



**DEMENTIA, VIRIKETOIMINTA JA KUNTOUTUMISTA  
EDISTÄVÄ HOITOTYÖ**  
Opetustapahtuma Saariston hoivakeskuksen hoitohenkilökunnalle

**Opinnäytetyö**

**Heidi Pulkkinen  
Reetta Puttonen**

**Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja**

**SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU**  
**Terveysala, Kuopio**

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Tiivistelmä**

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t): Heidi Pulkkinen ja Reetta Puttonen	
Työn nimi: Dementia, viriketoiminta ja kuntoutumista edistävä hoitotyö- opetustapahtuma Saariston hoivakeskuksen hoitohenkilökunnalle	
Päiväys: 02.02.2010	Sivumäärä / liitteet: 52 /3
Ohjaajat: Marja Äijö	
Työyksikkö / projekti: Saariston hoivakeskus	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyössämme käsitellään dementiaa sairautena, kuntoutumista edistävää työtä sekä viriketoiminnan muodoista muistelua ja musiikkia hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön lähtökohtana oli oma kiinnostuksemme vanhusten hoitotyöhön sekä Saariston hoivakeskuksen johtajan halu kehittää päivittäistä hoitajien toteuttamaa viriketoimintaa. Opinnäytetyömme on kehittämistyö eli käytimme työprosessisamme toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi opetustapahtuma Saariston hoivakeskuksen hoitohenkilökunnalle. Opetustapahtuman runkona käytimme konstruktivistista oppimiskäsitystä, ja teoreettiselta sisällöltään opetustapahtumat olivat käytännön hoitotyöhön yhdistettävissä.</p> <p>Opinnäytetyössämme toimme esille hoitajan näkökulman ja roolin dementiaa sairastavien ihmisten hoitotyössä. Tavoitteena oli opetustapahtumien kautta lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, miten musiikkia ja muistelua voidaan hyödyntää viriketoimintana dementiaa sairastavien päivittäisessä hoitotyössä. Näin pyrimme vaikuttamaan työntekijöiden suhtautumiseen viriketoimintaa kohtaan. Tätä kautta mahdollisesti myös viriketoiminnan sisällyttäminen hoivakeskuksen päivittäiseen hoitotyöhön dementiaa sairastavien parissa lisääntyy. Opinnäytetyöllämme on siis hoitotyön laatua kehittävä tarkoitus.</p> <p>Opetustapahtumiin osallistui yhteensä 32 hoitajaa. Opetustapahtumien arvioinnin suoritimme heti opetustapahtuman lopuksi puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa arviointiasteikkona käytimme viisiportaista Likert-asteikkoa. Valtaosa vastaajista koki opetustapahtumasta olleen hyötyä sekä henkilökohtaisella että työyhteisön tasolla. Opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää esimerkiksi hoitokodeissa, ja jatkotutkimusmahdollisuutena on tutkia viriketoiminnan vaikuttavuutta dementiaa sairastavien ihmisten hoitotyössä.</p>	
Avainsanat: (1-5) Dementia, kuntoutus, toimintakyky, viriketoiminta, oppiminen	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

**SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**  
**Health Professions Kuopio**

**THESIS**  
**Abstract**

Degree Programme: Degree in nursing	
Option: registered nurse	
Authors: Heidi Pulkkinen ja Reetta Puttonen	
Title of Thesis: Dementia, stimulation activity and rehabilitative nursing- An education event for Saaristo care centre`s nursing staff	
Date: 2.2.2010	Pages / appendices: 52/3
Senior lecturer: Marja Äijö	
Contact persons: Saaristo care centre, Kuopio	
<p>In this thesis we studied dementia as illness and stimulating activities through which dementia patients can be treated as part of the rehabilitative nursing. We examined rehabilitative nursing and stimulation activities through music and reminiscence. The starting point of this study was our personal interest of elderly care. The Manager of Saaristo care centre also had an interest to improve nursing home`s stimulation activities that nurses carry out. Our study is a functional research. The output of this study were two separate lessons to nursing staff of Saaristo care centre. The lessons were based on constructive learning view and were intended to be easily transferred to nursing in practice.</p> <p>In this study we wanted to enhance nurse`s point of view in dementia care. The intention of this study was also to add the nursing staff`s knowledge of music and remembrance as stimulating activities. Through this there is a possibility to increase the use of stimulating activities as part of the everyday care of dementia patients. In addition, our aim through this study was to develop the quality of nursing in general.</p> <p>Altogether 32 nurses took part of the lessons. To evaluate our teaching methods and the usefulness of the lessons for the participants we used a questionnaire with five portal Likert-scale. Most of the participants felt that the lessons were useful both in a personal level and from their work community point of view. As a further study for future health care students there is a possibility to study stimulation activities` impressiveness in dementia care.</p>	
Keywords: (1-5) Dementia, rehabilitation, stimulation activities, learning	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	DEMENTIA SAIRAUTENA .....	9
2.1	Alzheimerin tauti .....	10
2.2	Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia.....	11
2.3	Lewyn kappale-tauti .....	11
2.4	Frontaalinen eli otsalohkodementia.....	12
3	VIRIKETOIMINTA DEMENTIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖSSÄ.....	14
3.1	Määrittelyä.....	14
3.2	Musiikki viriketoimintana .....	15
3.3	Muistelu viriketoimintana .....	17
4	KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ .....	21
4.1	Vuorovaikutuksen ja viestinnän merkitys kuntoutumista edistävässä hoitotyössä .....	23
4.2	Toimintakyky ja kuntoutumista edistävä hoitotyö .....	24
5	TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAUS .....	26
6	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN .....	27
6.1	Opinnäytetyön rakentuminen .....	27
6.2	Toimeksiantajan ja kohderyhmän esittely .....	28
6.3	Opetustapahtuman rakentuminen .....	30
6.3.1	Opetustapahtuma 1 .....	33
6.3.2	Opetustapahtuma 2.....	35
7	OPETUSTAPAHTUMAN ARVIOINTI JA TULOSTEN ANALYSOINTI.....	37
7.1	Itsearviointi.....	37
7.2	Palautteen kerääminen ja analysointi .....	38

8	POHDINTA .....	42
8.1	Jatkotutkimusmahdollisuudet ja työn hyödynnettävyys.....	45
8.2	Eettiset kysymykset .....	45
	LÄHTEET .....	48

## LIITTEET

Liite 1.	Opetustapahtuman tiedote .....	53
Liite 2.	Opetustapahtuman PowerPoint-diat ... <b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>	
Liite 3.	Kyselylomake .....	74

# 1 JOHDANTO

Dementoivien sairauksien lisääntyminen on haasteellinen asia sosiaali- ja terveystalouden alueella niin sosiaalisesti kuin taloudellisesti. Vaikutukset ulottuvat luonnollisesti myös sairastuneeseen ihmiseen itseensä sekä omaishoitajiin. Tulevaisuudessa haasteena on pitkäaikaishoitopaikkojen riittävyys ja niiden rahoittaminen, sillä jo tällä hetkellä enemmistö laitoshoidossa olevista ihmisistä sairastaa jotakin dementoivaa sairautta. (Parjanne 2004, 101–102.)

Topon, Sormusen, Saarikallen, Räikkösen ja Eloniemi-Sulkavan (2007) tekemän havainnointitutkimuksen mukaan dementiaa sairastavan hoitotyössä merkittävimpiä havaittuja puutteita oli vuorovaikutuksessa sekä dementiaa sairastavan ihmisen todellisuuden aidossa ja ymmärtävissä kohtaamisissa. Heidän mukaansa ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa tulisi toteuttaa enemmän asiakkaiden pohjalta suunniteltua toiminnallista ohjelmaa. On myös otettava huomioon, että jokainen dementiaan sairastunut ihminen on yksilö, jolla on takanaan oma persoonallisuus, elämänselitys, elämäntavat sekä sairaudelle altistavat tekijät (Hervonen & Lääperi 2001, 110).

Opinnäytetyömme on kehittämistyö eli käytimme työprosessissamme toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia ja lisäämään niiden ymmärrystä esimerkiksi työyhteisössä (Syrjälä 1994, 30, 33; Metsämuurosen 2002, 181 mukaan.) Opinnäytetyöllämme on hoitotyön laatua kehittävä tarkoitus. Tavoitteenamme oli opetustapahtuman kautta lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta musiikin ja muistelun hyödyntämisestä viriketoimintana dementiaa sairastavien päivittäisessä hoitotyössä. Näin pyrimme vaikuttamaan työntekijöiden suhtautumiseen viriketoimintaa kohtaan. Tavoitteenamme oli myös, että opetustapahtuman avulla viriketoiminnan sisällyttäminen päivittäiseen hoitotyöhön dementiaa sairastavien parissa lisääntyy. Opetustapahtumien pohjana käytimme konstruktivistista oppimiskäsitystä, koska hoitajilla on taustalla koulutusta ja työkokemusta johon uutta tietoa on helppo yhdistää. Keskeisin asia konstruktivisessa oppimiskäsityksessä on, että aikaisempia

kokemuksia hyödynnetään ja uutta opitaan aina aikaisemman tiedon pohjalta (Kallioinen 2001, 40; Tynjälä 61, 72). Aikuisille oppijoille on ehtinyt karttua oman elämäkokemuksensa kautta monipuolista kokemusta, joka toimii omalta osaltaan oppimisen pohjana (Rauste- von Wright & von Wright 1994, 71- 72).

WHO:n kehittämän voimavarakeskeisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning) mukaan toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat vuorovaikutusta ihmisen ja ympäristön välillä. Sairaus tai muu terveydentilaa alentava ongelma aiheuttaa ihmisen elimistöön muutoksia, joiden vuoksi ihmisen aktiivinen osallistuminen vähenee ja avun tarve lisääntyy omatoimisuuden heikentyessä. Yksinkertaistettuna voidaan sanoa, että toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä miten ihminen selviää päivittäisistä toiminnoista fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13; Lyyra & Tiikkainen 2008, 60–61.) Työssämme lähestyimme toimintakykyä tämän WHO:n kehittämän voimavarakeskeisen määritelmän mukaan. Toimintakyvyn määrittely auttoi selkiyttämään kuntouttavan työotteen merkitystä ja vaikutusta toimintakyvyn säilymiselle.

Dementiaa sairastavan ihmisen hoitotyössä kuntouttava työote tulisi olla yksi keskeisimmistä periaatteista, johon kaikki hoitajat työssään sitoutuvat. Hoitopaikassa tulisi toteuttaa kuntouttavaa työotetta ja tukea näin dementoituvan ihmisen selviytymistä sekä omatoimisuutta. Jokaisessa hoitopaikassa tulisi sopia mitä kuntouttava työote tarkoittaa ja miten se näkyy jokapäiväisessä hoitotyössä. (Winblad & Heimonen 2004, 81.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on tukea ja lisätä dementiaa sairastavan ihmisen voimavaroja sekä toimintakykyä ja tällä tavoin parantaa elämänhallinnan tunnetta. Tärkeää on myös parantaa ympäristöä siten, että sen tarjoamat toiminnanmahdollisuudet olisivat hyvät. (Heimonen & Voutilainen 2006, 58.)

Viriketoiminta on ihmistä aktivoivaa toimintaa jolla pyritään ennalta ehkäisemään sekä korjaamaan niitä sairauden aiheuttamia oireita, jotka johtuvat mielekkään ja aisteja akti-

voivan toiminnan puutteesta (Tinell 2001, 96). Viriketoimintaa voidaan toteuttaa monin eri muodoin, mutta opinnäytetyössämme toimme esille viriketoiminnan muodoista musiikin ja muistelun laajan sovellettavuutensa vuoksi. Opinnäytetyössämme halusimme korostaa musiikin ja muistelun helppoa käytettävyyttä päivittäisessä hoitotyössä eritasoista dementiaa sairastavien ihmisen parissa. Halusimme huomioida hoitajien persoonalliset ominaisuudet ja valmiudet hoitotyössä. Näkemyksemme mukaan musiikki ja muistelu ovat viriketoiminnan muodoista sellaisia, jotka sopivat persoonaltaan erilaisten hoitajien käyttöön.

Sairaanhoitajakoulutuksessamme painotetaan kuntoutumista edistävän työtteen merkitystä sekä viriketoiminnan tärkeyttä. Opinnäytetyössämme emme erottele sairaanhoitajia ja lähihoitajia, vaan käytämme yhteistä nimitystä hoitaja. Opinnäytetyömme avulla halusimme tuoda esille hoitajan näkökulman ja roolin dementiaa sairastavien ihmisten hoitotyössä, sekä korostaa viriketoiminnan ja kuntoutumista edistävän hoitotyön merkitystä toimintakyvyn ylläpitämiselle. Koulutuksessamme on ollut melko niukasti ikäänntyneiden hoitotyöhön liittyviä opintoja. Dementoivia sairauksia on myös käsitelty hyvin pintapuolisesti, joten tämän työprosessin avulla halusimme täydentää tietämystämme viriketoiminnan merkityksestä toimintakyvyn tukemisessa dementiaa sairastavalla ihmisellä.



## 2 DEMENTIA SAIRAUTENA

Dementiaa sairastavien ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa merkittävästi. Vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavien määrä kasvaa 78 000:sta 83 000:een seuraavan 10 vuoden aikana. Väestön ikääntymisen vuoksi dementoituneita arvioidaan olevan 105 500 vuonna 2015. (Winblad & Heimonen 2004, 83; Suomen Dementiahoitoyhdistys.) Opinnäytetyössämme käytämme termiä dementiaa sairastava ihminen sekä käsitettä dementoiva sairaus. Emme käytä termiä vanhus, koska dementoivat sairaudet koskevat myös nuorempaa ikäpolvea.

Dementia on oireyhtymä, joka aiheuttaa henkisten toimintojen heikkenemistä. Orientoituminen paikkaan, aikaan ja henkilöihin hämärtyy. Oireyhtymässä tyypillistä on muistin huononeminen, mikä on usein ensioire dementiasta ja ilmenee siten, että ihmisen kyky oppia uutta tai palauttaa mieleen jo opittuja asioita heikkenee. Myös päättelykyvyn sekä toiminnanohjauksen heikkeneminen kuuluvat oireisiin. Toiminnanohjaamisen häiriöt ilmenevät suunnitelmallisuudessa ja kokonaisuuden hahmottamisessa: ihminen vaeltelee, järjestelee tavaroitaan ja availee kaappeja. Touhutessaan sairastunut ihminen saattaa kadottaa tavaroitaan ja näin tapahtuessa hänelle tulee varastamisepäilyjä ja epäluuloisuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 55; Sulkava, Eloniemi–Sulkava 2008, 102 – 104.)

Dementiaan liittyy dysfasia eli kielellinen häiriö, minkä seurauksena ihmisen on vaikeaa löytää oikeita sanoja ja ymmärtää mitä hänelle sanotaan. Apraksia eli tahdonalaisten liikkeiden häiriö liittyy myös dementiaan ja se ilmenee esimerkiksi vaikeuksina pukeutumisessa. Agnosia eli havaintotoiminnan häiriö tulee esille siten, että ihmisellä on vaikeuksia tunnistaa tuttua esinettä ja hän saattaa myös eksyä helposti. Kognitiivisten toimintojen muutokset aiheuttavat ongelmia sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintaan. Nämä oireet kehittyvät hiljalleen ja aiheuttavat huomattavaa heikkenemistä ihmisen toimintakyvyssä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54 – 55; Sulkava 2003, 72.)

## 2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus. Kaikista muistisairauksista Alzheimerin tautia on noin 65–70 prosenttia (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90). Alzheimerin taudissa aivot, erityisesti neuronit, jotka liittyvät muistijärjestelmään, vaurioituvat. Taudin tarkka syntymekanismi ei ole vielä selvinnyt, mutta tutkijat ovat pystyneet selvittämään sille altistavia tekijöitä. Näitä ovat mm. ikä, sukurasite ja naissukupuoli 75 ikävuoden jälkeen. Alhainen koulutustaso on myös altistava tekijä, minkä oletetaan olevan yhteydessä aivojen käyttämättömyyteen. (Sulkava 2001, 75–76.)

Alzheimerin taudin alussa esiintyy etenevää muistin sekä muiden kognitiivisten toimintojen, kuten ajattelun, päätöksen tekemisen, huomiokyvyn, päättely- ja laskemiskyvyn heikkenemistä (Shigeta & Homma, 2007, 333). Taudin edetessä ihmisen lähimuisti heikkenee edelleen ja myöhemmässä vaiheessa ajan- ja paikantaju häviävät, sanat katoavat ja ihminen alkaa käyttää kiertoilmaisuja. Ihmisellä on heikentynyt tai kokonaan kadonnut sairauden tunto, mutta sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät usein hyvinä muistin huonontumisesta huolimatta. Sairauden alkuvaiheessa useat potilaat laihtuvat, joten riittävästä ravitsemuksesta tulee huolehtia. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86.)

Useimmille potilaille kehittyy ekstrapyramidaalisia oireita, joita ovat jäykkyys, hitaus, etukumara asento ja töpöttelevä kävely. Alzheimerin taudin edetessä pidemmälle potilaalle tulee virtsan- ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 87; Sulkava 2001, 74.) Alzheimerin tautia sairastavan ihmisen kävelykyky häviää keskimäärin 5-8 vuoden kuluttua oireiden alkamisesta, minkä seurauksena ihminen joutuu vuodepotilaaksi. Motorisia oireita voidaan vähentää fysioterapialla sekä säännöllisellä liikunnalla. Myös liian varhaista vuodepotilaaksi joutumista voidaan ennaltaehkäistä kävelyttämällä potilasta, venyttelemällä ja huolehtimalla luonnollisten liikeratojen ylläpitämisestä. Naisilla sairauden kesto on pari vuotta pidempi kuin miehillä. Kai-

ken kaikkiaan keskimääräinen sairastamisaika on 10- 12 vuotta. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86- 88.)

## 2.2 Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia

Vaskulaarista dementiaa sairastavia on noin 15–20 prosenttia kaikista dementiaa sairastavista (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90). Vaskulaarinen dementia johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista ja valkean aineen vaurioitumisesta. Oireita ovat yöllinen sekavuus, masennus ja kävelyvaikeudet, joita saattaa ilmetä jo taudin alkuvaiheessa. Oireet saattavat sekoittaa Parkinsonin tautiin, mutta pään kuvantamistutkimukset auttavat erotusdiagnostiikassa. Vaskulaariselle dementialle altistavat verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt ja diabetes ja myös sukurasitteella on merkitystä. (Sulkava 2001, 77–78.)

Muisti ja uuden oppiminen heikentyvät vaskulaarisessa dementiaassa, mutta vähemmän kuin Alzheimerin taudissa. Myös sairautentunto säilyy paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Liikuntakyky puolestaan heikkenee vaskulaarisessa dementiaassa nopeammin kuin Alzheimerin taudissa, ja potilas saattaa menettää kävelykykynsä jo hyvin varhaisessa sairauden vaiheessa ja näin ollen joutua vuodepotilaaksi. Taudin kesto saattaa vaihdella yksilöllisesti hyvinkin paljon ja on keskimäärin 7-8 vuotta. Vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuodot ovat yleisiä yli 85-vuotiailla. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Sulkava 2001, 77.)

## 2.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tautia sairastavia on noin 10–15 prosenttia kaikista muistisairaista eli se on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista. Yleensä tauti alkaa 60- 65 vuoden iässä, mutta taudin alkamisikä saattaa vaihdella suuresti, samoin kuin taudin kestonkin, joka voi olla 2- 20 vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.) Lewyn kappaleilla tarkoitetaan hermosolun sisäisiä, haitallisia jyväsiä joita on aivokuorella ja aivoringossa. Tietokonetomografiatutkimus ja magneettikuvaus toimivat erotusdiagnostisesti niin, että aivoissa ei näiden tutkimusten avulla havaita erityisiä muutoksia. (Sulkava 2001, 79–81.) Lewyn kappaleita on löydettävissä vähemmän Parkinsonin taudissa. Kyseessä on siis Lewyn kappale-tauti jos potilaalla on Parkinson- oireita ja vuoden sisällä niiden alkamisesta ilmestyy myös häiriöitä älyllisessä toiminnassa tai käytöksessä (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90).

Lewyn kappale-taudin oireisiin kuuluvat älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen ja tarkkaavaisuuden ja vireystason vaihtelu erityisesti väsyneenä. Oireita ovat myös näköharhat, aggressiivisuus ja parkinsonismin piirteet. Taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät, mutta Lewyn kappale-taudissa oppimiskykyä ja lähimuistia saattaa olla jäljellä huomattavasti enemmän kuin Alzheimerin taudissa. Ihmisen huumorintaju säilyy myös yleensä hyvänä. Potilaan kanssa pystyy keskustelemaan melko asiallisesti ja on tärkeää muistaa, että Lewyn kappale-tautia sairastavan ihmisen ymmärryksessä ei ole vikaa vaikka sanoja ei enää tulisikaan. Lewyn kappale-tauti ei myöskään yleensä ole perinnöllistä toisin kuin esimerkiksi Alzheimerin tauti. (Sulkava 2001, 79–81; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93- 94. )

#### 2.4 Frontaalinen eli otsalohkodementia

Frontaalinen otsalohkodementia on usein periytyvää ja sairauden kesto vaihtelee suuresti. Sairaus alkaa yleensä verraten nuorella iällä eli 45–65-vuotiaana. Useilla otsalohkodementiaa sairastavilla tunne-elämä latistuu ja iloon tai suruun ei juurikaan reagoita. Asiat koetaan välinpitämättömästi ja sairastuneen on vaikeaa tehdä suunnitelmia. Alo-

tekyky heikkenee ja sairastunut saattaa vain istua vain paikallaan tekemättä mitään. Sairauden edetessä ilmenee vaikeuksia puheen tuottamisessa ja lopulta se voi johtaa puhumattomuuteen. Muisti ei heikkene yhtä vahvasti kuin Alzheimerin taudissa, mikä on tärkeä erotusdiagnostisesti huomioitava seikka. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 93–94.)

Frontaalinen dementia kuuluu ns. harvinaisiin demencioihin, joissa etenevä aivojen surkastuminen painottuu erityisesti otsa- ja ohimolohkoihin. Otsalohkojen toiminta liittyy aloitteellisuuteen, motivaatioon sekä ihmisen estoihin. Otsalohkot vaikuttavat ihmisen toimintojen suunnitelmallisuuteen ja ohjaavat ihmisen toiminnan loogisuutta. Myös kielelliset toiminnot ovat osa otsalohkojen toimintaa. Tyypillinen frontaalisen demencian oire on impulssien kontrolloimattomuus, jolloin potilaan käytös muuttuu sopimattomaksi ja puheet voivat muuttua seksuaaliskorostuneeksi. Potilas saattaa myös kiroilla paljon. On tärkeää ottaa huomioon, ettei sairastunut itse tiedosta sopimatonta käytöstään. (Sulkava 2001, 82; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92- 93. )

### 3 VIRIKETOIMINTA DEMENTIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖSSÄ

#### 3.1 Määrittelyä

Viriketoiminnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia vanhuksen hyvinvoinnille, sillä sosiaalinen aktiivisuus ja vapaaehtoistoiminta vaikuttavat ihmisen eliniän pituuteen. Esimerkiksi perhetapaamiset ja seurakunnan toimintaan osallistuminen ovat merkittäviä asioita vanhuksen hyvinvoinnille (Teinonen, Isoaho & Kivelä 2007, 14- 15.) Dementiaa sairastavat ihmiset hyötyvät merkittävässä määrin yhteisestä laulutuokiosta, ohjatusta liikunnasta ja muusta heille järjestetystä toiminnasta, riippumatta siitä onko dementian vaikeusaste lievä, keskivaikea vai vaikea (Topo ym. 2007, 88).

Eri aistikanavia, kuten kuuloa, hyväksikäyttäen dementiaa sairastavalle voidaan tarjota mahdollisuuksia minäkuvaa tukeviin ja mielihyvää tuoviin toimintoihin. Musiikin kuuntelu on yksi näistä keinoista. Kyky vastaanottaa taiteen eri muotoja säilyy kauan ja sen kautta voidaan saada esille kommunikaatiokyvyn heikentymisen takana piileviä voimavaroja, vaikka mahdollisuudet sanalliseen vuorovaikutukseen ja itseilmaisuun olisi menetetty. (Punkanen & Eloranta, 2008, 126–127.)

Virikkeellinen toimintaterapiaryhmä on sopiva kuntoutusmuoto kun tavoitteena on parantaa dementiaa sairastavan ihmisen elämänlaatua. Tärkeintä on yhdessä oleminen ja tekeminen, ei niinkään täydellinen lopputulos ja tekemisen hyödyllisyys. Toimintaterapeutillisella ryhmätoiminnalla voidaan vahvistaa yksilön uskoa itseensä ja tukea tunnetta oman elämänsä hallitsijana. Omien persoonallisten ominaisuuksien hyödyntäminen ja tilanteeseen antautuminen tarjoavat onnistumisen kokemuksia ohjaajille ja myös ryhmään osallistujille. (Sillman & Väänänen 2005, 48–50.)

Kaikissa dementiaa sairastaville tarkoitetuissa hoitokodeissa ei ole lainkaan toimintaterapeuttia, joten näkemyksemme mukaan toiminnallisen viriketoiminnan järjestäminen kuuluu hoitajien tehtäviin resurssit huomioon ottaen. Hoitajat eivät voi toteuttaa toimintaterapiaa sen varsinaisessa merkityksessä, koska heillä ei ole siihen vaadittua pätevyyttä. Tavoitteet voivat olla samansuuntaisia kuin toimintaterapiaryhmässä, mutta hoitajan työssä toiminnallista viriketoimintaa tulisi toteuttaa omien henkilökohtaisten valmiuksien pohjalta.

Viriketoiminnan järjestäminen dementiaa sairastavalle vaatii hoitajalta luovuutta ja kykyä löytää uusia toimintatapoja ja ratkaisuja menetetyn toimintakyvyn tukemiseksi. Hoitajan on myös osattava tunnistaa asiakkaan jäljellä olevat kyvyt ja voimavarat sekä löydettävä yksilöllisiä mielenkiinnonkohteita ja kyettävä suunnittelemaan yksilöllistä hoitoa näiden pohjalta (Tinel 2001, 96–97.) Erityisen tärkeää on aikuisen minäkuvaan tukeva virikkeellinen toiminta, joka tarjoaa dementoituneelle onnistumisen kokemuksia ja tukee sitä kautta ihmisen omanarvontuntoa (Winblad & Heimonen 2004, 81). Viriketoimintaa tulisi kehittää siihen suuntaan, että samantyyppiset asiakkaat sairauden eri vaiheissa olisivat omissa ryhmissään. Näin toimimalla viriketoiminnan kehittämisessä voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän erilaisia kuntoutus- sekä terapiamenetelmiä. (Tinel 2001, 97.)

### 3.2 Musiikki viriketoimintana

Musiikkiterapialla tarkoitetaan kuntoutus- ja hoitomuotoa, jossa musiikkia käytetään vuorovaikutuksen välineenä yksilöllisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Musiikkiterapiaa voidaan käyttää joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Suomessa musiikkiterapiaa alettiin käyttää 1960-luvulta alkaen ja Suomen musiikkiterapiayhdistys perustettiin vuonna 1973. Musiikkiterapian käyttöalueita ovat esimerkiksi kommunikaatiohäiriöt ja neuro-

logiset ongelmat. Musiikkiterapia on käytännössä luova prosessi, jossa musiikkia käytetään välineenä, ei itsetarkoituksena. Menetelminä käytetään esimerkiksi laulamista, kuuntelua ja liikkumista musiikin tahtiin. Musiikki aktivoi alitajuntaa ja sen avulla pyritään paljastamaan tiedostamatonta. Musiikin kautta vaikeita asioita voi käsitellä turvallisesti, koska musiikin avulla asioihin muodostuu symbolinen etäisyys. (Suomen musiikkiterapiayhdistys 2009.)

Musiikkiterapian tavoitteet vanhusten hoidossa ovat Ahosen (2000, 23) mukaan masennuksen vähentäminen, itsenäisyyden lisääminen, sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja fyysisten toimintojen parantaminen. Tavoitteisiin kuuluu myös muistin ja muistojen virittäminen, elämän kertausprosessissa auttaminen, todellisuuteen orientoituminen, itsetunnon ja omanarvon parantaminen, eletyn elämän tarkoitukselliseksi kokeminen ja tunteiden purkaminen ja läpityöskentely.

Musiikin hyödyntäminen dementoituneiden kuntouttamisessa on yksi käytetyimmistä viriketoiminnan muodoista. Musiikki mahdollistaa yhteyden muistoihin ja jokin tietty, merkittävä laulu saattaa koskettaa ihmistä vielä silloinkin kuin muunlaista kontaktia ei enää saada. (Tinell 2001, 99.) Musiikki voi olla lohduttavaa, jäsenneily ilmaisutapa ja terapeutin väline. Musiikkia voi soveltaa yksilöllisesti ja se voi tarjota mahdollisuuden luovaan ja mielikuvitukselliseen itseilmaisuun. (Ebersole 2004, 711.) Musiikin avulla voidaan tukea ihmisen persoonallisuutta sekä luoda mahdollisuus vuorovaikutukseen heille, joiden kielellinen kommunikointi kyky on heikentynyt. Musiikin sisälle on tallentunut paljon tunteita ja hetkiä ihmisen eletystä elämästä. Musiikilla voidaan näin vahvistaa elämyksellisellä tasolla dementoituneen tunnetta olemassaolostaan, sekä antaa hänelle mahdollisuus kokea siihen saakka eletyn elämän tunteita ja tapahtumia. (Pirttilä 2004, 17; Taipale 2000, 67, 70.)

Hengelliset laulut sekä virret ovat tärkeässä asemassa ikäihmisten elämässä ja niihin liittyy rakkaita muistoja ja turvallisuuden tunnetta. Hengelliset laulut sekä virret tuovat myös lohdutusta (Tinell 2001, 99.) Dementoituneen ihmisen näkökulmasta musiikin



suomat mahdollisuudet ymmärtämisen apuvälineenä ovat hyvin merkittäviä: yhdessä laulettu tuttu ja merkittävä laulu aktivoi voimakkaasti dementoitunutta ihmistä ja luo hänelle halun päästä kommunikoimaan mieleen tulleista asioista (Taipale 2000, 71).

Sherrattin, Thorntonin ja Hattonin (2004) tekemän havainnointitutkimuksen mukaan musiikin ja erityisesti elävän musiikin käytöllä on yhteys keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavien ihmisten hyvinvointiin. Lisäetuna musiikki tarjoaa mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen ja ei-sanalliseen viestintään. Tinellin (2001, 100) mukaan erityisesti vanhoilla tanssikappaleilla on todettu olevan hoitavaa merkitystä dementiaa sairastavien parissa. Musiikkituokioon voidaan sisällyttää istumatanssia tai kädestä pitämistä, jolloin luodaan myös läheisyyden tunnetta.

Yhteinen musiikkiterapiatuokio voi edetä esimerkiksi niin, että ensin kuunnellaan rauhoittavaa musiikkia, sitten siirrytään muistoihin nuoruuden ajan musiikin avulla ja lopuksi voidaan kuunnella jotakin iloista tai rauhoittavaa, jotta mieleen palautuisi nimenomaan onnellisia muistoja. Musiikki voi tällöin toimia dementoituneita yhdistävänä tekijänä kun kuulijat istuvat yhdessä ja kuuntelevat tunteita herättävää musiikkia. Tunteet saavat vaihdella ilosta suruun, sillä tunteiden avulla dementoitunut pystyy säilyttämään osaltaan yhteyden omiin tunteisiinsa ja persoonallisuuteensa. (Ahonen 2000, 288.) Musiikilla dementoituneelle voidaan luoda tiettyä järjestystä muutoin ehkä sekavaan olotilaan ja samalla jäsentämään päivän kulkua. Jos hoitokodissa järjestetään päivittäin tiettyyn aikaan musiikkituokio, antaa se mahdollisesti dementoituneelle jonkinlaisen käsityksen ajasta. (Clair 1990, 1996b, Smith 1990, 343.)

### 3.3 Muistelu viriketoimintana

Vanhuusiän muistelemisen tutkimuksen uranuurtaja on 1960-luvulta lähtien amerikkalainen psykiatri ja gerontologi Robert Butler. Jo vuonna 1963 Butler käsitteli artikkelissaan muistelemista ja eletyn elämän tarkastelua mentaalisisinä prosesseina, jotka liittyvät

psykkiseen hyvinvointiin vanhuudessa. Hän käyttää artikkelissaan termiä ”life review” jonka voi suomentaa elämäntarkasteluksi. Elämäntarkastelu on Butlerin mukaan prosessi jossa varhaisemmat merkitykselliset kokemukset ja ratkaisemattomat ristiriidat aktivoituvat uudelleen. Tämä tapahtuu Butlerin mukaan siksi, että ihminen oivaltaa oman rajallisuutensa ja kuoleman väistämättömyyden. (Butler 1963, Saarenheimon 1997, 34 mukaan.) Muistelu on erityisen tärkeää dementiaa sairastavalle ihmiselle, koska sen avulla hän voi säilyttää yhteyden itseensä muistin heikentyessä. Muistelun kautta hoitaja voi myös saada hoidollisesti arvokasta tietoa ihmisestä ennen kuin dementia etenee sille asteelle, ettei hän enää pysty kommunikoimaan sanallisesti. Laitoshoidossa muistelu on tärkeä keino torjua eristäytyneisyyttä ja tunnetta siitä, ettei ihminen ei kuulu yhteisöön. Muistelun avulla dementiaa sairastava voi tuntea yhteenkuuluvuutta muiden kanssa ja tätä kautta hän ei eristäydy niin helposti. (Walsh 2006, 81, 83.)

Muistelu on viime vuosien aikana tullut suosituksi aiheeksi hoitotyössä. Muistelu onkin dementoituneiden ihmisten hoidossa yksi monipuolisimmista toimintamuodoista, sillä muistelu kuuluu oleellisena osana ihmisen olemukseen. Muisteluhetki antaa myös mahdollisuuden onnistumisen elämyksiin ja yhteinen hetki vanhojen asioiden parissa voi auttaa kahta ihmistä saamaan yhteyden toisiinsa. Muisteluhetken mahdolliset tavoitteet riippuvat siitä, mitä dementian astetta ryhmän jäsenet sairastavat (Mäki 1998, 103, 106–107.) Muistot luovat myös merkityksen sille kuka olen ja mikä merkitys elämällä on ollut. Merkityksen antaminen muistoille on tärkeää ihmisen psyykkiselle ja sosiaaliselle kehitykselle. (Tinell 2001, 98.)

Muistelu vaikuttaa ihmisen mielialaan kohottavasti ja nostaa itsetuntoa. Se tarjoaa pakokeinon nykyhetkestä ja hyvistä muistoista voi saada voimia vaikeissa elämän vaiheissa (Mäki 1998, 103). Muisteluhetkessä on tärkeää huomioida, että tunnelma on rauhallinen ja turvallinen (Tinell 2001, 98). Muistelu saattaa herättää luonnollisesti myös negatiivisia tunteita kuten ikävää ja ahdistuneisuutta. Vaikka muisteluhetken sisältö saattaa pysyä dementoituneen mielessä vain pienen hetken niin silti lyhytkin muisto ja muistaminen saattaa tuoda turvallisuuden tunnetta (Pennanen, Puumalainen & Tukiainen

nen 2006, 77.) Dementoituneen ihmisen lähimuisti huononee, mutta hän kykenee muistamaan hyvin tunnelmia ja tunnetiloja. Näin tapahtuessa ihminen sekoittaa tämänhetkisen elämän kokemukset menneisyydessä tapahtuneisiin asioihin ja ihmisiin. Dementiaa sairastavien parissa työskentelevältä hoitajalta vaaditaan tämän vuoksi kykyä ymmärtää dementoituneen hätäntymisen todellinen syy ja taitoa vastata tähän ihmisen hätään. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102.)

Muisteluhetket tulisi aina aloittaa ja lopettaa samalla tavalla. Aloituksena voi olla esimerkiksi sama tervehdys tai laulu joka kerralla, samoin tuokio voidaan päättää tuttuun lauluun tai kättelykierrokseen. Muistelutuokioissa hoitaja oppii joka kerta uusia asioita hoidon kohteena olevista ihmisistä ja tämän tulisi lisätä hoitajan kykyä suhtautua potilaisiin yksilöllisesti ja hienotunteisemmin. (Mäki 1998, 110- 111.) Dementoituneen elämänhistorian tunteminen auttaa hoitajaa potilaan negatiivisten tunnetilojen käsittelyssä, sekä helpottaa hoitajaa huomioimaan osallistujien kokemuksia ja mielenkiinnon kohteita (Pennanen ym. 2006, 77). Ohjaajan tulee pyrkiä siihen, että ilmapiiri on hyväksyvä ja positiivinen (Pennanen ym. 2006, 77; Silman & Väänänen 2005, 31). Osallistujien puhuttelu etunimellä tuo jokaiselle tervetulleen olon ja luo kodikkaan ilmapiirin (Silman & Väänänen 2005, 31). Lisäksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan tilanteen täydellistä ymmärtämistä, sekä hyvää tilannetajua ja kykyä käyttää huumoria hyväkseen (Mäki 1998, 107,112).

Muistelutilanteet voivat olla erilaisia ja muistelua voidaan toteuttaa ryhmässä tai yksilötoimintana. Tuokiot voidaan toteuttaa joko kertaluontoisena tai säännöllisesti toistuvana ja tilanne voidaan suunnitella etukäteen tai toteuttaa täysin ennalta suunnittelematta. Kestoltaan ne voivat olla hyvinkin lyhyitä tai puolestaan kestää useita päiviä. Onnistuakseen muistelutilanteelle tarvitaan häiriötön, rauhallinen tila. Paras vaihtoehto on muisteluhuone tai –nurkkaus, erityisesti silloin jos muistelutuokioita järjestetään säännöllisesti. Huonekalut tulisi olla vanhoja eli sellaisia, jotka ovat olleet käytössä nykypäivän vanhuksilla lapsuuden ja nuoruuden kodeissaan. Sisustuksen, kuten valaisimien, matto-

jen ja verhojen tulisi olla vanhoja ja erilaiset vanhat työkalut, kuten pyykkilauta tai suutarin työkalut auttavat virittäytymään muistelutunnelmaan. (Mäki 1998, 110–115.)

Muistelussa voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä kuten valokuvia, selkokirjoja tai muistelukortteja. Muistelun yhteydessä tulisi hyödyntää huumoria, sillä esimerkiksi murteeseen liittyvillä asioilla tai kaskuilla voidaan luoda rentoutta, naurua ja hyvää oloa dementoituneelle. (Tinell 2001, 98–99.) Täytyy kuitenkin huomioida ettei muistelun tarvitse aina sijoittua kaukaisiin asioihin, myös lähimuistelulla on tärkeä merkitys esimerkiksi uuteen paikkaan sopeutumisessa. Lähimuistelun avulla voidaan huomaamatta kerrata ja näin muistella tehtyjä asioita, kuten esimerkiksi ulkoilua tai omaisten vierailua. (Mäki 1998, 112.)

#### 4 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

Kuntoutumista edistävä hoitotyö tarkoittaa sitä, että pyritään palauttamaan toimintakyvyn taso parhaalle mahdolliselle tasolle tai säilyttämään se ennallaan. Mahdollisiin riskitekijöihin puuttuminen, sekä hyvän elämänlaadun tavoittaminen ovat osa kuntoutumista edistävää hoitotyötä. (Nolan & Nolan 1998, Young, Brown, Foster & Clare 1999; Vähäkankaan 2008 mukaan, 145.)

Kuntoutuksen tulisi olla suunnitelmallista sekä tavoitteellista, ja toteutuksessa tulisi noudattaa jatkuvuuden periaatetta (Heimonen 2004, 55). Hoitotyölle asetettavat tavoitteet muuttuvat dementoivan sairauden edetessä, jolloin toimintakyky heikkenee. Lievässä dementian vaiheessa olevaa ihmistä tuetaan itsenäiseen elämään ja voidaan myös löytää uusia toimintatapoja heikentyneiden osa-alueiden tukemiseksi. Keskivaikeassa dementiassa korostuu toimintakykyä ylläpitävä toiminta. Vaikeassa dementoivan sairauden vaiheessa ihmisen elämäntarinan jatkuvuutta tukeva hoito on merkityksellisessä asemassa. Tällöin hoidon kulmakiviä ovat yksilöllisyyden ja persoonallisuuden kunnioittaminen ja vuorovaikutustaitojen sekä liikuntakyvyn säilymisen tukeminen yhdessä yksilöllisten voimavarojen huomioimisen kanssa. (Heimonen 2004, 55; Heimonen & Voutilainen 2006, 58.) On tärkeää hankkia tietoa sairastuneelle ihmiselle tärkeistä rooleista hänen elämänsä aikana: mistä asioista hän on pitänyt ja mistä ei, mitkä asiat ovat luoneet turvallisuuden tunnetta ja mitkä puolestaan aiheuttaneet pelkoja tai ahdistaneet. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.)

Dementiaa sairastavien kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteita ovat inhimillisten oikeuksien sekä yksilöllisyyden kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen sekä jäljellä olevien ja jo heikentyneiden kykyjen tunnistaminen sekä toimintakyvyn tukeminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.) Yksilöllisyydellä kuntouttavassa hoitotyössä tarkoitetaan sitä, että kuntoutuksen tavoitteiden ja keinojen valinnassa otetaan huomioon ihmisen elämäntilanne, ikä, dementoivia oireita aiheuttava sairaus ja sairau-

den vaikeusaste (Heimonen 2004, 55). Dementiaa sairastaville ihmisille suunniteltu hoitokoti tulisi olla kodinomainen, tarjota virikkeitä sekä yksilöllistä hoitoa (Sulkava 2003, 87–88).

Dementoiva sairaus on parantumaton, joten sosiaali- ja terveystalvelujen lähtökohtana tulisi olla sairastuneen ihmisen elämänlaadun edistäminen. Elämänlaatu on käsitteenä moniulotteinen ja sen kokeminen on jokaiselle ihmiselle erilainen, sillä elämänlaadun kokemiseen vaikuttaa ihmisen elämänavaiheet ja tilanteet. Dementiaa sairastavan elämänlaatua edistää laadukas hoito ja ammattitaitoinen henkilökunta. (Heimonen 2004, 65.) Toimintakykyä ja elämänlaatua tukevassa hoitotyössä tarvitaan tunnetietoa, joka on kykyä havaita, tunnistaa ja vastaanottaa dementiaa sairastavan ihmisen tunteita (Heimonen & Voutilainen 2006, 59).

Jokaisella hoitajalla on oma persoonallinen tapansa toteuttaa hoitotyötä. Myös jokainen dementiaa sairastava ihminen on yksilö, jolla takanaan omanlainen elämänhistoria. Hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa sovittaa yhteen oma elämäntilanteensa sekä dementiaa sairastavan ihmisen yksilöllisyys. Kuntoutumista edistävä hoitotyö tulisi olla luonnollinen osa dementiaa sairastavan saamaa päivittäistä hoitoa, ja hoitajan perusammattitaitoa jota tulisi jatkuvasti kehittää.

Jotta hoitaja voisi toteuttaa toimintakykyä ja elämänlaatua tukevaa hoitotyötä, häneltä vaaditaan laajaa teoreettista tietopohjaa ja taitoa yhdistää erilaista tietoa yksilöllisen hoidon ja elämänlaadun tukemiseksi. Hoitajan tulee noudattaa eettisiä periaatteita, kuten ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Hoitajan on myös luotava sairastuneelle mahdollisuuksia tehdä valintoja. Hoitotyötä tulisi toteuttaa kokonaisvaltaisesti sekä joustavasti, hyödyntäen monipuolista tietotaitoa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 59.)

Itsemääräämisoikeus on tärkeimpiä perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvista periaatteista. Se voidaan määritellä jokaisen toimintakykyisen ihmisen oikeudeksi päättää asioista, jotka koskevat ihmistä itseään. Itsemääräämisoikeuden tukeminen on käytännössä sitä, että vaikka ihminen ei aina kykenisikään täydelliseen itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen, tulisi dementiaa sairastavalle ihmiselle kuitenkin antaa valinnanmahdollisuuksia jokapäiväisissä tilanteissa huomioiden hänen kognitiivisten taitojensa taso. Dementiaa sairastavan ihmisen itsemääräämisoikeutta tulisikin kunnioittaa koko sairauden ajan. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57–58; Mäki-Petäjä-Leinonen, 2004, 15–16.)

#### 4.1 Vuorovaikutuksen ja viestinnän merkitys kuntoutumista edistävässä hoitotyössä

Vuorovaikutustaidot ovat merkittävässä asemassa dementiaa sairastavan ihmisen hoitotyössä. Ihmiselle itselleen dementoiva sairaus tuo vaikeutta sanojen löytämiseen ja niiden ymmärtämiseen, ja lähellä oleville ihmisille haasteeksi muodostuu puolestaan ymmärtää sanottua ja hyväksyä sairastuneen ihmisen muuttunut todellisuus. Sairauden edetessä vaikeampaan vaiheeseen ei-sanallinen viestintä korostuu. Sairastuneen ihmisen tulkitseminen ja ymmärtäminen muuttuvat myös vaikeammaksi. Vuorovaikutuksessa muistisairaana potilaan kanssa hoitajalla onkin hyvä mahdollisuus käyttää sanattoman viestinnän keinoja, jos hoitaja kokee niiden vastaavan potilaan sen hetkiseen tunnekokemukseen. (Sulkava & Eloniemi- Sulkava 2008, 105; Topo ym. 2007, 120.) Sanatonta viestintää on esimerkiksi koskettaminen, äänensävy- ja paino sekä hoitajan ilmeet ja eleet hoitotilanteissa.

Hoitotilanteisiin ja avun antamiseen liittyy lähes aina fyysinen kosketus, ja kosketuksessa tulisi välittyä hoitajan kunnioitus ihmisen koskemattomuutta ja itsenäisyyttä kohtaan. Koskettamisella hoitaja voi myös viestiä välittämisestä, auttamisen halusta ja sairastuneen omaan aktiivisuuteen kannustamisesta. Kova tai satuttava kosketus vastavuoroisesti heikentää ihmisen omatoimisuutta. Hoitajan tulisikin tiedostaa kosketuksensa sisältämä viesti, jolloin hän voisi muuttaa kosketustaan kuntouttavaksi, empaattisuutta sisältä-

väksi työotteeksi. Auttamiseen liittyvä kosketus tulisi olla rauhallinen, varmaotteinen ja laajalle alueelle tuleva. Kosketuksen kokemiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten tilanne ja kulttuuri. Myös lapsuuden ja oman elämän aikana koetut kosketuskokemukset ovat läsnä jokaisessa kosketustilanteessa. (Routasalo 1998, 171–176.)

Dementiaa sairastavan kanssa keskustelutilanteissa on puhuttava rauhallisesti ja selkeällä äänellä, sillä levollinen asennoituminen sairastuneeseen lisää luottamuksen tunnetta ja puolestaan vähentää ahdistusta. Sairastuneelle ihmiselle tulisi antaa riittävästi aikaa tarvitsemiensa sanojen löytämiseen ja itsensä ilmaisuun. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 195.) Avoin ja empaattinen suhtautuminen dementiaa sairastavaan ihmiseen, sekä lämmin ja vastavuoroinen ilmapiiri luovat pohjan hyvälle, tasavertaiselle kohtaamiselle hoitotilanteissa (Heimonen & Voutilainen 2006, 61).

#### 4.2 Toimintakyky ja kuntoutumista edistävä hoitotyö

On tärkeää osata hahmottaa toimintakyvyn eri osa-alueiden vaikutus toisiinsa, sillä viriketoiminnalla ja kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä voidaan tukea ihmisen toimintakykyä kaikilla osa-alueilla. Toimintakyky -käsitettä voidaan määritellä voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn mukaan tai todettuna toiminnanvajautena. Toimintakyky käsitteenä liittyy hyvin laajalla alueella ihmisen hyvinvointiin. (Voutilainen 2006, 24.)

Ihmisen ollessa toimintakykyinen hän kokee selviytyvänsä jokapäiväisistä toiminnoista fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. Yhden toimintakyvynalueen muutos vaikuttaa myös kaikkiin muihin alueisiin. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen lisää ihmisen innokkuutta osallistua, ja näin ollen sosiaalinen toimintakyky paranee fyysisen toimintakyvyn myötä. Fyysisiä toimintakyvyn edellytyksiä ovat yleiskestävyys, lihaskunto sekä erilaisten liikkeiden hallintakyky, näihin kuuluvat koordinaatio-, reaktio- ja



tasapainokyky. Psykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, miten ihminen kykenee suunnittelemaan elämäänsä ja tekemään tietoisia valintoja sekä ottamaan vastuuta omasta elämästään ja tekemistään valinnoistaan. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä solmia ihmissuhteita perheessään, ystäväpiirissään ja työelämässä. Kognitiiviset kyvyt kertovat siitä, miten ihminen kykenee ottamaan vastaan tietoa, käsittelee sitä sekä muodostaa erilaisia käsityksiä ympäristöstään. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13; Kettunen, Kähäri-Wiik ym. 2002, 20.)

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAUS

Opinnäytetyömme sopii erinomaisesti toteutettavaksi toimintatutkimuksena, koska tämän tutkimusmenetelmän avulla opinnäytetyömme tarkoitusta on luonnollisinta ottaa käsittelyyn. Yhteistyökumppanimme on suhteellisen uusi työyhteisö, jossa ei ole vielä vakiintuneita käytäntöjä hoitotyön toteuttamisessa, joten muutosprosessin ei välttämättä tarvitse olla niin radikaali. Toimintatutkimuksella tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja sen vaikutusten seuranta (Cohen & Manion 1995, Metsämuurosen 2002, 181 mukaan).

Toimintatutkimus on luonteeltaan tilanteeseen sidottua, osallistuvaa, yhteistyötä vaativaa ja itseään tarkkailevaa. Sen avulla pyritään saamaan vastaus johonkin käytännön ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Toimintatutkimus on usein koko työyhteisöä koskeva muutosprosessi. Toimintatutkimuksen toteuttamiseen tarvitaan yksittäisenkin työntekijän sitoutumista. (Metsämuuronen 2002, 181.) Toimintatutkimus soveltuu käytettäväksi esimerkiksi kun halutaan tarjota koulutusta työyhteisön sisällä tai työskentelyyn halutaan uusia näkökulmia. Toimintatutkimusta voidaan käyttää myös jos halutaan parantaa työntekijöiden ja tutkijoiden välistä kommunikointia. (Cohen & Manion 1995, 188–189; Metsämuurosen 2002, 182 mukaan.)

Toimintatutkimusprosessin kulku etenee Cohenin ja Manionin (1995) mukaan seuraavasti: Arkipäivän tilanteesta lähtevä ongelma identifioidaan, arvioidaan ja muotoillaan. Tämän jälkeen pyritään järjestämään alustava keskustelu asiaan liittyvien osapuolten kesken. Seuraavaksi perehdytään aiempaan tutkimuskirjallisuuteen ja tutkimusongelmaa muokataan ja määritellään mahdollisesti uudelleen. Seuraava vaihe on tutkimuksen käytännön kulun ja arvioinnin suunnittelu sekä projektin käynnistäminen. Lopuksi aineisto tulkitaan ja projektista tehdään arviointia. (Metsämuurosen 2002, 183 mukaan.)

## 6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Opinnäytetyön rakentuminen

Syksyllä 2008 aloimme miettiä opinnäytetyömme aihetta. Olemme molemmat kiinnostuneita vanhustenhoidosta ja pidämme työskentelystä vanhusten parissa. Jo alussa meille molemmille oli selvää, että haluamme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska molemmat olemme käytännönläheisiä ja haluamme nähdä tuloksen konkreettisena emmekä vain tutkimustuloksina ja tilastoina. Halusimme myös, että opinnäytetyöllämme olisi konkreettista käytännön arvoa. Työstimme ideaamme ohjaajamme Marja Äijön kanssa, ja lopullinen suunnitelma opinnäytetyöstämme alkoi hahmottua. Päädyimme suunnittelemaan opetustapahtumaa hoitohenkilökunnalle. Tavoitteenamme oli, että viriketoiminnan sisällyttäminen päivittäiseen hoitotyöhön dementiaa sairastavien parissa opetuksen kautta lisääntyä. Halusimme vaikuttaa opetustapahtuman kautta työntekijöiden suhtautumiseen viriketoimintaa kohtaan, sekä painottaa kuntouttavan työotteen merkitystä ja parantaa näin hoitotyön laatua.

Keväällä ja kesällä 2009 perehdyimme aiheeseemme ja etsimme työtämme varten teorian tietoa. Aiheesta löytyi runsaastikin kirjallisuutta, joissa käsiteltiin dementoivia sairauksia, viriketoimintaa ja musiikkia sekä muistelua viriketoiminnan muotoina. Käytimme lähteiden valintaperusteena vuosilukua ja pyrimme käyttämään 2000-luvulla julkaistuja teoksia. Joissakin tapauksissa jouduimme hyväksymään vanhempiakin teoksia, koska uudempia ei aiheesta ollut. Viriketoiminnan ja kuntoutumista edistävän työotteen vaikuttavuudesta löytyi hyvin niukasti varsinaista tutkimustietoa. Aihetta oli käsitelty opinnäytetöissä ja pro gradu – tutkielmissa. Aiheesta oli tehty esimerkiksi viriketoiminnan ohjauksiansioita henkilökunnalle. Käytimme toimintaterapeutin tekemää laadullista opinnäytetyötä lähteenä, vaikka hoitotyön näkökulma ei siinä varsinaisesti tullut esille. Seurantatutkimuksia hoitotyön näkökulmasta viriketoiminnan vaikuttavuudesta oli vaikeasti löydettävissä.

Tarvitsimme yhteistyökumppaniksi hoivakodin, jonka henkilökunta olisi kiinnostunut ottamaan vastaan koulutusta opetustapahtuman muodossa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja viriketoiminnasta. Heidi oli ollut muutamia kertoja töissä Saariston hoivakeskuksessa ja hänellä oli ollut ohimennen puhetta Saariston hoivakeskuksen johtajan kanssa opinnäytetyöstämme ja viriketoiminnan merkityksestä dementiaa sairastavien ihmisten hoidossa. Hoivakeskus oli ollut toiminnassa vasta puolisen vuotta ja viriketoiminta oli joiltakin osin vielä jäsentymätöntä, joten johtaja halusi ottaa uusia ideoita vastaan. Näin päädyimme tekemään yhteistyötä Saariston hoivakeskuksen henkilökunnan kanssa. Mielestämme kyseinen hoivakeskus soveltui hyvin yhteistyökumppaniksi, koska heillä ei ollut vielä syvälle juurtuneita toimintamalleja.

## 6.2 Toimeksiantajan ja kohderyhmän esittely

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Saariston hoivakeskus, joka sijaitsee Kuopion Saaristokaupungissa. Keskus on suhteellisen uusi yksikkö, sillä se aloitti toimintansa helmikuussa 2009. Hoivakeskuksessa hoidetaan asukkaita, jotka tarvitsevat jatkuvaa hoivaa ja tukea ympäri vuorokauden. Asukkailla on käytössään oma huone, jonka he saavat kalustaa oman mielensä mukaan. Hoivakodissa on myös kahden hengen huoneita. Hoivakeskuksen toimintaperiaatteisiin kuuluu yksilöllisen huolenpidon ja tukipalveluiden lisäksi kuntouttavan työotteen sekä viriketoiminnan käyttö hoitotyössä. Fysioterapeutti osallistuu hoitajien peruskuntouttavaan työhön laatimalla asukkaille kuntouttavan viikko-ohjelman ja viriketoimintaa asukkaille järjestetään esimerkiksi leipomistuokioiden avulla. (Attendo MedOne Oy, 2009.)

Saariston hoivakeskuksessa oli ensitutustumiskäyntimme (7.9.2009) aikaan johtajan mukaan 90 asukasta. Hoivakeskukseen pystytään ottamaan kaikkiaan 112 potilasta/asukasta. Hoivakeskuksessa on vuodeosasto sekä 5 ryhmäkotia. Asukkaat tulevat hoivakeskukseen asumaan oman kuntansa maksusitoumuspäätöksellä ja sopimuksen tarkempi sisältö määräytyy ns. asumispalvelumaksun perusteella. Asumispalvelumak-

sun suuruutta määriteltäessä otetaan huomioon asiakkaan kaikki nettotulot. Tuloista vähennetään esimerkiksi lääkärin määräämät reseptilääkkeet, joista vähennetään omavastuuosuus kuukautta kohden. Hoito- ja palvelukodin perimä vuokra vähennetään myös asiakkaan nettotuloista. Vähennysten jälkeen jäävästä osuudesta muodostuu asumispalvelumaksu (Kuopion kaupunki: kotihoito ja vanhustyö 2009).

Johtajan mukaan hoivakeskuksen asukkaiden senhetkinen keski-ikä on 83 vuotta. Vanhin on 98-vuotias ja nuorin 61-vuotias. Naisia on enemmän kuin miehiä. Lähes kaikilla hoivakeskuksen potilailla ja asukkailla on jonkinasteinen muistisairaus ja dementian vaikeusaste vaihtelee eri asukkailla. Toimintakyky on vaihtelevaa, valtaosa asukkaista liikkuu apuvälineen, kuten esimerkiksi rollaattorin, avulla. Kukaan asukkaista ei ole täysin omatoiminen, vaan valtaosa tarvitsee vähintäänkin ohjausta päivittäisiin toimiinsa. Saariston hoivakeskuksen toimintaperiaatteisiin kuuluu turvallisuus ja jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen. Toimintakykyä pyritään myös mahdollisuuksien mukaan kasvattamaan. Asukkaille tarjotaan kodinomainen ympäristö ja esimerkiksi oman yksinön sisustaminen luo monelle kodin tuntua. Asukkaat tulevat hoivakotiin loppuelämän hoitoon, joten saattohoito on mahdollista hoivakodin asukkaille.

Fysioterapeutin lisäksi hoitohenkilökunta pyrkii ulkoilemaan asukkaiden kanssa mahdollisimman paljon etenkin kesäaikaan. Fysioterapeutti järjestää asukkaille ryhmätöimintana esimerkiksi tuolijumppaa. Viriketoiminnan merkitys korostui monessa eri yhteydessä. Musiikki eri muodoissaan, pelit, muisteluhetket, elokuvat, leipominen, askartelu ja tanssi ovat Saariston hoivakeskuksessa käytettyjä viriketoimintamuotoja. Myös oman elämänsä historian esiin tuominen esimerkiksi valokuvien avulla korostuu joidenkin asukkaiden kohdalla. Tämä edistää myös sopeutumista uuteen ympäristöön.

Hoivakeskuksen toimintatavat ovat johtajan mukaan vielä pääosin jäsentymättömiä ja viriketoiminnan järjestäminen on eri hoitajien varassa ja siten vaihteleva käytäntö eri ryhmäkodeissa. Johtaja toivoikin, että opinnäytetyömme avulla hoitajat saisivat uusien

ideoiden lisäksi käyttöönsä helppotajuista ja käytännönläheistä materiaalia, mitä he tarvittaessa voisivat hyödyntää ja palauttaa mieleensä mitä viriketoiminnalla tarkoitetaan ja mitä se käytännössä on. (Hoivakeskuksen johtajan haastattelu 7.9.2009.)

Saariston hoivakeskuksessa työskentelee lähihoitajia ja sairaanhoitajia, enemmistö on kuitenkin lähihoitajia. Osa hoitajista on saanut perushoitajakoulutuksen, mutta myös heistä käytetään nimitystä lähihoitaja. Opetustapahtumamme on suunnattu heille. Hoitajien keski-ikä on verrattain nuori; 30–35- vuotta ja kaikki hoitajat ovat naisia. Valtaosa hoitajista työskentelee ryhmäkodeissa, joissa sairaanhoitajia on arkisin aamuvuorossa yksi ja loput 2-3 ovat lähihoitajia. Vuodeosastolla työskentelee sairaanhoitaja myös iltaisin ja viikonloppuisin.

### 6.3 Opetustapahtuman rakentuminen

Syksyllä 2009 kävimme yhdessä ohjaajamme Marja Äijön kanssa tapaamassa hoivakeskuksen johtajaa ja tutustumassa Saariston hoivakeskukseen. Johtaja toivoi, että opetustilanne olisi sisällöltään jokapäiväisiin hoitotilanteisiin soveltua ja sisältäisi hyviä käytännön esimerkkejä, joita jokainen hoitaja pystyisi toteuttamaan asettamatta itselleen paineita. Hänen toivomuksestaan opetus suunnattiin koko hoitokodin hoitohenkilökunnalle, ei pelkästään tiettyihin yksiköihin. Sovimme myös, että järjestäisimme kaksi opetustapahtumaa, jotta mahdollisimman moni hoitaja pystyisi osallistumaan.

Osallistuimme syys-lokakuussa menetelmätyöpaja 1:een jossa pohdimme opinnäyte-työmme tarkoitusta ja tavoitteita. Pajan jälkeen täydensimme tutkimussuunnitelmamme teoreettista viitekehystä ja etsimme aihealueesta tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa. Aloimme suunnitella opetustapahtuman sisältöä pohtimalla sopivia opetusmenetelmiä ja etsimällä tietoa aiheesta. Halusimme tehdä opetustapahtumasta mahdollisimman pitkälle henkilökunnan toiveita vastaavan, joten valitsimme satunnaisesti 1-3 hoitajaa Saaris-

ton hoivakeskuksen jokaisesta yksiköstä. Hoitajilta tiedustelimme heidän toiveitaan opetustapahtuman sisältöön liittyen.

Marraskuussa esittelimme tutkimussuunnitelmamme. Opponoijiltamme saimme hyviä käytännön vinkkejä opetustapahtuman toteuttamiseen ja parannusehdotuksia työn kirjalliseen osioon. Tutkimussuunnitelmaseminaarin jälkeen marraskuun loppupuolella osallistuimme menetelmätyöpaja 2:een jonka jälkeen viimeistelimme opetustapahtuman sisältöä ja työstimme arviointikaavakkeen. Joulukuussa hankimme tutkimusluvan opinäytetyöllemme.

Sovimme hoivakeskuksen johtajan kanssa, että emme käy pitämässä tiedotustilaisuutta opetustapahtumasta erikseen vaan tiedotimme asiasta sähköpostiin lähetettävällä esitteellä. Yhteisen ajan järjestäminen olisi ollut vaikeaa joulukuussa, koska työvuorolistat joulun ajalta olivat tiiviisti suunniteltuja ylimääräisten vapaapäivien vuoksi. Tiedotteen opetustapahtumasta ja sen sisällöstä lähetimme joulukuun alussa hoivakeskuksen johtajalle, joka lähetti sen edelleen hoitohenkilökunnalle. Tiedotteen loppuun laitoimme omat yhteystietomme ja pyynnön, että hoitajat voisivat halutessaan sähköpostilla kertoa meille toiveita opetustapahtuman sisältöön ja toteutukseen liittyen. Emme kuitenkaan saaneet hoitajilta yhteydenottoja, joten suunnittelimme opetustapahtumat jo tiedossa olevien lähtökohtien pohjalta. Johtajan kanssa sovimme aikataulutuksesta ja päädyimme siihen, että molemmat opetustapahtumat järjestetään heti tammikuun alussa.

Hoitohenkilökunnalla on työkokemusta ja aikaisempaa tietoa aiheesta, joten opetusmenetelmät oli valittava siten, että ne tukivat uuden tiedon sisällyttämistä jo hallussa olevaan tietoon. Konstruktiivinen oppimiskäsitys sopi mielestämme hyvin opetustapahtumamme pohjaksi. Konstruktiivisessa oppimiskäsityksessä korostuu yksilön aktiivinen toiminta oppijana, ajattelun kehittyminen sekä tiedon käsittelytaidot (Kallioinen 2001, 40).

Opetustapahtuman perustana tulisi olla oppijoiden jo olemassa olevat tiedot, käsitteet ja uskomukset. Näiden tekijöiden tuloksena oppiminen tapahtuu aina oppijan oman toiminnan johdosta, eikä oppija ole vain passiivinen tiedon vastaanottaja. (Kallioinen 2001, 40; Tynjälä 61, 72.) Vuorovaikutus on myös suuressa roolissa konstruktivisessa oppimisessa. Oppimistapahtumaan liittyvissä vuorovaikutustilanteissa oppija voi keskustelun avulla jäsentää asioita sekä saada erilaisia näkökulmia. Vuorovaikutuksen tulisi olla tasavertaista, sillä jokaisella tulisi olla tilaisuus osallistua ja tulla kuulluksi. (Kallioinen 2001, 40- 41.) Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä ei voida erottaa sitä mitä on opittu siitä miten on opittu. Oppijan ymmärtäminen on yhteydessä oppijan omaan aktiivisuuteen, opittavan asian sisältöön ja kontekstiin sekä oppijan omiin tavoitteisiin. Ryhmätyöskentelyn etuna on, että tällöin oppija voi testata sekä omaa että toisten tietämystä opiskeltavasta asiasta ja näin rakentaa laajempaa ymmärrystä siitä. (Savery & Duffy 1996, 136.)

Halusimme, että hoitajat toisivat rohkeasti esille omaa osaamistaan ja kokemustaan, joten sisällytimme koulutukseen sellaisia käytännön esimerkkejä viriketoiminnasta, joita jokainen pystyy toteuttamaan ilman erityisosaamista. Halusimme myös tarjota hoitajille sellaista tietoa, jonka nivoutuisi hyvin käytännön hoitotyöhön. Aikuiset oppijat arvostavat ja pitävät mielenkiintoisena oppimista, joka on sovellettavissa käytäntöön eli oppiminen suuntautuu selvemmin ongelmien ratkaisemiseen. Myös motivaatio kohdistuu helpommin sellaiseen asiaan joka koetaan välittömästi hyödylliseksi (Raustevon Wright & von Wright 1994, 71- 72). Työyhteisöissä on olemassa paljon hiljaista tietoa jota ei avoimesti ilmaista. Suuri osa ammatillisesta tiedosta on juuri tätä ”hiljaista tietoa” ja sillä on merkittävä rooli erityisesti aikuisten oppimisprosessissa. Tavoitteena on, että oppija pystyy siirtämään oppimaansa tietoa työtehtävissä eteen tuleviin uusiin tilanteisiin. (Kallioinen 2001, 40, 42- 43.)

Hoitajat toivoivat yhteistyötä eri yksiköiden henkilökunnan välille esimerkiksi ryhmätehtävien muodossa (lähihoitajien haastattelu 12.10.2009). Ryhmäkeskustelun tavoitteet voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään. Älyllisenä tavoitteena on auttaa oppijaa löytämään



uusia näkökulmia ja tunnistamaan ennakko-oletuksiaan, jotka ovat usein tavanmukais-  
ten ideoiden ja käyttäytymisen taustalla sekä rohkaista oppijaa aktiiviseen kuuntelemi-  
seen. Emotionaalisena tavoitteena on esimerkiksi osoittaa oppijalle, että hänen koke-  
muksensa, ideansa ja mielipiteensä ovat kuulemisen arvoisia ja arvostettuja. Sosiaalise-  
na tavoitteena on ryhmähengen kehittyminen sekä oppijan rohkaiseminen demokraatti-  
seen käyttäytymiseen. (Jaques 2000, 80.)

Pohdimme mahdollisia riskejä ja vahvuuksia opetustapahtuman sisältöön ja toteutuk-  
seen liittyen. Käytimme pohjana SWOT-analyysiä, jossa kirjataan ylös analysoidun  
asian sisäiset vahvuudet, sisäiset heikkoudet, ulkoiset mahdollisuudet ja ulkoiset uhat  
(Wikipedia 2010). Sisäisenä vahvuutena koimme sen, että olimme valmistautuneet hy-  
vin opetustapahtumien järjestämiseen. Vahvuutena oli myös hyvä teoreettinen tietopoh-  
ja aiheesta. Sisäisenä heikkoutena pidimme sitä, ettei meillä ole pedagogista koulutusta,  
eikä juurikaan kokemusta vertaisohjauksesta. Ulkoisena mahdollisuutena näimme ai-  
heen ammatillisuuden kiinnostavuuden osallistujien näkökulmasta. Suurimpana ulkoi-  
sena uhkana koimme mahdollisen osallistujakadon sekä motivaation puutteen.

### 6.3.1 Opetustapahtuma 1

Toteutimme opetustapahtuman siten, että aluksi esittelimme itsemme ja kerroimme ope-  
tustapahtuman kulusta ja aikataulusta. Taustalla soi hiljaa Tapio Rautavaaran musiikkia,  
tarkoituksenaan johdattaa tunnelmaan. Hoivakeskuksen johtajan mukaan opetustapah-  
tumaan tulisi osallistumaan noin 20 hoitajaa, mutta todellisuudessa osallistujia oli yh-  
teensä 15. Heti alussa kävikin ilmi, että opetustapahtuma ei ollut kaikkien hoitajien tie-  
dossa, vaikka sovimme opetustapahtuman järjestämisestä jo useita viikkoja aikaisem-  
min johtajan kanssa. Hän lupasi tiedottaa asiasta eteenpäin henkilökunnalle, mutta il-  
meisesti asiassa oli syntynyt kaikesta huolimatta tietokatkos henkilökunnan suuntaan tai  
sähköpostiviesti henkilökunnan osalta oli jäänyt huomiotta. Tämä tuntui aiheuttavan

närkästyistä henkilökunnan keskuudessa, ja meidän oli puolestaan muutettava alkuperäisiä suunnitelmia tilanteen mukaiseksi.

Opetustapahtuman alussa tarkoituksena oli jakaa hoitajat viiden hengen keskusteluryhmiin jakamalla jokaiselle numeroitu paperi. Jokaiselle ryhmälle oli varattu kysymyspaperi opetustapahtuman aiheesta. (Mitä viriketoiminta on? Mitä tarkoitetaan kuntoutumista edistävällä työotteella? Mitä hoitajan tulee huomioida viestinnässä dementiaa sairastavan ihmisen kanssa? Miten musiikkia ja muistelua voi hyödyntää viriketoimintana hoitotyössä?) Tarkoitus oli, että ryhmiin olisi näin tullut hoitajia eri yksiköistä, jolloin hoitajat olisivat päässeet tutustumaan toisiinsa ja vaihtamaan ajatuksia keskenään pienryhmissä.

Ryhmäjako muodostui kuitenkin hankalaksi, sillä kaikki eivät saapuneet paikalle sovitun aikaan. Ryhmiin tuli osallistujia epätasaiseen tahtiin, ja tämän takia keskustelu oli katkonaista. Jotkin ryhmät eivät saaneet lainkaan ajatuksia paperille, vaikka suunnitelimme kysymykset sellaisiksi, että niistä syntyisi edes muutama ajatus. Jaoimme hoitajille pienryhmäkysymykset, mutta vain muutama heistä oli motivoitunut pohtimaan kysymystä ja esittämään ajatuksiaan. Annettuamme osallistujille riittävästi aikaa vastata ryhmätehtäviimme (kysyimme milloin kaikki olivat valmiita) aloitimme PowerPointesityksemme. Koska meillä ei ollut käytössä videotykkiä, jaoimme osallistujille kopiot dioista, jotta esitystä olisi helpompi seurata. Emme myöskään puhuneet suoraan paperista, vaan elävöitimme esitystä esittämällä monessa eri kohdassa kysymyksiä ja toimme esille omia esimerkkejämme oman työkokemuksemme pohjalta. Kannustimme hoitajia osallistumaan aktiivisesti keskusteluun ja jakamaan kokemuksiaan muiden kanssa siinä kuitenkaan onnistumatta.

Muutamilla hoitajilla soi kännykät ja he poistuivat käytävään vastaamaan niihin. Hoitajien levoton liikehdintä häiritsi opetustapahtuman kulkua, mutta emme kieltäneet puhelimia, koska oletimme hoitajien vastaavan osaston puhelimiin. Hoitajien toiveiden pohjalta halusimme tehdä opetustapahtumasta mahdollisimman käytännönläheisen sekä kannustavan. Joidenkin hoitajien mukaan viriketoiminnasta oli tullut sellainen mieliku-

va, että sen on oltava jotakin todella hienoa (lähihoitajien haastattelu 12.10.2009). Pyrimme nostamaan hoitohenkilökunnan motivaatiota osallistua keskusteluun ja tuoda esille ajatuksiaan. Halusimme myös, että hoitajat saisivat opetustapahtumasta parhaan mahdollisen hyödyn henkilökohtaisella tasolla.

Keskustelua hoitajien kanssa syntyi yllättävän vähän. Fysioterapeutti, joka omalta osaltaan vastaa myös viriketoiminnan järjestämisestä, oli kuitenkin hyvin innokas tuomaan esille ajatuksiaan ja näkemyksiään. Olisimme kuitenkin halunneet kuulla nimenomaan hoitajien näkemyksiä viriketoiminnan järjestämisestä ja siihen mahdollisesti liittyvistä haasteista. Meille tuli tunne, etteivät kaikki osallistujat olleet motivoituneita tai kiinnostuneita opetustapahtuman aiheesta ja sisällöstä. Loppukevennykseksi näytimme tietokoneelta videon musiikin käytöstä viriketoimintana eräässä amerikkalaisessa hoitokodissa (Youtube.com: dancing hands elderly video). Videosta syntyi hieman keskustelua jälleen vain aktiivisimpien osallistujien kesken.

### **6.3.2 Opetustapahtuma 2**

Toisen opetustapahtuman aloitimme myös esittelemällä itsemme ja kertomalla opinnäytetyömme tarkoituksesta ja opetustapahtuman kulusta. Ensimmäisestä kerrasta viisastuneina kysyimme hoitajilta, olivatko he saaneet tiedon opetustapahtumasta tarpeeksi ajoissa ja jätimme myös taustamusiikin pois. Kävi ilmi, että osa hoitajista oli hyvin perillä asiasta, kun taas osalle asia tuli tietoon vasta muutamaa päivää aikaisemmin. Kehotimme hoitajia laittamaan puhelimet äännettömälle, vedoten edelliseen opetustapahtumaan. Tällä kertaa osallistujia oli yhteensä 17 ja myös hoivakeskuksen johtaja osallistui opetustapahtumaan.

Jätimme pienryhmätehtävät pois, koska niiden pohjalta ei syntynyt toivottua keskustelua edellisellä kerralla. Sen sijaan aloitimme PowerPoint-esityksen ja esitimme kysymyksiä hoitajille ja kerroimme käytännön esimerkkejä omista kokemuksistamme. Näin pyrimme rohkaisemaan hoitajia jakamaan omia kokemuksiaan. Keskustelua syntyi mel-

ko mukavasti ja ilmapiiri oli osallistuvampi, huumoripitoisempi sekä myötämielisempi myös meitä ohjaajia kohtaan.

Hoitajat kertoivat omia kokemuksiaan käytännön hoitotyöstä. Myös johtaja toi omia ajatuksiaan esille, ja keskustelujen pohjalta syntyi uusia ideoita viriketoiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen. Lopuksi näytimme jälleen tietokoneelta videon musiikin käytöstä viriketoimintana eräässä amerikkalaisessa hoitokodissa (Youtube.com: dancing hands elderly video). Tästä tuli edelliseen kertaan verrattuna enemmän keskustelua sekä ajatus musiikkivälineiden, kuten rytmikapuloiden, hankinnasta.

## 7 OPETUSTAPAHTUMAN ARVIOINTI JA TULOSTEN ANALYSOINTI

### 7.1 Itsearviointi

Kokonaisuudessaan onnistuimme opetustapahtumien järjestämisessä mielestämme hyvin. Opetustapahtumat olivat kestoltaan aiheen laajuuteen nähden sopivia, vaikka emme voineetkaan toteuttaa kaikkia alkuperäisiä suunnitelmiamme. Hoitohenkilökunnan jakaminen ryhmiin sekä ryhmätehtävien tekeminen niiden varsinaisessa merkityksessä jäivät pois, koska henkilökunta saapui myöhään opetustapahtumaan. Tästä johtuen jouduimme keksimään uusia menetelmiä entisten tilalle; kävimme esimerkiksi ryhmätehtävät läpi vapaamuotoisesti keskustellen.

Ensimmäinen opetustapahtuma ei sujunut niin hyvin kuin odotimme. Suurin syy siihen oli juuri henkilökunnan myöhästyminen. Meidän olisi myös pitänyt kehottaa laittamaan puhelimet äänettömälle, minkä toisessa opetustapahtumassa teimme. Toisessa opetustapahtumassa otimme määrätietoisemman otteen ohjaukseen ja olimme myös itsevarmempia asiamme tärkeydestä, joten tämä heijastui myös opetustapahtuman ilmapiiriin. Verrattuna ensimmäiseen opetustapahtumaan toisella kerralla ilmapiiri ei ollut yhtä levoton; häiritsevän jutustelun sijaan oli aktiivista osallistumista keskusteluun.

Fyysinen tila opetustapahtuman järjestämiselle oli avara ja akustisesti puutteellinen. Käytimme kuuluvaa ääntä, mutta se hävisi suureen tilaan. Olisi ollut hyödyllistä käydä tutustumassa tilaan etukäteen, jotta olisimme voineet varautua mikrofonein. Tekninen toteutus ontui hieman myös siinä, että meidän olisi pitänyt ajoissa selvittää diaprojektorin käyttömahdollisuudet. Seinäheijaste olisi varmasti helpottanut opetustapahtuman seuraamista ja olisimme välttyneet turhilta tulostuskustannuksilta. Mielestämme luonte-

va ja rauhallinen esiintymisemme sekä hyvä valmistautuminen aiheeseen paikkasivat osittain diaprojektorin puuttumista.

Opetustapahtuman ohjaajina toimimme tasavertaisina ja olimme jakaneet etukäteen puheenvuorot sekä aihealueet. Täydensimme toistemme puheenvuoroa tarvittaessa ja tuimme näin toinen toistamme. Koska tunsimme toisemme jo ennalta hyvin, parityökentelymme oli luontevaa ja sujuvaa eikä turhia ristiriitoja syntynyt. Pystyimme myös ennakoimaan toistemme mielenliikkeitä, joten pysyimme tilanteen tasalla kaiken aikaa.

## 7.2 Palautteen kerääminen ja analysointi

Arvioinnin suoritimme heti opetustapahtuman lopuksi puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa arviointiasteikkona käytimme viisiportaista Likert-asteikkoa. Suoritimme arviointikyselyn ainoastaan kertaluontoisesti ja välittömästi opetustapahtumien päätyttyä, koska halusimme jättää jatkotutkimusmahdollisuuden avoimeksi tuleville opiskelijoille.

Muuttujat kyselylomakkeella olivat intervalliasteikollisia. Monet testit, joilla mitataan tiettyä ominaisuutta, kuten asenteita ja motivaatiota, on tehty intervalliasteikollisiksi. Likert-asteikkoa puolestaan käytetään erityisesti asenne-, motivaatio- ym. mittareissa, joissa vastaaja arvioi omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä. Käytettävä skaala on usein erittäin voimakkaasti samaa mieltä - erittäin voimakkaasti eri mieltä. (Metsämuuronen 2003, 39.) Kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, johon oli mahdollista kirjoittaa palautetta, mielipiteitä ja parannusehdotuksia. Kyselylomakkeen täyttämiseen hoitajille oli varattu riittävästi aikaa. Kysyimme myös suullisesti hoitajien ajatuksia opetustapahtuman onnistumisesta ja tarpeellisuudesta. Näin saimme välitöntä palautetta hoitohenkilökunnalta opetustapahtuman onnistumisesta sekä siitä, oliko tätä aihetta koskeva opetustapahtuma hyödyllinen.

Kyselytutkimuksen avulla tavoitetaan yhdellä kertaa paljon henkilöitä ja saadaan selville monia asioita. Kyselytutkimuksen vahvuuksina pidetään sitä, että sen avulla saadaan koottua laaja tutkimusaineisto. Heikkona puolena taas voidaan nähdä se, ettei voida olla varmoja vastaajien rehellisyydestä eikä siitä suhtautuvatko vastaajat vakavasti tutkimusta kohtaan. Kysymyksiin vastaamisessa on sekaannuksen vaara, jos kyselylomake on suunniteltu epäjohdonmukaisesti. Tällöin vastaukset saattavat olla epäluotettavia. Vastusten suhteen kato on joskus merkittävin haittatekijä kyselytutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 182.)

Hyvän kyselylomakkeen ominaisuuksia ovat kysymysten yksiselitteisyys, selvyys ja ymmärrettävyys. Yksityiskohtaisilla ja lyhyillä kysymyksillä vältetään vastausten monimerkityksellisyys. Kysymysten asettelussa tulisi miettiä kysymysten järjestystä ja määrää lomakkeessa. Lomakkeen alussa tulisi kysyä yleisiä kysymyksiä kuten ikää tai sukupuolta. Kyselylomakkeessa voidaan käyttää monivalintakysymyksiä, joista vastaaja valitsee mielestään sopivimman vastausvaihtoehdon. Avoimen kysymyksen avulla voidaan tarjota vastaajille mahdollisuuden kertoa omin sanoin mielipiteensä ja avoimella kysymyksellä saadaan selville mitä vastaaja todella ajattelee asiasta. (Hirsjärvi ym. 2001, 185- 190.)

**Taulukko 1.** Osallistujien ikäjakauma ja työkokemus.

Muuttuja	<b>19–25-v</b>	<b>26–30-v</b>	<b>31–35-v</b>	<b>yli 35-v</b>	<b>yhteensä hlö.</b>
<b>Ikä</b>	11	2	2	17	32
Muuttuja	<b>alle 5-v</b>	<b>6-10-v</b>	<b>yli 10-v</b>		<b>yhteensä hlö.</b>
<b>Työkokemus</b>	18	9	5		32

**Taulukko 2.** Arviointilomakkeen tulokset.

muuttujat	1	2	3	4	5	yhteensä hlö.
Opetusmenetelmät	18	12	0	1	0	31
Kesto	28	2	1	1	0	32
Tilat	21	6	4	1	0	32
Tiedotus	14	8	4	6	0	32
Tarjosi uutta tietoa	4	17	4	5	2	32
Hyöty TY:lle	20	11	0	1	0	32
Hyöty itselle	18	12	0	2	0	32
Laajuus	16	13	2	1	0	32
Asiantuntemus	14	16	0	1	1	32
Esiintyminen luontevaa	24	7	0	1	0	32
Selkeys	23	7	0	1	1	32
Tarpeellisuus	20	10	2	0	0	32

TY = työyhteisö

**1=** täysin samaa mieltä **2=** osittain samaa mieltä **3=**osittain eri mieltä **4=**täysin eri mieltä  
**5=** en osaa sanoa

Vastaustilanne oli valvottu, joten katoa vastauksissa ei päässyt tapahtumaan. Valitsimme kyselytutkimuksen, koska haastatteluun verrattuna kyselytutkimuksella säästetään aikaa ja vaivaa. Jos kyselykaavake on suunniteltu perusteellisesti, voidaan vastaukset käsitellä suhteellisen nopeasti haastattelututkimukseen verrattuna. Kyselylomakkeen käyttöä puolsi myös se, ettei hoitotyöntekijöiden työajan käyttö haastatteluun olisi ollut mahdollista.

Suurin osa vastaajista (17) oli iältään yli 35-vuotiaita, mutta ikä ei ollut yhteydessä hoitoalan työkokemuksen pituuteen, sillä enemmistöllä (18) vastaajista oli hoitoalan työkokemusta alle viisi vuotta. Voisikin pohtia, onko tähän syynä esimerkiksi alan vaihdos myöhemmällä aikuisiällä. Toiseksi suurin ikäryhmä vastaajista kuului 19–25-vuotiaisiin. Tästä voi tehdä johtopäätöksen, että hoitohenkilökunta hoivakeskuksessa oli siis iältään varsin nuorta. Valtaosa vastaajista koki, että opetustapahtuma oli kestoltaan



sopiva ja siitä oli hyötyä sekä itselle että työyhteisölle. Myös opetustapahtuman laajuus oli enemmistön mielestä riittävä. Voi siis päätellä, että opetustapahtumasta oli hoitohenkilökunnalle hyötyä, vaikka heillä oli taustalla suhteellisen tuore hoitoalan koulutus.

Enemmistö vastaajista koki esiintymisemme luontevana ja selkeänä. 16 vastaajaa piti asiantuntemustamme riittävän laajana sekä tutkimustietoon pohjautuvana. Mielenkiintoinen poikkeama tähän oli, että yksi vastaajista oli täysin eri mieltä asiantuntemuksestamme. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, minkä tasoista asiantuntemuksemme hänen mielestään oli.

Avoimessa vastauskohdassa saimme kiitosta aiheen ajankohtaisuudesta sekä tärkeydestä. Parannusehdotuksia opetustapahtuman suhteen tuli äänen käytön sekä konkreettisten esimerkkien lisäämiseen. Osa vastaajista oli puolestaan sitä mieltä, että konkreettisia esimerkkejä keskustelujen pohjalta tuli riittävästi. Yksi vastaajista koki saaneensa hyviä käytännön vinkkejä hoitotyön arkeen. Vastaajien mukaan esiintymisemme oli rauhallista, mutta yksi vastaajista toivoi paperimateriaalin jättämistä enemmän taka-alalle. PowerPoint-dioille olisi vastaajien mielestä kannattanut laittaa vähemmän tekstiä.

## 8 POHDINTA

Väestön ikääntyessä dementiaa sairastavien ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa merkittävästi. Nykypäivänä hoitotyöhön kuuluu yhä enemmän somaattisten sairauksien ohella ihmisen psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Tämä asettaa omat haasteensa hoitajille, joiden tulisi ymmärtää kuntoutumista edistävän hoitotyön ja viriketoiminnan merkitys dementiaa sairastavan hoitotyössä. Taustakirjallisuuteen ja tutkimuksiin (Topo ym. 2007; Parjanne 2004; Hervonen & Lääperi 2001; Winblad & Heimonen 2004) perehtyessämme on tullut esille, että merkittävimpiä havaittuja puutteita dementiaa sairastavan hoidossa ovat vuorovaikutuksessa sekä dementiaa sairastavan ihmisen todellisuuden aidossa ja ymmärtäväisessä kohtaamisessa. Myös asiakkaiden pohjalta suunnitellun toiminnallisen ohjelman sekä yksilöllisyyden huomioimisen merkitystä korostetaan. Viriketoiminnan hyödyntäminen hoitajan työssä tulisi olla arkipäiväistä, potilaslähtöistä ja hoitajan perusammattitaitoon kuuluvaa.

Tutkivan oppimisprojektin lähtökohtana on ongelma, jonka pohjalta opiskelija aktivoi aikaisempia tietojaan ja käsityksiään sekä tekee päätelmiä jo olemassa olevan tiedon pohjalta. Ongelman asettaminen ohjaa tiedonhankintaprosessin etenemistä ja mahdollistaa tietolähteiden tarkoituksenmukaisen käytön jolloin myös laajojen tietomäärien hyödyntäminen onnistuu. (Hakkarainen, Lonka & Lipponen, 2000, 211.) Opinnäytetyömme lähtökohtana oli ajatus parantaa laitoshoidossa olevien dementiaa sairastavien ihmisten elämänlaatua. Pyrimme tähän parantamalla hoitohenkilökunnan tietoisuutta kuntoutumista edistävän työtöteen ja viriketoiminnan merkityksestä dementiaa sairastavien hoidossa.

Tämä työprosessi tuki ja kehitti ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi. Teoriatietoa keräämällä ja tutkimuksiin perehtymällä kartutimme omaa tietämystämme dementoivista sairauksista, kuntoutumista edistävästä työotteesta sekä viriketoiminnasta. Tiedon kerääminen sekä asioiden kyseenalaistaminen kehitti meitä tieteellisen tiedon kriittisinä tarkastelijoina. Saimme kallisarvoista kokemusta opetustapahtuman järjestämisestä ja sen toteuttamisesta vertaisohjaajana. Saimme kokea kuinka haasteellista opiskelijana on tuoda uutta tietoa työyhteisöön jossa on jo valmiina paljon ammatillista osaamista. Tämän kokemuksen avulla saimme tietoa, jota voimme hyödyntää sairaanhoitajina työelämässä.

Opinnäytetyöprosessimme kokonaisuudessaan sijoittui suhteellisen pitkälle aikavälille, mutta pysyimme hyvin alkuperäisessä aikataulusuunnitelmassa. Myös yhteisen ajan löytyminen onnistui suhteellisen hyvin. Haasteita työmme tekemiseen toi Heidin vaihto-opiskeluaika, jolloin työmme ei juurikaan edistynyt. Meillä oli riittävästi aikaa teoriatietoon perehtymiseen ennen opetustapahtumien järjestämistä, eikä meille missään vaiheessa tullut kiireen tuntua. Panoksemme tähän opinnäytetyöprosessiin oli tasapuolinen, ja työprosessin aikana otimme huomioon molempien näkemykset ja mielipiteet. Hyödynsimme myös säännöllisesti työn eri vaiheissa ohjaajamme asiantuntemusta, mikä helpotti työprosessin sujuvuutta.

Olemme tyytyväisiä työprosessimme sujuvuuteen sekä lopputulokseen, mutta opetustapahtumiin tekisimme muutoksia, jos toteuttaisimme ne uudelleen. Osallistujien motiivoinnin kannalta olisi ollut parempi suunnata opetustapahtumat henkilöille, joiden kiinnostus aiheeseen olisi selvitetty etukäteen. Opetustapahtumien aihealueet olisi voitu jakaa kahdelle eri kerralle jolloin opetustapahtumat olisivat voineet olla sisällöllisesti myös syvällisempiä. Erityisesti ensimmäisessä opetustapahtumassa emme onnistuneet osallistujien motivoinnissa pienryhmätehtäviin niin hyvin kuin odotimme. Voikin pohdita, oliko kysymyksenasettelussamme kuitenkin parantamisen varaa vai liittyikö osallistumatta jättäminen muihin tekijöihin, kuten levottomaan ilmapiiriin opetustilassa tai esimerkiksi osallistujien motivaation puutteeseen tai väsymykseen. **Motivaatio on si-**

**säinen prosessi, joka aktivoi, opastaa ja ylläpitää ihmisen toimintaa koko ajan** (Slavin 2003, 359; Tynjälä 1999, 98; Rauste- von Wright & von Wright 1994, 34 ).

Motivoinnin tavoitteena on päämäärän saavuttaminen. Motivaatio onkin vahvasti sidoksissa siihen päämäärään, johon ollaan pyrkimässä. Motivaatio liittyy luonnollisesti myös ihmisen tunnetilaan (Johnson & Johnson 2003, 137, 139). Sisäinen motivaatio on ihmisen omasta sisäisestä kiinnostuksesta ja innostuksesta lähtöisin olevaa toimintaa. Ulkoinen motivaatio puolestaan on sidoksissa jonkin ulkoisen palkinnon odotukseen (Tynjälä 1999, 99). Yksi opettajan tärkeimpiä tehtäviä onkin suunnitella millä menetelmillä hän parhaiten tukee oppijoiden motivaatiota (Slavin 2003, 300).

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että teoriatieto viriketoiminnasta perustuu erityisammattihenkilöiden kuten toimintaterapeuttien toteuttamaan terapiaan. Käytimme lähdemateriaalina pääasiassa kirjallisuutta, koska varsinainen tutkimustieto on pääasiassa erityisammattihenkilöiden näkökulmasta kuvattua ja koimme haasteelliseksi sen soveltamisen hoitotyöhön sopivaksi. Luotettavuuden lisäämiseksi lähdemateriaalin tulisi koostua pääosin tutkimustiedosta. Pyrimme luotettavuuden lisäämiseen tätä kautta, mutta tutkimustietoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta ei ollut runsaasti saatavilla. Löysimme vain muutamia tutkimuksia, jotka vastasivat täsmälleen tarpeisiimme. Haasteeksi muodostui myös aihealueen rajaaminen. Pohdimme esimerkiksi sitä, kuinka syvällisesti käsittelemme dementiaa sairautena. Toimeksiantajan toiveesta jätimme dementoivien sairauksien osuuden työssämme tiiviiksi, koska kohderyhmällämme oli hiljattain ollut koulutusta aiheesta. Rajasimme aihealueen siten, että keskityimme käsittelemään virike-toimintaa ja kuntouttavaa työtettä.

## 8.1 Jatkotutkimusmahdollisuudet ja työn hyödynnettävyys

Jatkotutkimusmahdollisuutena opinnäytetyömme tarjoaa tilaisuuden tuleville hoitotyön opiskelijoille tutkia haastattelemalla tai havainnoimalla sitä, miten musiikkia ja muistelu hyödynnetään viriketoimintana hoitotyössä. Toisena jatkotutkimusmahdollisuutena olisi selvittää haastattelemalla hoitoalan opiskelijoilta kokevatko he koulutuksen valmistavan heitä käyttämään viriketoimintaa hoitotyössä. Myös Sherrattin ym. (2004) tekemän tutkimuksen pohjalta suositellaan, että tulevaisuudessa tutkittaisiin tarkemmin henkilökunnan osallistumisen merkitystä musiikin kuunteluun sekä sitä, kuinka musiikki vähentää dementiaa sairastavien käytösoireita.

Opinnäytetyöllämme on yhteiskunnallista vaikuttavuutta sen laaja-alaisen hyödynnettävyyden vuoksi. Opinnäytetyön teoriaosuus sekä opetustapahtuman sisältö sopivat lähes minkä tahansa laitospäivätoiminnan käyttöön. Työllämme on erityisesti käytännön arvoa hoitohenkilökunnalle, eikä vain dementiaa sairastavien parissa työskenteleville hoitajille, vaan myös esimerkiksi kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien hoitotyössä.

## 8.2 Eettiset kysymykset

Vastaajille kerrottiin, että kyselylomakkeen vastauksia tullaan käyttämään opinnäytetyössämme. Kyselylomakkeessa ei kysytty sellaisia asioita, jotka olisivat vaarantaneet vastaajien anonymiteettisuojan. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, vaikka esitimme toiveen, että kaikki täyttäsivät kyselylomakkeen. Tulokset analysoimme Excel-  
taulukon ja SPSS-ohjelman avulla, mikä paransi tulosten luotettavuutta ja tulkintaselkeyttä.

Eettisiä kysymyksiä tulee pohtia myös dementiaa sairastavaan kohderyhmän eli hoiva-keskuksen asukkaiden kannalta. Musiikin ja muistelun käyttäminen viriketoimintana voi laukaista sellaisia tunnemuistoja, jotka ovat tuskallisia dementiaa sairastavalle. Hoitajan toiminnassa tällaisessa tilanteessa korostuu yksilöllisyyden huomioiminen ja elämänhistorian tunteminen sekä vahva ammattitaito. Hoitajan täytyy osata huomioida dementiaa sairastavan yksilölliset mieltymykset eikä velvoittaa osallistumaan viriketoimintaryhmään.

Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä pohdittaessa tulee ottaa huomioon seuraavia asioita: tutkimukseen osallistuvien informointi, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuus, tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti eli nimettömyys ja tutkimustulosten esittämistapa eli millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Tärkeitä eettisiä kysymyksiä ovat myös, miten tutkimusaihe on valittu ja mitä pidetään tärkeänä. Myös tutkimusprosessin tarkka kuvaaminen on yksi luotettavuutta lisäävä tekijä. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 125.)



## LÄHTEET

Ahonen, H. 1993. **Musiikki. Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet.** Loimaa: Finnlectura Oy.

Ebersole, P. 2004. Self-Actualization, Spirituality, and Transcendence. Teoksessa Ebersole, P. Hess, P. & Luggen, A S. **Toward Healthy Aging. Human Needs and Nursing Response.** USA: Mosby, Inc. 711.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. **Kun muisti pettää.** Helsinki: WSOY.

Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2000. **Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen.** Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. **Tutki ja kirjoita.** Vantaa: Tammi.

Heimonen, S. 2004. Eteenpäin elävä mieli- neuvonta kuntoutuksen keskeisenä keinona. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementiatyön pala-peli.** Helsinki: Edita. 54–62.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. **Avaimia arviointiin, dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö.** Helsinki: Edita Prima Oy.

Hervonen, H. & Lääperi, P. 2001. **Muisti pettää – jättääkö järki.** Helsinki: Tammi.

Jaques, D. 2000. **Learning in groups.** Glasgow: Bell & Bain Ltd,.

Johnson, D. W. & Johnson, R. T. 2003. Student motivation in co- operative groups, Social interdependence theory. Teoksessa Robyn, M. Gillies & Adrian, F. Ashman (toim). **Co- operative Learning.** New York: RoutledgeFalmer. 136–176.

Kallioinen, O. 2001. **Kadettien pedagoginen asiantuntijuus, hermeneuttinen toimintatutkimus.** Maanpuolustuskorkeakoulu. Helsinki: Edita Ab.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. **Kuntoutumisen mahdollisuudet.** Helsinki: WSOY.



Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. **Kuntoutuksella toimintakykyä.** Helsinki: WSOY.

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2008. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) **Gerontologinen hoitotyö.** Helsinki: WSOY. 58–72.

Metsämuuronen, J. 2003. **Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.** Jyväskylä: Gummerus.

Mäki, O. 1998. Muistelu- kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä.** Helsinki: Tammi. 103–121.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämiskeuden edistäjänä. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli.** Helsinki: Edita. 15–25.

Parjanne, M- L. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli.** Helsinki: Edita. 101-108.

Pennanen, H., Puumalainen, S. & Tukiainen, H – R. 2006. **Opinnäytetyö Mitä minä tekisin? - Dementoituneen viriketoiminnan ohjauskansio Tammenkodin henkilökunnalle.** Kuopio: Savonia- ammattikorkeakoulu, Terveysala.

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus.** Helsinki: Tammi. 11–21.

Punkanen, T. & Eloranta, T. 2008. **Vireään vanhuuteen.** Helsinki: Tammi.

Rauste- von Wright, M.L. & von Wright, J. 1994. **Oppiminen ja koulutus.** Juva: WSOY.

Routasalo, P. 1998. Läheisyys ja koskettaminen - kuntouttavan työotteen edellytys. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä.** Helsinki: Tammi.171–184.

- Saarenheimo, M. 1997. **Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muis-teleminen.** Tampere: Vastapaino.
- Sherratt, K., Thornton, A., & Hatton, C. 2004. **Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study.** *Aging & Mental Health*, May 2004; 8(3): 233–241. ORIGINAL ARTICLE.
- Shigeta, M. & Homma, A. 2007. Alzheimer`s Disease. Edited by Blackburn, James A. & Dulmus, C N. **Handbook of gerontology. Evidence-based approaches to theory, practice, and policy.** New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Silman, S. & Väänänen, M. 2005. **Opinnäytetyö Hoitohenkilökunnan kokemuksia dementiaa sairastavien naisten virikkeellisestä toimintaterapiaryhmästä.** Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala.
- Slavi, R.E. 2003. **Educational psychology, theory and practice.** USA: John Hopkins University.
- Schmidt Peters, J. 2000. **Music Therapy. An Introduction.** Second Edition. Charles C Thomas Publisher, Ltd. U.S.A: Illinois.
- Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A. Jäntti, P. Lehtonen, A. ja Sulkava, R. (toim.) **Geriatría.** Hämeenlinna: Duodecim. 72–89.
- Sulkava, S. & Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) **Geriatría arvioinnista kuntoutukseen.** Helsinki: Edita. 82–128.
- Taipale, M. 2000. Musiikki dementoituvan ihmisen hoidon välineenä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä.** Helsinki: Tammi. 65–83.
- Teinonen, T., Isoaho, R. ja Kivelä, S-L. 2007, Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste. **Suomen lääkirilehti** (14–15), 1493–1497.

Tinell, M. 2001. Päivätoiminta – mielekästä sisältöä arkipäivään dementoituvan hoidon polulla. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Dementoituvan hoitopolku**. Tampere: Tammi. 91–105.

Topo, P., Sormunen, S. Saarikalle, K. Räikkönen, O. ja Eloniemi-Sulkava, U. 2007. **Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta**. Vaajakoski: Gummerus ja Stakes.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. **Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi**. Helsinki: Tammi.

Tynjälä, P. 1999. **Oppiminen tiedon rakentamisena**. Tampere: Tammi.

Vähäkangas, P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) **Gerontologinen hoitotyö**. Helsinki: WSOY. 145–156.

Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikaishoidon haasteet. Parjanne, M- L. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli**. Helsinki: Edita. 73–85.

**Suomen dementiahoitoyhdistys**. Muistiasiantuntijat. Vaatimuksia tulevalle eduskunnalle ja hallitukselle. Viitattu 12.06.2009.

[http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=4&offset=0&cat\\_id=0&news\\_id=136](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=4&offset=0&cat_id=0&news_id=136)

**Attendo MedOne Oy-hoivakodit. Saariston hoitokoti**. Viitattu 3.9.2009.

[http://www.medone.fi/cms/page.php?page\\_id=235&PHPSESSID=nq6og6po9ehnesjopa55ikeoi5](http://www.medone.fi/cms/page.php?page_id=235&PHPSESSID=nq6og6po9ehnesjopa55ikeoi5)

**Suomen musiikkiterapiayhdistys. 2009**. Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa. Päivitetty 27.4.2009. Suomen musiikkiterapiayhdistyksen verkkosivut. Viitattu 4.9.2009

[http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=65](http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65)

**Kuopion kaupungin verkkosivut, 2009.** Kotihoito ja vanhustyö. Asumispalvelut. Viitattu 10.9.2009.

[www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/200105084913355/\\$FILE/Asiakasmaksut\\_kotihoido\\_vanht.pdf](http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/200105084913355/$FILE/Asiakasmaksut_kotihoido_vanht.pdf)

Walsh, D. 2006. **Dementia Care Manual for Staff Working in Nursing and Residential Settings.** Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Viitattu 25.1.2010. <http://site.ebrary.com/lib/uef/docDetail.action?docID=10156019>

Savery, J.R. & Duffy, T.M. 1996. Problem Based Learning: An Instructional Model and Its Constructivist Framework. Teoksessa Wilson B.G. **Constructivist Learning Environments.** New Jersey: Educational Technology Publications, Inc. 136.

Viitattu 25.1.2010.

[http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=mpsHa5f712wC&oi=fnd&pg=PA135&dq=constructivism&ots=sWffykXPq&sig=\\_0F2rScRGKk6O4Sw7mVCDWBNUDs#v=onepage&q=constructivism&f=false](http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=mpsHa5f712wC&oi=fnd&pg=PA135&dq=constructivism&ots=sWffykXPq&sig=_0F2rScRGKk6O4Sw7mVCDWBNUDs#v=onepage&q=constructivism&f=false)

SWOT- analyysi. Wikipedia. Viitattu 19.01.2010.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/SWOT-analyysi>

## Liite 1. Opetustapahtuman tiedote



4.12.2009

---

### Hei Saariston hoivakeskuksen hoitohenkilökunta,

olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä viriketoiminnan ja kuntouttavan työtteen merkityksestä dementiaa sairastavien hoitotyössä. Opinnäytetyömme pohjalta tulemme pitämään teille opetustapahtuman tammikuussa 2010. Opetustapahtuma on kestoltaan 2 tuntia ja se on sisällytetty työaikaanne.

Opetustapahtuma on suunniteltu tapahtuvan seuraavalla tavalla:

1. Pienimuotoisia ryhmätehtäviä pohdiskellen
2. Keskustelua aiheeseen liittyen, mielipiteiden, kokemusten ja näkemysten esittämistä
3. PowerPoint - diat opetustapahtuman runkona. Diat jäävät myöhempään käyttöönne.
4. Lopuksi palautteen anto opetustapahtumasta (valmiit kaavakkeet)

Osa teistä on saattanut jo kuulla asiasta Heidi Pulkkisen kautta, joka on jo hieman kartoittanut toiveitanne opetustapahtuman suhteen. Jos teillä tulee opetustapahtumaan liittyen kysymyksiä/ideoita, voitte olla meihin yhteydessä sähköpostin välityksellä.

Mukavaa joulun odotusta, tammikuussa tavataan! 😊

Terveisin,

Heidi Pulkkinen [heidi.pulkkinen@student.savonia.fi](mailto:heidi.pulkkinen@student.savonia.fi)

ja

Reetta Puttonen [reetta.puttonen@student.savonia.fi](mailto:reetta.puttonen@student.savonia.fi)

## Kuntoutumista edistävä hoitotyö

- Kuntoutumista edistävä hoitotyö tarkoittaa sitä, että pyritään palauttamaan toimintakyvyn taso parhaalle mahdolliselle tasolle tai säilyttämään se ennallaan. (Nolan & Nolan 1998, Young, Brown, Foster & Clare 1999; Vähäkankaan 2008 mukaan)
- Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteita: tukea ja lisätä dementiaa sairastavan ihmisen voimavaroja sekä toimintakykyä ->parantaa elämänhallinnan tunnetta.
- Tärkeää on myös parantaa ympäristöä siten, että sen tarjoamat toiminnanmahdollisuudet olisivat hyvät. (Heimonen & Voutilainen 2006, 58.)

- Jokaisessa hoitopaikassa tulisi sopia mitä kuntouttava työote tarkoittaa ja miten se näkyy jokapäiväisessä hoitotyössä. (Winblad & Heimonen 2004, 81.) **Eli mitä se on käytännön hoitotyössä?**
- Topon, Sormusen, Saarikallen, Räikkösen ja Eloniemi-Sulkavan 2007 tekemän havainnointitutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen sekä dementoivaa sairautta sairastavan ihmisen todellisuuden aito ja ymmärtäväinen kohtaaminen ovat merkittävimpiä havaittuja puutteita, joissa olisi runsaasti kehittämisen varaa -> tulisi toteuttaa enemmän asiakkaiden pohjalta suunniteltua toiminnallista ohjelmaa.

- Hoitotyölle asetettavat tavoitteet muuttuvat dementoivan sairauden edetessä, jolloin toimintakyky heikkenee. Vaikeassa dementoivan sairauden vaiheessa ihmisen elämäntarinan jatkuvuutta tukeva hoito on merkityksellisessä asemassa.
- Hoidon kulmakiviä ovat yksilöllisyyden ja persoonallisuuden kunnioittaminen ja vuorovaikutustaitojen sekä liikuntakyvyn säilymisen tukeminen yhdessä yksilöllisten voimavarojen huomioimisen kanssa. (Heimonen 2004, 55; Heimonen & Voutilainen 2006, 58.)
- On tärkeää hankkia tietoa siitä mitkä ovat olleet sairastuneelle ihmiselle tärkeitä rooleja hänen elämänsä aikana, mistä asioista hän on pitänyt ja mistä ei, mitkä asiat ovat luoneet turvallisuuden tunnetta ja mitkä puolestaan aiheuttaneet pelkoja tai ahdistaneet. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.)
- Hoitajan tulee noudattaa eettisiä periaatteita, kuten ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä luotava sairastuneelle mahdollisuuksia tehdä valintoja -> vaikkakin pienissä päivittäisissä asioissa
- (Heimonen & Voutilainen 2006, 59.)



## Viestintä ja vuorovaikutus

- Ihmisen sairastaessa dementoivaa sairautta ovat vuorovaikutustaidot merkittävässä asemassa.
- Sairauden edetessä vaikeampaan vaiheeseen ei-sanallinen viestintä korostuu ja sairastuneen ihmisen tulkitseminen sekä ymmärtäminen muuttuvat vaikeammaksi -> hyvä mahdollisuus käyttää sanattoman viestinnän keinoja, jos hoitaja kokee niiden vastaavan potilaan sen hetkiseen tunnekokemukseen. (Sulkava & Eloniemi- Sulkava 2008, 105; Topo ym. 2007, 120.) **Mitä erilaisia sanattoman viestinnän keinoja on?**
- Koskettamisella hoitaja voi viestiä välittämisestä, auttamisen halusta ja sairastuneen oman aktiivisuuden kannustamisesta. -> kova, satuttava kosketus toimii päinvastoin.
- Hoitajan tulisi tiedostaa kosketuksensa sisältämä viesti jolloin hän voisi muuttaa kosketustaan kuntouttavaksi, empaattisuutta sisältäväksi työotteeksi.
- Lapsuuden ja oman elämän aikana koetut kosketuskokemukset ovat läsnä jokaisessa kosketustilanteessa. (Routasalo 1998, 171–176.)

- On puhuttava rauhallisesti ja selkeällä äänellä, levollinen asennoituminen lisää luottamuksen tunnetta ja puolestaan vähentää ahdistusta.
- Dementiaa sairastavalle ihmiselle tulisi antaa riittävästi aikaa tarvitsemiensa sanojen löytämiseen ja itsensä ilmaisuun. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 195.) -> Avoin ja empaattinen suhtautuminen dementiaa sairastavaan ihmiseen sekä lämmin ja vastavuoroinen ilmapiiri

## Viriketoiminta

- Viriketoiminta on ihmistä aktivoivaa toimintaa jolla pyritään ennalta ehkäisemään sekä korjaamaan niitä sairauden aiheuttamia oireita, jotka johtuvat mielekkään ja aisteja aktivoivan toiminnan puutteesta (Tinell 2001, 96).
- > Viriketoimintaa voidaan toteuttaa monin eri muodoin, mutta tuomme esille viriketoiminnan muodoista musiikin ja muistelun laajan sovellettavuutensa vuoksi.

- Sillmanin ja Väänäsen tekemän laadullisen opinnäytetyötutkimuksen mukaan (2005, 48–50) virikkeellinen toimintaterapiaryhmä on sopiva kuntoutusmuoto kun tavoitteena on parantaa dementiaa sairastavan ihmisen elämänlaatua.
  - Tärkeintä on yhdessä oleminen ja tekeminen, ei niinkään täydellinen lopputulos ja tekemisen hyödyllisyys.
- 
- Omien persoonallisten ominaisuuksien hyödyntäminen ja tilanteeseen antautuminen tarjoavat onnistumisen kokemuksia ohjaajille ja myös ryhmään osallistujille.
  - -> Hoitajat eivät voi toteuttaa toimintaterapiaa sen varsinaisessa merkityksessä, koska heillä ei ole siihen vaadittua pätevyyttä. Tavoitteet voivat olla samansuuntaisia kuin toimintaterapiaryhmässä, mutta hoitajan osalta toiminnallista viriketoimintaa tulisi toteuttaa omien henkilökohtaisten valmiuksien pohjalta.

- Dementiaa sairastavat ihmiset hyötyvät merkittävässä määrin yhteisestä laulutuokiosta, ohjatusta liikunnasta ja muusta heille järjestetystä toiminnasta, riippumatta siitä onko dementian vaikeusaste lievä, keskivaikea vai vaikea (Topo ym. 2007, 88. )
- Hoitajan on osattava tunnistaa asiakkaan jäljellä olevat kyvyt ja voimavarat sekä löydettävä yksilöllisiä mielenkiinnonkohteita ja kyettävä suunnittelemaan yksilöllistä hoitoa näiden pohjalta (Tinel 2001, 96–97.) **Mitkä ovat minun vahvat alueet hoitajana?**

## Musiikki

- Musiikkiterapia käytännössä on luova prosessi, jossa musiikkia käytetään välineenä, ei itsetarkoituksena.
- > laulamista, kuuntelua ja liikkumista musiikin tahtiin.
- Musiikki aktivoi alitajuntaa ja sen avulla pyritään sekä paljastamaan tiedostamatonta. Musiikin kautta vaikeita asioita voi käsitellä turvallisesti, koska musiikin avulla asioihin muodostuu symbolinen etäisyys. (Suomen musiikkiterapiayhdistys 2009.)

- Musiikkiterapian tavoitteet vanhusten hoidossa ovat Ahosen (2000, 23) mukaan masennuksen vähentäminen, itsenäisyyden lisääminen, sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja fyysisten toimintojen parantaminen.
- Tavoitteisiin kuuluu myös muistin ja muistojen virittäminen, elämän kertausprosessissa auttaminen, todellisuuteen orientoituminen, itsetunnon ja omanarvon parantaminen, eletyn elämän tarkoitukselliseksi kokeminen ja tunteiden purkaminen ja läpityöskentely

- Sherrattin, Thorntonin ja Hattonin (2004) tekemän havainnointitutkimuksen mukaan musiikin ja erityisesti elävän musiikin käytöllä on yhteys keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavien ihmisten hyvinvointiin.
- Lisäetuna musiikki tarjoaa mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen ja ei-sanalliseen viestintään.

- Musiikin hyödyntäminen dementoituneiden kuntouttamisessa on yksi käytetyimmistä viriketoiminnan muodoista.
- Musiikki mahdollistaa yhteyden muistoihin ja jokin tietty, merkittävä laulu saattaa koskettaa ihmistä vielä silloinkin kuin muunlaista kontaktia ei enää saada. (Tinell 2001, 99.)
- Musiikin sisälle on tallentunut paljon tuntemuksia ja hetkiä ihmisen eletystä elämästä ->musiikilla voidaan vahvistaa elämyksellisellä tasolla dementoituneen tunnetta olemassaolostaan sekä antaa hänelle mahdollisuus kokea siihen saakka eletyn elämän tunteita ja tapahtumia. (Pirttilä 2004, 17; Taipale 2000, 67, 70.)

- Hengelliset laulut sekä virret ovat tärkeässä asemassa ikäihmisten elämässä, niihin liittyy rakkaita muistoja ja turvallisuuden tunnetta. Hengelliset laulut sekä virret tuovat myös lohdutusta.
  - Musiikin hoitavaa merkitystä dementiaa sairastavien parissa on todettu olevan erityisesti vanhoilla tanssikappaleilla.
  - Musiikkituokioon voidaan sisällyttää istumatanssia tai kädestä pitämistä, jolloin luodaan myös läheisyyden tunnetta. (Tinell 2001,99- 100.)
  - Jos hoitokodissa järjestetään päivittäin tiettyyn aikaan musiikkituokio, antaa se mahdollisesti dementoituneelle jonkinlaisen käsityksen ajasta. (Clair 1990, 1996b, Smith 1990.)
- 
- Jos hoitokodissa järjestetään päivittäin tiettyyn aikaan musiikkituokio, antaa se mahdollisesti dementoituneelle jonkinlaisen käsityksen ajasta. (Clair 1990, 1996b, Smith 1990.)
  - Tunteet saavat vaihdella ilosta suruun, sillä tunteiden avulla dementoitunut pystyy säilyttämään osaltaan yhteyden omiin tunteisiinsa ja persoonallisuuteensa (Ahonen 2000, 288)

## Muistelu

- Dementoituneen ihmisen lähimuisti huononee, mutta hän kykenee muistamaan hyvin tunteita ja tunnetiloja -> tämänhetkisen elämän kokemukset sekoittuvat menneisyydessä tapahtuneisiin asioihin ja ihmisiin.
- Dementiaa sairastavien parissa työskentelevältä hoitajalta vaaditaan kykyä ymmärtää dementoituneen hätäntymisen todellinen syy ja taitoa vastata tähän ihmisen hätään. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102.)



- Muistelu on dementoituneiden ihmisten hoidossa yksi monipuolisimmista toimintamuodoista->muistelu kuuluu oleellisena osana ihmisen olemukseen.
- Muisteluhetki antaa myös mahdollisuuden onnistumisen elämyksiin ja yhteinen hetki vanhojen asioiden parissa voi auttaa kahta ihmistä saamaan yhteyden toisiinsa.
- Muisteluhetken mahdolliset tavoitteet riippuvat siitä mitä dementian astetta ryhmän jäsenet sairastavat (Mäki 2000, 103, 106–107.)

- Muistot luovat myös merkityksen sille kuka olen ja mikä merkitys elämällä on ollut. Merkityksen antaminen muistoille on tärkeää ihmisen psyykkiselle ja sosiaaliselle kehitykselle. (Tinell 2001, 98.)
- Muistelu vaikuttaa ihmisen mielialaan kohottavasti ja nostaa itsetuntoa, se tarjoaa pakokeinon nykyhetkestä ja hyvistä muistoista voi saada voimia vaikeissa elämän vaiheissa (Mäki 2000, 103).

- Vaikka muisteluhetken sisältö saattaa pysyä dementoituneen mielessä vain pienen hetken silti lyhytkin muisto ja muistaminen saattaa tuoda turvallisuuden tunnetta
- > Muistelu saattaa herättää luonnollisesti myös negatiivisia tuntemuksia kuten ikävää ja ahdistuneisuutta.
- > Dementoituneen elämänhistorian tunteminen auttaa hoitajaa potilaan negatiivisten tunnetilojen käsittelyssä, sekä helpottaa hoitajaa huomioimaan osallistujien kokemuksia ja mielenkiinnon kohteita. (Pennanen, Puumalainen & Tukiainen 2006, 77.)

- Muistelutuokioissa hoitaja oppii joka kerta uusia asioita hoidon kohteena olevista ihmisistä ja tämän tulisi lisätä hoitajan kykyä suhtautua potilaisiin yksilöllisesti ja hienotunteisemmin. (Mäki 2000,110- 111.)
- Muistelutilanteet voivat olla erilaisia ja muistelua voidaan toteuttaa ryhmässä tai yksilötoimintana.
- voidaan toteuttaa joko kertaluontoisena tai säännöllisesti toistuvana, tilanne voidaan suunnitella etukäteen tai toteuttaa täysin ennalta suunnittelematta, kestoaltaan ne voivat olla hyvinkin lyhyitä(Mäki 2000, 110–115.)

- Muistelun yhteydessä tulisi hyödyntää huumoria esimerkiksi murteeseen liittyviä asioita tai kaskuja sillä yhteisellä huumorilla voidaan luoda rentoutta, naurua ja hyvää olo dementoituneelle. (Tinell 2001, 98–99.)
- Muistelun ei tarvitse aina sijoittua kaukaisiin asioihin, myös lähimuistelulla on tärkeä merkitys esim. uuteen paikkaan sopeutumisessa.
- Lähimuistelun avulla voidaan huomaamatta kerrata ja näin muistella tehtyjä asioita esimerkiksi ulkoilua tai omaisten vierailua. (Mäki 2000, 112.)

## Ideoita ja vinkkejä käytäntöön...

- Huonekalut tulisi olla vanhoja eli sellaisia jotka ovat olleet käytössä nykypäivän vanhuksilla lapsuuden ja nuoruuden kodeissaan, myös valaisimet, matot ja verhot tulisi olla vanhoja.
- Myös erilaiset vanhat työkalut, kuten pyykkilauta tai suutarin työkalut auttavat virittäytymään muistelutunnelmaan. (Mäki 2000, 110–115.)

## Ideoita ja vinkkejä käytäntöön...

- Huonekalut tulisi olla vanhoja eli sellaisia jotka ovat olleet käytössä nykypäivän vanhuksilla lapsuuden ja nuoruuden kodeissaan, myös valaisimet, matot ja verhot tulisi olla vanhoja.
- Myös erilaiset vanhat työkalut, kuten pyykkilauta tai suutarin työkalut auttavat virittäytymään muistelutunnelmaan. (Mäki 2000, 110–115.)

- Musiikin ei tulisi olla vain taustamusiikkina, vaan yhdistettynä johonkin tilanteeseen, jossa yhdessä lauletaan tai hyräillään  
**vuodepotilaiden mahdollisuus osallistumiseen?**
- Muistelussa voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä kuten valokuvia, selkokirjoja tai muistelukortteja. (Tinell 2001, 98–99.)
- iltarukous yhdessä, virsien kuunteleminen tai yhdessä laulaminen ennen nukkumaan menoa
  
- yhdessä laulettu laulu tai jonkin tietyn kappaleen kuunteleminen yhdessä joka päivä ennen ruokailua -> Antaa käsityksen ajasta.
- Lapsuuden ja nuoruuden ajan muistot, niistä kyseleminen, vertailu nykypäivän ja menneen välillä, lapsiin ja leikkeihin liittyvät muistot
- ryhmässä voidaan vaikka keskustella yhdessä nuoruusmuistoista tai siitä miten ennen vietettiin juhlapyhiä
- Muistelu musiikin avulla: Vanhat tanssikappaleet, hengellinen musiikki. Yhdessä laulaminen tai kuuntelu.

- Lähimuistelu: onpas sinulla punaiset posket, oletkos käynyt ulkona tänään?
- Jos vanhuksen luona on käynyt poika vierailulla ja vanhus kysyy myöhemmin ”kävikö äitini täällä tänään” Ei sanota ”ei, vaan poikasi kävi” sen sijaan sanotaan ” Ihan totta, sinun poikasi kävi tänään” -> tukee dementiaa sairastavan itsetuntoa, koska osittain hän muisti asian aivan oikein.
  
- Hätäntyneelle dementiaa sairastavalle ihmisille tulee sanoa, että ” sinä olet nyt hätäntynyt” Sen sijaan, että mitätöidään vanhuksen todellinen hätä sanomalla ”ei ole mitään hätää”. Hoitajan läsnäolo ja ihmisen todellisen hätäntymisen syyn selvittäminen ja ymmärtäminen rauhoittaa dementiaa sairastavaa.
- Esim. Äitiään kaipaavan ihmisen kanssa voidaan puhua yleisesti äitiin liittyvistä tunteista



- Vain mielikuvitus ja oma rohkeus rajana!
- Omien persoonallisten ominaisuuksien hyödyntäminen -> Ei tarvitse olla mestarilaulaja hyräilläkseen.
- Löydettävä itselleen sopiva muoto toteuttaa viriketoimintaa -> Ei ole olemassa oikeaa tai väärää tapaa!

#### Lähteet

- Ahonen, H. 1993. **Musiikki. Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet.** Loimaa: Finnlectura.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. **Kun muisti pettää.** Helsinki: WSOY
- Heimonen, S. 2004. Eteenpäin elävä mieli- neuvonta kuntoutuksen keskeisenä keinona. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli.** Helsinki: Edita. 54-62
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. **Avaimia arviointiin, dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö.** Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mäki, O. 1998. Muistelu- kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvan hoitotyössä.** Helsinki: Tammi. 103-121
- Pennanen, H., Puumalainen, S. & Tukiaisen, H – R. 2006. **Opinnäytetyö Mitä minä tekisin? - Dementoituneen viriketoiminnan ohjauksiansio Tammenkodin henkilökunnalle.** Kuopio: Savonia- ammattikorkeakoulu, Terveysala.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus.** Helsinki: Tammi, 11-21
- Routasalo, P. 1998. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvan hoitotyössä.** Helsinki: Tammi., 171- 184
- Sherratt, K., Thornton, A., & Hatton, C. 2004. **Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study.** *Aging & Mental Health*, May 2004; 8(3): 233–241. ORIGINAL ARTICLE. 240.
- Silman, S. & Väänänen, M. 2005. **Opinnäytetyö Hoitohenkilökunnan kokemuksia dementiaa sairastavien naisten virikkeellisestä toimintaterapiaryhmästä.** Kuopio: Savonia- ammattikorkeakoulu, Terveysala.
- Sulkava, S. & Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) **Geriatrisia arvioinnista kuntoutukseen.** Helsinki: Edita, 82-128
- Taipale, M. 2000. Musiikki dementoituvan ihmisen hoidon välineenä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Kuntouttava työote dementoituvan hoitotyössä.** Helsinki: Tammi, 65-83
- Tinell, M. 2001. Päivätoiminta – mielekästä sisältöä arkipäivään dementoituvan hoidon polulla. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) **Dementoituvan hoitopolku.** Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 91-105
- Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Rääkkönen, O. ja Eloniemi-Sulkava, U. 2007. **Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta.** Vaajakoski: Gummerus ja Stakes.
- Vähäkangas, P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) **Gerontologinen hoitotyö.** Helsinki: WSOY. 145-156
- Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavan lyhytkaishoidon haasteet. Parjanne, M-L. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) **Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli.** Helsinki: Edita, 73-85
- Suomen musiikkiterapiayhdistys, 2009. Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa. Päivitetty 27.4.2009. Suomen musiikkiterapiayhdistyksen verkkosivut. Viitattu 4.9.2009 [http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=65](http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65)

## Liite 2. Kyselylomake

### Palaute opetustapahtumasta.

Rengasta itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto

#### 1. IKÄ

1. 19- 25
2. 26- 30
3. 31–35
4. YLI 35

#### 2. TYÖKOKEMUS HOITOALALTA

1. ALLE 5 VUOTTA
2. 6- 10 VUOTTA
3. YLI 10 VUOTTA

Seuraavaksi on väittämiä, jotka koskevat pidettyä opetustapahtumaa. Valitse alla olevista vaihtoehdoista rengastamalla itseäsi / omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto:

1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Osittain samaa mieltä, 3 = Osittain eri mieltä, 4 = Täysin eri mieltä ja 5 = En osaa sanoa

- |   |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>3. Opetusmenetelmät (pienryhmätehtävät, keskustelut, diat) olivat mielestäni sopivia</b>       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>4. Opetustapahtuma oli kestoaltaan sopiva</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>5. Tila oli opetustapahtumalle sopiva (rauhallisuus, koko, akustiikka)</b>                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>6. Opetustapahtumasta tiedotettiin ajoissa</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>7. Opetustapahtuma tarjosi minulle uutta tietoa</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>8. Opetustapahtuma oli hyödyllinen työyhteisölleni</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>9. Opetustapahtuma oli hyödyllinen minulle</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>10. Opetustapahtuma oli aiheeseen nähden sisällöllisesti riittävän laaja</b>                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>11. Ohjaajien asiantuntemus oli mielestäni riittävän laajaa ja tutkimustietoon pohjautuvaa</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>12. Ohjaajien esiintyminen oli mielestäni luontevaa ja ymmärrettävää</b>                       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>13. Ohjaajien esiintymistapa oli selkeä</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>14. Opetustapahtuma oli mielestäni kokonaisuudessaan tarpeellinen</b>                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>15. RUUSUT JA RISUT: Kehittämideoita, mielipiteitä, palautetta...</b>                          |          |          |          |          |          |

☺ Kiitos palautteestasi!