

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Taru Luukkonen

HOITAJIEN NÄKEMYS PITKÄAIKAISHOIDON OSASTON POTILAIEN
HENKISTEN JA SOSIAALISTEN VOIMAVAROJEN TUKEMISESTA VIRIKE-
TOIMINNAN AVULLA OSANA SOSIOKULTTUURISIA TYÖMUOTOJA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

LUUKKONEN TARU

Hoitajien näkemys pitkäaikaishoidon osaston potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukemisesta virike-toiminnan avulla osana sosiokulttuurisia työmuotoja

Opinnäytetyö

61 sivua + 21 liitesivua

Työn ohjaajat

lehtori Merja Laitoniemi, yliopettaja Sari Ranta, osastonhoitaja Pia Rauhamäki ja virikeohjaaja Anne Ala-Nikula

Toimeksiantaja

Lahden kaupunki

Joulukuu 2009

Avainsanat

sosiokulttuuriset työmuodot, viriketoiminta, pitkäaikaishoidon potilas, henkiset voimavarat, sosiaaliset voimavarat, dementia

Tässä opinnäytetyössä kuvataan hoitajien näkemyksiä ikääntyvien pitkäaikaishoidon potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukemisesta viriketoiminnan avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille pitkäaikaishoidon potilaan oikeus henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin laitoshoidossa sekä kartoittaa hoitajien viriketoiminnan ja ohjaamisen taitoja.

Tutkimuksessa on käytetty laadullista ja osin määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimustyön aineisto kerättiin yhden pitkäaikaishoidon osaston hoitajilta Viriketoiminnan ohjausta kartoittavien mittareiden 1 ja 2 avulla. Kyselylomakkeet sisälsivät avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Tutkimustyön aineisto analysoitiin käyttämällä aineistosta lähtevää sisällön analyysia.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan ikääntyvien voimavaroja ja toimintakykyä tulee tukea kokonaisvaltaisesti. Hoitajien mukaan ikääntyvien henkistä ja sosiaalista hyvinvointia tukee turvallinen ja virikkeellinen hoitoympäristö. Hoitajat näkivät, että rauhallisuus ja kiireettömyys luovat ikääntyvälle turvallisuuden tunteen. Hoitajien mukaan ikääntyvien muistisairaiden erityistarpeet tulee huomioida viriketoiminnan suunnittelussa. Hoitajat näkivät tärkeinä ikääntyvälle elämyksiä tuottavat hengelliset ja virikkeelliset tapahtumat sekä ulkoilun. Hoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta ohjaukseen, viriketoimintaan ja muistisairaana ikääntyvän kohtaamiseen liittyen. Suurimpana haasteena ikääntyvien viriketoiminnan järjestämiselle hoitajat näkivät riittämättömät henkilöstöressurit. Hoitajat toivoivat enemmän aikaa viriketoiminnan suunnitteluun ja itse toiminnan järjestämiseen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences
Elderly Care

LUUKKONEN, TARU

Nurses' Views on Supporting Patients' Mental and Social Resources with Stimulating Activities in the Long-Stay Ward as Part of Sociocultural Ways of Working

Bachelor's Thesis

61 pages + 21 pages of appendices

Supervisor

Merja Laitoniemi, lecturer, Sari Ranta, principal lecturer, Pia Rauhamäki, ward sister and Anne Ala-Nikula, instructor of stimulating activities

Commissioned by

City of Lahti

December 2009

Keywords

sociocultural way to work, stimulating activities, patients on a long-stay ward, mental resources, social resources, dementia

In this Bachelor's thesis there are nurses' views on supporting mental and social resources of the aging in the long-stay ward with stimulating activities. The purpose of this Bachelor's thesis is to bring out the rights of the patients of a long-stay ward to mental and social welfare in institutional care as well as to find out about nurses' skill to arrange and instruct stimulating activities.

Qualitative and partly quantitative research method was used in this thesis. The material of this thesis was gathered from the nurses of the one long-stay ward with the help of forms 1 and 2 on stimulating activities. There were open and structured questions in the questionnaires. The material of this thesis was analyzed using content analysis.

According to the results the resources and functional activities of the aging have to be supported comprehensively. According to the nurses the best way of supporting the mental and social welfare of the aging is safe and stimulating care environment. The nurses told that a peaceful and tranquil environment creates the best security feeling for the aging. According to the nurses the special needs of patients with memory loss disease must be considered when planning of stimulating activities. The nurses also found spiritual and stimulating events and exercise out doors important for the aging. In the nurses' opinions they need training for counselling, stimulating activities and for facing an aging person with a memory loss disease. According to the nurses the biggest challenge for organizing stimulating activities was the shortage of personnel. The nurses themselves wished for more time for planning and organizing stimulating activities.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PITKÄAIKAISHOIDON POTILAIEN HENKISTEN JA SOSIAALISTEN VOIMAVAROJEN TUKEMINEN	8
2.1	Pitkäaikaishoidon osasto ja siellä hoidettavat potilaat	8
2.2	Dementia	11
2.3	Henkiset voimavarat	13
2.4	Sosiaaliset voimavarat	18
2.5	Yhteisöllisyys	20
3	SOSIOKULTTUURINEN VANHUSTYÖ	22
3.1	Sosio-kulttuuriset työmuodot	22
3.2	Sosio-kulttuurinen työ ikääntyvien hoidossa	23
3.3	Kuntoutumista tukeva viriketoiminta	28
3.3.1	Viriketoiminta	29
3.3.2	Toiminnallinen taideterapia	30
3.4	Ohjaustaidot	32
4	TUTKIMUSONGELMAT	34
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	35
5.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta	36
5.2	Tutkimusmenetelmä	37
5.2.1	Tutkimuksen lähestymistapa	37
5.2.2	Kyselylomake	38
5.3	Aineiston keruu	39
5.4	Aineiston analyysimenetelmä	40
5.5	Opinnäytetyön luotettavuus	41
5.6	Tutkimuseettisten ongelmien tunnistaminen	42

6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	43
6.1	Taustatietoja tutkimuksen kohderyhmästä viriketoimintamittari 1 ja 2	43
6.2	Pitkäaikaispotilaan sosiaalisten ja henkisten voimavarojen huomioiminen ikääntyvien hoitotyössä	43
6.3	Yhteisöllisyyden näkyminen pitkäaikaishoidon osaston potilaiden arjessa	45
6.4	Sosiokulttuuriset työmuodot ikääntyvien hoitotyössä	45
6.5	Pitkäaikaishoidon osaston hoitajien viriketoiminnan ohjaamisen valmiudet ja koulutustarpeet	46
6.6	Viriketoiminnan mahdollisuudet ja haasteet pitkäaikaishoidon osaston potilaan hoidossa	48
6.7	Viriketoiminnan kehittämissuhteet ja ideat	50
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	51
7.1	Keskeiset tutkimustulokset	51
7.2	Tutkimuksen merkitys ikääntyvien hoitotyölle	52
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	54
7.4	Jatkotutkimusaiheet	54
	LÄHTEET	56
	LIITELUETTELO	
	Liite 1. Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari, osa 1	
	Liite 2. Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari, osa 2	
	Liite 3. Analyysimittari 1	
	Liite 4. Analyysimittari 2	

1 JOHDANTO

Vanhusten osallisuuden ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen on nousemassa lähi-vuosien haasteeksi samalla kun ikääntyneiden määrä kasvaa Suomessa. Ikääntyneiden henkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista ei ole kyetty suomalaisessa yhteiskunnassa riittävästi huolehtimaan. Yli 65-vuotiaista 16 – 30 % kärsii jonkin asteisista mielenterveysongelmista. Laitoshoidossa ikääntyvien mielialahäiriöiden esiintyvyys nousee 50 - 80 %. (Koponen & Leinonen 2001; Kattainen, Voutilainen & Sohlman 2007, 58 - 59.) Masennuksen riski kasvaa ikääntyvillä fyysisten terveydentilan muutosten ja niihin liittyvien toimintakyvyn vajeiden myötä. (Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge 1997; Pajunen 2004, 218 - 219).

Valtakunnallisesti on herätty kulttuurin tuomiin positiivisiin terveysvaikutuksiin. Opetusministeriön kulttuuripolitiikan tavoitteita toteutetaan erilaisilla ohjelmilla, hankkeilla, hallinnon alan ohjauksella ja toiminnan rahoituksella. Kulttuurin terveydellisten ja hyvinvointivaikutusten edistämishankkeen toimenpideohjelman osa-alueet ovat: kulttuuri osallisuuden, yhteisöllisyyden, arjen toimintojen ja ympäristöjen edistäjänä, taide ja kulttuuri osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja työhyvinvoinnin tukeminen taiteen ja kulttuurin keinoin. (OPM, Kulttuurin hyvinvointivaikutusten edistämishanke.) Opetusministeriön julkaisussa Kulttuurin ja hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä Näköaloja taiteen soveltavaan käyttöön on löydetty taiteen ja kulttuurin tuomia positiivisia terveysvaikutuksia. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän Kulttuuriohjelma sisälsi toimenpiteitä maaseudun kulttuurin toimintaedellytysten edistämiseksi vuosille 2005 - 2008. Taide ja kulttuuri vahvistavat hyvinvointinäkökulmasta ihmisen sosiaalisuutta, osallistumisen ja yhdessä olemisen sekä itsensä toteuttamisen kautta. Olennaista on osallistumisen ilo ja elämyksellinen onnistumisen kokemus. Kulttuuripalvelujen käytöllä ja sellaisilla kulttuuriharrastuksilla, joissa ihminen on osallisena katsojana tai kuuntelijana, on positiivista vaikutusta terveydentilaan ja jopa elinikään. Elämän hallinta koheenee taideharrastuksessa syntyvien yhteisöllisyyden ja verkostojen kautta. Hoitotyössä kulttuuria ja taidetta voi käyttää merkittävänä työvälineenä. Tulevaisuudessa kulttuurisen näkökulman soisi näkyvän osana julkisten hyvinvointipalelujen uudelleen organisoitumista ja uusia tuotantomalleja. Kulttuuriohjelman selvityksessä on tarkasteltu niitä taidepohjaisia hankkeita, jotka ilmenevät sosiaalisissa yhteyksissä mahdollistaen

uusua kohtaamisia sektorien välisille rajapinnoille. ”*Taide, taiteen soveltava käyttö, taiteelliset tutkimusmenetelmät sekä taiteen keinoin tapahtuva tutkimuksellinen toiminta tarjoavat innovatiivisia ja kestävän kehityksen mukaisia muutosagentteja hyvinvoinnin tukemisessa ulottuessaan muun muassa taloudelliseen toimintaan, alueelliseen, paikalliseen kehittämistyöhön, sosiaali- ja terveystoimeen, muihin yhteiskunnan palveluihin ja työelämän käytäntöihin.*” (Von Branderburg 2008, 12.)

Tämän opinnäytetyön aihe muotoutui työelämälähtöisesti. Pitkäaikaishoidon osastolla potilaat saavat laadukasta perushoitoa. Potilaiden fyysisestä hyvinvoinnista huolehditaan tunnollisesti; ravitsemustila on kohentunut, asento- ja ihonhoidon myötä painehaavaumat ovat vähentyneet, inkontinenssi -asioihin on paneuduttu huolella ja lääkehoito on kehittynyt turvallisen lääkehoitosuunnitelman myötä. Sen sijaan sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin huomioiminen ja tukeminen jää hoitajilta kiireessä vähemmälle huomiolle. Chaskan (1978) mukaan suurin osa hoitajista on saanut tehtäväkeskeisen koulutuksen, jonka vuoksi he ovat enemmän laitoslähtöisiä kuin potilaiden tarpeita palvelevia. Tehtäväkeskeisen hoitajan ei ole tärkeää ymmärtää, miksi jokin tehtävä tehdään, vaan tärkeintä on tehdä se mahdollisimman tehokkaasti. (Chaska 1978 Liukkosen 1991, 42 - 43 mukaan.) Millerin (1985) mukaan tehtäväkeskeisen työskentely johtaa muistisairaana ikääntyvän toimintakyvyn heikentymiseen ja riippuvuuteen hoitajista. Yksilöllinen hoito turvaa muistisairaana ikääntyvän kykyjen säilymisen. (Miller 1985 Liukkosen 1991, 42 - 43 mukaan.) Pitkät hoitosuhteet luovat hyvät edellytykset luottamukselliseen ja lämpimään vuorovaikutukseen potilaan, hänen läheisensä ja hoitajan välillä. Tähän vaaditaan hoitajalta keskittymistä, kiireetöntä aikaa, kuuntelemista, keskustelua, tukemista sekä tuntosarvia havainnoimaan potilaan mielialaa. Pitkäaikaispotilaan arjessa näkyy harvoin virikkeitä ja ilonpilkahduksia, päivät täyttyvät hoitokierroista ja ruokailuista sekä levosta. Potilaiden jaksaminen ja mielenvireys vaihtelevat päivittäin ja hoitajalta vaaditaankin herkkyyttä aistia milloin on sopiva hetki virikkeille. Phillips (1987) näkee hoitajalla useita rooleja; vastata ikääntyvän tarpeisiin, opettajan, suojelijan, arvojen selkiyttäjän ja kuuntelijan roolin. (Phillips 1987 Liukkosen 1991, 43 mukaan).

Tutkimustyön tavoitteena on tuoda esille pitkäaikaishoidon potilaan oikeus henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, joka saavutetaan potilaiden voimavaroja havainnoimalla ja tukemalla sekä luomalla yksilöllisiä virikkeitä (voimaantuminen). Hoitajien vuoro-

vaikutus- ja ohjaustaidot nousevat tutkimuksen myötä esiin. (Heimonen & Voutilainen 1997, 82 - 84, 95 - 103). Ikääntyvän välittävä ja arvostava kohtaaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen arjen haastavissakin tilanteissa vahvistaa ihmisen identiteettiä ja elämän hallinnan tunnetta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015, 18 - 19.)

Tutkimustyön tarkoituksena on myös kehittää ikääntyvien pitkäaikaishoidon potilaiden viriketoimintaa kokonaisvaltaiseksi, suunnitelmalliseksi, potilaslähtöiseksi, moniammatilliseksi toiminnaksi, jonka merkitys ymmärretään tärkeänä osana ikääntyvän hyvinvointia organisaatioiden eri portilla. (Noppari & Koistinen (toim.) 2005, 153). Tämän tutkimustyön pohjana käytetään hoitajien havaintoja, ajatuksia, kokemuksia, tuntemuksia, kehittämisehdotuksia ja ideoita.

Tutkimustyössä kuvataan erään keskisuuren kaupungin kaupunginsairaalan ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastoa. Tutkimuksessa kutsutaan pitkäaikaishoidon potilasta potilaaksi tai ikääntyväksi. Pitkäaikaishoidon osaston henkilökuntaa kutsutaan teoriaosassa hoitajiksi erittelemättä ammattiryhmittäin, mutta tutkimustuloksia kuvatessa voidaan nostaa ammattiryhmiä esiin, jos sillä on tulosten kannalta merkitystä.

2 PITKÄAIKAISHOIDON POTILAIDEN HENKISTEN JA SOSIAALISTEN VOIMAVAROJEN TUKEMINEN

2.1 Pitkäaikaishoidon osasto ja siellä hoidettavat potilaat

Ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastolla hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat jatkuvaa, ympärivuorokautista hoitoa. Pitkäaikaishoidon osastolla potilaat ovat yleensä iäkkäitä ja hyvin monisairaita. Lähes kaikilla potilailla on keskivaikea tai vaikea dementia, ja heidän toimintakykynsä on alentunut niin paljon, että he eivät edes kotihoiton turvin ole pärjänneet kotona tai palvelutalossa. Osastolla hoitajat auttavat heitä kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Työskennellessään hoitajat käyttävät kuntoutumista tukevaa työotetta eli huomioivat potilaiden jäljellä olevia voimavaroja. (Voutilainen 2004, 8 - 10). Kuntoutumista tukevan toiminnan ansiosta pitkäaikaishoidon potilaita on aiempaa vähemmän. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa henkilöstön on paneuduttava huolella

ikäntyvän potilaan monipuoliseen hoitoon ja pitkäjänteiseen kuntoutumista tukevaan toimintaan, jotta hän selviytyisi vielä kotona. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 63.)

Lait ja asetukset määrittelevät pitkäaikaishoidon potilaan ja hänen tarvitsemansa hoidon seuraavasti:

”Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). *”Laitoshoidolla tarkoitetaan henkilön ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai vastaavassa yksikössä.”* (Kansaneläkelaki 11.5.2007/568). *”Laitoshuoltoa toteutettaessa on henkilölle järjestettävä hänen ikänsä ja kuntosuun mukainen tarpeellinen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään.”* (Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.) *”Pitkäaikaishoidon potilas on henkilö, joka on ollut laitoshoidossa yhtäjaksoisesti yli kolme kuukautta ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt niin, että hän tarvitsee jatkossakin laitoshoidoa.”* (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734).

Ikäntyvän pitkäaikainen laitoshoido alkaa silloin, kun hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista apua ei enää voida kotona tai palvelutalossa järjestää. Laitoshoidon tarpeeseen vaikuttavat yleensä useat eri tekijät: toiminnan vajeet, rappeuttavien pitkäaikaissairauksien eteneminen tai itsenäisen selviytymisen haasteellisuus. Ikäntyvien pitkäaikaista laitoshoidoa järjestetään vanhainkodeissa, terveyskeskuksien ja sairaaloiden vuodeosastoilla. (Voutilainen 2004, 9 - 10.)

Päivittäisen toiminnan järjestäminen on keskeinen keino tukea muistisairaahan ihmisen omatoimisuutta ja toimintakykyä. Toiminnassa huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja elämänhistoria. (Heimonen & Voutilainen 1997, 82 - 84.)

Pitkäaikaishoidon osastolla hoitosuhteet ovat pitkiä, hoitosuhteessa korostuvat yksilöllisyys, turvallisuus ja kokonaisvaltaisuus. Yksilövastuiseen hoitotyön filosofiaan kuuluu omahoitajuus. Omahoitaja laatii hoitosuunnitelman, hoito on tavoitteellista ja sitä

arvioidaan säännöllisesti. Omahoitajan tukena on moniammatillinen hoitoryhmä. Potilaan elämänkaari selvitetään ja yksilölliset toiveet huomioidaan hoitosuunnitelmassa, omahoitaja on avainasemassa selvitystyössä. Omahoitaja huolehtii, että potilaalla on mahdollisuus jatkaa yksilöllistä elämäntyyliään ja oikeus itsensä toteuttamiseen säilyy myös hoitolaitoksessa. (Heimonen & Voutilainen 1997, 82 - 84.) Omahoitaja huolehtii asiakkaan kulttuurisista ja taiteellisista, kuin myös fyysisistä ja henkisistä tarpeista. (Liikanen 2009, 14).

Pitkäaikaishoidon osaston potilaan hoitosuunnitelman lähtökohtana määritellään potilaan tila, tarpeet, voimavarat ja toimintakyvyn rajoitteet. Seuraavaksi määritellään tavoitteet, toiminnot ja menetelmät hoidollisten ongelmien ratkaisemiseksi ja potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai kohentamiseksi. Hoitoa arvioidaan jatkuvasti. (Voutilainen 2004, 25 - 26; Heimonen & Voutilainen 1997, 58.)

Pitkäaikaishoidon osaston potilaan läheisten mielipiteitä huomioidaan, heidät otetaan mukaan hoitoneuvotteluun ja hoidon suunnitteluun. Ikääntyvän tulisi olla mukana lähimmän edustajansa kanssa, kun päätöksiä tehdään hänen elämästään. Hoitotyön johtamisen tavoitteen tulisi toimia samassa linjassa organisaatioiden eri tasoissa, yhteistyössä ikääntyvän potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tällöin visio on kaikille organisaation tasoille yhteneväinen, kaikille tiedossa, yhdessä sovittu, päätetty ja sitouduttu. Hoitotyö voi olla näennäistä niin demokratian kuin asiakaslähtöisyyden suhteen, jos päätökset tehdään toisaalla, irti kontekstista ja ilman selkeää yhteistä visiota. Uhkana laadukkaalle hoitotyölle ovat henkilöstöresurssit ja eettiset sekä moraaliset uhat. Ammattitaitoisen, sitoutuneen henkilöstön vastuullinen työskentely organisaation joka tasolla on laadukkaan hoitotyön edellytys. (Noppari. & Koistinen (toim.) 2005, 153.)

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon tulo merkitsee ikääntyvälle ja hänen läheisilleen suurta muutosta. Läheisille se saattaa merkitä helpotusta raskaasta hoitovastuusta, mutta luopumisen tuska itesyytöksineen kalvaa mieltä. Dementoituva potilas saattaa kieltäytyä jäämästä hoitopaikkaan ja syyllistää läheisiään, kun hän ei ymmärrä, miksi ei voisi asua kotonaan. Hoitajat tukevat muutostilanteessa sekä potilasta että hänen läheisiään. (Heimonen & Voutilainen 1997, 59.)

2.2 Dementia

Dementoituvien sairauksien perussyy on neurologinen tai elimellinen, etenevä sairaus. Parantavaa tai sairauden etenemisen kokonaan pysäyttävää hoitokeinoa dementiaan ei ole keksitty. Dementiaassa kognitiivinen toimintakyky heikkenee ja aiheuttaa laajalaisia ongelmia tiedonkäsittelyyn. Dementiaoireistoa aiheuttaa degeneratiiviset (rappeuttavat) aivosairaudet, aivoverenkierron häiriöt, aivokasvaimet, aivovammat, keskushermostotulehdukset, aineenvaihduntahäiriöt, erilaiset puutostilat, lääkkeet ja myrkyt. (Heimonen & Voutilainen 1997, 12 - 13; Vallejo Medina ym. 2006, 275 - 276.)

Dementia käsitetään usein muistihäiriönä ja -vajeina. Dementiadiagnoosin kriteerinä kuitenkin on, että useampi älyn osa-alue heikkenee ja ongelmia ilmenee jossakin seuraavista alueista; kielellisessä kyvyissä, liikesarjojen suorittamisessa, tunnistamisen ja merkityksen ymmärtämisessä ja toiminnan ohjauksessa. Dementiaan liittyy sairauden edetessä käytösoireiden ilmeneminen ja psyykinen oireilu. Haasteellinen käyttäytyminen kuvastaa yleensä dementiaa sairastavan kokemusta sen hetkisestä tilanteesta. (Vallejo Medina ym. 2006, 275.)

Joka kolmas yli 85-vuotiaista sairastaa jonkinasteista dementoivaa sairautta. Alzheimerin tauti on yleisin, tunnetuin ja tutkituin dementoivista sairauksista, joka etenee normaalisti tasaisesti. Alzheimerin tautia sairastaa noin 60 % kaikista muistisairautta sairastavista. Alzheimerin taudissa hermoimpulssi ei välity neuronista toiseen, koska amyloidipalkit estävät neuronin ottamasta impulssia vastaan. Taudin eteneminen keskushermostossa näkyy erilaisina oireina. Uuden oppiminen ja muistivaikeudet ilmenevät jo taudin alkuvaiheessa. Sairastuneet vähättelevät ja peittelevät muistivajeitaan, kun vielä tunnistavat muistipulmansa. Kognitiiviset ja mielialahäiriöt lisääntyvät sairauden edetessä. Akuutti lisäsairaus on yleensä äkillisten huononemismuutosten takana. Sairaus kestää keskimäärin 12 - 15 vuotta. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 6 - 7; Vallejo Medina ym. 2006, 276 - 278.)

Aivoverenkierronhäiriöt aiheuttavat vaskulaarista dementiaa. Sen osuus kaikista demensioista on 20 %. Tavallisin syy vaskulaariseen dementiaan sairastumiseen on aivojen syvien osien pienten valtimoiden tukkeutuminen, jotka aiheuttavat lakuunainfarkti muutoksia sekä valkean aivoaineen iskeemisiä muutoksia. Oireet muodostuvat sen

mukaan, mikä osa aivoista on vaurioitunut. Osalla potilaita on kielellisiä vaikeuksia ja toisilla tilanhahmottamisen vaikeuksia. Neurologisia oireita voi ilmetä aivokuorta vammauttavassa muodossa. Oman toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus ja kokonaisuuksien jäsentäminen häiriintyvät usein sairauden myötä. Sairauden eteneminen on joko portaittaista tai tasaista. Potilaan sairauden tunto säilyy pitkään. (Sulkava ym. 1999, 8 - 10; Vallejo Medina ym. 2006, 278.)

Lewyn kappale- tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus ja sitä esiintyy 5 - 10 % kaikista dementioista. Tauti alkaa varhain, keskimäärin 60 - 65-vuoden iässä ja se on miehillä yleisempää kuin naisilla. Lewyn kappale -tautiin liittyy yleensä älyllisen tason heikentymistä, Parkinsonin taudin oireita, vireystason vaihtelua ja näköharhoja. Taudin kesto vaihtelee 5-30 vuoteen. (Sulkava ym. 1999, 10 - 11; Vallejo Medina ym. 2006, 278.)

Otsalohkodementiat (frontaaliset) ovat harvinaisempi dementiaoireiston syy, niitä on vain pari prosenttia kaikista dementioista. Taudin oireisto kehittyy hitaasti ja huomaamattomasti. Apaattisuus ja aloitekyvyttömyys sekä estoton käyttäytyminen ja sopimattomat puheet ovat keskeisiä taudin piirteitä. Lähimuisti voi säilyä pitkään, mutta jo taudin alkuvaiheessa voi esiintyä arvostelukyvyttömyyttä. (Sulkava ym. 1999, 12 - 13; Vallejo Medina ym. 2006, 279.)

Dementian vaikeusasteluokitus on kolmiportainen: lievä, keskivaikea ja vaikea. Lievässä dementiassa ikääntyvä pystyy yleensä asumaan kotona avun turvin, mutta ei kykene enää monimutkaisten, älyllisten tehtävien suorittamiseen. Keskivaikeassa dementiassa ikääntyvä ei kykene asumaan yksin vaan tarvitsee valvontaa ja apua jatkuvasti, kotona asuminen onnistuu vain omaishoitajan tukemana. Muistamista vaativat tehtävät eivät onnistu. Vaikeassa dementiassa ikääntyvä on yleensä laitoshoidossa, koska yksinkertaisetkin tehtävät eivät luonnistu ilman apua ja hän tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toimissaan. (Vallejo Medina ym. 2006, 280.)

Dementian lääkehoito on kehittynyt viime vuosina paljon. Alzheimer-lääkkeet tukevat hieman muistia ja älyllisiä toimintoja. Ne vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn säilymiseen, siirtävät laitoshoitoon joutumista n.1 - 2 vuodella ja vähentävät käytöshäiriöitä. Lääkitys tulee aloittaa dementian varhaisessa vaiheessa eikä sitä tule lopettaa siirryttäessä laitoshoitoon. (Vallejo Medina ym. 2006, 280 - 281.)

Dementoituvan ikääntyvän hyvään hoitoon kuuluu päivittäin mielekäs, aikuisen ihmisen minäkuvaava tukeva toiminta, josta hän saa onnistumisen elämyksiä ja itsetunnon vahvistumista. (Heimonen & Voutilainen 1997, 82 - 83). Liukkosen (1991) mukaan muistisairaana ikääntyvän hoitajalta vaaditaan vahvaa ammatillista otetta työskentelysään, korkeaa työmoraalia ja tietojen hallintaa useilta tieteen aloilta. Lyhyen koulutuksen saanut hoitaja ei pysty tähän, joten hän hoitaa potilasta rutiinilla vastaten vain potilaan pakollisiin tarpeisiin. Dementoituvan ikääntyvän hoitotyön taitajaksi tulemiseen auttavat hoitajan persoonalliset tekijät, kutsumus, motivaatio, tiedot muistisairauksista ja vuorovaikutuksesta, yhteistyöhaluisuus, ammatillinen uteliaisuus, kokeilunhalu ja kyky työskennellä itsenäisesti. (Howell 1984; Lauri 1985; Liukkosen 1991, 164 mukaan). Hoitajien jaksamiseen tulisi kiinnittää huomiota muistisairaiden pitkäaikaishoidon potilaiden hoidossa. Hoitajat kokevat saavansa jaksamista osaston ilmapiiristä, omien henkilökohtaisten asioiden järjestyksessä olemisesta, uudesta dementiatiedosta, työnohjauksesta, palautteesta laitoksen johdolta, työnkierrosta sekä itsensä tuntemisesta. Merkittävä osuus löytyi osastonhoitajan ja ylihoitajan rooleista osaston ilmapiirin luojina, muistisairaiden ikääntyvien hoidon kehittäjinä ja hoitajien tukijoina. (Sinkkonen 1986; Laitinen 1987; Kinnunen 1988; Liukkosen 1991, 165 mukaan.)

2.3 Henkiset voimavarat

Henkisellä tasolla ihminen eroaa selvimmin muista elollisista olennoista. Hän tavoittelee kokemuksia, jotka ylittävät aineellisen maailman rajat. Ihminen ihmettelee ja kyselee oman olemuksensa arvoitusta läpi elämän. Ihmiskäsityksemme muokkautuu kokemustemme, tiedon ja pohdiskelumme myötä. Kurkotellen ikuisuuteen ihminen on tietoinen olemassaolostaan sekä elämän rajallisuudesta. Elämän tärkeät arvot ja päämäärät on jokaisen löydettävä itse. Elämän tarkoituksen löytäminen on edellytys tyytyväisyyteemme. Fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla etsimme tasapainoa, mutta henkisellä tasolla se ei riitä. Henkisten tavoitteiden saavuttaminen merkitsisi päämäärän, ihanteen ja tarkoituksen menetystä eikä olemassaololle olisi merkitystä. Ihminen pyrkii sopeutumaan olemassa oleviin olosuhteisiin hyväksymällä asioita annettuina tosiseikkoina. Staattiseen ihmiskäsitykseen mukaan ihmisen perusturvallisuuden ydin on tulevaisuuden ennustettavuus ja asioiden säilyminen ennallaan. Dynaamisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen saattaa kokea suuretkin muutokset kehit-

tymisen mahdollisuuksina. Uusi elämäntilanne koetaankin haasteena, ei uhkana. Elämän hallinnan tunne kasvaa uusien selviytymiskokemusten myötä. Aktiivisen toiminnan avulla tietoisuus omista mahdollisuuksista ja kyvyistä kasvaa. Aktiivinen ihminen haluaa vaikuttaa omaan elinympäristöönsä. (Virjonen 1995, 21, 23.)

Aktiivisuusteorian juuret löytyvät 1950-luvun amerikkalaisista ikääntymistutkimuksista. Teorian mukaan aktiivisuuden säilyminen osana ihmisen elämää on onnistuneen ikääntymisen salaisuus. Korkea tyytyväisyystaso saavutetaan säilyttämällä aiemmin elämän varrella löydetty aktiivisuuden taso sekä oma aktiivisuusmalli. Ikääntymisteoriaan liittyy myös aktiivisuuden ja tarpeiden tasapainon ylläpitäminen ja sopeutuminen roolimenetyksiin, joista yksi vaikeimmista on eläkkeelle jääminen. Roolimenetyksiä voi korvata uusilla rooleilla, joita ikääntyvä voi löytää vapaaehtoistoiminnasta tai lapsenlapsen hoidosta. Ikääntymisteorian ydin löytyy elämän tyytyväisyydestä, joka ilmaisee ja mittaa parhaiten sosiaalista ja henkistä sopeutumista. (Jyrkämä 2003, 268.)

Vanhuksen henkisten voimavarojen tukeminen on aivan yhtä tärkeää kuin fyysistenkin. Henkiset voimavarat käsittävät älyllisiä toimintoja kuten havaitsemista, aistimista, muistamista, oppimista, osaamista ja ymmärtämistä. Ihmisen henkiset voimavarat koostuvat tunteista ja niiden hallinnasta, tarpeesta ja kokemuksesta tuntea itsensä hyväksytyksi, rakastetuksi ja tarpeelliseksi. Tunnepääoma on henkisten voimavarojen perusta. Ihmisellä on vapaus ajatella ja tuntea, mitä haluaa, eikä niitä voi toinen ihminen hallita. Ihmisen olemus, äänensävy, ilmeet ja eleet viestivät ajatuksia ja tunnetiloja, mutta ihminen voi ne myös halutessaan hillitä ja kätkeä. (Virjonen 1995, 22.) Positiivinen minäkäsitys ja itsensä arvostaminen sekä mahdollisuus vaikuttaa eli tunne oman elämän hallinnasta tukevat henkisiä voimavaroja ja luovat varmuutta selviytymiseen. Tärkeä osa mielen rakentumiseen on läheisillä ihmisillä, kuinka he tukevat ja voimaannuttavat elämän varrella. Lähtökohdat elämään ovat jokaisella ihmisellä erilaiset ja tähän vaikuttaa historiallinen aika, jolloin ihminen on syntynyt ja perhe, johon lapsi syntyy. Suuri merkitys yksilön elämäkulkuun on sillä, millaiset selviytymisen eväät lapsi saa perheeltään. Myöhemmin voimme vaikuttaa elämämme suuntaan erilaisten olosuhteiden ja sattumusten kautta enemmän tai vähemmän. Minäkokemus säätelee käyttäytymistämme ja elämänhallintaamme kuitenkin enemmän kuin läheisten vaikutukset. (Raitasalo 1995 Heikkisen & Marinin 2002, 208 mukaan.) Pätevyyden eli kompetenssin käsite sopii hyvin ikääntyvän minäkuvan tutkimiseen, koska hän

arvioi jatkuvasti fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojensa riittävyyttä arjen toiminnoissa sekä käsittelee elämänmuutostilanteita arvioimalla kompetenssiaan. (Ruoppila 2002, 121).

Henkisten voimavarojen mukaan ihminen ratkaisee kohtaamansa ongelmat ja selviytyy uusista tilanteista. Ikääntyminen itsessään on suuri haaste kohdattavaksi jokaiselle. Henkisiin voimavaroihin liittyy olennaisena osana ihmisen elämäntilanne ja vakaumus. Toiselle jaksamista antaa toimiminen seurakunnassa tai kirkossa käyminen ja toiselle riittää iltarukous. Naiset käyvät miehiä aktiivisemmin uskonnollisissa tilaisuuksissa. Ikääntyessä henkisyys korostuu ja maalliset asiat menettävät merkitystään. Kaikki vanhukset eivät suinkaan ole hengellisesti aktiivisia ja henkiseen yksityisyyteen kuuluu oikeus osallistua tai olla osallistumatta hoitolaitoksessa järjestettäviin hartaustilaisuuksiin. (Vallejo Medina ym. 2006, 59, 345 - 346.)

Ikääntyneen ihmisen aistit heikkenevät ja sairaudet lisääntyvät aiheuttaen vajetta toimintakykyyn. Ikääntynyt eristyy helposti voimavarojen heiketessä. Hän ei jaksa luoda uusia ihmissuhteita, ja sosiaalinen turvaverkko kaventuu luonnollisen poistuman kautta. (Kattainen, Voutilainen & Sohlman 2007, 59.) Ikätovereiden tai puolison kuolema pysäyttää ja saa miettimään omaa kuolevaisuutta. Ihmisen itsesuojeluvaistoon kuuluu osana kuolemanpelko. Kuolemanpelko voi ahdistaa ja viedä voimavaroja. Surun työstäminen yhdessä läheisten tai hoitajan kanssa on tärkeää. Yksinäisyys heikentää henkisiä voimavaroja ja selviytymistä arjessa. Ikääntyvälle aiheutuu psykososiaalista kärsimystä siitä, että hän kokee syyllisyyttä omasta kuolemastaan. Ikääntyvä pelkää aiheuttavansa kuolemallaan esimerkiksi selviytymisongelmia lapsilleen tai kokee syyllisyyttä oman kuolemansa tuottamasta surusta läheisilleen. Psykososiaalinen kuolema voidaan tuottaa ikääntyväälle hoitolaitoksessa ennen aikojaan vähentämällä kommunikation ja kontaktien määrää eli luomalla hänelle kuolevan identiteettiä. Tällöin ikääntyvää pidetään fyysisenä hoidon kohteena eikä tuntevana ja kokevana ihmisenä. Ikääntyvä kokee itsensä hylätyksi ja arvottomaksi sekä alkaa toivoa kuolemaa. (Vallejo Medina ym. 2006, 334; Lindqvist 2002, 256-257.)

Minäkuvan muuttuessa raihnaiseksi ikääntyvä kokee itsensä tarpeettomaksi ja arvottomaksi, itsestä ja päivittäisistä asioista huolehtiminen jää taka-alalle. Tekemättömyys laskee mielialaa ja altistaa mielenterveydenhäiriöille. Harrastukset jäävät, kun ikään-

tyvän voimavarat eivät riitä osallistumaan senioriryhmiin kodin ulkopuolelle. Toimintatavat ja sairaudet hidastavat arkiaskareiden suorittamista, eikä aikaa jää harrastuksille. (Ruoppila 2004, 480).

Laura Carstensenin kehittelemän sosioemotionaalisen valinnan teorian mukaan vanheneminen on monella tapaa irtautumista. Toimintakyvyltään heikentynyt ikääntyvä ihminen tekee toimijana tietoisia valintoja ja suuntaa tekemisiään sekä vuorovaikutustaan sellaisiin suuntiin ja kohteisiin, jotka palkitsevat emotionaalisesti. (Carstensen n.d. Jyrkämän 2003, 268 mukaan.) Laitoshoidossa asuvien ikääntyvien ulkoapäin määritelty ja ohjattu harrastustoimintojen sisällöllinen ja määrällinen tarjonta kuvaa yhteisön asenteita siihen, mitä ikääntyvän tulee harrastaa ja osoittaa aktiivisuuttaan. (Ruoppila 2004, 479). Aktiviteettien avulla ikääntyvän fyysinen, henkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hyvinvointi kohenee. Aktiviteetit kohentavat myös itsetuottamusta ja ikääntyvä voi kompensoida sellaisten voimavarojen menetyksiä, joita ei voi estää. (Coleman & Iso-Ahola 1993 Ruoppilan 2004, 480 mukaan).

Lahden (2005) mukaan suomalaisten ikääntyvien mielenterveys ei ole sen huonompi kuin muissakaan maissa tai verrattuna muuhun väestöön. Lahti on enemmän huolissaan vanhusten yksinäisyydestä, jota esiintyy jopa vanhainkodeissa ja laitoksissa. Ikääntyvällä täytyy olla päivittäin mielekästä, tarkoituksellista ja toivottavaa tehtävää. Aktiivisuus ja osallistuminen ovat Lahden mukaan avaintekijöitä vanhusten mielenterveysterveysteen ja hyvinvointiin. Yhtä tärkeitä ikääntyvän mielenterveydelle ovat sosiaalisen verkoston laajuus, taloudellinen toimeentulo, terveys ja fyysinen ympäristö, yksilön oma persoona sekä henkilökohtainen kasvutarina. Ikääntyvän aktiiviseen elämään kuuluu myös aktiivinen luopuminen. Luopumisella Lahti tarkoittaa sitä, että ihminen hyväksyy oman vanhenemisensa ja toimii oma-aloitteisesti sen mukaan. Luopumisen prosessiin kuuluu asioiden tärkeysjärjestykseen laittaminen, asioiden ja tekemisten jättäminen yksi toisensa jälkeen pois. Passiiviseen luopuminen kuuluu se, että ikääntyvä sairastuttuaan joutuu pakon edessä luopumaan hänelle tärkeistä asioista ja tekemisistä. (Lahti 2005, n.d.)

Eläkeikäisistä suomalaisista 5 % sairastaa masennusoireyhtymää, lievempioireisena sairastuvuus nousee 20 %. Pitkäaikaissairaant, naiset ja lesket kärsivät masennuksesta yleisimmin. (Koponen & Leinonen 2001, 58-59; Pajunen 2004, 218 - 226.) Ikääntyvän masennukseen voidaan yhdistää lähes aina jonkinasteinen psykososiaalisen toiminta-

kyvyn heikkeneminen. Masennuksen voimakkuus on suhteessa masennuksen oirekuvan vaikeusasteeseen ja pitkäaikaisuuteen. Masennustilan toimintakyvyttömyys voi kestää jopa useita viikkoja kauemmin kuin masennustilan muut oireet. (Mastohankkeen toimintaohjelma 2008–2011). Näennäisdementia oireisto ilmenee joskus ikääntyvän masennuksen yhteydessä. Sen oireisto ilmenee yleensä äkillisesti ja etenee nopeasti. Valikoiva muistamattomuus, kognitiivisen suoriutumisen vaihtelut, itsestä huolehtimattomuus, unettomuus, mielialan vaihtelut sekä lohduttomat harhaluulot viittaavat masennukseen. (Koponen & Leinonen 2001, 58 - 59; Baldwin 2002 Pajusen 2004, 221 – 222 mukaan.)

Ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastolla lisääntyneen riippuvuuden psyykkisen reagoinnin ilmenemismuodot voivat näkyä muun muassa alakuloisuutena, välinpitämättömyytenä, ahdistuneisuutena tai haasteellisena käyttäytymisenä; näitä ovat aggressiivisuus, huutaminen, ruokahaluttomuus, virtsan ja ulosteen provokatiiviset pidätysvaikeudet. Äkillisenä ilmenemisenä nämä oireet voivat viitata ikääntyvän masennukseen. (Baldwin 2002 Pajusen 2004, 223 mukaan.) Ikääntyvän itsetuhoajatukset ja –käytös näyttäytyvät myös laitoshoidossa, voimavarojen heikkous estää ikääntyvää toimimasta. Ikääntyvän yksinäisyys, vakava masennus sekä kasautuneet ongelmat voivat johtaa umpikujamaiseen toivottomuuteen ja jopa kuoleman toiveisiin. (Pitkälä, Isometsä, Henriksson & Lönnqvist 2/1999, 127; Routasalo & Pitkälä Savikko & Tilvis 2003, 11.) Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2005 yli 65-vuotiaat tekivät Suomessa 189 itsemurhaa eli keskimäärin joka toinen päivä. (Tilastokeskus). Toimintojen vähyys, virikkeettömyys, oman tilan puute ja läheisten harvat vierailut ahdistavat vanhuksen mieltä. Tarjolla ei ole terapioita tai läheisten turvaverkkoa. Hoitajat ovat usein avuttomia, kun keskustelu vanhuksen kanssa ei riitä poistamaan ahdistusta. Vanhus tarvitsee asianmukaista terapiaa ja hoitoa, tarvittaessa lääkehoitoa ja ennen kaikkea läheisyyttä, välittämistä, osallisuutta ja arvostusta. Hänen äänensä tulee kuulua ja itsemääräämisoikeutensa näkyä. Noreksen (1993) tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidossa olevista ikääntyvistä 50% koki ajan pitkäksi ja 70 % koki olevansa jo kaiken ulkopuolella eikä heillä ollut mitään odotettavaa. Selviytymistekijöiksi ikääntyvät kokivat ymmärretyksi, kuulluksi, pidetyksi ja hyväksytyksi tulemisen sekä oikeuden olla oma itsensä ja, sen että ikääntyvä voi purkaa huoliaan. (Nores 1993 Airilan 2002/2007, 16 mukaan.)

Professori Sirkka-Liisa Kivelä on laatinut sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla ikääntyvien hoitoa kehitetään vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Kivelän (2006) mukaan vanhustenhoidon kehittäminen edellyttää laajaa arvokeskustelua ja uuden yhteisöllisyyden löytymistä. Hän haluaisi valtakunnallisen vanhusten masennuksen ehkäisy- ja hoito-ohjelman, jota voisivat toteuttaa ja tuottaa julkiset ja yksityiset palveluiden tuottajat, järjestöt, seurakunnat sekä omaiset. (Kivelä 247/2006.)

2.4 Sosiaaliset voimavarat

Ihminen kehittyy dialogissa ympäristönsä kanssa. Sosiaaliset voimavarat kuvaavat ihmisen sopeutumista yhteiskuntaan, perheeseen tai yhteisöön. Sosiaalisia voimavaroja ihminen käyttää luodessaan suhteita ja toimiessaan perheessä tai lähiympäristössä, nämä sosiaaliset yhteisöt toimivat hänen peilauspintanaan. Sosiaalisia taitoja ihminen tarvitsee selviytyäkseen erilaisista vuorovaikutustilanteista. Sosiaalinen pääoma syntyy luottamuksellisessa ja vastavuoroisessa dialogissa, johon tarvitaan tietoa ja tunteita. Ikääntyvä ihminen tuntee itsensä paremmin ja pystyy sovittamaan omaa käyttäytymistään sosiaalisissa tilanteissa. (Vallejo Medina, A. ym. 2006, 58; Virjonen 1995, 22.)

Sosiaalisia voimavaroja vahvistetaan laajalla tukiverkostolla, ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat edullisesti terveydentilaan. Ihmiselle on tärkeää tuntee kuuluvansa johonkin, on se sitten perhe tai yhteisö. Ikääntyessä sosiaaliset suhteet usein vähenevät, perheen merkitys kuitenkin korostuu. Naiset luovat sosiaalisia suhteita miehiä enemmän, mutta ikääntyessä heilläkin aktiivisuus laskee. Toisaalta ikääntyvillä syntyy uusia suhteita viranomaisiin tai muihin institutionaalsiin tahoihin. Nämä suhteet luodaan kuitenkin usein avun tai tuen tarpeen takia, ja suhteen luo joku vanhuksen puolesta. (Vallejo Medina ym. 2006, 59.) Sosiaalinen pääoma ilmenee siis institutionaalisena vuorovaikutuksena kuten sosiaalisina verkostoina, ryhminä, organisaatioina, joihin liittyy vaihdon ja kanssakäymisen normit, oikeudet ja velvollisuudet. Sosiaaliset siteet tai ryhmään kuuluminen on edellytys sosiaalisen pääoman syntymiselle ja omistamiselle. Sosiaalisella pääomalla voi moninkertaistaa muiden pääomien arvon tai käydä kauppaa muiden pääomien kanssa. Toisaalta se sitouttaa ihmisen toimimaan kollektiivisesti

ja vastavuoroisesti sääntöjä kunnioittaen. (Coleman 1990; Putman 1993 Heikkisen & Marinin (toim.) 2002, 103 mukaan.)

Ikääntyvällä on oikeus sosiaaliseen yksityisyyteen, hän itse päättää, ketä hän tapaa tai miten hän etenee sosiaalisissa suhteissa. Ikääntyvällä on oikeus määritellä, kuinka paljon hän kertoo itsestään muille ja mitä asioita hän haluaa käsitellä. Hänellä on oikeus saada tietoa itseään koskevissa asioissa, tai sitten hän voi myös kieltää niiden esille tuomisen, hän itse määrittelee kenellä läheisellä on oikeus saada tietoa tilanteestaan. Ikääntyvän lähellä olevat hoitajat tai omaiset voivat tukea ja kannustaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä ja säilymisessä tai suojella liialta vieraspaljoudelta. Läheiset ihmissuhteet eivät lakkaa laitokseen joutuessa, oikeus intimitettiin ja seksuaalisuhteiden hoitamiseen tulee säilyä myös erilaisissa palvelujärjestelmissä. (Vallejo Medina ym. 2006, 346).

Yksinäisyys ja sosiaalisten suhteiden vähäisyys vaikeuttavat ikääntyvän oman olemassaolon täysipainoista kokemista. Jokainen tarvitsee olemassaoloa turvaavia sosiaalisia katseita sekä palautetta. Laadukkaaseen hoitoon kuuluu ikääntyvän arvostaminen sekä kehollisena että henkisenä olentona. Toisen ihmisen hyväksyntä on tärkeää ja se välittyy apua tarvitsevalle ikääntyvälle hoitajan katseista ja kosketuksesta. (Vallejo Medina ym. 2006, 362).

Ikääntyvän ihmisen elämässä on keskeistä sosiaaliset maailmat, joissa hän on eri tavoin osallisena. David Unruh (1983) mukaan tällaisia sosiaalisia maailmoja voivat olla vaikka shakinpeluu tai seurataanssien harrastaminen. Sosiaalisesti ja kulttuurisesti muotoutuneet maailmat rakentuvat organisaatioista, kommunikaatiosta, tiloista, vuorovaikutuksesta ja läsnäolosta. Osallisuuteen liittyy tapahtumat, asioiden seuraaminen ja mukana pysyminen. Vaikka ikääntyvä shakinpelaaja ei pysty enää kiertämään kilpailuissa, kuuluu shakinpeluu yhä hänen elämäänsä ja toimintaansa esimerkiksi pelitulosseuraamisena lehdistä. Osallisuus ja aktiivisuus ei ehkä enää näy, mutta näkyvätönkin voi olla yhtä tärkeää ja intensiivistä kuin näkyväkin. (Unruh 1983 Jyrkämän 2003, 269 mukaan.)

Elisa Virkola on tutkinut pro gradussaan Dementiakodin asukkaiden toimijuutta ryhmätoimintatilanteissa 2007. Yksilöllinen kykeneminen, osaaminen, voiminen, täytyminen, haluaminen ja tunteminen näyttäytyivät muistisairaiden asukkaiden osallistu-

essa ryhmätoimintaan. Muistisairas ikääntyvä osallistuu ryhmän toimintaan kykyjensä mukaan, jos hän kokee sen sillä hetkellä mielekkäänä. Elämän varrella karttuneet taidot nousevat vahvastikin esiin, jos ikääntyvä on edelleen halukas käyttämään niitä ja jos tilanne sallii sen. Liian vaikean toiminnan edessä ikääntyvä vetäytyy. Osallistuminen ja tekeminen ei aina onnistu toimijan tavoittelemalla tavalla. Syynä voi olla muistisairauden aiheuttamat kognition häiriöt, fyysisen tai henkisen toimintakyvyn heikentyminen. Hoitaja voi toiminnallaan vahvistaa toimintakyvyltään muita heikomman ikääntyvän osallistumista ryhmätilanteeseen huomioimalla hänen toimijuutensa ja kiinnittämällä konkreettisesti huomiota hänen tarpeidensa, tunteiden ja elämänsä merkitykseen eri tilanteissa. Hoitaja voi kannustaa ja rohkaista ikääntyvää käyttämään jäljellä olevia kykyjä ja osaamista. Muistisairaat ikääntyvät nähdään usein avuttomina ja sairauden haurastamina. Heidän ei uskota pystyvän toimimaan tai osallistumaan eli toimijuutta ei tunnusteta. Ikääntyvän ihmisen oma näkökulma elämäänsä ja ympäristöönsä tulisi tunnistaa tutkimus- ja käytännön vanhustyössä sekä tuoda sitä näkemystä julkiseen keskusteluun. Ikääntyvän voimavarat, elämäkokemus ja ympäristön vaikutus tulisi nähdä ja tunnistaa, vaikka toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa-kin hänelle monia ongelmia ja estää ikääntyvän arkielämän sujumista. Toimijuus näkökulma antaa uusia eväitä gerontologiseen hoitotyöhön ikääntyvien muistisairaiden parissa. Ikääntyviä voidaan havainnoida esimerkiksi ryhmätoiminnan aikana arvioiden mitä kukin osallistuja haluaa, osaa, kykenee, voi tai mitä hänen täytyy tehdä erilaisissa tilanteissa. Arvioinnin perusteella voi suunnitella, toteuttaa ja arvioida esimerkiksi ryhmätoimintaa tai arjen hoitotyön käytänteitä. Toimijuuden avulla voi pohtia myös ryhmän ohjaajan toimintaa ja toimijuutta, miten hän voi tukea muistisairasta osallistumaan ja mitä mahdollisuuksia hänellä on siihen hoitoyksikön käytäntöjen, resurssien tai rakenteiden puitteissa. (Virkola 2007, 146 - 155.)

2.5 Yhteisöllisyys

Yhteisö-käsitteenä käytetään yleisnimityksenä erilaisille pienryhmille, jotka liitetään perheeseen, kansaan ja ihmiskuntaan. Yhteisöä voi käsitellä myös alueellisena, sosiaalisena tai symbolisena yhteenkuuluvuuden yksikkönä. Yhteisössä syntyvä yhteenkuuluvuuden tunne synnyttää yhteisiä arvoja, kehittää yksilöiden välistä vuorovaikutusta sekä vahvistaa yksilön suotuisaa käyttäytymistä. Yhteisö, joka ei liikaa yhdenmukaista

jäseniään, on yksilön mielenterveyttä tukeva. Yhteisöön liittyy vahvasti yksilön myönteisten ja kielteisten tunteiden kokemus. Myönteisiin tunteisiin liittyvät turvallisuuden, hyväksynnän ja läheisyyden kokemukset. Kielteisiin tunteisiin liittyvät kontrolloivat ja tukahduttavat kokemukset. Myönteiset kokemukset muistetaan vielä iäkkäänäkin tarpeina kiinnittyä yhteisöön. (Noppari & Koistinen 2007, 50.)

Ihmisen joutuessa kodista laitokseen hänen sosiaaliset suhteensa vähenevät entisestään. Yhteisöllisyyden tunnetta syntyy harvoin laitoksessa. Yhdessä toimiminen ja tekeminen on vähäistä, kun toimintakyky on heikentynyt. Osallisuuden tarpeen tunne säilyy kuitenkin pitkään. Normaali vanhenemiseen kuuluva luonteen särmikeyden korostuminen saattaa pelästyttää ikääntyvän ja hänen lähipiirinsä, aggressiiviset impulssit kohdistuvat myös hoitajiin. Ikääntyvä suojautuu tilanteiden uusiutumislta vetäytymällä sosiaalisista suhteista, jolloin yksinäisyys ja depressiivisyys uhkaavat. Mielekäs vuorovaikutus yhteisössä vähentää kuitenkin ikääntyvän tarvetta suojautua. Ikääntyvällekin on tärkeää saada ympärilleen ihmisiä, joilta saa kannustusta ja jotka uskovat häneen. Hänellä on oikeus sanoa mielipiteensä itseään koskevista asioista. Liika varjelu ja estely sekä tunteenilmaisujen torjunta loukkaavat ikääntyvän itsenäisyyttä ja omanarvontuntoa. Vanhustenhuollon hyvin tärkeä tehtävä on järjestää ikääntyville terveydellisten ja taloudellisten olojen lisäksi mielekästä toimintaa, että he voisivat kokea olevansa omilla ehdoillaan yhteiskunnan täysipainoisia jäseniä. Henkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden vaikutukset näkyvät positiivisesti fyysisessä kunnossa. (Hervonen & Pohjolainen 1983, 134 - 136.)

Ikääntyvän mielenterveys ja sen ongelmat voidaan liittää yhteisöllisyyteen. Se on ikääntyvien hoidon keskeinen haaste, joskin ikääntyvien mielenterveyden tutkimukset ovat kohdistuneet tähän asti ikääntyvien depressiivisyyteen. (Noppari & Koistinen 2007, 50 - 51.) Heikkisen (1998) tutkimuksen mukaan ikääntyvän depressiivisyys liittyy yhteisöllisten vaikutusmahdollisuuksien näivettymiseen, voimattomuuden tunteeseen ja vaikeuteen löytää elämän merkitys. (Heikkinen 1998 Nopparin & Koistisen 2007, 51 mukaan). Ikääntyvälle ihmiselle yhteisöjen kautta mahdollistettu mielekkäiden vuorovaikutussuhteiden luominen ja osallistuminen yhteiseen päätöksentekoon, vähentävät ikääntyvän epätarkoituksen mukaisia suojautumiskeinoja. Kulttuuri- ja harrastustoimintaan osallistuneet ikääntyneet henkilöt ovat kokeneet itsensä terveem-

mäksi kuin osallistumattomat. Yhteisön kautta kestävien ihmissuhteiden ylläpito lievitää ikääntyvien yksinäisyyden kokemusta. (Noppari & Koistinen 2007, 51.)

Yhteisöllisyydessä on kyse yhteisistä arvoista, kiinnostuksen kohteista ja päämäärästä sekä muiden kohtaamisesta. Toimivassa yhteisössä vallitsee tasapaino yksilön ja yhteisön intressien välillä. Joissakin tilanteissa yksilön on seisottava näkemystensä takana, vaikka kaikki muut olisivatkin toista mieltä. Toisinaan yksilön on puolestaan luovuttava omien etujen tavoittelusta, varsinkin jos ne ovat liian voimakkaassa ristiriidassa yhteisön muiden jäsenten tarpeisiin nähden. Jatkuva vuoropuhelu yhteisön jäsenten välillä on tärkeää juuri siksi, että päästäisiin yhteisesti hyväksytyihin ratkaisuihin. Jokaista kuunnellaan ja yhdessä ratkotaan ongelmia. Yhteisö tukee heikoimpia jäseniä. Yhteisöllisyys kärsii vahvoista persoonista, jotka määräävät ja päättävät hiljaisempien puolesta. Yhteisöllisyydessä olennaista on, kuinka yhteiset arvot ja intressit ovat muotoutuneet ja kuinka ne jatkuvasti muotoutuvat yhteisöllisessä prosessissa. Täytyy pohdita, tulevatko yhteisön kaikkien jäsenten tarpeet ja näkemykset riittävästi huomioitua vai määräytyvätkö ne yhteisön tradition tai sen vahvimpien jäsenten muovaamina ja sanelemina. (Kinnunen, Penttilä, Rantala, Salonen & Tervo 2003 Semin 2004, 17-18 mukaan.) Yksilön ja yhteisön kehittämisen keskeisin osa-alue on inhimillisten voimavarojen etsiminen ja kehittäminen. Sitoutunut, motivoitunut ja inhimillinen henkilökunta tekee laadukasta hoitotyötä. Vuorovaikutusta tulee kehittää kaikilla tasoilla. Yhteisöllisen ajattelun kantava idea on, jos et itse osaa, toiset auttavat. (Semi 2004, 168.)

3 SOSIOKULTTUURINEN VANHUSTYÖ

3.1 Sosiokulttuuriset työmuodot

Sosiokulttuurisella viitekehyksellä viitataan ihmisten sosiaalisiin suhteisiin, eri kulttuureissa vallitseviin tapoihin käyttäytyä ja toimia. Sosiokulttuurisuuteen liittyvät ihmisten asenteet, uskomukset ja arvot sekä koko elämäntapa. Toiminnan tavoitteena on ihmisten oman osallistumisen avulla syntyvä kasvattava ja solidaarisuuden arvot tiedostava yhteiskunta. (Kurki 2000, 14.)

Sosiokulttuurisen innostamisen liikkeellepanevana voimana ovat olleet sosiopedagogiset tavoitteet, kulttuurinen demokratia sekä osallistumisen ja luovuuden liike. Käsite

on syntynyt Ranskassa maailmansodan ja natsimiehityksen jälkeisenä aikana. Latinalaisessa Amerikassa monitahoinen kulttuurityö on mahdollistanut sosiaalisen syvällisen elämänmuutoksen (transformaatio), köyhyydestä nousemisen sekä parantanut ihmisten elämänlaatua. (Kurki 2000, 11 - 13.) Innostamisen asenne sisältää ammatillisen kutsumuksen ja asenteen. Innostamiseen voidaan yhdistää kaikki ihmisen kehittymiseen liittyvät tekijät ja se soveltuu kaikille elämän aloille. Fermoson (1994) mukaan innostamisen keskeisiä käsitteitä ovat yhteisöllisyys, osallistuminen, herkistyminen, dialogi, luovuus ja toimintaan sitoutuminen. Innostamisen tavoitteena on, että ihmisen tietoisuus omasta historiallisesta roolistaan yhteisössä, yhteiskunnassa ja maailmassa kasvaa. Innostaminen on useiden toimenpiteiden yhdistelmä, jotka luovat osallistumisen prosesseja, joissa ihmiset kasvavat yhteisönsä aktiivisiksi toimijoiksi. (Fermoso 1994 Kurjen 2000, 14 mukaan.) Argentiinalainen sosiologi Ezequiel Ander-Egg määrittelee sosiokulttuurisen innostamisen tavoitteeksi edistää ihmisten omaa osallistumista kulttuuriseen kehitykseensä luomalla tilanteita ja mahdollisuuksia ihmisten väliselle kommunikaatiolle ja vuorovaikutukselle. (Ander-Egg n.d. Kurjen 2000, 21 mukaan).

3.2 Sosiokulttuurinen työ ikääntyvien hoidossa

Sosiokulttuurinen ikääntyvien hoitotyö (gerontologinen hoitotyö) on lähtenyt sosiaali-, kasvatusta-, psyko- ja terveystieteistä sekä hoivatyön käytännöistä. Sen vahvimpia työmenetelmiä ovat perhe- ja sukupolvityö, puhe- ja tunnetyö, verkosto- ja yhteisösuuntautunut työ sekä muistelutyö. (Suomi 2003, 108 - 109.)

Ikääntyvän identiteetti säilyy elin ja asuinympäristön vaihtuessa kodista palvelutaloksi tai laitokseksi. Kiinnostus taide- ja kulttuuritoimintaan säilyy osana ihmisen identiteettiä ja elämää elinympäristön muuttuessa. Kulttuurin hyvinvointivaikutusten toimintaohjelman (2010 - 2014) yhden painopistealueen tavoitteena on, että kulttuuri- ja taideharrastukset sekä toimet kulttuuritarpeiden tyydyttämiseksi olisivat osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Toimintaohjelman mukaan hoitolaitosten usein jäykät päiväohjelmat tarvitsevat uudenlaista sosiokulttuurista toimintaa, joka tuo ikääntyville mielekkyyttä ja sisältöä arkeen. Hoitolaitoksessa hoidon tuloksia ja henkilökunnan työhyvinvointia tukevat ympäristön viihtyisyys ja kodikkuus. Taide- ja kulttuuritoiminta vai-

kuttaa hoitajien henkiseen ja sosiaaliseen työkykyyn, työpaikan ilmapiiriin sekä viihtyisämmän työympäristön luomiseen. Taiteellinen, kokemuksellinen oppiminen voi lisätä merkittävästi vuorovaikutustaitoja, kuten kommunikaatio- ja tiimityötaitoja. Hoitohenkilöstön sosiaalisesti vietetty vapaa-aika ja kulttuuriharrastukset tukevat heidän henkistä ja fyysistä terveyttä, joka heijastuu myös työelämään. Kulttuurin hyvinvointivaikutusten toimintaohjelma tavoittelee hoitohenkilöstön pidempää työuraa hyvinvoivana ja terveenä. ”*Kulttuuritoiminta ja hoito- tai sosiaalityö parhaimmillaan toimivat tasa-arvoisessa yhteistyössä rinnakkain, mikä vaatii asenteiden, toimintatapojen ja toimintakulttuurin muutoksia sekä johtajuuden ja koulutuksen kehittämistä.*” (Liikanen 2009, 14 - 15, 26 - 27.)

Sosiokulttuurinen toiminta kuulostaa uudelta ja melko vieraalta käsitteeltä, mutta se on kuulunut yhteiskuntaamme kauan. Se voi olla taidemenetelmien käyttöä, kulttuuri-toimintaa tai yhteisiä juhlahetkiä, retkiä. Yhteisöllinen toiminta kuuluu sosiokulttuurisuuteen. Toiminnan tavoitteena on ikääntyvän voimaantuminen. Ikääntyvät voivat voimaantua (Empowerment, oman voiman kasvu) osallistumalla kulttuuri-toimintaan, jolle asetetaan sosiaalisia tavoitteita. Liikasen (2005) mielestä se voi epäsuorasti vahvistaa elämänhallintaa, kykyä selviytyä ongelmista sekä nopeuttaa kulttuurista ja sosiaalista muutosta. Voimaantuminen, sosiokulttuurinen innostaminen ja sosiaalipedagogiikka tähtäävät samaan tavoitteeseen, jossa hyvinvointia pyritään kasvattamaan olemassa olevista resursseista taiteen ja kulttuuritoiminnan keinoilla. (Liikanen 2005, 6.)

”*Luovuus rakentaa ja parantaa ihmistä kehdosta hautaan. Luovuus ei valikoi, vaan se vaikuttaa kaikkialla ja kaikissa ihmisissä.*” (Allinen 2003, 11.)

Toiminnallisten menetelmien taustalla on näkemys ihmisen kokonaisuudesta, psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen, henkisen ja hengellisen osa-alueen yhteenkuuluvuudesta. Toiminnallisissa menetelmissä tavoitteena on yhteinen prosessi, jossa osallistujat paneutuvat teemaan havaintoja tehden ja yhdessä kokemuksen jakaen, taiteellinen lopputulos ei ole tärkeä. Ikääntyvien hoidossa luovuuteen ja toiminnallisuuteen perustuvilla menetelmillä voidaan tukea erityisesti sellaisia ikääntyviä, joille itsensä ilmaiseminen ja kokemustensa kuvaaminen on vaikeaa. (Andreev n.d., 10). Andreevin ja Salomaan (2005) mukaan vanhustyössä toiminnan painotus ei saa olla vaan tietämistä ja muistamista vaativissa menetelmissä. Hitaammat, aremmat ja muistisairaavat ikääntyvät saa-

vat iloa ja onnistumisen kokemusta luovuudesta ja erilaisista elämyksistä. (Andreevin & Salomaan 2005, 161.)

Gerontologisessa hoitotyössä ikääntyvän kehoa, kuntoa ja toimintakykyä mitataan eri mittarein, tavoin ja työmenetelmin, mutta sosiaalista identiteettiä ja toimintakykyä jäsennetään ja mitataan vähän. Kuntoutumista tukevassa ja ehkäisevässä työotteessa on mainittu ikääntyvän voimaantuminen, joka tulee nähdä valtautumisena, yhteisöllisenä, yhteiskunnallisena ja kulttuurisena osallisuutena. On tärkeää nähdä ikääntyvän palvelutarpeet kompetenttina kulttuurisena kansalaisena. (Suomi 2003, 108 - 109.) Kompetentilla henkilöllä on taitoja, valmiuksia ja valmiutta ilmentää myös sosiaalisen tilanteen hallinnan tuomaa auktoriteettia. Hän hallitsee itsensä ja tietää vahvuutensa sekä kehittämistarpeensa. Kompetentti henkilö viestii erilaisissa kulttuurisissa konteksteissa olevien ihmisten kanssa tavalla, jolla hän saavuttaa näiden kunnioituksen ja luottamuksen. Hänellä on kyky sopeutua eri olosuhteisiin ja rajoituksiin. Kompetentti henkilö kokee erilaisessa ympäristössä olemisen ja työskentelyn luontevaksi ja motivoivaksi. (Varis 2007, n.d.)

Gerontologisessa hoitotyössä on jo käytössä oivallisia työmenetelmiä ja osaamista, mutta varsinkin kunnallisen sektorin ikääntyvien hoitotyöntekijät tarvitsevat eniten asiakastyöhön liittyvää lisäkoulutusta. Asiakastyömenetelmien osaaminen edellyttää harjoittelua ja huolellista paneutumista, työyhteisössä yhdessä opiskellen ja soveltaen uudet työmenetelmät leviävät nopeasti käytäntöön. Asiakastyön tulee olla yksilöllistä, tavoitteellista ja suunnitelmallista asiakkuuden alusta sen päättymiseen saakka. (Suomi 2003, 108 - 109.)

Sosiokulttuuriseen työhön kuuluu luovuus olennaisena osana. Luovalla toiminnalla Semi tarkoittaa yhteisön arjessa tapahtuvaa virikkeellistä ryhmä- tai yksilötoimintaa, joka on säännöllistä ja osa yhteisön ihmisten elämää. Sosiokulttuurinen innostaminen kuuluu vanhustyöhön. Jokainen työntekijä vastaa, valmistelee ja ohjaa vuorollaan luovaa toimintaa. (Semi 2004, 123.)

Sosiokulttuurinen tilakäsitys syntyy rakennetusta ympäristöstä ja esineistä, jotka kantavat kollektiivista ja yksilöllistä muistia. Tiloissa ja paikkoihin liittyvissä muistoissa tiivistyvät elämän merkitykset. Tila ja esineet jäsentävät päivittäistä elämää, esineillä on tilan symbolinen merkitys. Henkilön asema tilaan nähden on merkityksellinen ja

vaikuttaa siihen, miten yksilö toimii tilassa. Laitoksessa ikääntyvien hoitoympäristö on työntekijä- ja organisaatiolähtöinen eli hoitajilla on valtaa määrittellä tilaa ja sen toimintojen rytmittämistä, sisustamista, avoimuutta ja rajaamista. Ikääntyvän omaa tilaa on usein vain vuode ja potilaspöytä. Paikan hengestä puuttuu tuttuus, kun sitä ei ole yhdessä ikääntyvän kanssa suunniteltu ja toteutettu. Ikääntyvälle ei anneta vapautta ja valtaa määrittellä tai ajatella asioita. Tämä voi aiheuttaa paon suljettuun, sisäiseen tilaan itsemääräämisoikeuden (autonomian) säilyttämiseksi. Tämä taas aiheuttaa ikääntyvän voimavarojen kulumista. (Marin 2003, 35 - 37.) Omien tunteiden ja ajatusten ilmaisu taiteen avulla saattaa olla viimeisiä omaa autonomiaa vahvistavia toimintoja muiden taitojen menettämisen jälkeen. Fyysisen toimintakyvyn heikentyessäkin ikääntyvällä voi olla todella rikas sisäinen elämä. Oma tahto voi ilmetä haluna laulaa, hyräillä tai kuunnella mielimusiikkia, kuvien katseluna tai aktiivisena maalaamisena. Hoitajalta vaaditaan esteettistä ja psykologista herkkyyttä kuulla ja nähdä ikääntyvän tarpeita sekä ammatillista tietotaitoa käyttää taidetta hoitotyössään. Itse tuotettu tai vastaanotettu taide lievittää apatiaa ja laitostumisoireita. (Leijala-Marttila & Syren 2004, 406). Wiksrömin (1994) empiirisen tutkimuksen mukaan ohjattu taidestimulaatio voi merkittävästi lisätä ikääntyvän luovuutta, onnellisuuden tunnetta, sosiaalista kanssakäymistä ja vaikuttaa jopa verenpaineeseen laskevasti. (Wikström 1994 Leijala-Marttilan & Syrenin 2004, 406 mukaan).

Sairaalaliiton vuonna 1980 aloittama vanhusten pitkäaikaissairaanhoidon kehittämiprojektin tarkoituksena oli herättää keskustelua pitkäaikaissairaanhoidosta, sen ongelmista ja ratkaisumalleista sekä kehittää uusia toimintamalleja käytäntöön. Realiteettiterapiaa kokeiltiin pitkäaikaissairaanhoidossa. Wigrenin, 1984 mukaan realiteettiterapia on hoitomenetelmä, jonka tavoitteena on ikääntyvän mielenvireyden, mielialan, omatoimisuuden ja vuorovaikutussuhteiden säilyttäminen. Realiteettiterapiassa sovelletaan aktiivisia hoitomuotoja, kuten yhdessä lukeminen, muistelu, askartelu, tanssi, musiikki, retkeily. (Wigren 1984, 13 - 18.)

Kehittämissovellutuksesta tuli myönteisiä kokemuksia Muurolan sairaalan psykogeriatrisella osastolla. Yhteisökokoukset ja toiminnalliset keskustelu- ja askarteluryhmät lisäsivät henkilökunnan työtaakkaa ja jatkuvaa työn sisällön arviointia, mutta uudet kokemukset antoivat hoitajille uskoa omiin ja potilaiden kykyihin taistella toivotonmuutta ja ”toivottomia tapauksia” vastaan. Potilaiden yksilöllisyys korostui, hoitajat

löysivät itsensä ja persoonalliset työtapansa. Kukaan ei enää kysellyt, onko kaikki työt tehty, vaan toimimme niin, että potilaille on hyvä mieli. Työhön oli tullut jatkuvuuden ja yhteisen yrittämisen henki. (Vuorenpohja 1984, 21 - 26.)

Useimmissa laitoksissa realiteettiterapian avulla vanhusten mieliala koheni, he aktivoituivat sekä viihtyivät paremmin. Tuloksiin oltiin tyytyväisempiä mitä kauemmin realiteettiterapiaa oli toteutettu. Koulutuksen ja työnohjauksen merkitys korostui uusien työtapojen oppimisprosessissa. Parhaat tulokset saavutettiin, kun koko henkilökunta oli alusta lähtien mukana ja osallistui toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Osastonhoitajat olivat avainhenkilöitä ryhmätyömuotojen suunnittelussa. (Wigren 1984, 61 - 63.)

Taiteen ja kulttuurin merkitys ikääntyvän elämässä osoitettiin Gene Cohenin amerikkalaisessa ikäihmisten taideinterventiotutkimuksessa. Tutkimuksen tulokset osoittivat selkeän eron aktiivisten taideryhmäläisten ja passiivisten ryhmien välillä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 65 - 100 -vuotiaat itsenäisesti asuvat ikääntyvät, jotka osallistuivat ammattitaiteilijan ohjaamaan intensiiviseen taideohjelmaan kerran viikossa kahden vuoden ajan (Washington DC, New York, San Francisco). Terveydellisiä eroja oli paljon, aktiiviset kulttuuriryhmäläiset olivat terveempiä, kävivät harvemmin lääkärissä, käyttivät vähemmän lääkkeitä, olivat psyykkisesti vireämpiä ja osallistuivat aktiivisemmin sosiaaliseen elämään. Ikääntyvien oman elämän johtaa parempaan terveyteen. (Cohen 2006 Liikasen 2009, 79 - 80 mukaan.) Taiteen ja kulttuuritoiminnan vaikutuksia ikääntyvän muistisairaana elämään ja toimintakykyyn on tutkittu myös. Ted Hannemannin (2006) mukaan taide ja luova toiminta vähentävät masentuneisuutta ja eristäytymistä sekä antavat toivoa muistisairaalle ikääntyvälle. Taiteen ja kulttuurin keinoin voidaan ”avata ikkunoita” ikääntyvän sisäisiin tunteisiin. Ei-verbaaliset taide- ja kulttuurimuodot, kuten maalaaminen, tanssi ja musiikki näyttävät lisäävän ikääntyvän muistisairaana hyvinvointia myös hoitolaitoksissa. (Hannemann 2006; Holthe ym. 2007; Nuutinen 2008; Ravelin 2008; Götell ym. 2008 Liikasen 2009, 79 - 80 mukaan.) Sibelius- Akatemia ja Vanhustyön keskusliitto tutkivat parhaillaan taideinterventioiden vaikutuksia muistisairaiden espoolaisten mielenterveyteen ja toimintakykyyn, tutkimus kestää 2008 - 2010. (Liikanen 2009, 79 - 80).

3.3 Kuntoutumista tukeva viriketoiminta

Kuntoutusryhmien lähtökohtana ja tavoitteena on auttaa ikääntyvää ja dementoituvaa ihmistä jäljellä olevien henkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueiden käytössä sekä tukea itsenäistä selviytymistä. Kuntoutumista tukeva toiminta tulisi aloittaa mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen. Dementoituvan ihmisen kannalta hyöty on suurin mitä varhaisemmassa vaiheessa kuntoutumista tukeva toiminta aloitetaan. Sairauden lievässä vaiheessa, jolloin toimintakyvyn vajeet ovat vielä vähäisiä, voidaan kuntoutuksella vaikuttaa huomattavasti useampiin toimintakyvyn alueisiin kuin sairauden edetessä vaikeaan vaiheeseen. (Heimonen & Voutilainen 1998, 123 - 125.)

Kuntoutumista tukeva viriketoiminta mahdollistaa henkisten voimavarojen ja elämähallinnan tunteen säilymisen. Mielekäs tekeminen, harrastukset, virikkeellinen ympäristö sekä henkisen toimintakyvyn päivittäinen vahvistaminen hidastavat vanhenemismuutoksia parantaen hermoston paikkaamiskykyä(kompetenssi). Hervosen (1985) mukaan vanhan ihmisen henkiset kyvyt laskevat ja hermosolujen tuhoutuminen nopeutuu ulkoisten virikkeiden vähetessä. Kuntoutumista tukeva viriketoiminta on asiakaslähtöistä, toiminta pohjautuu ikääntyvän toimintakyvyn arviointiin, ja se on osa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Toiminnassa pyritään saavuttamaan asetetut tavoitteet, toteutumista arvioidaan ja keinoja muutetaan tarvittaessa. Kuntoutumista tukevaa viriketoimintaa sisällytetään ikääntyvän hoitoon ja toimintoihin päivittäin. Toimintakyvyn vajeiden heikkenemistä estävän viriketoiminnan tärkeitä periaatteita ovat yksilöllisyys, tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, systemaattisuus, monipuolisuus sekä kirjaaminen osana arviointia.(Airila 2002/2007, 9 - 12, 41.)

Dementoituvien ikääntyneiden kohdalla viriketoiminta ylläpitää jäljellä olevia kykyjä ja toimintoja sekä tukee ikääntyvän identiteettiä ja itsetuntoa. Dementoituvien ikääntyvien kuntoutus rakentuu hyvin säilyneisiin toimintakyvyn alueisiin, jotka täytyy ensin selvittää. (Airila 2002/2007, 19.)

3.3.1 Viriketoiminta

Viriketoiminta on keino henkisten tarpeiden tyydyttämiseen ja osa sosiokulttuurisia toimintomuotoja. Viriketoiminnan tarkoituksena on aktivoida ikääntyvän toimintakykyä sekä muistia, motivoida osallistumaan ja tekemään yhdessä. Vuorovaikutustaitojen vahvistaminen ja keskusteleminen erilaisia virikkeitä hyödyntäen ovat keskeisimpiä viriketoiminnan tavoitteita. Viriketoiminta tuottaa hyvää mieltä, virkistystä, yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden tunnetta. Viramon (1998) tutkimuksen mukaan vuoden ajan ryhmätoimintaan osallistuneiden ikääntyvien henkinen toimintakyky ja mieliala kohenivat riippumatta mitä ryhmässä tehtiin. (Viramo 1998; Airila 2002/2007, 17). Viriketoiminta voi olla muistelua, musiikki-, luku- tai runohetkiä, leipomista, käsitöitä, viherterapiaa, aistiterapiaa, tuolijumppaa tai –tanssia, retkeilyä, ulkoilua... (Airila 2002/2007, 5, 41).

Viriketoiminta on osa ikääntyvän muistisairaana kokonaisvaltaista hoitoa ja sen pitäisi kuulua kiinteänä osana jokapäiväiseen hoitotyöhön. Aktivointi kohentaa ikääntyvän mielialaa, tuo mielekkyyttä elämään, harjaannuttaa keskittymiskykyä, aisteja, muistia, kielellisiä kykyjä sekä sosiaalisia taitoja. Mielekkään toiminnan avulla ikääntyvän muistisairaana kosketus ympäröivään elämään säilyy; toiminta suuntaa ajatukset pois omasta maailmasta ja sairauden tunnosta vähentäen ahdistusta ja levottomuutta. Hoitohenkilökunnalta ei vaadita erikoisia taitoja, vaan innostunutta asennetta, kekseliäisyyttä ja näkemystä siitä, kuinka tuoda sisältöä ikääntyvän päivään. Ohjattujen ryhmätilanteiden sisällyttäminen ikääntyvän arkeen on tärkeää sosiaalisten kontaktien ja vuorovaikutussuhteiden luomisessa. Yhdessä tekeminen luo yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunnetta. Ikääntyvien ryhmätoiminnan tulee olla aikuisille ihmisille suunniteltua. (Heimonen & Voutilainen 1997, 82 - 83.) Laurin (1986) mukaan ikääntyvien hoidon uusimpien näkemysten valossa; potilaan osuus omassa hoidossaan ja viriketoiminnan hyödyllisyydestä ollaan tietoisia. Hoitajat ovat saaneet koulutustakin, mutta opitut taidot eivät jalkaudu työskentelytapoihin. (Lauri 1986 Liukkosen 1991, 162 mukaan.) Sen sijaan uudet kokeilut aiheuttavat ristiriitoja osastoilla ja niihin liittyy muutosvastarintaa. Innostuneempikin hoitaja valitsee tällöin ristiriitojen välttämiseksi rutiinilla hoitamisen. (Hentinen 1984 Liukkosen 1991, 162 mukaan.)

Viriketoiminnan tarve lähtee vanhuksesta, toiminnassa huomioidaan ja hyödynnetään osallistujien elämänkaari, tiedot ja taidot. Viriketoimintaa ohjaavat hoitajat tai viriketoiminnan ohjaaja. Toiminta on suunnitelmallista ja tukee yksilön tai ryhmän tavoitteita. Toimintaa rytmittävät usein tapahtumat, vierailut, retket, juhlapyhät, vuodenaajat, joiden mukaan ohjaaja voi suunnitella esim. syysteeman. Samalla kannattaa tehdä koko organisaation pitkän tähtäimen viriketoiminnan suunnitelma, jossa luodaan tavoitteet ja suuntaviivat toiminnalle. Lyhyen tähtäimen suunnittelussa mietitään lähiviikkojen toimintaa ja syvällisemmin yksittäisten ryhmätoimintojen sisältöjä. Viriketoiminnan mahdollistaminen ja onnistuminen vaatii hoitajilta sitoutumista ja vastuunottoa suunnittelusta ja sen toteuttamisesta. Moniammatillinen yhteistyö on viriketoiminnan onnistumisen edellytys. (Airila 2002/2007, 29-32.)

Toiminnan tulee olla vanhuksen taitojen ja toimintakyvyn mukaista, liian vaikea tai helppo ei motivoi. Toimintakyvyn vajeiden lisääntyessä ja voimien heiketessä henkilökohtaisen avustajan tarve kasvaa, lopulta hoitaja tai avustaja tekee vanhuksen puolesta lähes kaiken, ohjaa kädestä pitäen, kysyy vanhuksen mielipidettä ja antaa hänen valita. (Airila 2002/2007, 18-19.)

3.3.2 Toiminnallinen taideterapia

” Oi, jospa olisi koko elämä edessä ~ saada maalata. Maalata hätäilemättä ~ se on onnea. Minulla ei ole sitä tunnetta, että olisin lopettanut, olen vain matkalla väsynyt, ~ tahdon maalata vielä jotain hyvää ~ viimeiseni. ”

(Helene Scherbeck n.d. Leijala-Marttilan & Syrenin 2004, 404 mukaan.)

Taide voi olla ainoa keino saada tunneyhteys toiseen ihmiseen. Taide voi myös olla tie yhteyden löytämiseksi omaan sisäiseen maailmaan, sen sisäistettyihin itseä ja objektiivisuhteita koskeviin mielikuviin, tunteisiin ja toiveisiin. (Leijala-Marttila & Syren 2004, 405.) Langerin (1957) mukaan taiteella ilmaistaan tunnetasolla koettua ja ilmiöitä, joita eivät sanat tavoita. Taidemuodot luovat kielen tavoin ilmaistavia symboleja, joilla ei ole ennalta sovittuja merkityksiä. Taide ei ilmaise todellista tunnetta vaan ideoita tunteesta. (Langer 1957; Leijala-Marttilan & Syrenin 2004, 405 mukaan.)

Toiminnallinen taideterapia on yksi tapa toteuttaa kuntoutumista tukevaa työtettä. Varsinaista taideterapiaa voi työssään käyttää vain taideterapiakoulutuksen saanut henkilö, mutta sen eri muotoja voivat hoitajat harjoittaa työskennellessään ikääntyvien parissa. Hoitajat voivat muodostaa ryhmiä, joiden tavoitteena on toimintakykyä, sosiaalisuutta ja osallisuutta tukeva toiminta. Ohjaamisen terapeuttinen ulottuvuus syntyy, kun taide kuuluu yhtenä tärkeimmistä osa-alueista ohjaajan elämään, omista kokemuksistaan hän ammentaa osaamista ja nautintoa ryhmälle. (Andreev ym. 2002, 7.)

Hoitavan henkilökunnan positiivinen asenne ja sitoutuminen yhdessä taideterapia menetelmätyöskentelyyn luo parhaat edellytykset ikääntyvien luovalle toiminnalle. Taideterapiaa ohjaavalla pitäisi olla mahdollisuus työnohjaukseen ja jatkokoulutukseen sekä resursseja suunnitella, toteuttaa ja arvioida toimintaa. Hoitavan lääkärin ja koko työyhteisön tuki on taideterapian onnistumisen kannalta merkityksellistä. Lääkärin panosta voi hyödyntää arvioitaessa kenelle taideterapia soveltuu. Ikääntyvän ja hänen omaistensa kanssa keskustellaan taideterapiaan osallistumisesta. Samalla voidaan ikääntyvälle ja omaiselle kertoa taideterapian riskeistä. Luova toiminta voi ohittaa normaalin torjunnan aiheuttaen ahdistusta ja potilaan tilan huononemisen. Taideterapia voi nopeasti paljastaa paljon, sen voimakkaan vaikutuskeinon takia. (Heimonen & Voutilainen 1998, 91 - 95.)

Ohjaajan toiminnassa näkyy hänen ihmiskäsityksensä, hoitotyön filosofiansa sekä teoria, johon toiminta perustuu. Pitkäkestoinen, suunnitelmallinen taideterapiaryhmä tukee osallistujien sosiaalisia taitoja, minäkuvan vahvistumista ja mielen vireyttä. Ryhmytymisen tapahduttua osallistujat alkavat luottaa toisiinsa ja tuntevat olonsa turvallisiksi ryhmässä. Taideterapian edetessä he uskaltavat näyttää tunteitaan ja ilmaista itseään taiteen avulla. Pikku hiljaa ohjaaja saa valotettua osallistujien ajatuksia ja heidän läpikäymiään tunteita. Tämä luo edellytyksiä yksilöllisemmän hoitotyön toteutukseen, ikääntyvän kokonaisvaltaiseen tuntemiseen ja huomioimiseen. (Andreev & ym. 2002, 7.)

Itsensä toteuttaminen ja mukava tekeminen vähentävät haasteellista käyttäytymistä. Ikääntyvän jäljellä olevat voimavarat nousevat esiin ja hämmästyttävät usein hoitajia ja läheisiä. Läheiset arvostavat toimintakykyä ja sosiaalisia taitoja tukevaa toimintaa, joten luottamus hoitoyhteisöön kasvaa. Vanhustyön arvostus ja uudenlainen näkökul-

ma ammattilaisten keskuudessa lisääntyy, kun toiminnassa käytetään suunnitelmallisia, toiminnallisia työmuotoja.

(Andreev & ym. 2002, 7.)

Taideterapia on yksi keino muisteluun ja sen avulla ikääntyvä voi työstää omaa elämänsä. Joensuussa Linnunlahden vanhainkodissa 2001 kokeiltiin kuvataideterapian vaikutusta vanhusten elämänlaatuun. Kuvataideterapia rohkaisi itseilmaisuun ja vuorovaikutustaitojen vahvistumiseen. Osallistujat kokivat ryhmän voimavarana. Ryhmässä luotiin yhteys menneeseen, koettuun elämään ja tutustuttiin omaan identiteettiin, joka oli heikentynyt. Vanhukset muuttuivat ryhmän avulla iloisemmaksi, myhäilevämmiksi, levollisemmaksi ja tyytyväisemmäksi. Vireystilan kasvaessa he loivat oma-aloitteisesti yhteyksiä ympäristöönsä. Taide auttoi vanhuksia kokemaan onnistumisia, jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämisessä, omanarvontunteen löytämisessä sekä fyysisten ja psyykkisten taitojen menettämisen surussa. Kokemuksen perusteella taideterapia kohentaa elämälaatua ja luo mahdollisuuden muutokseen sekä minäkuvan kasvuun. (Allinen 2003, 10 - 11.)

3.4 Ohjaustaidot

Ohjaus on olennainen osa ikääntyvien hoitotyötä. Ikääntyvän avustaminen eri tilanteissa vaatii hoitajalta kykyä ohjata. Ohjaustilanne koostuu ohjaajasta, ohjattavasta, ympäristötekijöistä sekä ohjaustekniikasta. (Mäki & Stenberg 1998, 35.)

Koron (2004) mukaan onnistuvaan ohjaukseen katsotaan liittyvän seuraavia elementtejä: ohjaajan ajattelun syvyys ja kyky ymmärtää ohjattavaa. Rakentavan dialogin avulla ohjaaja purkaa ohjattavien ennakkoasenteita ja väärinkäsityksiä sekä aistii ohjattavia herkästi. Ohjaaja käyttää persoonallista ohjaustapaa ja hänellä on kyky empatiaan, herkkyyteen, positiivisuuteen, ja hän tilanteen vaatiessa ottaa ohjattavan vakavasti. Ohjaajalla tulee olla kyky kuulla ja havaita. Ohjaajan motivaatio, aktiivisuus ja yhteistoiminnallisuus näkyvät hänen ohjaustyössään. (Koro 2004.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat monet asiat. Suuri merkitys on millainen ympäristö ohjaustilanteessa on; viihtyisyys, valaistus, turvallisuus, välineet, äänet, hajut ja värit vaikuttavat ohjaukseen. Ohjaustilanne voi olla yksilöön tai ryhmään kohdistuva, täl-

löin ohjaaja toimii eri tavalla. Muistisairaita ohjattaessa ohjaajalta vaaditaan enemmän herkkyyttä aistia osallistujien mielialaa, motivaatiota ja voimavaroja. Ohjaajalta vaaditaan rohkeutta heittää itsensä likoon ja toimia luovalla, asiakaslähtöisellä tavalla haasteellisissakin tilanteissa. Ohjaustaitoja vaaditaan sitä enemmän, mitä huonokuntoisempi ikääntyvä on kyseessä. (Mäki & Stenberg 1998, 35.) Ohjaajan tulee huomioida myös osallistuvien erityistarpeet ohjauksen suhteen. Muun muassa huonokuuloiset tai näköiset, puheen tuottamisvaikeuksista kärsivät ikääntyvät tarvitsevat apuvälineitä tai henkilökohtaista ohjaajaa avukseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 86).

Ohjaustekniikka tarkoittaa valittua menetelmää, jota ohjaaja käyttää. Menetelmät ovat riippuvaisia ohjaajan taidoista, ja ne ovat tiukasti sidoksissa myös hänen arvomaailmaansa: mitä hän ajattelee oppimisesta ja ohjattavista sekä heidän kyvykkyydestään: miten ohjaaja arvostaa omaa ammattitaitoaan, millaisiin tuloksiin hän tähtää. Esittävää opetusta ovat koulumaailmasta tutut luennot, tehtävien antaminen, ongelman ratkaisu ja kirjoitelmat. Yhteistoiminnallista opetusta ovat kyselevä ote, jossa vaihtelevat asioiden esittely, kysely ja yhteiskeskustelut. Yhteistoiminnallista opetusta voi olla myös yhteinen harjoitus- tai soveltamistehtävä, ideointiryhmä ja verkossa tapahtuva keskustelu tai yhteinen harjoitustehtävä. Kuvallisen ilmaisun menetelmät sopivat hyvin ikääntyvien ohjaamiseen, sillä ne tarjoavat ilmaisukanavan sellaisillekin tunteisiin, kokemuksiin ja elämyksiin perustuville asioille, joiden käsittely sanallisesti on vaikeaa. Kuvallinen ilmaisu antaa sanalliselta ilmaisukyvyltään heikoille ja estyneille vaihtoehdoisen tavan ilmaista itseään. (Ideoita ja menetelmiä tutorille.)

Ikääntyvien ohjaamisessa on tunnettava heidän elämänsä riittävän hyvin. Ohjaajan kannattaa selvittää itselleen osallistujien kokema historiallinen ajanjakso ja kulttuuriperinteet, jolloin hän ymmärtää esimerkiksi ikääntyvien muisteluryhmässä nousevia vaikeitakin tunteita ja on valmis kohtaamaan niitä. Ohjaaja huolehtii tasapuolisesti kaikista osallistujista, jotta hiljaisimmatkin ikääntyvät pääsevät kertomaan mielipiteensä. Ohjaustilanteen yhteinen aloitus ja lopetushetki vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta. Ohjaustilanteen seesteinen lopetus on tärkeää, jotta osallistujat eivät jää tunnemyllerryksensä kanssa yksin. Ryhmätuokion lopetuksena voi olla jokin läheisyyttä vahvistava toimintatapa. (Vallejo Medina ym. 2006, 86 - 87.)

Jokivirta-Salon & Leivon (2005, 19 - 29) mukaan ohjaamiseen kuuluu tiedon jakaminen, neuvonta, ohjaus, kysymysten esittäminen ja niihin vastaaminen, asiantuntijuus, johon sisältyy omatoimisuuden tukeminen, kannustaminen ja vaihtoehtojen tarjoaminen. Sanattomalla (nonverbaalinen) tasolla ohjauksessa huomioidaan kiireetön ilma-
piiri, hoitaja keskittyy potilaaseen säilyttäen katsekontaktin ja kuuntelemalla potilasta. Hoitaja ohjaa potilasta näyttämällä tekemisen konkreettisesti. Hoitajan sanatonta ohjausta on myös potilaan rohkaisu hymyllä, pään nyökäytys ja kosketus.

4 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata hoitajien näkemyksiä ikääntyvien pitkäaikaishoidon osaston potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukemisesta viriketoiminnan avulla sekä hoitajien viriketoiminnan ohjaustaitojen kehittyminen. Pidemmän aikavälin tavoitteena on kehittää ikääntyvien pitkäaikaishoidon potilaiden viriketoimintaa kokonaisvaltaiseksi, suunnitelmalliseksi, potilaslähtöiseksi, moniammatilliseksi toiminnaksi, jonka merkitys ymmärretään tärkeänä osana ikääntyvän hyvinvointia organisaatioiden eri portailla.

Yksityiskohtaiset tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten pitkäaikaishoidon osaston potilaiden henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tuetaan?
2. Miten yhteisöllisyys näkyy pitkäaikaishoidon osaston potilaiden arjessa?
3. Kuinka tärkeänä hoitajat kokevat pitkäaikaishoidon osaston potilaiden viriketoiminnan?
4. Millaisia mahdollisuuksia hoitajat näkevät viriketoiminnassa?
5. Millaisia haasteita tai esteitä hoitajat näkevät viriketoiminnan toteuttamisessa pitkäaikaishoidon osastolla?

6. Millaisia valmiuksia hoitajilla on ohjata viriketoimintaa?
7. Millaista tukea tai koulutusta hoitajat kaipaavat viriketoiminnan ohjaamiseen?
8. Millaisia viriketoiminnan kehittämisehdotuksia ja ideoita hoitajilla on?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen eli toimeksiantajalla on tarkoitus hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan. Opinnäytetyö liittyy osana erään kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osaston Hyvät käytännöt –projektia. Projektin osa-alueet ovat työhyvinvointi, yhteiset hoitokäytännöt ja pitkäaikaishoidon potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukeminen viriketoiminnan avulla. Projekti on käynnistynyt syksyllä 2007 laaturyhmän alkukartoituksella, jossa hoitajat vastasivat kysymyksiin hoidon laadusta, hoitokäytännöistä/työnkuvista, yksilövastuisesta hoitotyöstä, virike-tuokion ohjaushalukkuudesta sekä työhyvinvointiin liittyvistä asioista. Projekti on edennyt aluksi laaturyhmän ja sittemmin koko osaston työstämänä. Kehittämispäivinä ja osaston palaverissa on asioita yhdessä avattu ja käyty läpi. Pitkäaikaishoidon potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukeminen viriketoiminnan avulla - osa- aluetta kehitetään toiminnallisen taideterapian ja tämän opinnäytetyön tulosten pohjal-ta.

Tämän tutkimuksen kohteena olevalla ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastolla aloitettiin suljettu, toiminnallinen taideterapiaryhmä 7.11.2008. Ryhmään osallistui 5-6 de-mentiaa sairastavaa potilasta, jotka virikeohjaaja ja hoitajat yhdessä valitsivat. Ryhmä kokoontui kerran viikossa torstaisin tai perjantaisin noin 30-60 minuutin ajan. Virike-ohjaaja toimi pääohjaajana ja kaksi hoitajaa apuohjaajina. Hoitajat olivat vuorollaan mukana ryhmässä saamassa ideoita ja valmiuksia ohjaamiseen sekä havainnoimassa potilaiden voimavaroja ja käyttäytymistä. Ryhmä kokoontui toukokuuhun 2009 asti. Tämän jälkeen arvioitiin ryhmän vaikuttavuutta ja jatkoa. Hoitajat halusivat toimin-nallisen taideterapian jatkuvan osastolla, koska ryhmässä olleet potilaat olivat hyöty-neet toiminnasta. Virikeohjaaja esitti toiminnan jatkamista laaja-alaisempana virike-keellisenä toimintana, jossa toiminnallinen taideterapia on yksi toimintamuoto. Toi-

minta jatkui 8.10.2009 alkaen kerran viikossa toiminnallisena virikeryhmänä, jota edelleen ohjaa virikeohjaaja ja hoitajat toimivat apuohjaajina.

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat yhden ikääntyvien pitkäaikaishoidon osaston kaikki hoitajat (14), kokonaistutkimus/otanta. Tutkimuksen kohderyhmän valintaan vaikutti pitkäaikaishoidon osaston oma kehittämisprojekti, jonka osa-alueena oli pitkäaikaishoidon potilaiden viriketoiminnan kehittäminen. Kokonaisotanta oli perusteltua, jotta riittävä aineisto saatiin edustamaan tutkimuskohdetta. Laadullista tutkimusta luonnehtivia piirteitä ovat harkinnanvarainen, teoreettinen ja tarkoituksenmukainen otanta, tutkimus voi perustua pieneenkin tapausmäärään. Eskolan & Suorannan (1996, 34 - 40) mukaan laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta. Aineiston koko ja siitä lasketut tunnusluvut eivät ole ratkaisevia vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys

Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2007) mukaan laadullisessa (kvalitatiivinen) tutkimuksessa tutkimusaineiston koko voi käsittää yhden henkilön haastattelun tai toisaalta joukon yksilöhaastatteluja. Laadullisen tutkimuksen yksi tavoite on ymmärtää tutkimuskohdetta, ei etsiä keskimääräisiä yhteyksiä tai tilastollisia säännönmukaisuuksia. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston päätelmiä ei yleistetä vaan tutkitaan yksityistä tapausta riittävän tarkasti, jolloin esille nousee ilmiön merkittävät ja usein toistuvat asiat yleisemmälläkin tasolla. (Hirsjärvi ym. 2007, 176 - 177.)

Pitkärannan mukaan laadullisissa tutkimuksissa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Laadullinen tutkimusote etenee parhaimmillaan käytännön ilmiöistä ja havainnoista yleiselle tasolle eli empiriasta teoriaan. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tietoa kerätään henkilöiltä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä paljon tai omaavat kokemusta asiasta. Tiedonantajan valinnan tulee siis olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Pitkäranta n.d., 76 - 78.) Tässä tutkimuksessa tiedonantajat eli hoitajat ovat oman työnsä asiantuntijoita ja osaavat luotettavimmin kuvata

ikäntyvien pitkäaikaishoidon osaston potilaiden hoitoa ja henkisten sekä sosiaalisten voimavarojen tukemista.

Tutkimusympäristö on ikääntyvien pitkäaikaishoidon osasto, isossa sairaalassa. Osastolla on 30 pitkäaikaishoidon potilasta. Osaston tilat ovat hyvin vanhat ja epäkäytännölliset, ne eivät vastaa tämän päivän vaatimuksia ikääntyvien hoitoympäristöstä. Osastolla on kahdeksan potilashuonetta, joista kaksi on kuuden hengen huoneita ja kuusi on kolmen hengen huoneita. Huoneissa ei ole riittävästi tilaa ikääntyvän yksityisyydelle ja hoitajien työhyvinvointia tukevaa ergonomiaa on vaikea toteuttaa. Potilaiden käytössä on käytävällä kolme wc:tä, joista kahdessa kylvetetään myös potilaita. Suihkuvaunulla potilaita kylvetettäessä käytetään isompaa kylpyhuonetta. Osastolla on päiväsal, jossa osa potilaista ruokailee päivittäin. Siellä järjestetään myös osaston hengelliset - ja viriketapahtumat sekä pidetään henkilöstön palavereja ja kokouksia. Osastolla on oma pieni keittiö, josta jaetaan aamupalat, päiväkahvit ja iltapalat potilaille. Lounas ja päivällinen jaetaan valmiina annoksina ruokavaunuilla osastolle jake-lukeittöltä. Hoitajilla on kanslia yhteydenpitoa ja raportointia varten. Osastonhoitajalla on oma huone, jossa pidetään myös palavereita. Henkilöstöllä on omat sosiaaliset tilat eli kahvihuone ja wc. Kahvihuoneessa pidetään osastokokoukset ja opiskelijapalavereita. Henkilöstömitoitus (hoitajaa/asukasta kohden) on 0,47, eli se ei vastaa van-
husten palveluiden laatusuosituksia, joka on pitkäaikaishoidossa 0,6.

5.2 Tutkimusmenetelmä

5.2.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimuksen lähestymistapa on pääosin laadullinen (kvalitatiivinen), mutta määrällinen (kvantitatiivisia) osuus kuvaa tutkimuskohteen taustatietoja. Tutkimuksessa halutaan saada syvällisempää tietoa ja ymmärtämystä hoitajien ajatuksista sekä hoitokäytännöistä ikääntyvien pitkäaikaishoidon osaston potilaiden sosiaalisten ja henkisten voimavarojen tukemiseen ja viriketoimintaa liittyen. Tutkimus kartoittaa myös hoitajien osaamista ohjaukseen ja viriketoimintaan liittyen sekä osallistumisaktiivisuutta potilaiden viriketoimintatuokioihin.

5.2.2 Kyselylomake

Tässä tutkimuksessa tietoa kerätään kahden kyselylomakkeen avulla: Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 1 (liite 1) tammikuussa 2009 ja Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 (liite 2) syyskuussa 2009.

Mittarit ovat kyselylomakkeita, jotka tutkija on laatinut tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asettelun kannalta merkityksellisistä kysymyksistä. Lomakehaastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Jokaiselle kysymykselle on perustelu tutkimuksen viitekehuksesta eli tutkittavasta ilmiöstä jo aiemmin tiedetystä. (Pitkäranta n.d., 76 - 78.) Viriketoimintamittareiden kysymykset, jotka kartoittavat kohderyhmän taustatietoja ovat standardoituja, stukturoituja monivalintakysymyksiä, joista osassa on lisänä avoin vaihtoehto vastata. Standardoiduissa kysymyksissä asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 188 - 199.) Strukturoiduissa kysymyksissä annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, kysymysten muotoilu ja järjestys on kaikille sama. (Eskola & Suoranta 1996, 65.) Viriketoimintamittareiden kysymykset, jotka kartoittavat tutkimusongelmaa, ovat muodoltaan avoimia. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja kertovat vastaajan todellisen mielipiteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 188 - 199.)

Viriketoiminnan mittari 1 esitettiin kahdella vapaaehtoisella tiedonantajalla, jotka ovat ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastoilla hoitajina. Viriketoiminnan mittari 2 esitettiin kolmella hoitajalla, joista kaksi on työskennellyt pitkäaikaishoidon osastoilla hoitajina ja yksi ikääntyvien dementoituvien yksikössä hoitajana. Esitestauksessa hoitajat paneutuivat kysymyksiin ja kertoivat, jos kysymykset eivät olleet ymmärrettäviä, termit olivat vieraita tai kysymysten ohjeissa oli ongelmia. Palautteiden perusteella kysymyksiä korjattiin ja ohjeita tarkennettiin antamalla viitteitä kysymyksestä tai poistamalla epäoleellisia sanoja. Tutkimuksen kyselylomakkeiden kysymyksissä olevat käsitteet ovat hoitotyön ammattisanastoa ja tuttuja hoitajille, mutta joukossa on vähemmänkin käytettyjä termejä. Esitestauksen ehdottamana Viriketoiminnan mittari 2:n kyselylomakkeeseen lisättiin palautteenantomahdollisuus: ”Mitä muuta haluaisit sanoa?”.

5.3 Aineiston keruu

Epävirallista, suullista lupaa tutkimuksen tekemiseen kysyttiin sairaalan ylihoitajalta kesällä 2008. Hänen mielestä aihe tuki hyvin pitkäaikaishoidon osaston kehittämisprojektia, jonka yksi osa-alue on pitkäaikaishoidon osaston potilaan viriketoiminnan kehittäminen. Tämän perusteella lähdettiin suunnittelemaan toiminnallista, suljettua ryhmätoimintaa osastolle ja viriketoimintaa kartoittavaa mittaria. Suunnittelussa apuna oli viriketoiminnan ohjaaja ja yksikön lähiesimies. Lupa tutkimuksen tekemiseen ja tutkimusaineiston keruuseen pyydettiin kirjallisena, ja sen myönsi sairaalan ylihoitaja 31.12.2008.

Tutkimukseen valituille tiedonantajille kerrottiin tutkimuksesta ja mittareista osaston kehittämispäivänä, jolloin käytiin osaston kehittämisprojektin osa-alueita läpi. Ennen kyselylomakkeiden jakoa tiedonantajille kerrottiin, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, vastaukset annetaan anonyymeinä ja annetut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonantajille kerrottiin, että kysymyslomakkeiden vastaukset hävitetään tutkimustyön valmistuttua ja jatkossa tutkimustyötä käytetään vain osaston kehittämistyöhön. Tiedonantajille kerrottiin myös, että tutkimuksen tekijältä voi kysyä kyselylomakkeessa mahdollisesti ilmeneviä epäselviä kohtia.

Kyselylomakkeet jaettiin hoitajille sähköisesti ja paperiversiossa, he itse valitsivat millä tavalla halusivat vastata. Hoitajille kerrottiin, että kyselylomakkeeseen sai vastata työaikana. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa, joka laitettiin isompaan kirjekuoreen henkilöstön ilmoitustaululle. Iso kuori tyhjennettiin päivittäin.

Tutkimuksen kohteena olevalla osastolla aloitettiin syksyllä 2008 toiminnallinen taideterapiaryhmä ja Viriketoiminnan ohjausta kartoittavan mittarin osa 1 oli tarkoitus kuvata lähtötilannetta. Ensimmäinen kyselylomake kartoitti hoitajien ajatuksia ja näkemyksiä ikääntyvien pitkäaikaishoidon osaston potilaiden henkisten ja sosiaalisten voimavarojen tukemisesta viriketoiminnan avulla sekä valmiuksia ohjata viriketoimintaa pitkäaikaishoidon osastolla. Pitkäaikaishoidon osaston 14 hoitajasta yhdeksän täytti ja palautti määräaikaan 23.1.2009 mennessä Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 1 kyselylomakkeen.

Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 jaettiin hoitajille syyskuussa 2009 sähköisesti ja paperiversiona, he itse valitsivat millä tavalla halusivat vastata. Vastausaika hoitajilla oli 2 viikkoa. Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 kartoitti, onko osastolla aloitetusta toiminnalliseen taideterapiaryhmään osallistumisesta ollut hoitajille hyötyä, ovatko he saaneet ideoita ja oivalluksia ohjaamistaitoihin, ovatko ajatukset sosiaalisten ja henkisten voimavarojen tukemisesta tai viriketoiminnasta muuttuneet, millaisia ajatuksia ja kehittämisideoita on herännyt. Pitkäaikaishoidon osaston 14 hoitajasta kolme täytti ja palautti määräaikaan 28.9.2009 mennessä Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 -lomakkeen. Vastausaika jatkettiin vielä 9.10.2009 asti, koska se mahdollisti useamman hoitajan osallistumisen tutkimukseen. Lisääjalla Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 täytti ja palautti vielä kaksi hoitajaa.

5.4 Aineiston analyysimenetelmä

Kerätyn aineiston ydinasioita ovat analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ja siihen tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa tutkija näkee, millaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Aineiston analyysin esivalmisteluissa tutkija kävi läpi aineiston tarkastamalla taustatiedot, ettei kukaan ole vahingossa vastannut tutkimukseen kahta kertaa. Aineistosta tarkistettiin myös tietojen virheellisyydet ja puuttuiko tietoja. Kysymyslomakkeiden yhteen tai kahteen kohtaan ei ollut vastattu tai vastaus koski toista tutkimusongelmaa, mutta se ei aiheuttanut hylkäämisiä, koska vastaaja oli muuten täyttänyt lomakkeen huolellisesti. Seuraavaksi aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroitiin. Litterointi tehtiin koko kerätystä aineistosta. Tutkimusaineisto käytiin huolella läpi useita kertoja lukemalla, jotta tutkimusaineiston kokonaiskuva hahmottui. (Hirsjärvi ym. 2007, 216 - 217.)

Tutkimuksessa käytettiin aineistosta lähtevää sisällön analyysiä (induktiivinen sisällön analyysi). Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan (käsitteellistetään). Induktiivisen sisällön analyysin ensimmäisessä vaiheessa määritellään analyysiyksikkö. Se voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma

tai ajatuskokonaisuus. Tässä tutkimuksessa käytettiin analyysiyksikkönä lausetta. Pelkistämisellä tarkoitetaan aineiston koodaamista ilmaisujen avulla, jotka liittyvät tutkimusongelmaan eli tässä tutkimuksessa tiedonantajien alkuperäiset ilmaisut koodattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, joista etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin, ja ne saivat yhteisen nimen, joista muodostuivat alakategoriat, ja kategorialle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset kategoriat yläkategorioiksi. Käsitteellistämistä jatkettiin niin kauan kuin se sisällön kannalta oli mahdollista (liitteet 3 ja 4). (Kyngäs & Vanhanen 1999 Hiller-Ikosen n.d., 2 mukaan.)

5.5 Opinnäytetyön luotettavuus

”Laajimmassa merkityksessään luotettavuudella tarkoitetaan sekä mittarin, mittaustilanteen että mittauskohteen pysyvyyttä yleensä.” (Hirjärvi 1983 Eskola & Suorannan 1996, 166 mukaan). *Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta.* (Eskola & Suoranta 1996, 166). Tässä tutkimuksessa tehtiin alkukartoitus Virike-toiminta mittari 1 ja loppukartoitus Viriketoimintamittari 2. Tutkimuksen luotettavuutta haettiin jo mittareiden suunnittelussa, kun ne esitettiin ikääntyvien hoitajilla. Mittareiden käsitteet ovat ikääntyvien hoitotyössä paljon esillä. Kyselylomaketta laadittaessa huomioitiin, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja kysymyksissä käytettävät käsitteet selvillä vastaajille. Käytetyt mittarit eivät olleet täsmälleen samanlaisia, mutta mittasivat samoja asioita, ja kun kaksi kysymyslomakkeiden kysymystä mittaa samaa asiaa eri tavalla, pitäisi johdonmukaisuuden näkyä vastauksissa. *”Mittauksen pätevyys eli mittauksen kyky mitata niitä ominaisuuksia, käsitteitä, joita mittaamaan mittaväline on laadittukin.”* (Hirsjärvi 1983. Eskolan & Suorannan 1996, 166 mukaan). Kyselylomakkeen kysymykset muodostuvat tutkimusongelmista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Laadullisten aineistojen analyysissä on avain asemassa luokittelujen tekeminen ja tutkijan tulisi kertoa käyttämänsä luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia ei voi erottaa jyrkästi toisistaan vaan ne kulkevat käsi kädessä. Tässä tutkimuksessa tutkija on luokitteluissaan ja analysoidessaan pohtinut tulkintojensa luotettavuutta jatkuvasti. Tutkijalla on laadullisessa tutkimuksessa mahdollisuus kulkea

edestakaisin aineiston analyysin, tehtyjen tulkintojen ja tutkimustekstin välillä. Tämän avulla tutkittavasta ilmiöstä on rakentunut kokonaiskuva tutkijalla ja tulkinnat ovat syventyneet. (Eskola & Suoranta 1996, 164.)

”Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on keskeinen tutkimusväline. Laadullisen tutkimuksen pääasiallisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia.” (Eskola & Suoranta 1996, 165). Tutkija on työskennellyt pitkään ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastolla ja tämän myötä on syntynyt vahva käsitys ikääntyvien tarpeista ja niihin vastaamisesta. Tutkija tiedostaa oman ennakkokäsityksensä, jonka pohjalta ikääntyvien viriketoimintaa on lähdetty kehittämään, mutta tutkimusprosessissa tutkija ei tuo omia asenteitaan ja oletuksia esiin.

5.6 Tutkimuseettisten ongelmien tunnistaminen

Tutkija on kysynyt ja saanut tutkimukseen luvan sairaalan ylihoitajalta. Tutkija valitsi tutkimuksen kohdeyksikön osaston kehittämisprojektin takia. Tutkija on vaitiolovelvollinen eikä käytä kyselylomakkeisiin vastattuja tietoja muuhun kuin opinnäytetyöhön ja tutkimuskohteena olevan osaston kehittämiseen. Tutkija on opinnäytetyön joka vaiheessa mahdollisimman huolellinen, rehellinen ja pyrkii tuottamaan luotettavaa tietoa. Tutkija käsittelee saamiensa tietoja eettisesti, jotta ei loukkaa ketään. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa tutkimuksen tuloksista.

Tutkittava asia on tutkijalle tuttua ja läheistä, tutkija pyrkii mahdollisimman neutraaliin työskentelyyn. Kohderyhmä on myös tutkijalle tuttu. Hoitajat vastaavat anonyymeina kyselylomakkeisiin. Tutkija hävittää hoitajien kysymyslomakkeet/vastaukset opinnäytetyön valmistuttua ja jatkossa tutkimustyötä käytetään vain osaston kehittämistyöhön. Toisten tutkimustyötä käyttäessä tutkimukseen laitetaan aina lähde työhön.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Taustatietoja tutkimuksen kohderyhmästä viriketoimintamittari 1 ja 2

Viriketoimintamittari 1:n kyselylomakkeessa taustatiedoissa kartoitettiin hoitajien ikä, koulutus ja työkokemus pitkäaikaishoidon osastolla. Kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista kolme ovat 18 - 30-vuotiaita, yksi on 31 - 40-vuotias, kaksi hoitajaa ovat 41 - 50-vuotiaita, kaksi hoitajaa ovat 51 - 60-vuotiaita ja yksi on yli 60-vuotias.

Vastanneista hoitajista viisi on lähi- tai perushoitajia ja neljä on sairaanhoitajia. Hoitajien työkokemus pitkäaikaishoidon osastolla vaihteli 0 - 2 vuodesta aina yli 20 vuoteen. Pitkäaikaishoidon osaston työkokemusta oli kolmella 18 - 30-vuotiaalla hoitajalla vain 0 - 2-vuotta, yhdellä hoitajalla 3 - 6-vuotta, yhdellä hoitajalla 7 - 10-vuotta, kahdella hoitajalla 11 - 20-vuotta ja kahdella hoitajalla oli yli 20-vuotta työkokemusta. Keskimääräinen työkokemus pitkäaikaishoidon osastolta oli 7 - 10-vuotta.

Viriketoimintamittari 2:n kyselylomakkeessa kartoitettiin taustatietoina hoitajien ikä ja koulutus. Kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista yksi on 18 - 30-vuotias, kolme ovat 41 - 50-vuotiaita ja yksi on 51 - 60-vuotias. Vastaaajista neljä on koulutukseltaan lähi- tai perushoitajia ja yksi sairaanhoitaja. Kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista neljä oli osallistunut viriketoiminnan ohjaukseen ryhmässä ja yksi ei.

6.2 Pitkäaikaispotilaan sosiaalisten ja henkisten voimavarojen huomioiminen ikääntyvien hoitotyössä

Tutkimusaineiston perusteella pitkäaikaispotilaan sosiaalisten ja henkisten voimavarojen huomioimiseen ikääntyvien hoitotyössä nousivat yläkategorioiksi sosiaalisten ja henkisten tarpeiden toteuttaminen, yksilöllisyyden huomioiminen ja ikääntyvän hoitoympäristö. Hoitajat kuvasivat ikääntyvien sosiaalisten tarpeiden huomioimista yhteydenpidolla omaisiin ja läheisiin eli ylläpidetään sosiaalisia taitoja ja kontakteja. Sosiaalisia ja henkisiä voimavaroja ikääntyvä vahvisti keskustelujen avulla. Hoitajat toivoivat enemmän aikaa läsnäoloon ja keskustelutuokioihin ikääntyvän kanssa. Yhdessä

oleminen ja tekeminen loi aktivoivan osallisuuden ja yhteisöllisyyden kokemuksen ikääntyvälle. Tarpeellisuuden tunne ikääntyvälle syntyi osallistumisen ja tekemisen avulla. Hoitajat näkivät tärkeinä ikääntyvälle elämyksiä tuottavat hengelliset ja virikkeelliset tapahtumat ja ulkoilun.

Ikääntyvän yksilöllistä hoitoa hoitajat kuvasivat yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomioimisella. Ikääntyvän mielihalut ja –teot sekä kannanotot otettiin huomioon hoidossa. Ikääntyvälle annettiin mahdollisuus toteuttaa hengellisyytään tai muita hänen elämäänsä kuuluvia tärkeitä asioita myös sairaalassa. Ikääntyvän asioista oltiin kiinnostuneita ja häntä kuunneltiin aidosti.

Hoitajien mukaan ikääntyvän sosiaalista ja henkistä hyvinvointia tukee turvallinen ja virikkeellinen hoitoympäristö. Rauhallisuus ja kiireettömyys luovat turvallisuuden tunteen ikääntyvälle. Turvallisessa hoitoympäristössä huomioidaan myös ikääntyvän toimintakyvyn vajeet ja niiden aiheuttamat riskit. Ikääntyvälle tarjotaan riittävästi virikkeitä ja päiväohjelmaa. Ikääntyvän orientaatiota autetaan kertomalla päivän tapahtumista, antamalla mahdollisuus lukea lehtiä, kuunnella radiota tai seurata TV:tä. Ikääntyvälle tarjotaan mahdollisuus ulkoilla ja käydä kanttiinissa ostoksilla.

Tutkimusaineistosta nousi esille viriketoiminnan myönteiset vaikutukset potilaisiin. Viriketoiminta parantaa ikääntyvän elämänlaatua tuomalla ikääntyvän päivään tekemistä ja sisältöä. Hoitajien mielestä viriketoiminta auttaa ikääntyvien sosiaalisten voimavarojen ja taitojen kehittämisessä, osallisuuden ja yhteisöllisyyden löytämisessä. Viriketoiminta ylläpitää potilaiden sosiaalisia taitoja luomalla mahdollisuuden tavata toisia ikääntyviä ja antamalla yhteenkuuluvuuden tunteen heille. Ikääntyvät luovat sosiaalisia verkostoja toisten potilaiden seurassa. Ikääntyvälle on tärkeää tuntee kuuluvansa ryhmään tai yhteisöön. Sosiaaliset taidot harjaantuvat virikeryhmän keskustelutuokioissa. Muisteluryhmässä ikääntyvän muisti aktivoituu tuttujen asioiden, esineiden ja kuvien avulla. Arjen rutiineista poikkeavat tuokiot olivat hoitajien mielestä potilaille hyväksi. Hoitajat näkivät viriketoiminnan vähentävän ikääntyvien ahdistusta ja vaikuttavan positiivisesti mielialaan:

”Potilaalla muutakin tekemistä ja kokemista kuin oma huone.”

”Elämänlaatu paranee ja mieli pysyy virkeänä, kun ei tarvitse vain tuijotella huoneen seinää ja kattoa.”

”Viriketoiminta voi vähentää sairaalaympäristön ahdistavaa vaikutusta.”

”Erittäin tärkeää potilaan mielialan ”hyvänä” pysymisen takia, masennus vähenee.”

Tutkimusaineistosta nousi esille viriketoiminnan voimaannuttava vaikutus. Viriketoiminta antaa hoitajille myönteisen kokemuksen ja ”lisää virtaa” hoitotyöhön. Hoitajien mielestä ikääntyvä saa myönteisen kokemuksen osallistumalla viriketoimintaryhmään.

6.3 Yhteisöllisyyden näkyminen pitkäaikaishoidon osaston potilaiden arjessa

Yhteisöllisyydestä nousivat yläkategorioiksi yhteisöllisyyden ilmeneminen ikääntyvien hoitotyössä ja yhteiset elämykset. Hoitajat kokivat sosiaalisten taitojen tukemisen tärkeänä osana yhteisöllisyyttä. Pitkät hoitosuhteet luovat luottamuksen tutun hoitajan ja ikääntyvän välille. Aidon kohtaamisen taito, vuorovaikutustaidot ja oman persoonan käyttäminen hoitotyössä ovat hoitajan tärkeitä ominaisuuksia rakentaessaan yhteisöllistä hoitoympäristöä. Yhteisöllisyys näkyy sitoutuneissa hoitajissa, jotka työskentelevät asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti ikääntyvän voimavaroja ja toimintakykyä huomioiden. He antavat ikääntyville mahdollisuuden ruokailla yhdessä, osallistua virikeryhmään tai yhteisiin tapahtumiin. Sairaalassa on järjestetty ikääntyville yhteislauluhetkiä, konsertteja ja kesäisin pihatapahtumia. Ikääntyvät ovat käyneet taidenäytelyssä hoitajien ja virikeohjaajien kanssa. Hoitajat näkivät yhteisöllisyyden tärkeänä osana ikääntyvän sosiaalisuuden ja aktiivisuuden tukemista, koska ikääntyvä laitostuu nopeasti, ellei häntä osallisteta ja tueta keskustelemaan ja tekemään yhdessä toisten kanssa. Ikääntyvä ei aina jaksakaan itse tehdä, jolloin hänelle annetaan kuitenkin mahdollisuus osallistua katselemalla, kuuntelemalla, olemalla läsnä.

6.4 Sosiokulttuuriset työmuodot ikääntyvien hoitotyössä

Tutkimusaineiston perusteella sosiokulttuuriset työmuodot ikääntyvien hoitotyössä kuvaaviksi yläkategorioiksi muodostuivat viriketoiminnan muodot, tavoitteet ja sisäl-

tö. Viriketoiminta miellettiin suurelta osin toimintamuotona tekemiselle. Muutamat hoitajat ajattelivat sen laajempaan kokonaisuuteen. Viriketoimintana hoitajat kuvasivat ikääntyvän kädentaitojen harjoittamista, kuten askartelu ja leipominen. Viriketoimintana hoitajat näkivät myös aktivoivan leikin tai pelaamisen. Hoitajien mielestä viriketoimintaan kuului luovuus ja itsensä toteuttaminen maalaamalla ja piirtämällä. Muistelutyötä voi ikääntyvien kanssa toteuttaa valokuvien, diakuvien tai esineiden avulla. Kirjallisuuskulttuuri ja tarinat voimaannuttivat ikääntyvää. Vihert terapian avulla ikääntyvän aiemmat kokemukset ja elämykset sekä muistot luonnosta nousivat pintaan. Viriketoimintana hoitajat näkivät myös päivittäiset keskusteluhetket ikääntyvän kanssa. Viriketoiminta tuotti ikääntyvälle elämyksellisiä taide- ja kulttuurinautintoja, musiikkinautintoja sekä yhteisöllistä nautintoa pihatapahtumien muodossa.

Viriketoiminnan tavoitteena hoitajat näkivät ikääntyvän toimintakyvyn ylläpitämisen ja aktivoimisen. Viriketoiminnan tulisi tukea ikääntyvän voimavaroja ja yksilöllisyyttä. Viriketoiminnan tärkeänä osa-alueena tutkimusaineistosta nousi yhteisöllisyyden ja osallisuuden tukeminen osallistamalla yhteisiin tapahtumiin. Sosiaaliset virikkeelliset tapahtumat tukivat ikääntyvän vuorovaikutustaitoja. Arjen askareisiin osallistamalla ikääntyvän oman elämän hallinnan tunne vahvistui.

Hoitajien mielestä viriketoiminta oli kokonaisvaltaista, aktivoivaa ja laaja-alaista toimintaa. Keskeistä ikääntyvien viriketoiminnalle oli luoda rauhallinen oppimis- ja ohjaustilanne. Viriketoiminnan kestossa tuli huomioida ikääntyvän voimavarat ja lyhyt keskittymiskyky. Taitava ohjaaja motivoi ja kannusti tasapuolisesti ikääntyviä saaden heidät osallistumaan. Viriketoiminnan avulla ikääntyvä voimaantui, koki onnistumisen elämyksiä ja hyvää mieltä. Osallisena myönteiselle kokemukselle olivat hoitajat ja ikääntyvän omaiset.

6.5 Pitkäaikaishoidon osaston hoitajien viriketoiminnan ohjaamisen valmiudet ja koulutustarpeet

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista kaksi kertoi, etteivät olleet saaneet yksilö- tai ryhmäohjausvalmiuksia lainkaan. Kaksi sairaanhoitajaa kertoi saaneensa ohjausvalmiuksia työstä ja ammattiopinnoista. Lähihoitajista kaikki olivat saaneet koulutusta yksilö- tai ryhmäohjaamiseen ainakin ammattiopinnoista. He kertoivat saaneensa valmiuksia myös koulutuksesta ja työstä. Lisäksi heillä oli kertynyt valmiuksia va-

paa-ajaltaan ohjatesaan lasten ja nuorten leireillä tai urheiluseurassa sekä omasta henkilökohtaisesta elämästä. Lähihoitajat kuvasivat ohjausvalmiuksiaan kohtalaisena tai hyvänä ja sairaanhoitajat heikkona, kohtalaisena tai hyvänä.

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista kolme kertoi, etteivät olleet saaneet viriketoiminnan ohjaamisvalmiuksia ollenkaan ja yksi sairaanhoitaja oli saanut vähän ammattiopinnoissa. Lähihoitajista kaikki viisi kertoivat saaneensa viriketoiminnan ohjaustaitoja ammattiopinnoissa, lisäksi heistä kaksi oli saanut valmiuksia työssä ja kaksi vapaa-ajalla. Lähihoitajat kuvasivat viriketoiminnan ohjausvalmiuksiaan kohtalaisena tai hyvänä ja sairaanhoitajat heikkona, kohtalaisena tai hyvänä. Hoitajat tarvitsivat koulutusta ohjaukseen ja viriketoimintaan liittyen. He kaipasivat vinkkejä ja ideoita viriketuokioihin sekä koulutusta muistisairaanhoidon kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Hoitajat kaipasivat varmuutta ikääntyvän omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemiseen. Epävarmuutta herätti kuinka paljon hoitaja auttaa tai antaa ikääntyvän selviytyä itsenäisesti.

Sairaanhoitajista vain yksi ja lähihoitajista kaksi ilmoittivat omaavansa erityisosaamista. Hoitajien vahvuudet koostuivat laulu- ja musiikkihetkien järjestämisestä sekä liikunta- ja jumppatuokioiden ohjaamisesta. Hoitajista vain yksi kertoi osallistuneensa tai ohjanneensa viriketoimintatuokioita yksi tai kaksi kertaa viikossa. Muut hoitajat osallistuivat tai ohjasivat harvoin viriketoimintaa.

Tutkimusaineistosta nousivat esille muistisairaanhoidon ikääntyvän erityistarpeet viriketoiminnanohjaustilanteessa. Hoitajat havaitsivat ikääntyvien tarvitsevan yksilöllistä viriketoiminnanohjausta. Hoitaja ohjasi ja auttoi ikääntyvää voimavarojen mukaan. Hoitajien mielestä tärkeää oli aito kohtaaminen ja ikääntyvän yksilöllisten tarpeiden huomiointi. Hoitajien mielestä ryhmän ohjaamisessa tuli huomioida muistisairaiden ikääntyvien henkilökohtaisen avun tarve. Tämän johdosta ikääntyvien viriketoimintaryhmän osallistujien määrä kannattaisi rajata riittävän pieneksi, jotta potilailla olisi mahdollisuus saada henkilökohtaista apua. Suljetussa ryhmässä ryhmän koko ja osallistujat pysyvät samoina. Tämä luo turvallisen ilmapiirin viriketoimintaryhmän toiminnalle, ja ohjaajan on helpompi hallita ryhmää. Hoitajien mukaan ikääntyvien viriketoimintaryhmän kesto ei saa olla kovin pitkä, koska ikääntyvien voimavarat ja keskittymiskyky ovat rajalliset. Hoitajien mielestä taitava ohjaaja kannustaa ja motivoi

ikäntyvää. Hän huomioi ikääntyvien erityistarpeet sanallisessa ohjauksessa. Ohjaaja antaa selkeät ja yksinkertaiset ohjeet kuuluvalla äänellä ja toistaa ne tarvittaessa:

”Yksilöt huomioitiin, sai henkilökohtaista apua esim. vesiväritöissä.”

”Ohjaaja motivoiva, osaa käsitellä erinomaisesti asiakkaita”

6.6 Viriketoiminnan mahdollisuudet ja haasteet pitkäaikaishoidon osaston potilaan hoidossa

Hoitajat kokivat viriketoiminnan tärkeäksi ikääntyvien hoidossa. Viriketoiminnan positiivisten terveysvaikutusten yläkategorioiksi muodostuivat toimintakyvyn tukeminen, sosiaalisten ja henkisten voimavarojen tukeminen. Viriketoiminnan avulla ikääntyvä koki tekemisen nautintoa eikä tuntenut itseään tarpeettomaksi. Virikkeellinen ympäristö aktivoi ja piristi ikääntyvän päivää. Muistelutyön avulla muistot palasivat ja ikääntyvä vahvisti mielikuvaa itsestään sekä voimaantui mukavista muistoista. Yhteisöllinen ja virikkeellinen toiminta toi onnistumisen elämyksellisen kokemuksen ikääntyvälle. Hoitajat näkivät viriketoiminnan myös mahdollisuutena lisätä yhteistyötä omaisten kanssa osallistamalla heitä.

Tutkimusaineistosta nousi ikääntyvien viriketoiminnan kokonaisvaltaisen huomioimisen yläkategorioiksi viriketoimintasuunnitelmassa huomioitavat tekijät, viriketoiminnan ohjaamisen kokemukset ja asiakaslähtöisyys. Hoitajat näkivät tärkeimpänä asiana ikääntyvien viriketoiminnan toteuttamiselle resurssien huomioinnin. He kokivat, ettei viriketoimintaan ollut aikaa ja osaston muu toiminta kärsi siitä. Hoitajat kokivat myös, ettei heillä ollut valmiuksia ja taitoja ohjata viriketoimintaa. Hoitajat halusivat koulutusta ohjaamisen taitoihin. Hoitajien mielestä viriketoiminnan suunnitelma auttaisi järjestämään tarpeeksi hoitajia työvuoroon, jotta osaston muut toiminnot tulisi hoidettua. Suunnitelman avulla toimintaan tulisi jatkuvuutta ja hoitajat sekä potilaat tietäisivät valmistautua viriketuokioihin paremmin. Suunnitelmassa huomioitaisiin myös hoitajien koulutustarpeet ja vahvuudet ohjata viriketoimintaa.

Viriketoiminnan ohjaaminen herätti hoitajissa monenlaisia tunteita. He kuvasivat ohjauksen jännittävänä ja innostavana. Viriketoiminta antoi ikääntyvälle ja hoitajalle yh-

teisen osallistumisen nautinnon ja elämyksellisen kokemuksen. Viriketoiminnan ohjaus toi myös hoitajalle mukavan lisän normaaliin arkeen ja hoitotyöhön. Viriketoiminta herätti hoitajissa myönteisiä tunteita ja aiemmat positiiviset kokemukset muistui mieleen ja voimaannuttivat hoitajaa. Toisaalta hoitajia harmitti, kun viriketoiminnasta kiinnostuneita ikääntyviä oli vähän.

Hoitajat olivat huomanneet viriketoimintaa ohjatessaan ikääntyvän ihmisen yksilöllisyyden. Ohjaajan tulisikin huomioida ikääntyvä ainutlaatuisena ihmisenä ja varautua kohtaamaan hänen onnistumisen ja epäonnistumisen tuntemuksia. Hoitajia innosti, kun ikääntyvä löysi uusia, erilaisia voimavaroja itsestään ja koki oivalluksia itse tehdystä töistään.

Ikääntyvien viriketoimintaryhmässä oli hoitajien mielestä aluksi aistittavissa hämmennystä uuden toiminnan edessä. Ryhmän toiminnan jatkuessa ikääntyneiden asenne muuttui innostuneeksi ja ilmeikkyys lisääntyi. Viriketuokioiden jälkeen hoitajat havaitsivat ikääntyvien aktiivisuuden ja iloisuuden lisääntyneen. Hoitajat havaitsivat ikääntyvien virikeryhmässä vahvana esille nousevan vertaistuen. Ikääntyvien voimavarat vaihtelivat viriketoimintaryhmässä. Ikääntyvät kannustivat toisiaan ja tukivat suorituksiaan aliarvioivien potilastovereiden itsetuntoa. Hoitajat hämmästelivät ikääntyvien piileviä voimavaroja. Hoitajat huomioivat potilaiden nauttivan käsillä tekemisestä. Tekemisen riemusta kertoivat potilaiden iloiset ilmeet. Hoitajat havaitsivat potilaiden keskittymiskyvyn kasvaneen ryhmän toiminnan edetessä. Hoitajien mukaan potilaista huomasi, että oli tärkeää saada osallistua johonkin.

Tutkimusaineiston mukaan potilaiden ja hoitajien voimavarat ja toiminnalliset tilat luovat haasteita ikääntyvien viriketoiminnalle. Hoitajien mielestä ikääntyville oli osastolla liian vähän virikkeitä. Pitkäaikaishoidon potilaiden voimavarat vaihtelevat paljon. Hoitajien mielestä potilailla ei ole aina voimia toimia. Monipuolisen toiminnan esteenä hoitajat näkevät ikääntyvien heikon toimintakyvyn ja fyysiset voimavarat. Pitkäaikaishoidon osastolla ikääntyvät eivät usein pysty omatoimisesti tekemään ja tarvitsevat runsaasti hoitajien apua. Toisaalta potilailla on ongelmia kommunikoinnissa ja hoitaja ei ymmärrä, mitä ikääntyvä tarkoittaa. Hoitajat miettivät, millaista toimintaa heille voisi järjestää. Hoitajat kokevat myös työn fyysisen kuormituksen esteenä viriketoiminnan järjestämiselle. Hoitajat ovat jaksamisen rajoilla auttaessaan potilaita

näiden päivittäisten toimien suorittamisessa. Suurimpana haasteena he näkevätkin riittämättömät henkilöstöresurssit. Hoitajat toivat esille myös viriketoimintatilojen puutteen. Osaston päiväsalissa on järjestetty ryhmätoimintaa, mutta tila on pieni ja potilaita ei mahdu montaa kerralla. Hoitajat toivoisivat erillisiä viriketoimintatiloja:

”Erillinen maalaus- tai askartelutila olisi hyvä osastolla”.

”Kaikki virikkeet ovat potilaille ja hoitajille hyviä.”

”Hoitajien vähyys ja perushoidon raskaus vähentävät intoa.”

”Potilaille voisi olla useammin virikepäiviä- henkilökuntakin voisi halutessaan osallistua.”

”Koin maalaamisen mukavana, aika pysähtyi ja kiire unohtui.”

6.7 Viriketoiminnan kehittämisehdotukset ja ideat

Hoitajien mielestä viriketoimintatuokioon osallistumiseen vaikuttaa henkilöstön resurssit. Virikepäivinä tulisi työvuorossa olla enemmän hoitajia. Työvuorosuunnittelussa tulisi ottaa huomioon virikepäivät. Tämä mahdollistaisi useamman potilaan ja hoitajan osallistumisen viriketoimintaan. Hoitajien mielestä henkilökunnan osallistuminen viriketoimintaan tulisi perustua vapaaehtoisuuteen. Hoitajat toivoivat viriketoiminnan suunnitteluun ja toimintaan enemmän aikaa ja jatkuvuutta. Toiminta haluttiin säilyttää laaja-alaisena. Ikääntyvien muistisairaiden erityistarpeet tulisi huomioida viriketoiminnan suunnittelussa. Melkein kaikki potilaat tarvitsivat yksilöohjausta. Hoitajien oma sitoutuneisuus ja kiinnostuneisuus vaikutti ikääntyneiden viriketoiminnan järjestämiseen.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Keskeiset tutkimustulokset

Opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyvä pitkäaikaishoidon potilas vahvistaa sosiaalisia ja henkisiä voimavaroja keskustelujen avulla. Hoitajalla on tärkeä rooli ylläpitää ikääntyvän sosiaalisia taitoja luomalla edellytykset ja mahdollisuudet yhteydenpidolle omaisten kanssa. Hoitajat toivovat enemmän aikaa läsnäoloon ja aitoon kohtaamiseen ikääntyvän kanssa. Luottamuksellisen hoitosuhteen avulla hoitaja voi huomioida ikääntyvän yksilölliset tarpeet ja tuoda ne esille myös koko hoitoyhteisössä. Ikääntyvän turvallisuutta lisää rauhallisuus ja kiireettömyys. (ks. Vallejo Medina ym. 2007.)

Hoitajat kokivat ikääntyvien yhteisöllisyyden tärkeänä osana sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemisessa. He kiinnittivät huomiota, miten voivat itse tukea yhteisöllisyyttä, tarjoamalla mahdollisuuden yhteiseen ruokailuhetkeen, auttamalla ikääntyvää osallistumaan virikeryhmään, yhteisiin tapahtumiin tai jopa taidenäyttelyyn. (ks. Nopari & Koistinen 2007.)

Viriketoiminta miellettiin hoitajien keskuudessa enimmäkseen toimintamuotona tekemiselle, laajempaa kokonaisuutta hahmotti harva hoitaja. Viriketoiminnan avulla ikääntyvä saa erilaisia elämyksiä arkeen. Hoitajat kuvailivat monenlaista toimintaa, josta ikääntyvät ja he itse olivat nauttineet. Hoitajien mielestä viriketoiminta lisää ikääntyvien aktiivisuutta, ylläpitää toimintakykyä ja tukee vuorovaikutustaitoja eli se on kokonaisvaltaista toimintaa. (ks. Hervonen & Pohjolainen 1983.) Hoitajat näkivät viriketoiminnan mahdollisuutena lisätä yhteistyötä omaisten kanssa. Hoitajat huomioivat hyvin osaavan ohjauksen elementit viriketoimintaryhmässä ja sen perusteella hahmottui oma ohjaustaitojen koulutustarve. Varsinkin sairaanhoitajat kokivat tarvetta ohjaus- tai viriketoiminnan koulutukselle. Lähihoitajilla ammattikoulutus antoi eväitä ohjata ja sosiokulttuurisia työskentelytapojakin oli lähihoitajakoulutuksesta saatu. (ks. Mäki & Stenberg 1998; Suomi 2003.) Sairaanhoitaja ei välttämättä itse ohjaa viriketoimintaa, mutta hänen täytyy tietää ja tuntea viriketoiminnan merkitys ikääntyvän voimaannuttavana hoitomuotona. Usein sairaanhoitaja organisoii tai jakaa yksikön työt, ja tällöin hänen tulee osata resursoida ja mahdollistaa ohjaustuokio toiselle hoitajalle. Sairaanhoitaja tarvitsee ohjaustaitoja vastatessaan potilaan tarpeisiin ja avusta-

essaan potilaita päivittäisissä toimissa. Hoitajat huomioivat hyvin muistisairaana ikääntyvien erityistarpeet ohjaustilanteissa. (ks. Liukkonen 1991; Vallejo Medina ym. 2007.) Hoitajat olivat kiinnittäneet huomiota ikääntyvien ryhmäytymiseen ja vertais-tuen nousemiseen viriketoiminnan ryhmässä. Heidän mielestään ryhmäkertojen edetessä toimintakulttuuri hahmottui ikääntyville ja alun hämmennyskin vaihtui aktiiviseksi tekemiseksi.

Tutkimuksen tulosten mukaan viriketoimintaan kaivataan lisää resursseja, hoitajat kokevat, ettei aika riitä kunnolla perushoitoonkaan, ja osaston muu toiminta kärsii viriketoiminnan järjestelyistä. Hoitajat ehdottivat, että virikepäivät huomioitaisi viriketoiminnan- ja työvuorojen suunnittelussa, jolloin hoitajia olisi enemmän auttamassa potilaita. Ikääntyvistä monet tarvitsevat henkilökohtaista apua viriketoiminnassa. Hoitajat toivovat, että viriketoiminnan suunnitelmassa huomioitaisi jatkuvuus, hoitajien koulutustarpeet ja toisaalta heidän osaamisen vahvuudet. (ks. Suomi 2003.) Viriketoiminnan järjestämiseen vaikuttaa hoitajien oma aktiivisuus, sitoutuneisuus ja kiinnostuneisuus.

Viriketoiminnan ohjaus herättää hoitajissa monenlaisia tunteita, toisaalta nautintoa, innostusta ja iloa, mutta myös jännitystä ja huolta jaksamisesta. Ohjaustilanteissa hoitajat ovat kuitenkin nähneet viriketoiminnan positiiviset vaikutukset ikääntyviin. Ikääntyvistä on noussut käyttämättömiä voimavaroja esiin, hän on kokenut uusia oivalluksia ja ollut iloisempi ja ilmeikkäämpi virikeryhmän jälkeen. Hoitajat ovat huomanneet ryhmässä ikääntyvän yksilöllisyyden, hän ei olekaan yksi potilaista vaan ainutlaatuinen ja yksilöllisesti kokeva ihminen. Hoitajat kaipaavat koulutusta myös muistisairaiden ihmisten kohtaamiseen, jotta oppisi, kuinka paljon antaa ikääntyvän itse tehdä tai missä tilanteissa hoitaja auttaa. Haasteina viriketoiminnalle hoitajat kokivat ikääntyvien vaihtelevat voimavarat ja kommunikointiongelmat. Hoitajat haluaisivat järjestää myös vuodepotilaille virikkeitä, mutta kokevat sen vaikeana. Vuoteita ei mahdu päiväsaliiin kuin yksi tai kaksi. Hoitajat kaipaivat erillisiä tiloja viriketoiminnalle, jossa olisi tilaa toimia ja tavarat valmiina. (ks. Heimonen & Voutilainen 1998.)

7.2 Tutkimuksen merkitys ikääntyvien hoitotyölle

Kolmivuorotyö pitkäaikaishoidon osastolla on fyysisesti hyvin kuormittavaa, hoitajilla on tuki- ja liikuntaelinoireita usein. Työympäristö on vanha ja epäesteettinen, tilat

ovat ahtaat toteuttaa työergonomiaa. Henkistä ja sosiaalista kuormittumista aiheuttavat haasteelliset asiakkaat ja omaiset. Paineet tehdä työtä vielä laadukkaammin ja tehokkaammin uuvuttavat hoitajia. Osastolla on paljon saattohoitotyötä, joka on samalla hyvin palkitsevaa sekä voimia vievää. Työilmapiirillä ja viihtyvyydellä on paljon vaikutusta hoitajien jaksamiseen, usein me-henki auttaa ”tsemppaamaan”.

Hoitajat kaipaavat uusia välineitä omaan jaksamiseen ja ikääntyvien kohtaamiseen. Usein uusi asia pelottaa aluksi ja aiheuttaa muutosvastarintaa. Muutaman kokeilukerran jälkeen asia tulee tutuksi. Omilla positiivisilla kokemuksilla hoitaja muokkaa työskentelytapojaan. Niin myös on käynyt tässä tutkimuksen rinnalla kulkevassa viriketoiminnan kokeilussa. Hoitajat ovat nähneet, millaisia voimavaroja potilaissa vielä on ja miten hyvä mieli heillä ryhmässä on, hoitajien omat ohjaamisvalmiudetkin ovat jo parantuneet. Hoitajat ovat itsekin nauttineet viriketoimintatuokioista. Myönteisyys ryhmän toimintaan kohtaan on selvästi lisääntynyt. Sosiokulttuurinen innostuminen on siis lähtenyt käyntiin.

Toivon, että tämän tutkimustyön avulla on astuttu askel eteenpäin pitkässä prosessissa kohti toimijuutta. Toimijuuden mallissa ikääntyvien voimavaroja huomioidaan ja hänelle suunnitellaan toimintaa ja yksilöllisiä virikkeitä, jotka soveltuvat juuri hänelle ja saavat hänen kykynsä esille. Tämä auttaa myös haasteellisten tilanteiden ennakointiin, kun osataan ennakoida ja tiedetään, mitkä ovat kunkin ikääntyvän ahdistuksen laukaisevat tekijät. (ks. Virkola, 2007.) Tutkimuksen kohteena olevalla osastolla on paljon mietitty, miten ennakoida ja välttää haasteellisia tilanteita. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat ovat oppineet havainnoimaan ikääntyvien sosiaalisia ja henkisiä voimavaroja. Seuraava askel hoitajille on oppia toimimaan ikääntyvän ehdoilla, hänen toiveita kuunnellen ja tuntosarvilla aistien milloin on sopiva hetki virikkeille tai milloin kannattaa antaa ikääntyvän levätä. Hoitajat toivat yllättävän vähän ikääntyvien masentuneisuutta ja ahdistusta esille tutkimustuloksissa. Muutama hoitaja mainitsi viriketoiminnan vaikuttavan suotuisasti ikääntyvän mielialaan ja vähentävän ahdistuneisuutta. Aiemmat tutkimukset kertovat ikääntyvien ahdistuksen ja masennuksen esiintyvyyden kasvusta ja ikääntyvien yksinäisyydestä jopa sairaalassa. (ks. Koponen & Leinonen 2001; Pajunen 2004; Nores 1993).

Tutkimustulokset osoittavat, että hoitajat ajattelevat edelleen fyysiset tarpeet henkisten ja sosiaalisten tarpeiden edelle. Tehtäväkeskeisyys ja laitoslähtöinen ajattelutapa nä-

kyy edelleen jonkin verran. (ks. Liukkonen 1991). Hoitajat nostavat tutkimustuloksissa kuitenkin yksilöllisyyden huomioimisen tärkeäksi asiaksi, joten hoitofilosofiassa on edetty hieman asiakaslähtöisyyteen päin.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä olen pohtinut paljon. Kehittämiprojektin ja opinnäytetyön käynnistyttyä olin tutkimuksen kohdeyksikössä sairaanhoitajana. Rooli muuttui kesken tutkimustyötä lähiesimieheksi. Olen kokenut ristiriitaa tehdesäni tutkimusta, pystynkö luotettavasti ja objektiivisesti kuvaamaan minulle tuttuja; osastoa ja hoitajia. Olen tietoisesti pyrkinyt välttämään ennakoasenteita, mutta oma historia sairaanhoitajana ja vuosien työkokemus on asettanut minut aina ikääntyvän puolesta puhujaksi ja toimijaksi. Tutkijan mielenkiinto tutkittavaan asiaa vaikuttaa laadullisen tutkimuksen tuloksiin. Tutkijan ammatti, elämäntapa ja aikaisempi elämänhistoria vaikuttavat osaltaan näkökulman valintaan. (ks. Pitkäranta, n.d., 76 - 78). Tämän tutkimustyön tekijällä on sairaanhoitajan koulutus ja 13 vuoden työkokemus ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastolla. Kiinnostus ikääntyvien hoidon kehittämiseksi on syntynyt arjen hoitotyötä tehdessä ja geronomiopintojen (Vanhustyön koulutusohjelma) myötä. Geronomi koulutukseen kuuluva sosiokulttuurinen innostaminen kiehtoo ja luovat menetelmät eri muotoineen ovat aina kuuluneet tutkijan elämään.

Tutkimuksen kokonaisotanta oli neljätoista (14). Viriketoiminnanmittari 1:een vastasi yhdeksän hoitajaa, joten vastausprosentti oli 64 %. Viriketoiminnanmittari 2:een vastasi viisi hoitajaa, joten vastausprosentti oli 36 %. Kato jäi suureksi jälkimmäisessä mittarissa (2/3). Osastolla oli vastausajankohtana paljon toimintaa: koulutuksia, uusi projekti oli käynnistymässä ja kesälomakausikin oli vielä kesken. Toisaalta katoon voi vaikuttaa tutkijan aseman vaihtuminen osastolla. Ehkä kaikki hoitajat eivät halunneet kertoa mielipiteitään tai mittareiden kysymykset olivat liian haasteellisia ja aikaa vieviä. Hoitajille oli annettu lupa vastata kysymyksiin työaikana.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi mittarin testaaminen vastaavilla ikääntyvien pitkäaikaishoidon osastoilla. Näkyisikö tutkimuskohteena olevan osaston kehittynei-

syys ikääntyvien kohtaamisessa, sosiaalisten ja henkisten voimavarojen huomioimisessa ja viriketoiminnan kulttuurissa vai antaisiko mittari saman tuloksen?

Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi ikääntyvien pitkäaikaishoidon potilaiden ja omaisten mielipide potilaiden sosiaalisten ja henkisten voimavarojen tukemisesta ja osastolla järjestetystä viriketoiminnasta.

LÄHTEET

Airila, A. 2002/2007. Vanhusten viriketoiminnan perusteet – opas vanhustyöntekijöille. Ikäinstituutti. SLU –paino.

Allinen, S. 2003. Taide voi tuoda vanhukselle muistot takaisin. Dialogi 6/2003, 10 - 11.

Andreev, T. & co. 2002. Toiminnalliset taideryhmät dementoituneiden kuntouttavassa hoidossa. Projektiraportti. Elämänlaatua dementoituneille ry.

Andreev T. & Eloniemi-Sulkava U. n.d. Toiminnalliset taideryhmät kuntouttavassa hoidossa. Opas dementoituneiden hoitajille. Elämänlaatua dementoituneille ry. Kuopion Liikekirjapaino Oy.

Andreev, T. ja Salomaa, V. 2005. Kokemista ja kuvitusta – luovat ja toiminnalliset menetelmät vanhustyössä. Teoksessa: Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.). Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Andreev, T. & Verkkoniemi, A. n.d. Iloa arkeen toiminnallisilla menetelmillä. Opas dementoituvaa ihmistä hoitavalle. Alzheimer keskusliitto. Pfizer Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Heikkinen, E. & Marin M. (toim.). 2002. Vanhuuden voimavarat. 2.painos. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkinen, R-L. 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin M. (toim.). 2002. Vanhuuden voimavarat. 2.painos. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 1998. Kuntouttava työote Dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 2004. Dementoituvien ihmisten kuntoutuksen lupaus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hervonen & Pohjolainen 1983. Gerontologian perusteet. 1. painos. Tampere: Lääketieteellinen Oppimateriaalikustantamo

Hiller-Ikonen, A. n.d. Laadullisen sisällön analyysin periaatteet. Tuumasta tekstiksi, perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5a.html> [viitattu 28.10.2009].

Hirsjärvi, S. 1983. Teoksessa; Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hoffrén, P. 2005. Dementiapotilaiden hoidon laadun tutkimus Käpylän Helmessä, asukkaiden ja omaisten arvioimana. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Holtinen, E., Jokela, T., Kivelä, M., Lyra, H, Wigren, T. & Vuopohja E. 1984. Reali-terapia. Kokemuksia ja suosituksia. Sairranhoitajaliiton julkaisu no 6/84. Helsinki: Vammalan kirjapaino.

Ideoita ja menetelmiä tutorille. Saatavilla:

<http://www.socca.fi/gero/aineistot/tutoreidenpakki.pdf> [viitattu 28.9.2009].

Jokivirta-Salo, A. & Leivo, T. 2005. Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus hoitotyössä. Arviointimittarin kehittäminen ja havainnointitutkimus Lahden kaupunginsairaalassa.

Jyrkämä, J. 2003. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa; Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2003. Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino.

Kivelä S.-L. 2006/247. Selvitys vanhusten hoitotyöstä ja lääketieteellisestä hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1274801> [viitattu 20.4.2009].

Koponen, H. & Leinonen, E. 2001. Vanhuspsykiatria. Teoksessa: Kattainen, E., Vuottilainen, P. & Sohlman, B. 2007. Ikääntyvän väestön mielenterveys. Mieli 2007. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T4-2007-VERKKO.pdf> [viitattu 9.10.2009].

Koponen, H. 2002. Vanhusten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja hoito. Suomen Lääkärilehti 2002; 57(48):4925 - 4927.

Koro, J. 2004. Ohjaajana toimiminen. Saatavissa: http://www.avaintoimija.net/sivu.php?artikkeli_id=44 [viitattu 20.9.2009].

Kulttuurin hyvinvointivaikutusten edistämishanke. Saatavissa: http://www.minedu.fi/OPM/Kulttuuri/kulttuuripolitiikka/linjaukset_ohjelmat_ja_hankkeet/hyvinvointi/index.html [viitattu 23.4.2009].

Kurki, L. 2000. Sosiokulttuurinen innostaminen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Lahti, P. 2005. Elämänhallinta on sitä, että hallitsee muuttuvat elämän tilanteet. Vanhustenhuollon Uudet Tuulet 5/2005. Saatavissa: http://www.valli.fi/lehti_5_2005.htm [viitattu 24.4.2009].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.

Lehtinen V. 2004. Suomalaiset eivät olekaan erityisen masentuneita. Duodecim 2004;120:1544 – 6. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94364.pdf> [viitattu 10.10.2009].

Leijala-Marttila, M. & Syren, R. 2004. Ikääntyneiden taideterapia ja psyykkinen eheytyminen. Teoksessa: Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama T. (toim.) Geropsykologia, Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. 1.painos. Porvoo: WSOY

Liikanen, A. 2005. Kulttuuritoiminta osana sosiaalityötä. Saatavissa:
<http://www.socca.fi/gero/aineistot/kultsos.doc> [viitattu 20.9.2009].

Liikanen, H.-L. 2009. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010-2014. Saatavissa:
http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Kulttuuri/kulttuuripolitiikka/linjaukset_ohjelmat_ja_hankkeet/hyvinvointi/liitteet/Toimintaohjelman_luonnos_051009.pdf [viitattu 8.10.2009].

Lindqvist, M. 2002. Vanheneminen, etiikka ja elämänarvot. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin M. (toim.). 2002. Vanhuuden voimavarat. 2.painos. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liukkonen, A. 1991. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. 2.painos. Turun yliopiston julkaisuja.

Marin, M. 2003. Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa: Marin, M. & Hakonen S. 2003. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Mäki, O. & Stenberg, M. 1998. Meidän perheen muisteluhetki. Sopimusvuorisäätiön virikeopas 2. Tampere.

Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.). 2007. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Opinnäytetyöpankki. Saatavissa:
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiViitekehys.aspx>[viitattu 10.10.2009]

Pajunen, H. 2004. Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Teoksessa: Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama T. (toim.) Geropsykologia, Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. 1.painos. Porvoo: WSOY

Pitkälä, K., Isometsä, E., Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 1999. Iäkkäiden Itsemurhat Suomessa. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim nro 2, 1999.

Pitkäranta, A. Työkirja laadullisen tutkimuksen tekijälle. Saatavissa:

http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf [viitattu 1.10.2009]

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto.

Ruoppila, I. 2002. Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. 2.painos. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ruoppila, I. 2004. Iäkkäiden henkilöiden harrastukset. Teoksessa: Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama T. (toim.) 2004. Geropsykologia, Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. 1.painos. Porvoo: WSOY

Semi, T. 2004. Ihmetekoja kaapista löytyvillä aineksilla. Ilmaisullinen kuntoutusmenetelmä dementiatyössä. Espoo: Opri ja Oleksi Oy.

Semi, T. 2008. Vaihtoehtoinen taiteen näkökulma- sosiokulttuurinen innostaminen. Saatavissa: http://www.stkl.fi/2008_Pori_Semi.pdf [viitattu 28.9.2009.]

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Saatavissa;

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607> [viitattu 8.10.2009.]

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41; Masto-hanke. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/te1225961695825/passthru.pdf> [viitattu 17.10.2009].

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 3/1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. 2.painos. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Suomi, A. 2003. Menetelmällisyyden perusteluja. Teoksessa: Marin, M. & Hakonen S. 2003. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Tilastokeskus: Kuolemansyyt: Kuolleet peruskuolemansyyn (3-numerotason luokitus), iän ja sukupuolen mukaan 1998- 2007. Saatavissa:
<http://pxweb2.stat.fi/Dialog/Saveshow.asp> [viitattu 20.9.2009].

Vallejo Medina, A., Vehviläinen S., Haukka U.-M., Pyykkö V. ja Kivelä S.-L. 2006. Vanhustenhoito. 1.painos. Porvoo: WSOY, s. 55 - 60, 275 - 302, 346, 362.

Varis, V. 2007. Sosiokulttuurista osaamista voi opetella. Suomen Kehitysyhteistyöliitto ry Findeco:n julkaisu. Saatavissa: <http://www.findeco.fi/julkaisut/artikkelit-ja-koosteet/sosiokulttuurista-osaamista-voi-opetella.html> [viitattu 10.10.2009.]

Virkola, E. 2007. Gerontologia 3/2009.

Von Branderburg, C. 2008:12. Kulttuurin ja hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä, Näköaloja taiteen soveltavaan käyttöön. Opetusministeriön julkaisu. Saatavissa:
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/opm12.pdf?lang=fi> [viitattu 23.3.2009].

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuorenpohja, E. 1984. Kokemuksia yhteisökokouksista ja ryhmistä Muurolan sairaalan psykogeriatrisella osastolla. Teoksessa: Realiteettiterapia, kokemuksia ja suosituksia. Sairaalaliitto, Julkaisu no 6/84. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Wigren, T.1984. Realiteettiterapian soveltaminen pitkäaikaissairaahoitoon. Teoksessa: Realiteettiterapia, kokemuksia ja suosituksia. Sairaalaliitto, Julkaisu no 6/84. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Liite 1. Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari, osa 1

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma/ geronomi

Taru Luukkonen, VT06A

ARVOISA HOITAJA,

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa geronomiksi, valmistun joulukuussa 2009. Teen opinnäytetyöni pitkäaikaishoidon osaston potilaiden viriketoiminnan ohjauksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on ohjata hoitajia huomioimaan potilaiden henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja sosiokulttuuristen työmuotojen avulla sekä kehittää hoitajien sosiokulttuuristen työmuotojen ohjaustaitoja.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseeni, sillä Teidän kokemuksenne ja mielipiteenne ovat minulle arvokkaita. Kerään tietoa kahden kyselylomakkeen avulla; Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 1 ja Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2. Ensimmäinen kyselylomake kartoittaa hoitajien ajatuksia viriketoiminnasta sekä valmiuksia ohjata viriketoimintaa pitkäaikaishoidon osastolla. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on Teille vapaaehtoista. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Kyselylomakkeella kerättäviä tietoja käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja pitkäaikaishoidon osaston kehittämistyössä.

Ystävällisin terveisin,

Taru Luukkonen

Rastita itsellesi sopivin vaihtoehto.

1. Ikä

18-30 vuotta

31-40 vuotta

41-50 vuotta

51-60 vuotta

yli 60 vuotta

2. Koulutus (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

2.1 sairaanhoitaja

2.2 perushoitaja

2.3 lähihoitaja

2.4 muu,mikä? _____

3. Työkokemus pitkäaikaisosastolla?

0-2 vuotta

3-6 vuotta

7-10 vuotta

11-20 vuotta

yli 20 vuotta

4. Mitä on mielestäsi viriketoiminta?

5. Mitä mielestäsi kuuluu pitkäaikaispotilaan sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemiseen?

Pisteytä tärkeysjärjestykseen 3 asiaa (3= tärkein, 1= vähiten tärkeä).

3. _____

2. _____

1. _____

6. Miten yhteisöllisyys näkyy pitkäaikaishoidon osaston potilaan arjessa?

7. Oletko saanut yksilö- tai ryhmänohjaus valmiuksia? (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

7.1 en ole saanut

Olen saanut

7.2 ammattiopinnoissa

7.3 koulutuksessa

7.4 työssä

7.5 vapaa-ajalla, missä? _____

8. Oletko saanut viriketoiminnan ohjaamiseen koulutusta?

Liite 1/4

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

8.1 en ole saanut

Olen saanut

8.2 ammattiopinnoissa

8.3 koulutuksessa

8.4 työssä

8.5 vapaa-ajalla, missä? _____

9. Millaisena koet valmiutesi yksilö- tai ryhmänohjaukseen?

9.1 heikko

9.2 kohtalainen

9.3 hyvä

9.4 erinomainen

10. Millaisena koet valmiutesi ohjata viriketoimintaa?

10.1 heikko

10.2 kohtalainen

10.3 hyvä

10.4 erinomainen

11. Onko viriketoiminta mielestäsi tärkeää pitkäaikaishoidon osaston potilaalle?
Kyllä/ei, perustele vastauksesi.

12. Onko Sinulla erityisosaamista ohjaamiseen ja viriketoimintaan liittyen, jos on, niin millaista?

13. Kuinka usein osallistut tai ohjaat potilaiden viriketoimintatuokioita?

- 13.1 en koskaan
- 13.2 harvoin
- 13.3 1-2 kertaa viikossa
- 13.4 päivittäin

14. Millaisia tunteita viriketoiminnan ohjaaminen Sinussa herättää?

15. Millaista tukea tai koulutusta kaipaavat viriketoiminnan ohjaamisen taitoihin?

Kaunis Kiitos vastauksestasi!

Liite 2. Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari, osa 2

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma/ geronomi

Taru Luukkonen, VT06A

ARVOISA HOITAJA,

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa geronomiksi, valmistun joulukuussa 2009. Teen opinnäytetyöni pitkäaikaishoidon osaston potilaiden viriketoiminnan ohjauksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on ohjata hoitajia huomioimaan potilaiden henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja viriketoiminnan avulla sekä kehittää hoitajien viriketoiminnan ohjaustaitoja.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseeni, sillä Teidän kokemuksenne ja mielipiteenne ovat minulle arvokkaita. Kerään tietoa kahden kyselylomakkeen avulla; Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 1 joulukuussa 2008 ja Viriketoiminnan ohjausta kartoittava mittari osa 2 syyskuussa 2009. Toinen kyselylomake kartoittaa hoitajien havaintoja ja kokemuksia viriketoiminnasta ja millaisia kehittämisideoita heille on syntynyt. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on Teille vapaaehtoista. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Kyselylomakkeella kerättäviä tietoja käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja pitkäaikaishoidon osaston kehittämistyössä.

Ystävällisin terveisin,

Taru Luukkonen

1. Ikä

1.1 18-30 vuotta

1.2 31-40 vuotta

1.3 41-50 vuotta

1.4 51-60 vuotta

1.5 yli 60 vuotta

2. Koulutus

2.1 sairaanhoitaja

2.2 perushoitaja

2.3 lähihoitaja

2.4 muu,mikä? _____

3. Oletko osallistunut osastolla järjestettyihin viriketoimintatuokioihin esim. toiminnallinen taideterapia, vihertyöt, askartelu-, muistelu- tai laulutuokioihin?

3.1 kyllä

3.2 ei

3.1.1. Jos vastasit **KYLLÄ**, niin kerro mitä havaintoja teit viriketoiminnan ryhmässä? Esim. ohjaus, äänenkäyttö, sanallinen ja sanaton viestintä, huomioitiinko yksilö, motivointi, ryhmän koko/kesto...

3.1.2. Jos vastasit **KYLLÄ**, niin kerro mitä havaintoja teit ryhmään osallistuvista potilaista? Esim. toiminta, käyttäytyminen, eleet, ilmeet, aktiivisuus, uuden oppiminen, voimavarat...

3.1.3. Jos vastasit **KYLLÄ**, niin kerro tukiko viriketoiminta potilaan henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja, perustele vastauksesi?

3.2.1 Jos vastasit **EI**, niin kerro mikä esti osallistumisesi osastolla järjestettyihin viriketoimintatuokioihin?

4. Millaisia viriketoiminnan kehittämisehdotuksia ja ideoita Sinulla on, millaisia mahdollisuuksia viriketoiminnassa näet?

5. Millaisia haasteita tai esteitä näet viriketoiminnan toteuttamisessa pitkäaikaishoidon osastolla?

6. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kaunis Kiitos vastauksestasi!

ALKUPERÄISET ILMAUKSET

4 Mitä on viriketoiminta?

Viriketoiminta voi olla yksilö-
tai ryhmätoimintaa

Juttelutuokiot

Musiikin kuuntelu

Laulaminen

Leikit

Pelit

Jumpat

Askartelu

Maalaaminen

toteuttaminen

Piirtäminen

toteuttaminen

Lehtien /kirjojen lukeminen

Äänikasetit

Ulkoilu

PELKISTETYT ILMAUKSET

Virikkeellistä yksilö- tai ryhmätoimintaa

Juttelu

Musiikin kuuntelu

Laulaminen

Leikit

Pelit

Jumpat

Askartelu

Maalaaminen

Piirtäminen

Lukeminen

Kuuntelu

Ulkoilu

ALAKATEGORIAT

Yksilö- tai ryhmätoiminta

Keskusteleminen

Musiikkinautinto

Musiikkinautinto

Aktivoiva leikki

Peli

Toimintakyky

Käden taidot

Luovuus, itsensä

Luovuus, itsensä

Kirjallisuuskulttuuri

Tarinat

Virkistys

Muistelut valokuvien, diakuvien, esineiden avulla	Muistelu	Muistelutyö
ALKUPERÄISET ILMAUKSET	PELKISTETYT ILMAUKSET	ALAKATEGORIAT
Musiikkihetket	Musiikki	Musiikkinautinto
Laulu	Laulu	Musiikkinautinto
Musiikin kuuntelu	Musiikki	Musiikkinautinto
Konsertit alhaalla	Musiikkitapahtuma	Elämyksellinen musiikkinautinto
Pihatapahtumat	Pihatapahtuma	Elämyksellinen pihatapahtuma
Askarteluhetket	Askartelu	Käden taidot
Leipomiset	Leipominen	Käden taidot
Muisteluhetket, miten on viettänyt juhlapyyhiä	Muistelu	Muistelutyö
Potilaille suunnattua toimintaa	Toimintaa	Potilaiden aktivoiminen
Viriketoiminnan tark. aktivoida	Aktivointi	Potilaiden aktivoiminen
Viriketoiminnan tark. tuottaa hyvää mieltä potilaille	Tuottaa hyvää mieltä	Potilaiden henkisten tarpeiden tyydytys
Viriketoiminnassa joskus mukana omaiset	Mukana omaiset	Omaisten osallistaminen

Vanhusten virkistystä ja hyvinvointia
tukevaa toimintaa

Voi olla käsillä tekemistä

Musiikin kuuntelu

ALAKATEGORIAT

4 Mitä on viriketoiminta?

Keskusteleminen

Aktivoiva leikki

Peli

Käden taidot

Tarinat

Musiikkinautinto

Kirjallisuuskulttuuri

Luovuus, itsensä toteuttaminen

Muistelutyö

Vihherterapia

Taide- ja kulttuurinautinto

Elämyksellinen musiikkinautinto

Elämyksellinen pihatapahtuma

Kirjallisuuskulttuurinautinto

Virkistystä ja hyvinvointia

Käsillä tekeminen

Musiikki

YLÄKATEGORIAT

Viriketoiminnan muodot

Ikääntyvien voimavaroja
tukevaa

Käden taidot

Musiikkinautinto

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT

Sosiokulttuuriset toiminnot ikääntyvien
hoitotyössä

ALAKATEGORIAT

Toimintakyvyn ylläpito

Virkistys

Potilaiden aktivoiminen

Potilaiden henkisten tarpeiden tyydytys

Omaisten osallistaminen

Ikääntyvien voimavaroja tukevaa

toimintaa

Yhteisöllisyyden tukeminen

Yksilöllisyyden tukeminen

Osallisuuden tukeminen

Vuorovaikutustaitojen ylläpitäminen

Oman elämän hallinnan tunne

Ohjaus

Yksilö- tai ryhmätoiminta

Virikeryhmän kesto

Rauhallinen oppimis- ja ohjaustilanne

Motivoiva ja kannustava ohjaus

Kokonaisvaltainen, laaja-alainen viriketoiminta

Aktivoiva viriketoiminta

YLÄKATEGORIAT

Viriketoiminnan tavoitteet

Viriketoiminnan sisältö

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT

Sosiokulttuuriset toiminnot ikääntyvien
hoitotyössä

Liite 4. Analyysimittari 2

3.1.1 Mitä havaintoja teit viriketoiminnan ryhmässä?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET

Viriketoiminnan kesto sopiva,
ikäntyneet jaksavat olla yleensä.

Ryhmän koko 4-6 hlöä, pysyy käsissä.

Potilaita kannustettiin ja keuhuttiin tasapuolisesti.

Ohjaajat antoivat potilaille kuvan, että olivat
kiinnostuneita potilaiden toimista.

Ohjaajien äänenkäyttö oli aikuismaista.

Ryhmä huomioitiin kokonaisuudessaan.

Potilaat saivat henkilökohtaista ohjausta.

Viriketoiminta antaa virtaa hoitajille.

Viriketoiminnan aiheet vaihtuvia ja vanhuksille
sopivia.

Viriketoiminnan ohjaus oli hyvää ja
ammattitaitoista.

Mielestäni osallistujat kokivat tapahtuman
osallistumisen

PELKISTETYT ILMAUKSET

Sopiva kesto

Rajattu ryhmän koko

Tasapuolinen kannustus

Kiinnostuneet ohjaajat

Aikuismainen äänenkäyttö

Ryhmän huomioiminen

Henkilökohtainen ohjaus

Virtaa hoitajille

Vaihtuvat ja sopivat aiheet

Ammattitaitoinen ohjaus

Myönteinen tapahtuma

ALAKATEGORIAT

Ryhmän kesto ikääntyville
sopiva

Suljettu ryhmä

Kannustavaa ja

motivoivaa ohjausta

Äänenkäyttö

Ryhmän ohjaus

Yksilöllinen ohjaus

Hoitajien voimavarat

Ikääntyville suunnattu
viriketoiminta

Ohjaustaitojen merkitys

Elämyksellinen

ALKUPERÄISET ILMAUKSET

myönteisenä, myös hoitajat

Motivoidaan kaikki tekemään omien taitojen ja kykyjen mukaan

Jos potilas ei halua tehdä, annetaan mahdollisuus osallistua katselemalla, kuuntelemalla, olemalla läsnä.

Ohjaajien ohjaus selkeää, lyhyet ohjeet, kuuluva ääni, toistetaan tarvittaessa ohjeet useampaan kertaan, ohjataan yksilöllisesti. huomioiminen

Yksilöt huomioitiin, potilaat saivat henkilökohtaista apua esim. vesiväritöissä.

Ryhmän koko oli pieni, vain muutama potilas.

Ryhmän kesto max. 45minuuttia.

Ohjaaja oli motivoiva, osaa käsitellä erinomaisesti asiakkaita, vanhuksia.

Tuokion kesto sopiva vanhuksille.

PELKISTETYT ILMAUKSET

Motivoidaan tekemään voimavarojen mukaan

Mahdollisuus osallistua

Selkeä ohjaus ja ohjeet

Äänenkäyttö

Toisto

Yksilöllisyys

Henkilökohtainen apu

Pieni ryhmä

Rajattu kesto aika

Motivoiva ohjaaja

Vanhusten kohtaaminen

Kesto sopiva

ALAKATEGORIAT

kokemus

Voimavaralähtöinen ohjaus

Osallisuuden kokemus

Sanallinen ohjaus

Äänenkäyttö

Toisto

Yksilöllisyyden

Yksilöllinen ohjaus

Ryhmän hallittavuus

Ryhmän kesto

Motivoiva ohjaus

Aidon kohtaamisen merkitys

Ryhmän kesto

3.1.1 Mitä havaintoja teit viriketoiminnan ryhmässä?

ALAKATEGORIAT

Kannustavaa ja motivoivaa ohjausta

Aidon kohtaamisen merkitys

Sanallinen ohjaus

Motivoiva ohjaus

Äänenkäyttö

Toisto

Suljettu ryhmä

Ryhmän kesto ikääntyville sopiva

Ryhmän ohjaus

Ryhmän hallittavuus

Yksilöllinen ohjaus

Yksilöllisyyden huomioiminen

Ohjaustaitojen merkitys

Voimavaralähtöinen ohjaus

Ikääntyville suunnattu

viriketoiminta

YLÄKATEGORIAT

Ohjausmenetelmät

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT

Muistisairaana ikääntyvän erityistarpeet
viriketoiminnan ohjaustilanteessa

ALAKATEGORIAT

Hoitajien voimavarat

Elämyksellinen osallistumisen
kokemus

Osallisuuden kokemus

YLÄKATEGORIAT

Viriketoiminnan voimaannuttava
vaikutus

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT

Henkisten ja sosiaalisten voimavarojen
tukeminen

3.1.2. Mitä havaintoja teit ryhmään osallistuvista potilaista?

ALAKATEGORIAT

Uusi kokemus hämmensi potilaita

Potilaiden innostunut asenne

Potilaiden ilmeikkyys

Potilaiden iloisuus

Potilaiden aktiivisuus lisääntyi

YLÄKATEGORIAT

Potilaiden osallistumisaktiivisuus

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT

Ikääntyvien voimavarojen löytäminen

Voimavarojen huomioiminen

Potilaiden itsetunnon tukeminen

Ryhmän vertaistuki

Ryhmäytyminen

Ikääntyvän viriketoimintaelämys

ALAKATEGORIAT

Osallisuuden kokemus

Potilaiden osallistumisen nautinto

YLÄKATEGORIAT

Elämyksellinen kokemus

YHDISTÄVÄT KATEGORIAT