutua. (Airila 2005, 4)

Mikäli vanhuksen elämä on liian virikkeetöntä tai tapahtumaköyhää, seurauksena on helposti toimintakyvyn ja mielialan heikkeneminen ennenaikaisesti. Mikäli vanhukselle ei tarjota riittävästi mielekästä toimintaa se voi johtaa tylsistymiseen apaattisuuteen ja itsetunnon huononemiseen joka omalta osaltaan voi kiihdyttää passivoitumista, sosiaalisten suhteiden heikkenemistä ja depressiota. Mitä mielekkäämpiä aktivoivia toimintoja iäkkäällä on, sitä parempana säilyy psyykkinen toimintakyky ja henkinen vireystaso. Viriketoiminnan lähtökohtana on aina ihminen itse, hänen taustansa, toiveensa ja elämäntilanteensa. (Airila 2002, 5.)

Maslow`n tarvehierarkia (1943) sisältää ihmisen viisi tarvetta. Tarpeista alimpana on fysiologiset tarpeet, tämän jälkeen turvallisuuden tarve, liittymisen ja rakkauden tarpeet, sekä arvostuksen tarve. Ylimpänä hierarkiassa on itsensä toteuttamisen tarve. (Ojanen, Anttila, Lähdesmäki, Oksala & Paavilainen. 2004, 51.) Mielestäni hierarkiaa voi soveltaa aivan hyvin myös dementoituneen hoitotyöhön. Hyvän hoidon perustana on fyysisen kunnon takaaminen syömisineen juomisineen ja pesuineen. Kuitenkin dementoituneellakin vanhuksella on tarve toteuttaa itseään siinä missä muillakin. Mielestäni hoito ei voi olla hyvää ja laadukasta, mikäli tähän ei anneta mahdollisuutta.



## 5.1 Kuntouttava viriketoiminta

Kuntouttavalla viriketoiminnalla tarkoitetaan toimintoja ja työmuotoja, sekä ympäristöön vaikuttamisen keinoja, jotka tukevat psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kohottavat mielialaa. Sen avulla voidaan ylläpitää ikääntyneiden ihmisten henkisen vireyden ja omien voimien säilymistä, ehkäistä apatiaa, masentuneisuutta ja toimintakyvyn laskua. (Airila 2002, 9-11)

Kuntouttavan viriketoiminnan tavoitteina on

- aktivoida aivotoimintoja
- edistää ihmisen omien kykyjen käyttöön ottoa
- tukea itsetuntoa
- auttaa toteuttamaan itseä
- nostaa pintaan käsittelemättömiä tunnetiloja
- tukea identiteettiä
- tuoda sisältöä elämään
- kohottaa mielen virkeyttä
- edistää sosiaalisia taitoja
- helpottaa vuorovaikutusta
- auttaa uusiin ihmisiin tutustumisessa
- mahdollistaa yhdessäolo
- mahdollistaa kuulluksi tulemisen kokemus
- antaa tunteen kuulumisesta ryhmään
- säilyttää päivittäisen elämän taitoja
- liikuntakyvyn säilyminen ja edistäminen.

Kuntouttava viriketoiminta ei ole vain ajankulua, vaan se on tavoitteellista, kuntouttavaa toimintaa. Sen on oltava sitä yksilöllisempää, mitä huonokuntoisempi asiakas on kyseessä. Vanhuksen omat voimavarat tulee ottaa huomioon, häntä tulee arvostaa ja hänet tulee nähdä myös antavana osapuolena. Tärkeää on myös käyttää hyväksi yhteistyötä sukupolvien ja eri tahojen välillä. (Airila 2002, 9-11)

Kuntouttavan viriketoiminnan kuuluisi olla osana dementoituneen päivittäisessä hoitotyössä. Sen tulee olla kirjattuna hoitosuunnitelmaan, jossa näkyy aluksi asiakkaan toimintakyvyn määrittely, viriketoiminnan tavoitteet, suunnitelman toteutus, sekä aina lopuksi toiminnan arviointi. Hyvässä viriketoiminnan suunnitelmassa otetaan Airilan (2002) mukaan huomioon

- yksilöllisyys
- tavoitteellisuus
- suunnitelmallisuus
- systemaattisuus
- monipuolisuus
- kirjaaminen ja arviointi.

Dementoituneen vanhuksen viriketoiminnan tärkein tehtävä on jäljellä olevien kykyjen ja toimintojen ylläpitäminen sekä identiteetin ja itsetunnon tukeminen. Hoitajan on tärkeää olla selvillä hänen diagnoosistaan ja taustatiedoistaan ja asiakkaalle tulisi tehdä osaamisalueiden kartoitus. Olennaista on rakentaa kuntoutus säilyneiden alueiden varaan, jotta vanhus saisi onnistumisen ja pystyvyyden kokemuksia. (Airila 2002, 19.)

Muisteleminen on yksi olennainen osa dementoituneen kuntouttavaa hoitotyötä. Dementoituneen kanssa muistellessa esineiden ja kuvien merkitys on suuri. Myös musiikin antamat mielikuvat säilyvät dementoituneen mielessä pitkään. Se myös helpottaa keskustelun etenemistä ja auttaa vanhusta keskittymään. (Airila 2002, 45.) Hyvin pitkälle dementoituneella vanhuksella on vielä musiikin ja makuelämysten mahdollisuus. Vaikka hän ei kykenisi niistä kertomaan, se ei vähennä koettua elämystä. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 109.)

Muistelutilanteet voivat olla joko suunniteltuja tai ja spontaaneja ja niitä voidaan toteuttaa kaksistaan tai ryhmässä. Arkimuistelun merkitys on suuri. Jos vanhus alkaa vaikkapa hoitotilanteen yhteydessä muistelemaan on hoitajan syytä sallia tämä spontaanisuus ja kannustaa vanhusta jatkamaan. (Airila 2002, 43.)

Seuraavassa on Airilan (2002) lista elämän osa-alueista, joihin muistelemisella on positiivinen vaikutus. Mielestäni listaan voisi lisätä myös käytösoireiden lievittymisen.

- auttaa hahmottamaan elämän merkityksen
- elämän hallinta menetyksissä
- elämänkaari ja sen asiat
- aivotoimien stimuloiminen
- minän eheytyminen, tilanteiden läpikäyminen
- selviytymismallit nykyiseen
- itsearvostus
- positiivisuus ja hyvä sopeutuminen
- depression väheneminen
- kuoleman kohtaaminen on helpompaa.

## 5.2 Kuvataiteet ja musiikki

Taiteiden positiivinen vaikutus dementoituneen käytökseen on tullut ilmi useissa eri tutkimuksessa. Taiteita käytettäessä havaittiin positiivisia muutoksia sosiaalisuudessa, älyllisessä aktiivisuudessa, fyysisessä toiminnassa ja rauhallisuudessa. (Rankanen, Hentinen & Mantere. 2007, 60.) Hyvin samansuuntaisista tuloksista puhutaan myös Andreev ja Eloniemi-Sulkavan kirjassa. Säännöllinen, kuukausia kestävä taidetoiminta on vähentänyt käytösoireita, vaikuttanut yleiseen vireystilaan, sekä sosiaalisten taitojen kasvuun ja ylläpitämiseen. ( Andreev & Eloniemi-Sulkava, 9.)

Vaikka dementoituessa ihmisen toimintakyky heikkenee, se ei estä häntä osallistumasta ja nauttimasta taideryhmistä. Ohjaajan merkitys on suuri, eikä sitä voida liikaa korostaa. Hänen tehtävänsä on ottaa selvää ryhmän jäsenistä, heidän sairaudestaan ja sen aiheuttamista muutoksista. Ohjaajan tulee jättää huomioimatta puutteelliset osa-alueet ja korostaa säilyneitä taitoja ja kykyjä. Ohjaajan tulee myös huolehtia, että kukaan ryhmäläinen ei joudu sellaisten vaatimusten eteen, joista hän ei pysty suoriutumaan. (Andreev & Eloniemi-Sulkava, 8)

Yksi osa dementoituvan kuntouttavaa hoitotyötä on kuvataide. Se auttaa elämään rikasta ja täyttä elämää sairaudesta huolimatta. Kuvataiteet tähtäävät vanhuksen auttamiseen itseilmaisussa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tavoitteena on jäljellä olevan toimintakyvyn säilyminen, omanarvon tukeminen ja menetyksissä auttaminen. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 85 ja 87.) Työmenetelminä voi olla maalaus, savityöt, muotopiirustus, huovutus, musiikki, liikunta ja tanssi, piirtäminen, muovailu, luonnon kanssa työskentely, leipominen jne. (Lieppinen & Willman 2008, 9.)

Kun lähimuisti heikkenee, dementoitunut ei enää muista saamiaan ohjeita. Aivan aluksi hän huomaa teostensa puutteet ja sen, että ennen hän osasi paremmin. Dementoituneen piirustuksissa perspektiivi voi olla vääristynyt, asiat voivat olla aseteltu päällekkäin, kuvat ovat yksinkertaisia ja viivat muuttuvat lyhyiksi, katkonaisiksi ja luonnostelunomaisiksi. Eri päivänä tuotosten taso voi olla kuitenkin hyvin erilainen. Tärkeintä ei ole esteettisesti kauniin lopputuloksen saavuttaminen, vaan se, että dementoituneen itsetunto saisi toiminnasta vahvistusta ja hän saisi positiivisia kokemuksia ja elämyksiä. (Heimonen & Voutilainen toim. 2000, 88 ja 90.)

Teija Ravelinin (2007, 129 ja 91) väitöskirjan tulosten mukaan tanssiesitys vaikuttaa dementoituvan vanhuksen tunnemaailmaan, sekä mahdollistaa erilaisten tunteiden kokemisen ja käsittelemisen ja herättää hänessä erilaisia muistoja. Vanhuksen identiteettiä vahvistamalla ja tarjoamalla mahdollisuuden muistelemiseen, tanssiesitys voi tukea vanhuksen minän eheytymistä. (Ravelin 2007, 129). Tutkimuksen tulosten mukaan vanhuksissa heräsi tanssiesitysten aikana muistoja omasta itsestä, omasta elämästä, tanssimisesta ja esiintymisestä. Erityisesti muistoja heräsi omasta nuoruudesta. (Ravelin 2007, 91)

Tanssiminen on jo aiempien tutkimusten valossa todettu muistisairaahan ihmisen voimavaroja esiintuovaksi auttamismenetelmäksi. Se synnyttää myönteisiä tunteita ja mahdollistaa vuorovaikutuksen hoidettavan ja ympärillä olevien ihmisten välillä. Tanssi voi myös auttaa vanhusta kiinnostumaan ympäristöstään. Muistisairaahan

kielellisiin kykyihin on tanssilla todettu olevan myös myönteinen vaikutus. (Memo 1/2009, 10)

Musiikki tarjoaa mahdollisuuden vuorovaikutukseen ja olemassaolon kokemukseen, vaikeasta sairaudesta huolimatta. Musiikin avulla pääsemme sisälle toisen ihmisen kokemusmaailmaan, muistoihin ja merkityksiin. Musiikin avulla voimme tavoittaa myös sellaisia alueita, jotka muuten olisivat täysin tavoittamattomia. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 65-66.)

Musiikin avulla kaksi tai useampi ihmistä voivat jakaa kokemusmaailmansa. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 67-68.) Jokainen henkilö ryhmässä, kokee musiikin aivan omalla persoonallisella tavallaan ja antaa sille yksilöllisiä merkityksiä. (Ahonen-Eerikäinen 1999, 17.) Vuorovaikutus, ymmärrys, jaetun tiedon ja tunteen tilat, ovat tärkeitä asioita nimenomaan dementoituneen musiikkiterapiassa. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 67-68.)

Musiikin herättämät muistot antavat kokemuksia elämässä olemisen kokemuksina. Musiikin avulla saamme mahdollisuuden purkaa sisällä olevia patoumia ja tunteita. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 70.) Musiikki antaa ikään kuin luvan purkaa sellaisia tunteita, jotka muutoin koetaan häpeällisiksi. (Ahonen-Eerikäinen 1999, 17.) Dementoitunut, jonka ote elämäänsä on kadonnut, saa musiikin avulla mahdollisuuden koota elettyä elämää, tunteita ja tapahtumia kokoon. Hän saa hetken aikaa kokea olevansa oma itsensä. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 70.)

Musiikin on todettu olevan kaikista vahingoittumattomimpana säilynyt osa demen-tian edetessä. Vaikka muut kommunikaatiokyvyt olisivat voimakkaastikin heikentyneet, kyky musiikin avulla kommunikoida säilyy. Laulut ja rytmit jäävät elämään mieleen ja ne saattavat nousta uudelleen mieleen esimerkiksi yhdessä laulamalla. Musiikki ikään kuin täyttää niitä aukkoja, joita paikkamaan psyyke tuottaa ahdistusta ja muita oireita. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 70)

Musiikin merkitys muuttuu iän myötä. Nuorempana musiikki liittyy hyvin vahvasti sosiaaliseen elämään, lasten ollessa pieniä ja vanhempien käydessä töissä, musiikki siirtyy taka-alalle noustakseen taas vahvemmin esiin eläkeiän koittaessa. Nimenomaan muistoja herättävät kappaleet koetaan tärkeinä. Neutraali tai tuntematon musiikki ei kosketa niin paljon. (Karhunen ja Pekkala 2005, 52.)

Musiikin merkityksestä käytöshäiriöiden ehkäisemisessä kerrotaan Ojalan (2007) opinnäytetyössä. Hän teki tutkimuksessaan havainnon, että muutaman vanhuksen kohdalla huutelu vähentyi heidän kuullessaan musiikkia. Myös puheen tuottaminen helpottui. Musiikkia kuullessaan osa vanhuksista alkoi laulaa ja hyräillä mukana tai heilutella jalkojaan.

## 6 THERAPEUTIC THEMATIC ARTS PROGRAMMING

TTAP-menetelmä on strukturoitu, tavoitteellinen, teemallinen, eri taiteen ja toiminnan keinoja hyödyntävä ohjauskokonaisuus. Menetelmä perustuu aivojen tutkimuksesta ja oppimisen mekanismeista saatuun tietoon. Ympäristöllä, koulutuksella, ammatilla, virikkeillä ja osallistumisella on vaikutusta aivoihin. Hippokampuksen hyvinvointi on erityisen oleellista, koska se on yhteydessä ihmisen aktiivisuuteen ja aivojen käyttämiseen. Tärkeää on myös oikean ja vasemman aivopuoliskon monipuolinen aktivointi. Hippokampuksen koko korreloi alzheimerin tautiin sairastumisen todennäköisyyden kanssa. Mitä aktiivisempi henkilö on, sitä paremmin ihminen ja hänen aivonsa voivat. Dementoivissa sairauksissa hyvän hoidon ja arkipäivän tärkeä osa on luova ja virikkeellinen toiminta ja osallistuminen. Tällainen toiminta tukee aivoja ja voi jopa hidastaa dementian etenemistä. (Laakko 2006, 15)

Menetelmän vahvuutena on yksilökeskeisyys, jonka tukeminen onnistuu vaikka toiminta onkin ryhmäkeskeistä. Samoja asioita jaetaan ryhmissä ja niistä keskustellaan, mutta lähtökohtana ovat ihmisen omat yksilölliset muistot ja ajatukset. Menetelmä nostaa esille sellaisia asioita, joita arkipäivässä ei välttämättä käsiteltäisi. Jos aiheet ovat tuttuja ja muistettavia, se motivoi osallistumaan. Ryhmässä jokainen saa olla oma itsensä, ja myös huonosti puhetta tuottavalla on keinoja toteuttaa itseään. (Laakko 2006, 15)

Menetelmässä toimintaa suuntaamaan valitaan yhtenäinen teema (vuodenaika, maa, eläin jne), joka auttaa keskittymään toimintaan ja tutkimaan saman aiheen eri alueita laajasti, sekä menneisyydessä, että nykypäivässä. Teema voidaan valita ryhmän kanssa yhdessä. (Laakko 2006, 15)

Ohjauskokonaisuus etenee yhdeksässä eri vaiheessa. Teemoja voidaan muokata jokaiselle ryhmälle sopivalla tavalla. Jokaisen ohjauskerran alussa on hyvä palata myös edellisen kerran toimintaan lyhyestä. Ryhmän päätteeksi jokainen saa halutessaan kertoa omasta työstään, sen tekemisestä ja siihen liittyvistä tunteista. (Laakko 2006, 16-17)

Menetelmän kehittäjä Linda Levine Madori (2006) jakaa ihmiset seitsemään eri ryhmään sen mukaan, millainen oppimistyyli heillä on. Menetelmän vaiheet tukevat kukin jotain oppimistyyliä, jolloin jokaisella ryhmään osallistuvalla on mahdollisuus tehdä asioita itselleen luonnollisella tavalla. Yhdessä valittua teemaa käsitellään taiteen eri muotojen avulla.

### **6.1 Yksilöiden ajatukset ja ideat paperille.**

Teemaa käsitellään yhdessä ryhmäläisten kanssa ja mietitään mitä heille tulee aiheesta mieleen. Toteutusmuotoina voi olla vaikkapa miellekartat tai kuvat. (Laakko 2006, 15). Tällaisesta teeman käsittelymuodosta hyötyy eniten kielellistä kautta asiat hahmottava ihminen. (Levine Madori 2006, 60)

Ryhmäläisten erilaisuuden huomioiminen on avainasemassa. Kaikille puhutun kielen ymmärtäminen ei ole helppoa ja siksi olisi hyvä tehdä esimerkiksi kollaaseja ja postereita, jotka helpottavat tällaisten henkilöiden ymmärtämistä. (Levine Madori 2006, 60 ja 119)

### **6.2 Ideoista musiikkielämykseen.**

Tässä ryhmän vaiheessa teemaa käsitellään musiikin kautta. Tällaisesta toimintamuodosta hyötyy eniten sellainen ryhmäläinen, jolla on musikaalista lahjakkuutta. Ryhmäläisiä voi pyytää kuuntelemaan musiikkia hyvin monella eri tavalla, kuten silmät kiinni, tai heitä voi myös pyytää piirtämään musiikin tuomia mielikuvia ja tun-



teita. Ryhmäläisiä voi myös pyytää piirtämään tai kertomaan mitä musiikki sai heidät näkemään, tuntemaan tai muistamaan. (Levine Madori 2006, 62-64)

Tunteita herättävä musiikki jaetaan Madorin (2006) teoriassa kuuteen osaan

- maamusiikki (mahdollisuus kohdata ihminen psyykkisellä tasolla)
- ilmamusiikki (auttaa ongelman ratkaisussa, herättää ihmisen luovan potentiaalin)
- tulimusiikki (täynnä energiaa ja tunnetta, voi herättää vihaa, intohimoa ja rohkeutta)
- vesimusiikki (herättää kuuntelijan sisäiset maailmat)
- laskeva musiikki (herättää peitetyjä tunteita)
- nouseva musiikki (herättää ilon rakkauden ja onnellisuuden tunteita).

### **6.3 Musiikin mielikuvat kuvaksi.**

Tässä vaiheessa teemaan liittyvät musiikin mieleen nostamat mielikuvat ja muistot luodaan kuviksi piirtämällä, maalaamalla ja vaikka kollaaseja kokoamalla. Musiikkia voi käyttää apuna myös tässä vaiheessa. (Dementiauutiset 4/2006) Tällaisesta teeman käsittelymuodosta hyötyy eniten ryhmäläinen, jolla on hyvä avaruudellinen hahmottamiskyky. (Levine Madori 2006, 60)

Taiteen tekeminen on aina henkilökohtainen prosessi. Ryhmäläisten ei tarvitse olla taiteilijoita piirtäkseen tai maalatakseen. Ohjaajan tulee ottaa huomioon, että monella vanhuksella on hyvin vähän tai ei yhtään kokemusta piirtämisestä. Joidenkin vanhusten kohdalla voi olla hyödyllistä, että ohjaaja aloittaa piirustusta ja pyytää sitten vanhusta jatkamaan sitä. Yksi mahdollisuus on myös leikata esimerkiksi lehdistä kuvia ja pyytää asiakasta tekemään niistä kollaasin. (Levine Madori 2006 65-66)

Jokaiselle ryhmäläiselle on myös annettava mahdollisuus jakaa tai olla jakamatta omaa tuotostaan muiden kanssa. Työt voivat olla vanhukselle hyvinkin henkilökohtaisia ja siksi tätä toivetta on syytä kunnioittaa. (Levine Madori 2006, 66)

#### **6.4 Kuvasta veistokseksi**

Veistoksia voidaan tehdä savesta, itsestään kovettuvasta massasta, löytöesineistä tai vaikka paperimassasta. Tällä tavoin aiheelle saadaan kolmiulotteinen muoto. Musiikin käyttäminen apuna tässäkin vaiheessa voi olla hyödyllistä. (Dementiauutiset 4/2006) Tällaisesta liikunnallisesta teemasta hyötyy eniten ryhmäläinen, joka sisäistää asiat liikkeen avulla. (Levine Madori 2006, 60)

Keskustellessa ryhmäläisten kanssa heidän töistään, ohjaajan kannattaa nostaa esille töiden samankaltaisia elementtejä, kuten esimerkiksi värit tai esineet ja kannustaa ryhmäläisiä puhumaan asiasta toistensa kanssa. Ohjaajan rooli on kuunnella ja esittää kysymyksiä, jotka taas jatkavat keskustelua. (Levine Madori 2006, 60-61)

Tällaisesta toiminnasta hyötyy eniten ryhmäläinen, joka sisäistää asiat liikkeen avulla. (Levine Madori 2006, 60)

#### **6.5 Veistoksesta liikkeeksi.**

Tässä vaiheessa teemaa lähestytään musiikin, liikkeen ja tanssin kautta. Liikkumista voi elävöittää erilaisella rekvisiitilla, apuvälineillä, soittimilla, palloilla, huiveilla yms. Ryhmäläisille voidaan antaa erilaisia mielikuvia mietittäväksi, jotta heidän olisi helpompi eläytyä tekemiseensä. Heitä voi esimerkiksi kehottaa liikehtimään kuin tuulessa huokuva puu. (Levine Madori 2006, 73)

Liikkuminen mahdollistaa samanlaisten tunteiden ja kokemusten jakamisen. Se myös auttaa luomaan rennon ja turvallisen ryhmäkokemuksen. Monelle vanhukseksi tanssi herättää hyvinkin voimakkaita muistoja nuoruudesta. (Levine Madori 2006, 73 ja 76)

Tästä vaiheesta hyötyy eniten ryhmäläinen, joka sisäistää asiat liikkeen avulla. (Levine Madori 2006, 60)

### **6.5 Liikkeestä sanoiksi.**

Teemaa käsitellään runojen, kirjoittamisen, tarinoiden tekemisen tai niiden kertomisen kautta. Tällaisesta toimintamuodosta hyötyy kielellistä kautta asiat hahmottava. (Levine Madori 2006, 60) Tässä vaiheessa on syytä kiinnittää erityistä huomiota kohderyhmän taitoihin. Osa ryhmäläisistä voi kirjoittaa itse, osa taas voi kuunnella muiden tarinoita. Yksi tapa käsitellä aihetta on pyytää kaikkia ryhmän jäseniä kirjoittamaan paperille aihealueeseen liittyviä sanoja ja kertomaan sitten muille esimerkiksi kolme niistä itselleen mieluisinta. Näiden sanojen pohjalta voidaan kirjoittaa yhdessä esimerkiksi runo tai haiku. (Levine Madori 2006, 76-77)

### **6.6 Sanoista ajatuksia herättäviksi ruuaksi.**

Ruoka kuuluu jokaiseen kulttuuriin. Ihmisten sosiaalinen kanssakäyminen ja ruoka linkittyvät vahvasti yhteen. Ruokaan liittyy vahvoja tunteita ja muistoja esimerkiksi lomista ja juhlista. Ruoka ärsyttää monia aisteja. Tässä teemassa ärsykeitä saavat maku, tunto, haju, näkö ja kuulo. Kielellistä kautta asiat hahmottava saa tällaisesta teeman käsittelymuodosta eniten. (Levine Madori 2006, 60)

Teemaa voidaan käsitellä jakamalla reseptejä, valmistamalla ruokaa tai tutkimalla erilaisia ruoka-aineita. Mukaan voi ottaa myös erilaisia tehtäviä, kuten esimerkiksi ruoka-aineiden laskeminen. Vaikka ryhmäläiset tulisivatkin hyvin erilaisista lähtökohdista, on ruoka yleensä sellainen aihe, mistä kaikilla riittää puhuttavaa. (Levine Madori 2006, 78-79)

### **6.7 Ajatuksia yhteiseksi tapahtumaksi.**

Teeman kahdeksannessa vaiheessa teemasta työstetään yhteinen tapahtuma tai juhla, jonka valmistelemiseen koko ryhmä voi osallistua. Tapahtumassa voidaan esitellä ryhmän tuotoksia ja aikaansaannoksia. Tapahtuman kautta ryhmäläiset voivat saada myös palautetta omasta toiminnastaan. Tapahtuman aihe voi olla mikä vain aihe, joka liittyy teemaan, kuten esimerkiksi syntymäpäiväjuhlat tai bingo. Mukaan kannattaa kutsua ryhmäläisten perheenjäseniä. Tällaisesta toimintamuodosta hyöttyy eniten sosiaalisten tilanteiden kautta asiat oppiva. (Levine Madori 2006, 60 ja 79-80)

### **6.8 Tapahtumasta valokuviksi.**

Lopuksi ryhmän tuotoksista voidaan koota yhteinen työ, joka dokumentoidaan. Tässä vaiheessa on myös hyvä koota prosessi yhteen ryhmäläisten kanssa. Ryhmän eri kertoja voidaan yhdessä muistella ja palata tunnelmiin jo tehtyjen töiden ja valokuvien kautta. Ryhmäläiset saavat näin kokemuksen siitä, että heidän työnsä on ollut arvokas. (Laakko 2006) Tällaisesta käsittelymuodosta hyöttyy eniten Itsenäinen oppija. (Levine Madori 2006, 60)

Jokaista ryhmäläistä voi esimerkiksi pyytää valitsemaan yhden kuvan, joka puhuttelee häntä eniten ja kertomaan siitä muille. Kuvat voidaan koota kollaasiksi tai yhtä hyvin ne voidaan myös kerätä laatikkoon jonne voidaan laittaa myös esimerkiksi ryhmäläisiä miellyttäviä runoja. (Levine Madori 2006, 81-82)

## 7 DEMENTOITUNEIDEN RYHMÄNOHJAAMINEN

Ei ole olemassa tiettyä ihmisryhmää, joka automaattisesti sopii ryhmänohjaajaksi. Jokainen ryhmänohjaaja on oma persoonansa, heikkouksineen ja vahvuuksineen. Ryhmänohjaajan ei tarvitse olla täydellinen, mutta hänen tulee muistaa toimivansa mallina muille ryhmänjäsenille. (Kaukkila ja Lehtonen 2007, 58)

Dementoituneiden ryhmänohjaajan tulee olla riittävän perehtynyt dementovien sairauksien luonteeseen, sekä niiden mahdollisesti aiheuttamiin ongelmiin. Hänen tulee myös olla riittävän selvillä ryhmiin osallistuvien vanhusten taustoista ja nykytilanteesta, sekä sairauden aiheuttamista muutoksista. Ohjaajan tulee olla aidon kiinnostunut dementoituneista ja kuntouttavasta hoitotyöstä. (Heimonen ja Voutilainen 2000, 129)

Ryhmänohjaajalta vaaditaan pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä, koska dementoituneet saattavat olla hyvinkin vetäytyneitä ja passiivisia sosiaalisissa tilanteissa. Dementoitunut ei välttämättä ole innokas osallistumaan ryhmään. Toimintakyvyn puutteista johtuen hän saattaa olla hyvinkin osallistumaan tekemiseen ja tilanteisiin. Erilaisia houkuttelevia keinoja käyttäen ryhmän ohjaaja voi saada tällaisenkin vanhuksen osallistumaan mukaan ryhmään. (Heimonen ja Voutilainen 2000, 130)

Asettaessaan ryhmälleen tavoitetta, ohjaajan tulee olla hyvin tietoinen sairauden etenevästä luonteesta. Tavoitteet eivät saa olla liian korkealla, jotta toiminta säilyisi kaikille mielekkäänä. Liian korkealle asetetut tavoitteet voivat aiheuttaa sen, että merkitykselliset kehitysaskleet jäävät huomaamatta. Dementoitunut tarvitsee toimintaansa paljon ulkopuolista aktivointia ja tätä hän voi saada ryhmän ohjaajan

lisäksi myös muilta ryhmäläisiltä. Ryhmätoiminnan tärkein anti tulee olla sosiaalisen toiminnan, hovin sekä mielihyvän ja onnistumisen kokemusten lisääminen. Tärkeää on myös toimintakyvyn tason ja erilaisten taitojen ja tietojen ylläpitäminen ja niiden heikentymisen hidastaminen. (Heimonen ja Voutilainen 2000, 130-131)

Sanallisessa kommunikaatiossa dementoituneen kanssa tulee muistaa muutamia peruseikkoja. Sanojen ja termien tulee olla sellaisia, että ne ovat vanhukselle ennestään tuttuja. Tähän vaikuttaa vahvasti muun muassa dementoituneen koulutustausta. Lyhyet ja yksinkertaiset oikealle haarautuvat lauseet ovat niitä, joita dementoitunut ymmärtää parhaiten. Asian ydin tulee esittää lauseen alussa, koska lauseen loppua kohden dementoituneen huomiokyky herpaantuu ja viesti saattaa mennä ohi. Suora katsekontakti, ulkoiset keinot (osoittaminen) ja nimen toistaminen suuntaa dementoituneen ajatusta oikeaan paikkaan. Taustamelu ja muut häiriötekijät tulisi sulkea mahdollisuuksien mukaan pois. Hoitajan puheen tulee olla vuolasta, samaa asiaa toistavia, jolloin dementoituneen on helpompi vastaanottaa, ymmärtää ja painaa viesti mieleen. Suljetut kysymykset ovat parempia (otatko maitoa), koska se jättää vähemmän valintatehtäviä, jotka vaativat dementoituneelta suuria ponnistuksia. Kommunikaatiota helpottaa myös tutuista ja välittömästi havaittavissa olevista asioista puhuminen. (Heimonen ja Voutilainen toim. 2000, 35-36.)

Ryhmätilanteiden kirjaaminen on tärkeää. Tällä tavalla voidaan hyödyntää niiden antamaa tietoa dementoituneen toimintakyvystä ja sen muutoksista. Ryhmänohjaajalla on syytä olla mukanaan vihko, johon hän kirjaa tärkeät huomioitavat asiat heti ryhmätilanteen jälkeen. Myös erilaiset muut dokumentointimenetelmät voivat joskus olla käytännöllisiä, kuten esimerkiksi videoiminen. Kirjatessa tulee ilmetä ainakin seuraavat seikat: ryhmätilanteessa mukana olleet henkilöt, aloitus- ja lopetusajankohdat, teema tai keskustelun aihe, käytetyt menetelmät ja välineet, ryhmäläisten reaktiot ja kommentit, tieto siitä mitä kustakin ryhmäläisestä nousee erikseen esille esimerkiksi toimintakyvyn suhteen, kehitettävät ja huomioon otettavat asiat, vältettävät ja suosittavat asiat, sekä yleinen arviointi ryhmätilanteen kulusta. (Heimonen ja Voutilainen 2000, 131-132)

## 8 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimuksena tarkoituksena oli kerätä kokemuksia TTAP menetelmän käytöstä dementoituneen hoitotyössä. Käytän opinnäytetyössäni tutkimusmenetelmänä laadullista toimintatutkimusta.

Laadullinen tutkimusmenetelmä tarkastelee merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Tutkimuksessa ilmenee ihmisistä lähtöisin olevat ja ihmisiin päätyvät tapahtumat, kuten toiminta, ajatukset, päämäärien asettaminen ja yhteiskunnan rakenteet. (Vilkkä 2005, 97.)

Käytän työssäni osallistuvaa havainnointia. Tällä tavalla voidaan saada tietoa tutkittavasta sekä yksilönä, yhteisön jäsenenä että suhteessa tutkijaan. Samalla saadaan tietoa myös yhteisön sosiaalisista ja kulttuurisista piirteistä. Tutkijalla on osallistuvassa havainnoinnissa aina jokin rooli ja sen avulla hän tekee havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija osallistuu aina myös tutkittavan yhteisön arkielämään. (Vilkkä 2005, 120.)

Toimintatutkimus tutkii aina ihmisen toimintaa ja sitä toteutetaan käytännön kehittämiseksi. Yleensä se on aina ajallisesti rajattu kehittämisprojekti. Toimintatutkimuksen tunnusmerkki on syklisyys. Omaa toimintaa hiotaan peräkkäisten syklien avulla. (Heikkinen, Rovio toim. 2007, 17 ja 19.) Syklin vaiheet kulkevat kehämäisesti. Ensin toiminta suunnitellaan, tämän jälkeen sitä kokeillaan käytännössä, kokeilun aikana toimintatapaa havainnoidaan ja siitä kerätään aineisto. Seuraavaksi toimintaa arvioidaan tai reflektoidaan ja tästä syntyvät tulokset ovat uuden kokeilun pohjana. Useat peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin. (Heikkinen ja Rovio toim. 2007, 79-80.) Tässä työssä ensimmäinen sykli oli

oma toimintani Mathilda kodissa. Toisen syklin käynnistää Mathilda kodissa hoitajat, jos he ottavat TTAP menetelmän käyttöönsä.

Toimintatutkimuksen tarkoituksena on käynnistää muutos ja rohkaista ihmisiä tarttumaan asioihin ja kehittämään niitä omalta kannaltaan paremmiksi. Tutkija toisin sanoen voimaannuttaa tai valtauttaa (empower) ihmisiä toimintaan. (Heikkinen, Rovio toim. 2007, 20)

Toimintatutkimuksessa tutkijan oma kokemus on välttämätön. Tutkijan omat havainnot toimivat tutkimusmateriaalina jolloin hänen ymmärryksensä kehkeytyy hiljalleen. Tätä vähittäistä ymmärtämisen ja tulkinnan prosessia nimitetään hermeneuttiseksi kehäksi. (Heikkinen ja Rovio toim. 2007, 20.)

Lyhyesti toimintatutkimuksen voidaan sanoa olevan interventioon perustuvaa, käytännön läheistä, osallistuvaa, reflektiivistä ja se on myös sosiaalinen prosessi. Sen tarkoituksena on tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa ja muuttaa todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia. Toimintatutkimus ei pääty koskaan, toisin sanoen sykleillä ei ole päätepistettä. Tutkijan on kuitenkin jossain vaiheessa pakko lopettaa työnsä johonkin perusteltuun kohtaan. (Heikkinen ja Rovio toim. 2007, 27- 29.)

Menessäni havainnoimaan kentällä, otin mukaani tutkimuspäiväkirjan, johon kirjasin tuntemuksiani heti ryhmien vetämisen jälkeen. Näin ollen pystyin havainnoimaan kriittisesti myös omaa toimintaani ryhmän vetäjänä. Kirjasin päiväkirjaan myös yleisiä tunnelmia ryhmissä, vanhusten ajatuksia ja kommentteja. Lisäksi kuvasin ryhmistä syntyneitä tuotoksia (liite 2), sekä nauhoitin keskustelun hoitajien kanssa.



## 9 MATHILDAKODIN ESITTELY

Mathilda koti on 17 -paikkainen dementiakoti, joka tarjoaa hoitoa Jyväskylän alueella asuville vanhuksille. Mathilda koti on avattu 1992 ja se on syntynyt kristilliseltä pohjalta.

Mathilda kodin hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitaja, sekä perus-lähi- ja kodinhoitajia. Lääkäri (geriatri) käy kodissa kerran viikossa. Maanantaista perjantaihin paikalla on myös toiminnanjohtaja.

Mathilda kodin hoitoperiaatteita ovat:

- Yksilöllisyys
- Turvallisuus
- Itsemääräämisoikeus
- Koskemattomuus
- Perhekeskeisyys
- Vastuullisuus
- Omatoimisuus
- Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo

Mathilda kodin asukkaaksi hakeudutaan S-A-S työryhmän kautta. Aukkaat ovat hyvin eritasoisesti dementoituneita. Asuminen tapahtuu yhdessä kerroksessa 1-2 hengen huoneissa, joissa on peruskalustus, mutta omiakin tavaroita saa tuoda. Vierailuaikoja ei ole rajoitettu ja omaisten toivotaankin osallistuvan aktiivisesti hoidon suunnittelemiseen ja toteuttamiseen, koska he ovat dementoituneen vanhuksen erityistarpeiden asiantuntijoita (Mathilda koti [viitattu 15.2.2009] )

Mathilda kodissa viriketoimintaa on paljon. Jokaisen viikon alussa tehdään raporttikansion päälle lista, jossa jokaiselle päivälle on suunniteltu kaksi viriketuokiota,

sekä nimetty niiden pitämiseen vastuuhenkilö. Viriketoimintojen suunnittelussa on otettu huomioon jokaisen hoitajan vahvuudet ja erikoisosaaminen.

Opinnäytetyö prosessini yhteistyökumppanin kanssa käynnistyi keväällä 2008, kun olin heihin yhteydessä syksyn 2008 dementiaharjoitteluni tiimoilta. Kesällä 2008 kävin esittelemässä heille opinnäytetyöni idean ja pyysin heitä yhteistyökumppaniksi. Tällöin esittelin idean heille suurpiirteittäin.

Syksyllä suorittaessani dementiaharjoitteluani, kokeilin muutamia TTAP-menetelmän vaihteita ja kerroin niistä hoitajille. Keväällä 2009 kävin esittelemässä TTAP-menetelmää hoitajille tarkemmin, sekä sovin toiminnallisten ryhmien aikatauluista. Tällöin myös allekirjoitimme sopimuksen opinnäytetyöstä (liite 1)

Huhtikuun viimeisellä viikolla mennessäni pitämään ryhmiä, toimitin hoitajille havaintomuistilistan (liite 3), jonka avulla heidän oli helpompaa kiinnittää huomiota tutkimuksen kannalta oleellisiin seikkoihin. Jokaiseen ryhmään valittiin yksi hoitaja, jonka vastuulla oli seurata ryhmän kulkua, vaikka mukana olisi ollut useampikin hoitaja.

## 10 TTAP MENETELMÄN TOTEUTTAMINEN MATHILDA KODISSA

Toteutin TTAP menetelmän ohjauskokonaisuuden Mathilda kodissa 28.4-1.5.2009 välisenä aikana. Jokaisena päivänä vedin yhden ryhmän. Valitsin yhdessä käsiteltäväksi teemaksemme aiheen ”kevät”. Valitsin teeman, koska se on mielestäni riittävän selkeä ja lisäksi ajankohtainen. Levine Madorin (2006) kirjassa oli lueteltuna ryhmien aiheita, joita oli saatu toteutettua hyvällä menestyksellä. Vuodenajat ovat helppoja käsitellä, koska ne ovat mukana ihmisen jokapäiväisessä elämässä. Teeman olisi voinut valita myös yhdessä ryhmän kanssa, mutta päädyin ajan säästämiseksi ja selkeyden säilyttämiseksi valitsemaan sen itse. Tämä myös helpotti ryhmien suunnittelemista etukäteen. Pitämiini ryhmiin osallistui 8-12 henkilöä, joista kaikki eivät osallistuneet aktiivisesti toimintaan. Ryhmiin osallistumista ei haluttu millään tavalla rajoittaa, koska kaikille haluttiin antaa mahdollisuus tulla mukaan.

Ryhmiini osallistui myös vaihteleva määrä hoitajia. He auttoivat minua ryhmäläisten kokoamisessa, sekä käytännön toteutuksissa. Näin suurien ryhmien hallitseminen aivan yksin olisi ollut liian haastavaa, koska esimerkiksi maalausryhmässä niin moni tarvitsi ohjausta ja kannustusta. Heidän tärkein tehtävänsä oli kuitenkin ryhmieni seuraaminen ja havaintojen tekeminen antamani havaintomuistilistan pohjalta.

Koska suurin osa ryhmiin osallistuvista vanhuksista oli minulle ennestään tuttuja, pystyin valitsemaan teeman käsittelymuodoista ne, jotka palvelisivat mahdollisimman monia heistä. Kaikkia yhdeksää vaihetta en voinut toteuttaa, koska se ei olisi ollut ajallisesti mahdollista. Pohdinnan jälkeen valitsin teemalle neljä käsittelymuotoa: yksilöiden ajatukset ja ideat paperille, ideoista musiikkielämykseen, musiikin mielikuvat kuvat, sanoista ajatuksia herättäväksi ruuaksi, sekä veistoksesta.

## 10.1 Yksilöiden ajatukset ja ideat paperille

Tässä ensimmäisessä ryhmässäni olin suunnitellut, että keräisimme ryhmäläisten kanssa pahville ajatuksia keväästä. Olin varannut mukaani tusseja, sekä pahvin. Lisäksi minulla oli mukana kevät aiheisia kuvia ja runoja.

Ryhmän aluksi esittelin heille itseni ja kerroin, että olen tekemässä opinnäytetyötäni. Kerroin heille myös tulevasta viikosta ja toivotin heidät tervetulleiksi myös seuraaviin ryhmiini. Juttelimme heidän kanssaan valitsemastani teemasta ja he antoivat sille hyväksyntänsä.

Aivan ensimmäiseksi luin heille kevät runon. Tämän jälkeen pyysin heitä miettimään asioita, joita teemasta kevät tulee heille mieleen. Samalla esittelin heille kevät aiheisia kuvia. Olin varannut mukaani A4- kokoisen pahvin, joka osoittautui aivan liian pieneksi. Välittömästi sen jälkeen kun pyysin heitä kertomaan ajatuksiinsa keväästä, alkoi pahvi täyttyä. Esille nousi paljon sellaisia asioita, joita en olisi itse tullut edes ajatelleeksi, kuten esimerkiksi kaappien siivoaminen. Keskustelu rönsyili välillä paljonkin, mutta koska pysyimme koko ajan aiheessa, en halunnut alkaa sitä rajoittamaan.

Eräs vanhus oli koko ryhmän ajan hiljaa, vaikka hoitaja yrittikin välillä udella häneltä muistoja keväästä. En oikein ollut varma, onko hän ollenkaan perillä siitä mitä tapahtuu tai mitä olemme tekemässä. Kuitenkin aivan ryhmän loppupuolella hänen silmänsä kirkastuivat ja hän tokaisi ”voikukka”. Minulle tuli sellainen olo, että hän oli koko ryhmän kulun ajan hautonut tätä asiaa mielessään, mutta sai sen vasta nyt sanottua. Minulle ryhmänohjaajana tämä oli hyvinkin kiitollinen hetki. Todella moni ryhmäläinen oli koko ajan hiljaa ja yksi jopa nukkuikin. Tästä viimeisestä kommentista sain kuitenkin rohkaisua siihen, että vaikka kaikki eivät mitään pu-

huisikaan, niin he voivat silti olla toiminnassa mukana kuuntelemalla ja saada siitäkin itsellensä jotain.

Kun olimme saaneet pahvin täyteen asioita, eikä kenelläkään tuntunut olevan enää mitään uutta mielessään, luin heille ajatukset joita olimme pahville saaneet. Tämän jälkeen luin heille vielä yhden kevätrunon. Kiitin heitä osallistumisesta ryhmääni ja kerroin mitä seuraavana päivänä olisi luvassa. Osa ryhmäläisistä alkoi tässä vaiheessa jo poistua tilasta, mutta eräs rouva olisi halunnut jutella vielä lisää. ”Lisää, lisää”, oli hänen kommenttinsa kun aloin pakkaamaan tavaroitani. Jäinkin vielä hetkiseksi juttelemaan hänen kanssaan, vaikka varsinaisen ryhmän olin jo lopettanut.

## **10.2 Ideoista musiikkielämykseen, musiikin mielikuvat kuvaksi**

Toisessa ryhmässäni tarkoituksena oli maalata kevätaiheinen maalaus. Varasin kaikille ryhmäläisille paperia, maalausvälineet, sekä halukkaille liituja ja puuvärejä. Ryhmän aluksi kertosin heidän kanssaan mitä olimme edellisenä päivänä tehneet. Pyysin heitä maalaamaan jotain, mitä heille tulee keväästä mieleen. Taustalle laitoin soimaan musiikkia. Soitettaviksi kappaleiksi valitsin seuraavat kappaleet: Spring song, Kevätaamu, Aamutunnelmia, Spring, sekä Kevään kohinaa.

Osa ryhmäläisistä aloitti maalaamisen saman tien. Heillä oli selvä suunnitelma siitä, mitä he haluavat tehdä ja osa myös kertoi sen meille muille. Osa ryhmäläisistä tarvitsi paljon kannustusta ja ohjausta, jotta he pääsivät alkuun tekemisessään. Heidän kanssaan valitsin ensin värin, jolla he haluaisivat mieluiten maalata, annoin pensselin käteen ja autoin alkuun. Osa alkoi tämän jälkeen tehdä työtään itsenäisesti, osa taas jäi istumaan pensseli kädessä, kunnes kehotin heitä jatkamaan.

Kun kaikki olivat saaneet maalauksensa valmiiksi, otti eräs rouva ohjat käsiinsä ja esitteli jokaisen ryhmäläisen työt muille. Itse en ollut ajatellut, että kävisimme töitä yhdessä läpi, koska tiedän sen olevan joillekin kiusallista. Jäin kuitenkin seura-

maan miten ryhmäläiset suhtautuvat tällaiseen toimintaan, enkä huomannut kenenkään laittavan pahakseen. Ohjasin ryhmäläisiä huomaamaan, sen kuinka samankaltaisia heidän työnsä olivat. Suurimman osan töistä löytyi aurinko tai kukka. Myös värit olivat kaikissa hyvin samankaltaiset. Ryhmän lopussa eräs herra totesi, että kuvassa näkyvä aurinko oli varmasti hänen kotipaikkakunnaltaan, koska se paistaa niin kirkkaasti. Eräs rouva taas pohti, voisiko hänen työtään lähettää piirustuskilpailuun.

Osa töistä oli paljon taidokkaampia kuin mitä osasin odottaa. Kukkaset olivat hyvin yksityiskohtaisia ja värejä löytyi paljon. Koin, että tämä spontaani töiden esittely oli sittenkin hyvä asia, vaikka en ollut sitä suunnitellutkaan. Ryhmäläiset huomasivat sen, kuinka paljon samoja asioita heidän töistään löytyi ja osa oli myös selvästi ylpeitä omasta tuotoksestaan ja siitä, että se näytettiin myös muille.

### **10.3 Sanoista ajatuksia herättäväksi ruuaksi**

Tässä ryhmässä lähestyimme teemaamme leipomalla rahkapiirakan. Tähän ryhmään toivoin osallistuvan erityisesti erään rouvan, joka oli aikanaan toiminut kotitalousopettajana. Kokosimme ryhmäläiset keittiön lähelle, johon olin asetellut pöydät niin, että kaikki näkisivät leipomisen, vaikka eivät siihen voisi osallistua. Ryhmään osallistuikin ennätyselliset 12 henkilöä. Jälleen aloitin ryhmän kertaamalla mitä olimme kahdella edellisellä kerralla tehneet.

Olin kirjoittanut piirakan ohjeet isoille pahveille, joista kotitalous opettajana toiminut rouva luki ne kaikille ääneen. Kaikki halukkaat osallistuivat aineiden mittaamiseen vuorotellen. Yhdessä laskimme ääneen esimerkiksi kanamunien määriä. Todella moni heistä pystyi osallistumaan tähän ja laskemaan aivan oikein. Vuorotellen kaikki halukkaat saivat myös osallistua taikinan vatkaamiseen ja piirakan viimeistelyyn. Myös eräs herra halusi osallistua tähän, mikä oli mielestäni melko yllättävää johtuen siitä, että yleensä tuon ikäpolven miehet eivät ole olleet innokkaita kotitöissä.

Kun saimme piirakat uuniin, juttelimme ryhmäläisten kanssa muistoista, joita heillä leipomisesta on. Moni kertoi tehneensä sitä äidin kanssa ja saaneensa nuolla viimeiset taikinan rippeet kulhosta. Haimme jokaiselle ryhmäläiselle lusikan, jolla he saivat ottaa maistiaiset kulhon pohjalta. Huomasimme, että vaikka me tulemmekin erilaisista aikakausista ja ympäristöistä, on meille silti yhteisiä muistoja. Kaikille meistä tuli leipomisesta ensimmäisenä mieleen äiti ja lapsuuden muistot leipomisesta.

Kun piirakka oli valmis, keitimme kahvit ja kutsuimme muutkin talon asukkaat kanssamme kahville. Kaikki kehuivat kilvan piirakan makua ja tuoksua, joka siitä levisi. Tässä teeman toteutusmuodossa monet aistit toimivat muistojen virittäjinä. Juuri siksi koin tärkeänä, että myös ryhmään osallistumattomat henkilöt pääsevät kanssamme kahveille.

#### **10.4 Veistoksesta liikkeeksi**

Vapunpäivänä järjestin vapputanssit. Myös tähän ryhmään osallistui 12 henkilöä, joista kaikki eivät osallistuneet tanssimalla, vaan he istuskelivat, kuuntelivat ja katselivat. Tanssien pitopaikaksi valitsimme Mathilda kodin olohuoneen, jonne raivasimme tanssilattian. Jälleen ryhmän aluksi kertasin edellisinä päivinä tekemämme asiat.

Musiikiksi valitsin: Kaunis on luoksesi kaipuu, Kultainen nuoruus, Kesäillan valssi, metsäkukkia, yli aaltojen, sekä Saarenmaan valssi. Harjoitteluni pohjalta tiesin näiden olevan sellaisia kappaleita, joista suurin osa ryhmäläisistä pitää. Osa ryhmäläisistä eläytyi tansseihin loistavasti käyttäytyen juuri niin kuin tansseissa kuuluukin. Eräs rouva sanoi minulle kesken tanssin, että hän piipahtaa nyt naisten huoneessa, mutta palaa pian takaisin. Yhdellä asukkaalla oli myös asiaan kuuluvasti ylioppilaslakki päässään.

Moni ryhmäläinen alkoi saman tien tanssia, joko keskenään tai minun ja hoitajien kanssa. Osa hyräili kappaleita samalla kun he tanssivat. Myös osa niistä asukkaista, jotka eivät halunneet tanssia, istuivat omille tuoleillaan ja keinuivat musiikin tahtiin. He selvästi nauttivat siitä, että saivat katsella muiden tanssia, vaikka eivät itse halunneetkaan osallistua.

Eräs ryhmäläinen oli kovin ahdistunut ja itkuinen. Hän kiersi ympäriinsä, eikä osannut rauhoittua. Hoitaja sai hänet suostuteltua kanssaan tanssiin ja sen aikaa hän oli aivan rauhallinen. Ainakin hetkellisesti hänen ahdistukseensa saatiin jonkinlaista lievitystä.

Tanssin lopuksi hoitajat toivat kaikille ryhmäläisille snapsit, jotka he joivat musiikkia kuunnellen. Tilaisuus päättyi munkkikahveihin. Kun itse lähdin pois, jäivät hoitajat ja ryhmäläiset vielä kuuntelemaan musiikkia.



## **11 OPPIMISKOKEMUKSET JA KEHITTÄMIS AJATUKSET MENETELMÄN KÄYTÖSTÄ**

Kokemuksemme TTAP ryhmistä oli hoitajien kanssa hyvin samanlaiset. Olimme kiinnittäneet huomiota samantyyppisiin seikkoihin ja huomioineet ryhmäläisten toiminnassa samanlaisia asioita.

Ryhmien koko oli ryhmäläisten toimintakykyyn nähden liian suuri. Pieni ryhmä olisi ollut ohjauksellisesti helpompi, koska tällöin jokaisen henkilön tekemiseen olisi ollut aikaa keskittyä ja puuttua. Toisaalta ketään halukasta ei haluttu jättää ryhmien ulkopuolelle, joten siksi ryhmiin osallistuminen tehtiin kaikille mahdolliseksi.

TTAP menetelmää olisi ollut antoisampaa toteuttaa, mikäli aikaa olisi ollut enemmän. Nyt tuntui, että välillä oli liian kiire ja menetelmän vaiheista täytyi valikoida ne jotka kiinnostivat eniten. Mielestäni hedelmällisempää olisi ollut jos kaikki vaiheet olisi voitu käydä läpi.

### **11.1 Hoitajien kokemukset**

Olin sopinut hoitajien kanssa, että tulen keskustelemaan heidän kanssaan ryhmistä ja heidän havainnoistaan 20.5.2009. Mukaani otin nauhurin, johon heidän suostumuksellaan nauhoitin käymämme keskustelun myöhempää analysoimista varten. Keskustelun runkona käytin havaintomuistilistaa, jonka olin heille antanut.

Keskustelun aikana huomasimme, että olimme kiinnittäneet ryhmissä huomiota hyvin samansuuntaisiin asioihin. Kaikkien meidän mielestä ryhmien kulku oli joutavaa ja selkeää. Yhtä mieltä olimme kuitenkin myös siitä, että ryhmissä oli ehdot-

tomasti liikaa ihmisiä. Toiminnan kannalta olisi ollut järkevämpää rajata ryhmät huomattavaksi pienemmiksi.

Myös hoitajat olivat kiinnittäneet huomiota ryhmäläisten yllättäviin taitoihin. Keskustelimme siitä, kuinka liian herkästi tulemme aliarvioineeksi dementoituneiden henkilöiden osaamista ja suorituskkyä. Jokaisessa ryhmässä oli joku henkilö, joka pääsi yllättämään meidät osaamisellaan. Pohdimme yhdessä myös ryhmän hiljaisimpien roolia. Olisi helppo ajatella, että he eivät ole toiminnassa mukana lainkaan. Kuitenkin ensimmäisenä pitämäni ryhmä todisti sen, ettei se pidä paikkaansa (ryhmäläisen kommentti voikukasta). Jokainen on ryhmässä mukana omalla tavallaan, kuka äänekkäämmin, kuka hiljaisemmin. Myös tarkkailemalla ja muiden toimintaa seuraamalla voi saada hyviä kokemuksia.

Keskustelussamme nousi esille samankaltaisuus, jota myös TTAP- menetelmässä korostetaan. Yhteisen tekemisen ja muistojen löytyminen hyvinkin erilaisilta ihmisiltä koettiin hienona asiana. Myös eletystä elämästä löytyvien taitojen käyttämään pääseminen on tärkeää. Esimerkiksi leivontaryhmässä kotitalousopettajana toiminut rouva sai näyttää omaa osaamistaan. Onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä, koska vanhetessa joutuu koko ajan huomaamaan oman toimintakyvyn laskemisen.

Hoitajat olivat kokeneet erityisesti teeman käsittelymuodon ” veistoksesta liikkeeksi” erityisen onnistuneeksi. Heidän mielestään tanssi on helppo tapa saada ihmiset kokoon. Tällaisiin hetkiin kaikkien on helppo tulla ja osallistua oman halukkuuden mukaan. Vaikka ei haluaisi tanssia, niin voi olla mukana kuuntelemassa ja katselemassa. Tilanteesta on myös helppo poistua jos sille tuntuu. Eräs ryhmäläinen oli vielä illalla tanssien jälkeen ottanut toista asukasta kädestä ja pyytänyt kanssaan tanssimaan. Tekeminen oli jäänyt hänelle ilmeisesti mieleen positiivisena asiana, jota hän olisi mahdollisesti halunnut jatkaa.

Viritin hoitajien kanssa keskustelua myös siitä, voisiko viriketoiminnalla hoitaa tai ennaltaehkäistä käytöshäiriöitä. Osa hoitajista uskoi, että sijoittamalla oikeanlaista viriketoimintaa sopiviin vuorokauden aikoihin, voitaisiin sillä ehkäistä käytöshäiriöi-

tä. Yhdeksi vaihtoehdoksi he ehdottivat, että päivällä viriketoiminta olisi aktiivista, kun taas iltaa kohden sitä lähdetäisiin rauhoittamaan. He näkivät, että jos dementoitunut henkilö toimii aktiivisesti yhdessä muiden kanssa päivän aikana, sekä saa tarpeeksi turvallisuuden ja läheisyyden kokemuksia, voisi se mahdollisesti rauhoittaa illan levottomuutta. He myös näkivät, että vaeltelun, aggression ja toiminnan tarpeen voisi purkaa viriketoimintaan. Hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että lääkkeellisiä keinoja ei voida täysin korvata viriketoiminnan avulla. Koen, että näin lyhyen toimintajakson aikana hoitajat eivät välttämättä vakuuttuneet viriketoiminnan kaikista mahdollisuuksista käytöshäiriöiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä.

Hoitajat näkivät TTAP- menetelmän hyvänä erityisesti siitä syystä, että siinä kaikki ihmisen aistit ja oppimistyylit tulevat käyttöön. Teemojen käsittelymuodot ovat sellaisia, että niiden avulla on helppo virittää muistoja. Keskustelin heidän kanssaan siitä, että pitkälle dementoituneiden henkilöiden kanssa tulee luopua siitä ajatuksesta, että heidän tarvitsisi muistaa mitä edellisessä ryhmässä on tehty. Tärkeämpää onkin se, mitä ryhmän aikana on tapahtunut ja kuinka ryhmäläiset ovat sen kokeneet.

## **11.2 Omat oppimiskokemukset**

Pitämissäni ryhmissä, kaikki vanhukset olivat pitkälle dementoituneita. Koska ryhmät eivät olleet millään tavalla rajattuja, vaan kaikki olivat niihin tervetulleita, olivat ryhmät välillä melko suuria. Koin tämän hieman hankaloittaneen ohjaamista, koska tällöin ei mitenkään ehtinyt huomioimaan heitä kaikkia. Esimerkiksi maalausryhmään osallistui monta asukasta, jotka olisivat tarvinneet hyvin paljon henkilökohtaista opastusta. Pystyin kuitenkin vain hetkittäin auttamaan heitä jatkamaan työtään ja valitettavan usein joku jäi istumaan sivellin kädessään tietämättä kuinka jatkaa. Jos vastaisuudessa saan vetää TTAP ryhmiä, niin toivon voivani tehdä sen pienemmälle ryhmälle, koska liian suuresta osallistujamäärästä kärsivät kaikki. Minä ryhmänohjaajani en pystynyt ottamaan heitä kaikkia tasapuolisesti huomioon, eivätkä he kaikki varmasti päässeet tekemiseen sisälle.

Tavoitteiden asettaminen ryhmille oli vaikeaa, koska vaikka ryhmäläiset olivat pitkälle dementoituneita, heidän kykynsä vastaanottaa ohjeita vaihteli. Osa heistä pystyi kommunikoimaan vielä hyvin, osalle se oli jo hankalampaa. Myös ohjeiden antaminen heille kaikille yhteisesti oli haastavaa. Osa heistä olisi tarvinnut jatkuvaa opastusta ja kannustusta tekemiselleen, kun taas osa heistä pystyi ottamaan ohjeet vastaan ja toimimaan niiden avulla ryhmän loppuun saakka melko itsenäisesti.

Yhteisöllisyys korostui ryhmissäni todella paljon. Kuten jo mainitsin, ryhmäläiset huomasivat maalauksissaan ja muistoissaan samanlaisia piirteitä erilaisista lähtökohdista huolimatta. Myös minulla oli heidän kanssaan samanlaisia muistoja, vaikka me olemmekin eläneet hyvin erilaista elämää. Juuri tämän samankaltaisuuden ja yhteisöllisyyden löytyminen oli mielestäni koko opinnäytetyöni paras anti.

TTAP- menetelmän oppimistyyli takaa sen, että kaikki aistit saavat tasapuolisesti ärsykeitä. Pienessä ajassa on vaikea saada tietää millä tyyllillä kukin oppii, mutta koska tunsin asukkaat jo entuudestaan, minun oli helpompi valita heille sopivia teeman käsittelymuotoja. Mielestäni valitsemani ryhmät olivat sellaisia, että jokaisen tyylin oppija tuli niissä huomioituksi.

Vaikka jokaisen ryhmän alussa kertosin ryhmäläisten kanssa sen mitä olimme tehneet edellisenä päivänä, jouduin luopumaan siitä ajatuksesta, että ryhmiin tulisi kunnollista jatkuvuutta. En koe, että tämä olisi kuitenkaan liaksi haitannut ryhmien toteuttamista, koska tärkeämpää oli tekeminen ja siitä saadut kokemukset.

TTAP menetelmä on mielestäni melko helppo ja yksinkertainen ohjauskokonaisuus, joka on mahdollista toteuttaa melko vaivattomasti. Mitään suuria hankintoja ei tarvita vaan suurin osa tarvittavasta materiaaleista löytyy yksiköiden omista kaapeista. Menetelmää käytettäessä ohjaajan olisi mielestäni hyvä soveltaa sitä kohderyhmälle sopivalla tavalla, eikä noudattaa ohjeita orjallisesti. Itse suhtaudun hieman kriittisesti menetelmän oppimistyyliin, koska ne on jaettu melko karkeasti. Osa teemojen käsittelytavoista on sellaisia, että niistä hyötyy useampikin oppija.

Esimerkiksi viimeinen ryhmän vaihe (tapahtumasta valokuviksi) on sellainen, että siinä oppii mielestäni sekä itsenäinen, että sosiaalisten tilanteiden kautta oppiva ihminen.

## 12 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimukseeni osallistuneiden ryhmäläisten henkilöllisyys on pysynyt koko tutkimuksen ajan salassa. Ryhmätilanteita kuvatessani olen kuvannut vain tuotoksiamme, en henkilöitä. En myöskään kerro tutkimuksessani ryhmään osallistuneista henkilöistä yksityiskohtaisia tietoja.

Tutkimukseni luotettavuutta puoltaa se seikka, että olen keskustellut tutkimukseni tuloksista TTAP- menetelmän kehittäjä Linda Levine Madorin kanssa hänen Suomen vierailunsa aikana. Hänen mielestään olin toteuttanut ryhmäni oikealla tavalla. Lisäksi olen käynyt keskustelua Mathilda kodin toiminnanjohtajan kanssa nauhoittamastani keskustelusta hoitajien kanssa, jotta varmistuisin siitä, että olen ymmärtänyt asiat oikein.

## 13 POHDINTA

Opinnäytetyöni aiheen valinta eteni vaiheittain. Lähes koko ajan olin varma siitä, että haluan työni koskevan dementiaan sairastuneita. Melko pian kiinnostukseni heräsi dementoituneiden moniaistista viriketoimintaa kohtaan. Melko pitkään ajatuksenani oli tehdä jonkinlainen virikearkku, mutta käytännössä totesin sen liian työlääksi. Monien mutkien kautta päädyin kokeilemaan Linda Levine Madorin TTAP- menetelmää.

Yhteistyökumppaniksi pyysin Jyväskylän Mathilda kotia, koska paikka oli minulle tuttu harjoitteluni vuoksi. Lisäksi tiesin, että Mathilda kodissa henkilökunnalla on kiinnostusta tällaista toimintaa kohtaan. Henkilökunnan kanssa oli todella helppo ja antoisa tehdä töitä ja sain heiltä kaiken tuen mitä tarvitsin.

Opinnäytetyöni prosessi sujui koko ajan melko jouhevasti, lukuun ottamatta tiettyjä muutoksien aiheuttamia epävarmuuden hetkiä. Hetken aikaa olin hyvinkin kadoksissa sen kanssa, että mitä tutkin ja miksi. Kun tämä asia selventyi ohjaajan ja opponentin tuella, alkoi prosessi edetä hyvällä vauhdilla. Opinnäytetyöprosessin aikana, sekä paineensietokykyäni, että itseni johtaminen kasvoivat. Lisäksi sain arvokasta kokemusta ryhmänohjaamisesta, jonka uskon olevan hyödyksi työelämässä.

Vaikka opinnäytetyöni tekeminen kestitkin lopulta kauemmin kuin oli ensin ajateltu, niin en koe sitä huonona asiana. Kun työn pystyi välillä jättämään joksikin aikaa lepäämään niin ajatukset ja näkökulmat avautuivat aivan eri tavalla. Toisaalta työn pitäminen hallittuna ja tiiviinä kokonaisuutena saattoi kärsiä tämän vuoksi.

Prosessin aikana sain vahvistusta siihen, että toivoisin tulevan työpaikkani löytyvän nimenomaan dementoituneiden parista. Kuten jo aiemmin mainitsin, toivon saavani mahdollisuuden ohjata jollekin ryhmälle kaikki TTAP- menetelmän yhdeksän vaihetta.

## LÄHTEET

- Airila, A. 2005. "Potilaan takaa löytyy ihminen" Yksilöllisen viriketoiminnan kehittäminen pitkäaikaishoidossa. Ikäinstituutti. Kuntokallio-Säätiö.
- Airila, A. 2002. Vanhusten viriketoiminnan perusteet -opas vanhustyöntekijöille. Kuntokallio. Vanhustyön koulutus ja tutkimuskeskus.
- Andreev, T. & Eloniemi-Sulkava, U. Toiminnalliset taideryhmät kuntouttavassa hoidossa. Opas dementoituneiden hoitajille. Elämänlaatua dementoituneille Ry. Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J., & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy. Vantaa.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimusprosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy. Vantaa.
- Heinänen, M. 2000. Taideterapiasta dementoituvien hoidossa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Karhunen, S. & Pekkala, L. 2005. "Mull` ei oo sitä nuottikorvaa tullu" Musiikkia käyttävän ja yksinäisyyttä ehkäisevän vanhustyön menetelmän kehittäminen Ikäkeskus- hankkeessa. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.



- Kaukkila, V., Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Dark Oy.
- Kivelä, S-L. 2007. Muistisairaiden unettomuus. [Verkojulkaisu] . [Viitattu 20.2.2009]. Saatavana: [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=15&action=articleDetails&a\\_id=213&did=17](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=15&action=articleDetails&a_id=213&did=17)
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2000. Ymmärrätule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Levine Madori, L. 2007. Therapeutic Thematic Arts Programming for Older Adults. Health professions press.
- Laakko, K. 2006. Ryhmätoiminnassa teema vie yhteiseen elämykseen. Dementiauutiset (4), 15-17.
- Lundgren, J. 2000. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Mathilda kodin internet sivut.[Verkkosivusto]. [Viitattu 15.2.2009.] Saatavana: <http://www.elisanet.fi/mathildakoti.html>
- Mäki, O. 2000. Muistelu- kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Ojala, N. 2007. Lempimusiikkia levyille- Musiikin merkitys pitkäaikais-sairaiden vanhusten hoidossa. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu
- Ojanen, Anttila, Lähdesmäki, Oksala & Paavilainen. 2004. Persoona. Persoonallisuuspsykologia. Edita Prima Oy. Helsinki
- Ravelin, T. 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. [Verkojulkaisu] Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [viitattu 1.4.2009]. Saatavana: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514288913/isbn9789514288913.pdf>

- Rankanen, M. Taideterapeutin työ ja asiakkaat. 2007. Teoksessa Rankanen, M., Hentinen, H & Mantere, M-H. Taideterapian perusteet. Karisto Oy. Hämeenlinna
- Routasalo, P. 2000. Läheisyys ja koskettaminen- kuntouttavan työotteen edellytys. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2000. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys Ry. Kuopion liikekirjapaino Oy.
- Taipale, M. 2000. Musiikki dementoituvan ihmisen hoidon välineenä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Vallejo-Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivellä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. WSOY. Helsinki.
- Vataja, J. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Verbaalinen viestintä. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 28.1.2009]. Saatavissa: <http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/verbaalinen.html>
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.

(1/2)

**LIITTEET****Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä**

Opiskelijan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Katja Sirkea Luomaranta 7a 535 60100 SeinäjokiPuh: 040-2244538 e-mail: katja.sirkea@seamk.fiKoulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Aila Vallejo Medina puh: 020-124 5188 tai 040 830 3955e-mail: Aila.VallejoMedina@seamk.fi

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa

Mathilda koti Eva-Liisa Nikkanen, toiminnanjohtaja

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Kyllölahti 3 40600 Jyväskylä e-mail eva-liisa.nikkanen@elisanet.fi puh: 040-7412245Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe TTAP-menetelmän vaikuttavuus ja sovellettavuus demensituneen hoitotyössäOpinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät: TTAP-menetelmän soveltaminen demensituneiden vanhuksien verkeryhmissä, henkilökunnan haastatteluinenTyön tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen: verkeryhmien materiaalien korvaaminenArvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen: 1 / 1 2009 - 31 / 10 2009

Päiväys

23 / 2 2009

(2/2)

Allekirjoittaneet sitoutuvat siihen, että opinnäytetyön raportti on julkinen asiakirja  
(rasti ruutuun)

Opiskelijan allekirjoitus:

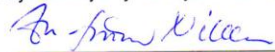


---

Ohjaajan allekirjoitus:

---

Toimeksiantajan/tilaajan/yhteistyötahon edustajan allekirjoitus:



---

**HUOM!** Sopimukseen mahdollisesti liittyvistä tekijänoikeuksista ja muista erityisehdoista on sovittava erikseen kirjallisesti.

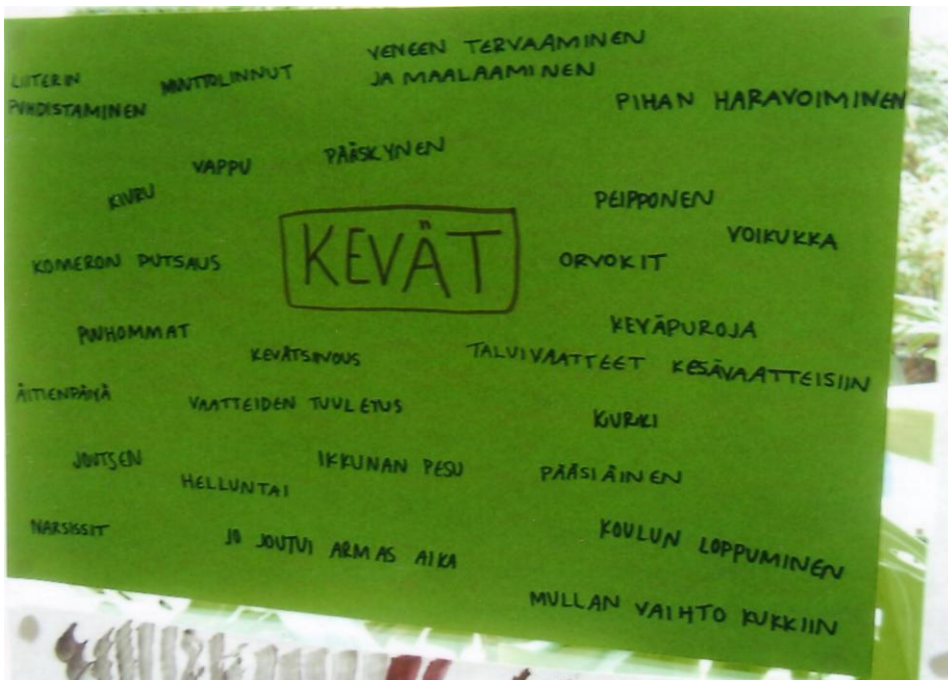
LIITE 2: KUVIA RYHMISTÄ

1(2)





2(2)



3(2)



4(2)





**LIITE 3: TOIMINNALLISTEN RYHMIEN SEURANTALOMAKE****TOIMINNALLISTEN RYHMIEN SEURANTALOMAKE**

1. Kuinka ohjauskokonaisuus mielestäsi eteni?
2. Millaisia reaktioita vanhuksissa huomasit ryhmän aikana ja mahdollisesti sen jälkeen?
3. Onko menetelmä mielestäsi hyödyllinen dementoituneen vanhuksen kanssa työskennellessä? Soveltuisiko se yksikköönne?
4. Anna palautetta ryhmän ohjaajalle