

Musiikin mahdollisuuksia dementiaa sairastavien hoitotyössä – ohjeistus hoitotyöntekijöille

Juha Nevalainen

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Länsi,

Pori

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nevalainen, Juha. Musiikin mahdollisuuksia dementiaa sairastavien hoitotyössä – ohjeistus hoitotyöntekijöille. Pori, kevät 2010, 57 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Länsi Pori. Terveysalan koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena oli tuottaa ohjeistus hoitohenkilökunnalle musiikin terapeuttisen käytön mahdollisuuksien hyödyntämisestä dementiaa sairastavien hoitotyössä. Opinnäytetyöprosessi koostui ideoinnista, suunnittelusta, toteutuksesta ja tuloksien ja työn julkistamisesta.

Opinnäytetyön teoriaosaan aineisto kerättiin useista kirjallisuuslähteistä, lehdistä, internetistä sekä musiikkiterapiaopinnoista Sibelius-Akatemian avoimessa yliopistossa.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus koostui ryhmämuotoisista musiikin terapeuttisen käytön demonstraatioista, joita ohjasi dementiaa sairastaville. Menetelmiksi toiminnalliseen osuuteen valittiin laulaminen ja musiikin kuuntelu, jotka ovat usein helpoimmat tavat tuottaa musiikkia.

Tärkeimpänä toiminnallisesta osuudesta heränneenä johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että vastaavanlaiselle musiikin terapeuttiselle käytölle olisi tarvetta. Se ei korvaisi olemassa olevia auttamiskeinoja, mutta olisi yksi uusi kuntouttavan hoitotyön väline.

Asiasanat: musiikki, dementia, hoitotyö, produktio

ABSTRACT

Nevalainen, Juha

The possibilities of music in dementia nursing – instruction for nurses.

57 p., 1 appendice. Language: Finnish. Helsinki, Autumn, 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.
Degree: Nurse.

This is practice-based thesis which aims to develop a guide about therapeutic use of music for nurses who work with dementia patients. The thesis process consisted of generating an idea, designing, implementation and releasing the thesis.

The theory is collected from literature, magazines, newspapers, internet and music therapy studies in Sibelius Academy.

Practice-based of the thesis consist of demonstrations about therapeutic use of music I lead. The methods I chose for the practice-based part was singing and listening to music, because they are generally the easiest way to produce music.

The most important conclusion I noticed was this kind of therapeutical use of music is needed. It would not replace the old but could be a new tool for rehabilitating nursing.

Keywords: music, dementia, nursing, production

SISÄLLYS

1 MUSIIKILLISEN HOITAMISEN LÄHTÖKOHDAT	7
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TILANTEEN KARTOITUS	9
2.1 Yksiköiden esittely	9
2.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	11
2.3 Opinnäytetyön rajaukset	12
2.4 Aiheen merkitys kohderyhmälle	12
2.4.1 Hoitajille	12
2.4.2 Dementiaa sairastaville	13
3 DEMENTIA	15
3.1 Yleistietoa dementiasta	15
3.2 Alzheimerin tauti	16
3.3 Vaskulaariset dementiat	16
3.4 Lewyn kappale- dementia	17
3.5 Frontotemporaaliset degeneraatiot	17
3.6 Hydrokefaalinen dementia	18
4 DEMENTIA JA HOITOTYÖ	19
4.1 Dementiaa sairastavan kohtaaminen	19
4.2 Dementian hoitomuodot	20
4.2.1 Alzheimer-lääkkeet ja niiden käyttö	20
4.2.2 Käyttösoireiden hoito	21
4.3 Kuntoutus	22
4.3.1 Kuntoutuksen kehittäminen	22
4.3.2 Kuntoutus ja kuntouttava työote	22
4.3.3 Kuntoutus sairauden keskivaikeassa vaiheessa	23
4.3.4 Kuntoutus sairauden vaikeassa vaiheessa	24
4.3.5 Dementiaa sairastavien kuntoutus kannattaa	24
4.3.6 Muistin kehittäminen ja kuntoutus	25
4.3.7 Musiikillinen vuorovaikutus dementiaa sairastavan kanssa	25
5 MUSIIKKI	27

5.1 Musiikki ja sen mahdollisuudet	27
5.2 Musiikin elementtien terapeuttinen vaikutus	28
5.2.1 Rythmi.....	28
5.2.2 Harmonia	29
5.2.3 Melodia	29
5.3 Menetelmät ja työtavat.....	30
5.3.1 Musiikin kuuntelu.....	30
5.3.2 Laulaminen.....	32
5.3.3 Musiikin valinta	33
6 RYHMÄTOIMINTA.....	35
6.1 Ryhmän ohjaaminen	35
6.2 Musiikin käyttö ryhmässä	37
6.3 Ryhmien suunnittelu	38
6.3.1 Ryhmän tarkoitus.....	38
6.3.2 Kohderyhmä	39
6.3.3 Ryhmän vetovoima.....	40
6.3.4 Ryhmäkoko	41
6.3.5 Ryhmän ohjaaja.....	42
6.3.6 Ryhmän arviointi.....	43
6.3.7 Ohjeistus ryhmien ohjaamiseen	43
7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS.....	44
7.1 Toiminnallisen työn aloitus	44
7.2 Ryhmien toteutus	45
7.2.1 Ensimmäinen kokoontuminen.....	45
7.2.2 Toinen kokoontuminen.....	46
7.2.3 Kolmas kokoontuminen.....	47
7.3 Ryhmien arviointi.....	48
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	50
8.1 Eettisyys.....	51
8.2 Luotettavuus	51
LÄHTEET.....	53

LIITE 1: Musiikin käyttö dementiakodissa - käytännön vinkkejä

1 MUSIIKILLISEN HOITAMISEN LÄHTÖKOHDAT

Dementiaa sairastavien kanssa työskentelevät kokevat usein vuorovaikutustilanteet huonosti kommunikoivien asiakkaidensa kanssa vaikeiksi ja turhauttaviksi. Väärät tulkinnat aiheuttavat epäonnistumisen tunteita ja tuottavat ahdistusta. Työnohjaus ja koulutus, joka auttaa hyödyntämään uusia työtapoja työssä, ovat hyviä keinoja irrottautua päivittäisistä rutiineista ja saada uusia ideoita sekä haasteita hoitotyöhön. (Anttila ym. 2004, 333.)

Tämä produktio on tarpeellinen, koska dementiaa sairastavien ja sen takia hoiavaa tarvitsevien määrä kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntymisen vuoksi. Musiikin mahdollisuudet inhimillisen kosketuspinnan ja ymmärtämisen välineinä ovat dementiaa sairastavien ihmisten kannalta erittäin ainutlaatuisia ja merkittäviä. Vaikka muut älylliset kyvyt ovat voimakkaasti heikentyneet, musiikilliset valmiudet ja mahdollisuudet musiikin avulla kommunikointiin tuntuvat toiminnallisina alueina säilyvän lähes vahingoittumattomina. Kyky kokea musiikin kautta tunne-elämyksiä ei katoa kognitiivisten kykyjen heikentyessä. Laulujen rytmit ja sävelet ovat muistissa tallessa, ja niillä on edelleen omat historialliset yhtymäkohtansa henkilökohtaisten kokemusten maailmaan. Laulujen laulaminen ja kuunteleminen on dementiaa sairastavalle keino päästä käsiksi erilaisiin muistoihin.

Varsinkin dementiaa sairastavan hoitotyössä musiikin vastavuoroinen käyttö kuitenkin edellyttää käytettävän musiikin kiinnittämistä selkeästi vuorovaikutukselliseen tilanteeseen ja pyrkimykseen aidosti kohdata ihminen. Katsekontakti, fyysinen kontakti, nimen mainitseminen sekä muunlainen tuttuuden ja huomion osoittaminen auttavat poistamaan esteitä terapeuttisen musiikkikokemuksen tieltä. Yhteisen kielen löydyttyä, tarvitaan oikeanlaista tunnelmaa ja kuuntelemisen halua ja taitoa. Vuorovaikutus mahdollistuu musiikin luomassa kokemuksen kentässä, jossa tilanteen tarkoituksena on pyrkimys kuunnella ja ottaa huomioon dementiaa sairastavan ihmisen välittämiä viestejä. Musiikillisten kokemusten ja musisoimisen avulla on mahdollista päästä aitoon vuorovaikutukseen. (Heimonen & Voutilainen 1998, 76.)

”Opinnäytetyön tavoite on, että sen avulla pystyy näyttämään parhaimmat osaamisalueet jollakin oman alan osaamisalueella” (Vilkkä & Airaksinen, 24). Itseäni on intohimoisena musiikin harrastajana kiinnostanut opintojen alusta asti musiikin mahdollisuudet hoitotyön välineenä. Pääsen tässä opinnäytetyössä syventämään tietoja ja taitoja tästä itseäni alalla erityisesti kiinnostavasta aiheesta.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TILANTEEN KARTOITUS

2.1 Yksiköiden esittely

Tämän opinnäytetyön tilaajina olivat dementiakodit Emma ja Sinikaisla, jotka toimivat Helsingin Pukinmäessä sijaitsevassa Madetojan palvelutalossa. Madetojan palvelutalossa toimii kahden dementia-ryhmäkodin lisäksi yksi psykogeriatrinen ryhmäkoti, kaksi palveluasumiskerrosta dementiaa sairastaville, fyysisesti huonokuntoisille ja psyykkisesti sairaille vanhuksille sekä päivätoiminta Näpsäkkä päivätoiminnan asiakkaita varten, jonka asiakkaat käyvät palvelutalossa kotoa käsin. Koko talon ideana on kuntouttava työote. Vanhusten hoidossa palvelutalon tavoitteena on motivoida asukasta tai asiakasta löytämään asiat, jotka tuottavat hänelle iloa ja mielihyvää. Tavoitteiden saavuttamiseksi hoito- ja palvelutoimenpiteiden lisäksi asukkaille järjestetään arkipäivisin virike-, liikunta- ja kuntoutustuokioita sekä vuodenaikoihin liittyviä juhlia ja erilaisia tapahtumia. (Sinkman, Kristiina, henkilökohtainen tiedonanto 28.2.2008)

Madetojan palvelutalossa liikkumisesta on pyritty tekemään turvallista ja esteetöntä. Asumisen turvallisuutta parantavat erilaiset turvahälytysjärjestelmät. Talo on varustettu valvontakameroilla sekä automaattisella sammutusjärjestelmällä. Liikuntarajoitteisia varten on runsaasti liike- ja liikuntahoidon välineitä. Madetojan palvelutalossa on myös oma kuntosali. Asukkaiden on mahdollista myös ulkoilla. Talviaikaan vapaaehtoistyöntekijöitä käy lähes viikoittain piristämässä vanhuksia. Talossa työskentelee kaksi virikeohjaajaa arkipäivisin. Talossa käy lisäksi fysioterapeutti joka kolmas viikko. Ravintokeskuksena toimii talossa Ravintola Menuetti. (Helsingin kaupunki i.a.)

Dementiayksikkö olisi hyvä suunnitella erityisesti muistihäiriöisen potilaan elämää helpottavaksi ympäristöksi. Asiakkaat tarvitsevat rauhallisuutta ja selkeyttä. On aina parempi mitä vähemmän asukkaita tarvitsee kieltää tai estää liikkumasta. Tällöin heillä esiintyy vähemmän ahdistuneisuutta ja rauhattomuutta. Henkilökunnan tilan olisi hyvä sijoittaa niin että näköyhteys oleskelutiloihin on esteetön. Tilat on voitava tarvittaessa lukita, varsinkin ne joihin asukkaiden ei ole turvallis-

ta päästä. Omat tavarat ja oma huone eivät ole dementiaa sairastavalle niin tärkeitä kuin tilaisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kahden hengen huone on useimmiten paras ratkaisu. Yhteisten tilojen olisi hyvä olla väriltään hillittyjä, valoisia ja avaria. Turvallisuutta lisäävät tilojen väljyys ja selkeys, lattioiden hillitty väri ja mattojen puuttuminen sekä riittävä valaistus myös yöllä. Asukkaiden huoneet tulisi merkitä selkeästi nimillä ja wc-tilat niin, että niihin on vaivatonta löytää. Asukkaille tulisi mahdollistaa turvallinen ulkoilu ja aikuisille ominaisten askareiden ja toimien harrastaminen. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2004, 333.)

Sinikaisla ja Emma-koti ovat molemmat 16-paikkaisia dementia-ryhmäkoteja, joiden tavoitteena on tarjota turvallista ja kodinomaista asumista keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastaville vanhuksille. Päivittäin asukkaiden hoidossa on tavoitteena toteuttaa niin sanottua arkikuntoutusta, jossa asukkaalla on mahdollisuus osallistua voinnistaan ja halustaan riippuen mukaan päivittäisiin arkiaskareisiin. Asukkaat voivat osallistua myös talon yhteisiin juhliin ja toimintatuokioihin. Elämysretkiä tehdään esimerkiksi puistoihin, teatteriin ja ostoksille. Asukkaiden lääkitykset on minimoitu takaamaan mahdollisimman hyvä toimintakyky. Emma-kodin kaikki asukkaat ovat yli 65-vuotiaita: nuorin 68 ja vanhin 93 vuotta. Keski-ikä on noin 80 vuotta. Emma-kodin potilasvaihtuvuus on melko pieni: kahden vuoden aikana on yksikköön tullut kolme uutta asukasta. Kullakin asukkaalla on nimettynä omahoitaja. Emma-kodissa toimii kahdeksan lähihoitajaa, yksi sairaanhoitaja sekä yksi apuhoitaja. Yksiköissä käy lääkäri yhtenä päivänä joka toinen viikko sekä on käytettävissä puhelimitse neljänä päivänä viikossa. (Helsingin kaupunki i.a.)

Madetojan palvelutalo on rakennettu entiseen kerrostaloon. Dementia-ryhmäkodit Emma ja Sinikaisla on suunniteltu erityisesti muistihäiriöisen ihmisen elämää tukevaksi ympäristöksi. Niissä on korostettu rauhallisuutta, levollisuutta ja selkeyttä. Henkilökunnan kansliatila sijaitsee aivan yksikön toisessa päässä, mutta hoitajat eivät pääsääntöisesti vietä aikaa siellä, joten heillä on näköyhteys oleskelutiloihin suurimman osan ajasta. Ne tilat, joihin asukkaiden ei ole turvallista päästä, on mahdollista tarvittaessa lukita. Useimmat asukkaat asuvat kahden hengen huoneissa, mutta muutama myös yksin omassa huoneessaan. Yhteiset

tilat ovat väriltään hillittyjä, avaria ja valoisia. Turvallisuutta lisää tilojen selkeys ja väljyys, lattioiden rauhallinen väri ja mattojen puuttuminen sekä riittävä valaistus yölläkin. Asukkaiden huoneet on merkitty selvästi nimillä ja wc-tilat niin, että ne on helppo löytää. Wc-tilat ovat riittävän tilavat, joten niissä on helppo liikkua vaikka rollaattorin kanssa. (Sinkman, Kristiina, henkilökohtainen tiedonanto 28.2.2008)

2.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

”Toiminnallisen opinnäytteen tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, toiminnan jäsentäminen tai järjeistämisen. Se voi olla esim. käytännön työhön liittyvä ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämiso-pas, ympäristöohjelma tai turvallisuusohjeistus” (Vilka & Airaksinen 2003, 9). ”Produktio on yleensä lyhytkestoinen ja sen tarkoituksena on tehdä jokin tuotos, produkti, ja samalla kehittää työvälineitä käytännön toimintaan. Se voi olla esim. musiikkiesitys tai -tuotos, video, radio-ohjelma, näytelmä, informaatiopaketti, kirjallinen tai kuvallinen tuotos” (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 32).

Musiikkiterapia ja musiikin terapeuttinen käyttö ovat kaksi eri asiaa. Kliinistä musiikkiterapiaa voi toteuttaa musiikkiterapeutin pätevyyden saanut henkilö. Sen sijaan musiikkia tai mitä vaan taidetta voi käyttää terapeuttisesti kuka vaan siihen kykenevä henkilö. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut hoitotyö-tiimin ulkopuolisen musiikkiterapeutin rajallisen ajan toteuttama musiikkiterapia. Tarkoituksena oli tehdä opas musiikin terapeuttisesta käytöstä hoitotyöntekijöille, järjestää demonstraatio aiheesta hoitotyöntekijöille ja auttaa heitä aloittamaan itsenäisen ryhmien järjestäminen, jotta aloitetulle musiikkitoiminnalle saataisiin jatkuvuutta. Tavoitteena oli kehittää musiikin terapeuttista käyttöä hoitotyössä hoitotyöntekijöiden toteuttamana.

2.3 Opinnäytetyön rajaukset

Opinnäytetyön aiheeksi on valittu musiikin terapeuttisen käytön mahdollisuudet dementiaa sairastavien hoitotyössä, koska olen itse henkilökohtaisesti pitänyt dementiaa sairastaville musiikkiryhmiä, joista he ovat saaneet hyviä kokemuksia. Tällaista virkistystoimintaa järjestetään kuitenkin valitettavan harvoin erinäisistä syistä. Tarkoituksena on osoittaa kuinka pienellä tekemisellä voidaan saada paljon hyvää aikaan. Olen sairaanhoidon opiskelija, joten tarkoituksena ei ole tehdä opinnäytetyötä musiikkiterapiasta vaan musiikin terapeuttisesta käytöstä hoitotyöntekijän työkaluna. Opintoihini on kuulunut myös musiikkiterapian opintoja vapaavalintaisena aineena Sibelius-Akatemian avoimessa yliopistossa. Opinnäytetyön kohderyhmäksi on valittu hoitohenkilökunta, joka työskentelee dementiaa sairastavien pitkäaikaishoidossa olevien kanssa, koska muistihäiriöt ja dementia ovat kasvava yhteiskunnallinen haaste. Toisaalta dementia on yleisin laitoshoitoon joutumisen syy. Täten hoitotyöhön on tarpeellista löytää uusia luovia menetelmiä. Musiikin terapeuttisen käytön menetelmiksi on valittu yhdessä laulaminen ja musiikin kuuntelu, koska ne ovat helpoimmin toteutettavissa ja toisaalta niihin dementiaa sairastavat kykenevät osallistumaan matalalla kynnyksellä.

2.4 Aiheen merkitys kohderyhmälle

2.4.1 Hoitajille

Dementiaa sairastavien kanssa työskentelevät kokevat vuorovaikutustilanteet asiakkaidensa kanssa usein hankaliksi ja turhauttaviksi. Vääränlaiset tulkinnat tuottavat ahdistusta sekä aiheuttavat epäonnistumisen tunteita. Hoitajat tarvitsevatkin tukea näiden tunteidensa kohtaamiseen ja ongelmallisten tilanteiden ratkaisemiseksi. Työnohjaus ja koulutus, josta oppii hyödyntämään uudenlaisia työtapoja, ovat hyviä mahdollisuuksia irrottautua päivittäisistä toiminnoista ja saada uusia ajatuksia sekä haasteita hoitotyöhön. (Anttila ym. 2004, 333.) Täs-

sä opinnäytetyössä pyritään osoittamaan kuinka musiikin erilaiset käyttömahdollisuudet luovat uudenlaisia hoitomahdollisuuksia.

2.4.2 Dementiaa sairastavalle

Musiikin mahdollisuudet ovat dementiaa sairastavien ihmisten kannalta hyvin ainutlaatuisia ja merkittäviä. Ne toimivat inhimillisen kosketuspinnan ja ymmärtämisen välineenä. Vaikka muut älylliset kyvyt ovat runsaasti heikentyneet, musiikilliset valmiudet ja mahdollisuudet musiikin avulla kommunikointiin säilyvät toiminnallisina alueina lähes vahingoittumattomina. Kyky kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä ei myöskään katoa vaikka kognitiiviset kyvyt heikentyisivät. Laulujen rytmit ja sävelet ovat tallentuneena muistiin, ja niillä on edelleen omat yhtymäkohtansa henkilökohtaiseen merkitysten maailmaan ja henkilökohtaiseen historiaan. Laulujen laulaminen ja kuunteleminen mahdollistaa dementiaa sairastavalle pääsyn erilaisiin muistoihin. (Heimonen & Voutilainen 1998, 73 - 74.)

Dementiaa sairastavan ihmisen kokonaisvaltainen aktivoituminen musiikin avulla on hämmästyttävän voimakasta, ja se sisältää runsaita muistamisten ja mieleenpalautumisten prosesseja. Tämä tuo dementiaa sairastavalle tarpeen päästä kommunikoimaan esiin tullutta mielen aineista, joka puolestaan vaatii hoitohenkilökunnalta tilanteen syvällistä ymmärtämistä. Yhdessä laulettu dementiaa sairastavalle tuttu laulu aktivoi usein laulun jälkeen tapailemaan sanoja ja merkityksiä ja kertomaan musiikin herättämistä kokemuksista ja tunteista. (Heimonen & Voutilainen 1998, 73 - 74.)

Ihmisen psyyke tuottaa itseään jatkuvasti. Jos ulkoiset vaikuttamisen mahdollisuudet karsiutuvat pois, tulevat oma sisäinen maailma ja elämänhistoria entistä merkittävämpään asemaan. Tämän seurauksena saattavat sisäiset, usein tiedostamattomat, impulssit häiritsevinä ja ahdistavina rajoittaa mielen hyvinvointia ja psyykkistä tasapainoa. Puhuttu kieli on ihmisten välisen kommunikaation pääasiallinen väline. Dementioihin kuuluvien kielellisten häiriöiden voimakkuus puheen tuottamisessa ja kielen ymmärtämisessä rajoittaa ja usein pidemmälle

edenneessä dementiassa jopa estää kokonaan tämän vuorovaikutustavan käyttämisen. Vaikeaa dementiaa sairastaville asianteilan tekee hankalammaksi sekin, ettei muisti- ja aistitoimintojen vahingoittumisen seurauksena näytä olevan muitakaan mahdollisuuksia päästä samalle aaltopituudelle ja jakamaan kokemuksia vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Sovellettaessa musiikin terapeutista käyttöä dementiaa sairastavien hoitotyössä korostuu juuri tämä vuorovaikutuksen merkitys. Musiikki aikaansaa ulkoisia ihmisten välisiä sekä yksilön mielen sisäisiä vuoropuheluja. Niissä puitteissa on mahdollista saavuttaa tasapainoinen ja tyydyttävä olotila. (Heimonen & Voutilainen 1998, 73 - 74.)

3 DEMENTIA

3.1 Yleistietoa dementiasta

Dementia on lisääntyvä yhteiskunnallinen haaste. Väestön ikärakenne vanhenee, jolloin dementiaa sairastavien määrä kasvaa. Suomessa sairasti keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa vuonna 2005 noin 85 000 ihmistä. Vuonna 2010 sairastuneita on jo noin 94 000. On ennustettu, että dementiaa sairastavien määrä tulee lisääntymään väestön ikääntymisen myötä ainakin vuoteen 2030 saakka. Tällöin heitä ennustetaan olevan jopa 128 000, ellei erityisesti Alzheimerin taudin estävää tai pysäyttävää hoitoa ole käytettävissä. Alzheimerin taudin hoitoon on tällä hetkellä käytettävissä vain taudin etenemistä hidastavia ja toimintakykyä parantavia lääkkeitä. (Alhainen, Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2006, 5.); (Suomen muistiasiantuntijat ry i.a.); (Terveyskirjasto i.a.)

Dementiassa on kyse oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Siihen kuuluu muistihäiriöiden lisäksi myös henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivo-toimintojen heikentyminen verrattuna henkilön aiempaan tasoon. Toimintojen heikentyminen rajoittaa sairastuneen itsenäistä fyysistä ja sosiaalista pärjäämistä. Dementia voi olla laadultaan ohimenevää, etenevää tai pysyvää. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita syitä. (Alhainen ym. 2006, 94.)

Dementiaan liittyy kognitiivisten oireiden, lähinnä muistihäiriöiden, lisäksi tavallisesti haitallisia muutoksia psyykkisissä toiminnoissa ja käyttäytymisessä. Näitä muutoksia nimitetään käytösoireiksi. Ne tarkoittavat dementiapotilaan haitallisia psykologisia oireita, joista yleisimpiä ovat masennus, apaattisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, unihäiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. Dementian ensimmäisenä oireena voi olla juuri nimenomaan käytösoire. Dementia on nykyään yleisin pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä. (Alhainen ym. 2006, 98 – 103.); (Therapia Fennica i.a.)

Muistihäiriöiden tarkastelussa on syytä erottaa ohimenevät syyt, pysyvät jälkitilat ja etenevät syyt. Eteneviä syitä muistihäiriöihin ovat keskeiset dementiaan

johtavat tilat kuten Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale - dementia ja frontotemporaaliset degeneraatiot. Hoidon tavoitteina ovat oikean diagnoosin tekeminen, muistihäiriötä pahentavien tekijöiden hoito, vaaratekijöiden hallinta, lääkehoidon toteuttaminen, hoitoketjun jatkuvuuden varmistaminen sekä yksilöllisen kuntoutus- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen. (Alhainen ym. 2006, 79 - 80.)

3.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Reilusti yli puolet kaikista dementiapotilaista sairastaa juuri Alzheimerin tautia. Siihen sairastuvuus lisääntyy iän myötä. Alzheimerin tauti on tyypillisin vaihe in etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Alzheimerin taudin diagnoosi perustuu tyypilliseen oirekuvaan sekä tautia tukeviin neuropsykologisiin ja kuvantamislöydöksiin. Alzheimerin tauti voidaan diagnosoida jo ennen dementiaa tyypillisen oirekuvan perusteella. Tauti alkaa muistihäiriöillä, ja muisti on koko sairauden ajan runsaimmin häiriintynyt tiedonkäsittelyn alue. Toimintakyvyn heikentyminen on yhteydessä muistin ja tiedonkäsittelyn häiriöihin. Käyttöoireet kuitenkin vaihtelevat taudin eri vaiheissa. (Alhainen ym. 2006, 126.)

3.3 Vaskulaariset dementiat

Vaskulaarinen dementia on kliinisesti epäyhtenäinen oireyhtymä, joka liittyy monentyyppisiin verisuoniin liittyviin tekijöihin ja aivomuutoksiin. Sillä on toisistaan poikkeavia syitä ja kliinisiä taudinkuvia. Vaskulaarisen dementian keskeiset alatyytit ovat kortikaalinen vaskulaarinen dementia eli moni-infarktidementia, kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttama dementia ja subkortikaalinen vaskulaarinen dementia eli pienten verisuonten dementia. Aivoverenkierronhäiriöihin liittyy merkittävä älyllisen toimintakyvyn heikkenemisen ja dementian riski. Aivoverenkierronhäiriöt ja niiden riskitekijät vaikuttavat myös Alzheimerin taudin oireiden varhaisempaan ilmaantumiseen. Varhaisella taudin-

määrityksellä, ehkäisyllä ja hoidolla on tämän vuoksi suuri merkitys. (Alhainen ym. 2006, 146.)

3.4 Lewyn kappale- dementia

Lewyn kappale -dementia alkaa 50 - 80 vuoden iässä ja on aivoja rappeuttava dementoiva sairaus. Lewyn kappale -dementian tyypillisiä oireita ovat kognitiivisten toimintojen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan heikentyminen. Sairastuneilla esiintyy usein parkinsonin taudin oireita, erityisesti kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä ja jäykkyyttä. Selväpiirteiset ja tarkat näköharhat ovat myös taudille tyypillisiä. (Alhainen ym. 2006, 163.)

3.5 Frontotemporaaliset degeneraatiot

Frontotemporaalinen degeneraatio on nimitys oireyhtymäryhmälle, joille on ominaista aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuva oireisto. Frontotemporaalinen degeneraatio käsittää kolme oireyhtymää: frontotemporaalisen dementian, etenevän sujumattoman afasian ja semanttisen dementian. Frontotemporaalisessa dementiassa keskeiset muutokset tapahtuvat persoonallisuudessa ja käyttäytymisessä, muisti on paremmin säilynyt alkuvaiheessa. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuotto on hankalaa ja puheessa esiintyy kielipillisiä virheitä. Sairastuneella on vaikeuksia sanojen löytämisessä sekä lukemisessa ja kirjoittamisessa. Muut kognitiiviset kyvyt säilyvät ennallaan. Semanttista dementiaa sairastava kärsii sanojen merkitysten hämärtymisestä, mutta puheentuotto on sujuvaa. Esineiden tunnistamiskyky on heikentynyt. Muisti säilyy melko hyvin. (Alhainen ym. 2006, 269.)

3.6 Hydrokefaalinen dementia

Hydrokefaalisen dementiaan liittyviä tyypillisiä oireita ovat kävelyvaikeus, etenevä muistin ja älyllisten toimintojen heikkeneminen sekä virtsankarkailu. Hydrokefaalinen dementia on melko harvinainen. (Alhainen ym. 2006, 191.)

4 DEMENTIA JA HOITOTYÖ

4.1 Dementiapotilaan kohtaaminen

Dementiaa sairastavien parissa hoitotyötä tekevältä edellytetään laaja-alaista tietoa dementiasta, positiivista elämänasennetta, huumorintajua sekä hyvää sekavuuden ja erilaisuuden sietokykyä. On eduksi, jos hoitajalla on halukkuutta kehittää itseään ja työtään jatkuvasti, hän rohkenee tarttua ongelmiin ja vaikeuksiin, hänellä on ongelmanratkaisutaitoja ja hän kykenee pitkäjännitteiseen suunnitelmalliseen työskentelyyn. Hyvä epävarmuuden sietokyky mahdollistaa oman persoonan käytön ja uskalluksen heittäytyä tilanteeseen dementiaa sairastavan ihmisen ehdoilla. (Anttila ym. 2004, 331.)

Dementiaa sairastavan onnistuneen hoidon edellytys on ihmisen tunteminen. Sairastunut ei usein kykene itse kertomaan elämästään, joten omaiset ovat tässä avainasemassa. Yhteiset ja tutut keskustelunaiheet auttavat luomaan onnistuneen kontaktin. Keskusteleminen luo myös turvallisuutta, läheisyyttä ja yhteenkuuluvuutta. Hoitotyön tekemistä helpottavat erityisesti tiedot sairastuneen luonteesta, arvoista ja elämänkatsomuksesta. Tärkeät ihmissuhteet olisi hyvä tietää kuten myös pelkoa ja ahdistusta aiheuttavat asiat. Keskustelunavaus dementiaa sairastavan ihmisen elämänvaiheista lapsuudessa, nuoruudessa ja aikuisiässä antaa runsaasti keskusteltavaa ja muisteltavaa muun hoitotyön lomaan. Vanhojen asioiden muistelu virkistää aivojen toimintaa ja saa sairastuneen tuntemaan itsensä tarpeelliseksi. (Anttila ym. 2004, 333.)

Sosiaaliset suhteet, vuorovaikutustilanteet, tunne-elämän kokemukset ja mielekäs tekeminen auttavat ihmistä tuntemaan elämäniloa ja kokemaan itsensä tarpeelliseksi ja auttavat jaksamiseen. Ikääntyessä sosiaalisuuden tarve lisääntyy. Jos vuorovaikutustilanteet vähenevät, vanhus tuntee itsensä helposti yksinäiseksi, masentuneeksi ja hyödyttömäksi. Erityisesti dementiaa sairastavaa ihmistä yksinäisyys ja hyödyttömyyden tunne koskevat voimakkaasti. Vaikeudet toimintakyvyssä ja muistamisessa pakottavat luopumaan sosiaalisesta verkostosta ja samalla tundesiteet läheisiin ja omaisiin höltyvät. Vierias ympäristö lisää

vielä entisestään yksinäisyyden kokemusta. Halu sosiaaliseen kanssakäymiseen kuitenkin säilyy, vaikka dementiaa sairastavan on vaikeaa ilmaista itseään kielellisesti. Omaisten ja hoitajien onkin tehtävä tulkintoja pienten vihjeiden perusteella. (Anttila ym. 2004, 332.)

Dementiaa sairastavien ihmisten kanssa työskennellessä tulisi käyttää mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä toimintoja, koska keskittyminen useampaan asiaan samanaikaisesti laskee sairastuneen toimintakykyä kohtuuttoman paljon. Dementiaa sairastavan ihmisen kanssa kommunikointi eroaa sairauden laadusta ja asteesta riippuen tavallisesta kommunikaatiosta. Dementiaa sairastavien parissa työskenteleviä tieto vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä ja kanssakäymisen lainmukaisuuksista edistää toimivan auttamissuhteen syntymistä ja sen kehittämistä. Se helpottaa samalla myös työntekijän jaksamista. Dementiaa sairastavien kanssa kommunikoidessa on syytä välttää lapsenomaista puhetaapaa, koska kyseessä on kuitenkin aikuinen ihminen. Tärkeä asia on aito läsnäolo ja sen osoittaminen. On tärkeää keskittyä kunnolla sairastuneen kanssa puhumiseen ja osoittaa se esimerkiksi koskettamalla tai kutsumalla nimellä. Dementiaa sairastava tarvitsee usein enemmän aikaa keskusteluun ja tämän vuoksi on tärkeää toimia rauhallisesti, jotta myös keskustelun kulku on tarpeeksi rauhallinen. Katsekontakti auttaa, jos sairastunut ei välttämättä kuule hyvin, koska tällöin tämä voi ainakin nähdä huulten liikkeitä. Äänen madaltaminen saattaa myös auttaa. Toisaalta katsekontakti osoittaa myös halun aitoon keskusteluun. (Laaksonen 2004, 6 & 47.)

4.2 Dementian hoitomuodot

4.2.1 Alzheimer-lääkkeet ja niiden käyttö

Alzheimer-lääkkeiden virallisena käyttötarkoituksena on Alzheimerin taudin aiheuttama dementia. Suomessa ovat käytössä donepetsiliini, rivastigmiini, galantamiini ja memantiini. Ajoissa aloitetulla lääkähoidolla voidaan Alzheimerin taudin kognitiivisia oireita vähentää yli vuoden ajaksi. Lääkehoito lykkää myös käy-

tösoireita ja lievittää niitä. Alzheimer-lääkkeet ovat tärkeä osa taudin kokonaisuhoitoa. Nykytietämyksen perusteella Alzheimer-lääkkeistä on myös hyötyä Alzheimerin taudissa merkittävän aivoverenkiertosairauden yhteydessä sekä mahdollisesti myös vaskulaarisessa dementiaassa, Lewyn kappale -dementiaassa sekä parkinsonin taudin aiheuttamassa dementiaassa. (Alhainen ym. 2006, 481.)

4.2.2 Käyttöoireiden hoito

Erilaisten dementiaan liittyvien käyttöoireiden esiintyvyys on jopa 90 % potilaisista. Käyttöoireiden lääkkeettömässä hoidossa käytetään tunne- ja virikeorientoituneita terapioiden, käyttäytymisterapioiden sovelluksia, ryhmätoimintoja sekä tilanteen mukaan toteutettua ongelmanratkaisun tukemista. Virikkeitä painottavissa hoitomuodoissa on tavoitteena tuottaa potilaille mielihyvän kokemuksia. Tällaisia ovat esimerkiksi virkistystoiminta ja askartelu sekä musiikki-, tanssi-, taide- ja lemmikkieläinterapia. Musiikkiterapiassa on havaittu, että vaikeakin dementiaa sairastavat ihmiset usein reagoivat musiikkiin, erityisesti rytmiin, ja jatkuvaan ärsykevirtaan. (Alhainen ym. 2006, 501- 505.)

Kyky kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä ei häviä kognitiivisten kykyjen heikentyessä. Musiikkiterapian avulla voidaan ohjata ja kehittää reagointia ja käyttäytymistä. Sen on todettu lisäävän dementiaa sairastavan aktiivista osallistumista ja vähentävän levotonta käyttäytymistä. Musiikkiterapia voi auttaa oman kehon hahmottamisessa ja lisätä mielihyvän kokemista ja parantaa vuorovaikutusta. Käytännön työssä on tavallisesti perusteltua soveltaa sekä psykososiaalisia hoitomuotoja että lääkehoitoa. (Alhainen ym. 2006, 501- 505.)

4.3 Kuntoutus

4.3.1 Kuntoutuksen kehittäminen

Kuntoutuksen kehittämistyössä on ensisijaisesti kyse kuntoutuksen näkökulman soveltamisesta dementiaa sairastavien ihmisten hoitoon ja palveluihin. Dementiaa sairastavalla ihmisellä on oikeus säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin sekä saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan jokainen päivä. Oikeuden toteutuminen edellyttää dementiaa sairastavan ihmisen voimavarojen tunnistamista hänen elämäntarinatietojensa ja nykytilanteen perusteella. Sen lisäksi tarvitaan kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia. Dementiaa sairastavan ihmisen elämänlaadun ja hyvinvoinnin kannalta keskeistä on mielekkäät ja merkitykselliset toiminnot sekä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyvä yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden tunne. (Taipale 1996, 26.)

4.3.2 Kuntoutus ja kuntouttava työote

Kuntouttava työote ja kuntoutus ovat nykyään myös dementiaa sairastavien ihmisten hoitoon kuuluvia asioita. Kuntoutus on hahmotettava laajaksi kokonaisuudeksi, jossa tavoitteet ja keinot muuttuvat sairauden etenemisen myötä ja jossa otetaan huomioon sairastuneen lisäksi myös hänen omaisensa. Kuntoutuksella tarkoitetaan tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa, jolla autetaan dementiaa sairastavaa ihmistä elämään ja osallistumaan joko itsenäisesti tai tuettuna sekä tuetaan häntä itsensä toteuttamisessa. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea sairastuneen toimintakykyä, elämönhallintaa ja elämänlaatua. Kuntouttava työote puolestaan tarkoittaa hoidon rakentumista yksilöllisesti dementiaa sairastavan ihmisen toimintakyvyn vahvojen alueiden ja hänen voimavarojensa varaan. (Taipale 1996, 26.)

Kuntouttavassa hoitotyössä pyritään löytämään sairastuneen voimavarat ja hyödyntämään niitä, vetreyttämään käyttämättömiä tai kadonneita taitoja ja ot-

tamaan potilaan kokonaistilanne huomioon päivittäisessä hoidossa. Kuntouttava työote on tapa tehdä työtä, ja sen tulisikin elää hoidon käytännöissä mukana. Kuntoutuksen perustana toimivat oikea diagnoosi, sairastuneen ja hänen perheensä tilanteen kokonaisvaltainen tunteminen sekä tukimuotojen yksilöllinen valinta ja oikea-aikainen toteutus. Kuntoutuksen tavoitteisiin ja keinoihin vaikuttavat sairauden vaikeusaste ja oirekuva sekä sairastuneen ihmisen elämäntilanne ja persoonallisuus. (Anttila ym. 2004, 331.); (Taipale 1996, 26.)

4.3.3 Kuntoutus sairauden keskivaikeassa vaiheessa

Sairauden keskivaikeassa vaiheessa pyritään tukemaan toimintakykyä ja itsetuntoa sekä luomaan onnistumisen kokemuksia. Muistitoimintojen heikentyminen sekä vaikeudet kielellisissä toiminnoissa ja toiminnanohjauksessa vaikeuttavat toimintojen suorittamista. Turvallisten liikuntamahdollisuuksien mahdollistaminen on tärkeää, sillä vähäisen liikunnan on todettu olevan yhteydessä käytösoireiden lisääntymiseen. Toimintakyvyn tukemisessa merkittävää on toimintojen ja aktiviteettien muokkaaminen kykyjä ja voimavaroja vastaaviksi. (Taipale 1996, 26.)

Toimintakykyä voidaan tukea myös pienryhmätoiminnoissa, joihin dementiaa sairastava ihminen voi osallistua omien voimavarojensa mukaan. Arvoitusten ratkaiseminen, sanaristikoiden täyttäminen yhdessä sekä osallistuminen peleihin tai arjen askareisiin aktivoivat ja kuntouttavat. Keskivaikean vaiheen Alzheimerin taudissa on saatu hyviä tuloksia sairastuneen ohjaamisella päivittäisissä toiminnoissa sanallisin ja kirjallisin ohjein sekä kosketuksen avulla. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa mahdollisuuksia itsenäiseen toimintaan ja auttaa vain tarvittaessa. Dementoituvan ihmisen yksilöllisyyttä ja itsetuntoa tukevat toimintakyvyn jäljellä olevien alueiden ja voimavarojen mahdollisimman monipuolinen käyttäminen ja selviytyminen arjen toiminnoissa. (Taipale 1996, 26.)

4.3.4 Kuntoutus sairauden vaikeassa vaiheessa

Sairauden vaikeassakin vaiheessa on kuntoutuksella vielä paikkansa erityisesti vuorovaikutustaitojen ylläpitämisessä ja liikuntakyvyn tukemisessa. Pitkäaikaisen laitoshoidon tulisi olla sairastuneen ihmisen toimintakykyä tukevaa. Pitkäaikaishoidossa aktiivisen osallistumisen päivittäisiin ja vapaa-ajantoimintoihin on todettu olevan yhteydessä parempaan vointiin. Vaikka mahdollisuudet sanalliseen vuorovaikutukseen ja itsensä ilmaisemiseen olisikin menetetty, voidaan eri aistikanavia hyödyntäen tarjota lukuisia mahdollisuuksia minäkuvaa tukeviin ja mielihyvää tuottaviin toimintoihin. Esimerkiksi valokuvat, musiikin kuuntelu tai maalaaminen muistelun tukena tarjoavat näitä mahdollisuuksia. Dementiaa sairastavien ihmisten kyky vastaanottaa taiteen eri muotoja säilyy pitkään ja näiden avulla voidaan herätellä vuorovaikutuskyvyn heikentymisen taakse peittyviä voimavaroja. (Taipale 1996, 26.)

4.3.5 Dementiaa sairastavien kuntoutus kannattaa

Toimintakykynsä ylläpitämiseksi dementiaa sairastava ihminen tarvitsee aikaa, rohkaisemista, opastamista ja itsenäisen tekemisen mahdollisuuksia. Kysymys on ensisijaisesti oivalluksista, sillä kuntouttavan työtteen soveltaminen vaatii vahvaa osaamista, arkipäivän luovuutta sekä innostusta ja halua kokeilla esimerkiksi erilaisten virikkeellisten toimintojen soveltuvuutta. Hyvä hoitotyö edellyttää myös dementiaa sairastavan ihmisen muiden sairauksien asianmukaista hoitoa. Kuntoutuksen ideaa ja kuntouttavaa työtettä voi toteuttaa jokainen dementiatyössä toimiva ammattihenkilö. Dementiatyössä voidaan jo puhua kuntoutuksen mahdollisuuksista, ja näiden mahdollisuuksien moninaisuus on vähitellen valkenemassa. Taiteen vaikutuksesta on esimerkiksi tietoa dementiaa sairastavien ihmisten hyvinvointiin. (Taipale 1996, 26.)

4.3.6 Muistin kehittäminen ja kuntoutus

Muisti- ja oppimisstrategioiden käyttö on luontaista toimintaamme, mutta strategioita voi myös kehittää tietoisesti. Ikääntyessä muistamisen heikentymistä korvaa kokemus ja sen mukanaan tuoma järjestelmällisyys ja kyky hyödyntää ympäristövihjeitä ja ulkoisia muistitukia. Muistikuntoutuksen painopiste vaihtelee, muistihäiriön vaikeusasteen mukaan, kuntoutujan kognitiivisten edellytysten ja hallintakeinojen vahvistamisesta ympäristön muokkaamiseen toimintakykyä tukevalla tavalla. Muistin parantumisesta suorilla alentuneeseen muistiin kohdistuvilla harjoituksilla ei ole näyttöä. On kuitenkin monia keinoja, joilla muistamisongelmiin liittyviä käytännön haittoja voidaan lievittää hyödyntämällä säilyneitä kykyjä ja opettamalla korvaavia strategioita ja toimintatapoja. Niin sanotuilla metakognitiivisilla harjoituksilla pyritään omien muistiongelmien tilannekohtaiseen tunnistamiseen ja tätä kautta muistamista helpottavien ulkoisten ja sisäisten muistitukien omaksumiseen. Mieleenpainamis- ja muistihakustrategiat auttavat monia muistihäiriöpotilaita, mutta niiden omatoiminen käyttö jää helposti vähäiseksi, jos tietoisuutta omista muistiongelmista ei kehitetä osana kuntoutusta. (Alhainen ym. 2006, 472.)

4.3.7 Musiikillinen vuorovaikutus dementiaa sairastavien kanssa

Musiikin vastavuoroinen käyttö edellyttää, varsinkin dementiaa sairastavien hoidotyössä, käytettävän musiikin kiinnittämistä selkeään vuorovaikutukselliseen tilanteeseen ja pyrkimykseen aidosti kohdata ihminen. Katsekontakti, fyysinen kontakti, nimen mainitseminen sekä muunlainen tuttuuden ja huomion osoittaminen ovat omiaan poistamaan esteitä terapeutin musiikkikokemuksen tieltä. Kun yhteinen kieli löytyy, tarvitaan oikeanlaista tunnelmaa ja kuuntelemisen taitoa. (Heimonen & Voutilainen 1998, 76.)

Vuorovaikutus mahdollistuu musiikin luomassa kokemisen kentässä, jossa tilanteen kielenä on pyrkimys kuunnella ja ottaa huomioon sairaan ihmisen välittämiä viestejä. Musiikin tekeminen on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa dementiaa sairastava ihminen voi irtautua ulkoisesta epäjärjestyksestä ja uskaltautua

ikään kuin leikkien toteuttamaan sisäistä, sosiaalista tarvettaan tutun ja tunnistettavan musiikin kautta. Musiikillisten kokemusten ja toimintojen avulla on mahdollista päästä aidon vuorovaikutteisuuden piiriin. Tarttumapintana toimivat juuri musiikkikokemukset, jotka säilyttävät ja tuovat esiin kokemuksia dementiaa sairastavan elämän varrelta. Dementiaa sairastavilla ihmisillä on sairaudesta huolimatta useimmiten kyky reagoida musiikkiin spontaanein liikkein sekä ymmärtää musiikin tilannekohtaisia ja omakohtaisia kerronnallisia merkityksiä. Musiikin varhaiset sisäsyntyiset yhtymäkohdat muihin kehon aistimuksiin säilyvät läpi elämän ja mahdollistavat musiikillisen kokemuksen sairaudesta huolimatta. Psykkinen minuuden kokemus saa tukea musiikin virittämien henkilöhistoriallisten mielleyhtymien kautta. Musiikki on eräänlainen avain muistumiin omasta toimimisesta ja kokemisesta. Musiikki liittyy elämän kehityksellisesti merkittäviin tapahtumiin ja nostaa esille näihin liittyviä muistikuvia. Musiikki aktivoi prosessin, jossa ihminen sijoittaa musiikkiin omia merkityssisältöjään, esimerkiksi tunteitaan ja fantasioitaan. Ihmisen kokema musiikki tuo esiin ja kertoo jotain oleellista ja syvällistä siitä, mitä on olla kokeva yksilö ja maailmaa ainutlaatuisesti tarkasteleva ihminen. (Heimonen & Voutilainen 1998, 81 - 82.)

Taustalla soiva musiikki on dementiaa sairastavalle irrallinen elementti ja usein lähes kokonaan vailla merkitystä. Jos sitä vastoin sisällöltään ihan sama musiikki liitetään tilanteeseen, jossa se yhdessä esimerkiksi lauletaan, hyräillään tai kuunnellaan aktiivisesti, on vaikutus tyystin erilainen ja voimakkaasti aktivoiva. Jatkuvalle musiikin tuottamisella ei ole muuta merkitystä kuin hiljaisuuden poistajana. Toisaalta hiljaisella taustamusiikilla näyttäisi olevan myönteistä vaikutusta levottomuuden ehkäisyssä. Potilaiden kuultavaksi on tuotettu nauhoitteilta erilaisia ääniä, esimerkiksi aaltojen kohinaa. Hoidon ansiosta äänekkyyden on saattanut vähentyä jonkin verran, mikä on henkilökunnasta tuntunut myönteiseltä. (Alhainen ym. 2006, 506.); (Räsänen 2004, 34.)

5 MUSIIKKI

5.1 Musiikki ja sen mahdollisuudet

Musiikki on helposti sovellettava, monipuolinen ja vaihteleva mielihyvän ja viihtyvyyden lähde. Musiikilla voidaan kuntouttaa ja hoitaa hyödyntäen sen eri perustekijöitä kuten rytmi, harmonia, melodia, äänensävy ja dynamiikka. Sillä voidaan saavuttaa positiivisia tuloksia sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa. Musiikin terapeuttisessa käytössä ei ihmiseltä edellytetä erityisiä musiikillisia taitoja. Musiikki on tässä tarkoituksessa väline, ei itsetarkoitus ja sitä käytetään kanssakäymisen apuna. Musiikki aktivoi alitajuista ja tiedostamatonta mielenmaisemaa. Sen avulla voidaan sekä paljastaa että parantaa. Musiikin avulla voidaan käsitellä kipeitäkin asioita turvallisesti symbolisen etäisyyden päässä. Se saa aikaan vuorovaikutusta, tarjoaa esteettisiä kokemuksia ja tuottaa mielihyvää. Musiikilla on myös erilaisia fysiologisia vaikutuksia. Sen avulla voidaan esimerkiksi piristää tai rauhoittaa. (Anttila ym. 2004, 332); (Suomen musiikkiterapiayhdistys ry i.a.)

Musiikkia voidaan käyttää terapeuttisesti esimerkiksi kuuntelemalla, laulamalla, soittamalla, improvisoimalla, liikkumalla musiikin mukaan, tekemällä lauluja, musiikkimaalaamalla tai fysioakustisella hoidolla. Kliininen musiikkiterapia voidaan jakaa neljään päämenetelmään: improvisointiin, musiikin uudelleen luomiseen, musiikin tekemiseen ja musiikin kuunteluun. Improvisaatiossa asiakas synnyttää musiikkia suunnittelematta luoden melodiasa, rytmiä, laulun sanoja tai instrumentaalimusiikkia. Uudelleen luominen tarkoittaa kaikenlaista jäljittelyä, tuottamista ja tulkintaa jostakin musiikkikappaleen osasta tai kokonaisuudesta yleisön edessä tai ilman. Musiikin tekemisellä tarkoitetaan sitä, että terapeutti auttaa asiakasta kirjoittamaan lauluja, laulun sanoja, instrumentaalikappaleita tai luomaan mitä tahansa musiikillisia tuotoksia, kuten musiikkivideoita tai äänitteitä. Musiikin kuuntelussa asiakas kuuntelee musiikkia ja reagoi kokemukseen äänettömästi, sanallisesti tai jollain muulla tavoin. Käytettävä musiikki voi olla liveimprovisaatiota, äänitettyä improvisaatiota, asiakkaan tai terapeutin sävellyksiä tai äänilevyjä eri musiikin tyylilajeista. Musiikin kuuntelukokemukset voivat

olla keskittyneitä musiikin fyysisiin, emotionaalisiin, älyllisiin, esteettisiin tai hengellisiin puoliin. (Suomen musiikkiterapiayhdistys ry i.a.)

5.2 Musiikin elementtien terapeuttinen vaikutus

5.2.1 Rythmi

Rythmi on musiikin elementti, jonka vaikutusta ihmiseen on tutkittu eniten. Sillä voi olla joko kiihdyttävä tai rauhoittava vaikutus kehon rytmisiin systeemeihin eli verenkiertoon, hengitykseen ja pulssiin. Jo äidin kohdussa ollessaan ihminen tulee tietoisesti itsestään rytmien välityksellä, jolloin rytmi on kaiun ja värähtelyn kautta ensimmäinen yhteys ulkomaailmaan. Se on sikiön elämysmaailman järjestyksen ensimmäinen perustekijä. Rytmien kokeminen on useimmin eri kuuli-joilla melko samantapaista. (Ahonen 1993, 44.)

Rytmillä voi olla rauhoittava vaikutus. Hidastuva rytmi aikaansaa rauhoittumista ja rentoutumista. Esimerkiksi vauvojen on todettu nukkuvan paremmin ja rauhoittuvan nopeammin äidin sydämen ääntä kuunnellessaan. On myös kehitetty erityisiä rentoutuskasetteja, joiden tempo on sama kuin rentoutuneen ihmisen sydämen lyöntitiheys eli noin 60 sykettä minuutissa. (Ahonen 1993, 44.)

Rytmillä voi olla myös rohkeutta lisäävä vaikutus. Esimerkiksi eri kulttuureissa käytettyjen sotatanssien tarkoituksena on ollut vahvistaa ja kasvattaa taisteluun lähtevien miesten rohkeutta ja eräässä mielessä saattaa heidät transsin kaltaiseen tilaan. (Ahonen 1993, 44.)

Nopeutuva ja kiihtyvä rytmi koetaan tavallisesti hallinnan menetyksenä tai paniikkina kuten esimerkiksi Tappajahai-elokuvan musiikki. Muodoton ja kaoottinen rauhattomuus ja siihen liittyvä hallinnan menetys onkin tavallisesti eräs pelottavimpia asioita, joita ihminen voi kokea. (Ahonen 1993, 44.)

5.2.2 Harmonia

Musiikin sydän on harmonia. Sen on todettu vaikuttavan suoraan tunteisiin. On todettu, että duurisoinnut luovat rohkeuden ja voiman ilmapiiriä. Mollisointujen on todettu helpottavan surussa ja murheessa. (Ahonen 1993, 44) Usein duuria kuulee luonnehdittavan iloiseksi ja mollia surulliseksi soinnuksi. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että käytetty harmonia tulisi olla liitettyä sen hetkiseen tunnetilaan.

5.2.3 Melodia

Melodiolla voidaan vaikuttaa ajatuksiin. Nuotit virtaavat ajassa eteenpäin ja niiden teemat täytyy pitää mielessä, jotta voisi seurata melodian muotoa. Välillä teemat ovat jännittyneitä, välillä taas vapautuneita. Tämän on todettu vaikuttavan sekä laulajaan, soittajaan että musiikin kuuntelijaan fysiologisesti. Melodiakuluissa laskevat sävelkulut koetaan usein surumielisiksi ja nousevat myönteisiksi. (Ahonen 1993, 44.)

Melodiat syntyvät säveltäjien elämäkokemuksista ja niillä on syvä sisäinen tarkoituksensa. Saksalaisen romantiikan ajan säveltäjä Felix Mendelssohnin mukaan musiikin tarkoitus on kuitenkin liian täsmällinen ilmaistavaksi sanoilla. Hänen mukaansa se on rikkain taide, koska se kertoo sisimmästä sisimmän. Toisaalta se on köyhin taide, koska se ei sano mitään. (Helsingin Sanomat 2003, D1.)

5.3 Menetelmät ja työtavat

5.3.1 Musiikin kuuntelu

Musiikin maailmalla on omat lakinsa niin logiikan kuin ajankin suhteen. Musiikki on aikataidetta, se virtaa aina ajassa. Musiikkia kuunnellessa kuuntelija usein menettää todellisuuden tajun. Musiikki tulee, ei vain jostain ulkopuolelta, vaan myös hänestä itsestään ja hänen omista tunteistaan. Musiikin terapeuttisessa käytössä on olennaista se, mitä musiikki psyykessämme liikuttaa ja mitä mielikuvia se meissä herättää. Musiikkia kuunnellessamme voimme sisäisessä maailmassamme tavallaan nähdä monia asioita esimerkiksi värejä, muotoja, tilanteita sekä kokea hajuja ja makuja. Samalla melodia, rytmi ja harmonia saavat aikaan ikään kuin uuden merkityksen omassa itsessämme. Musiikin ainutlaatuiset ominaisuudet ovat eräänlaisia ajattelun muotoja, joilla viritetään, käsitetään ja viestitään erilaisia psyykkisiä merkityskokonaisuuksia. (Ahonen 1993, 44 - 45.)

Ihmiset kuuntelevat musiikkia esimerkiksi rentoutuakseen, viihdyttääkseen itseään, tanssiakseen tai laulaakseen. Musiikin kuuntelutilanteessa ihmiset kiinnittävät huomion hyvinkin erilaisiin asioihin; joku kiinnittää huomiotaan äänen laatuun, toinen kulttuuriseikkoihin, kolmas esteettisyyteen ja joku laulajan ääneen tai tekniikkaan. Riippuu myös paljon ajasta, paikasta ja mielentilasta, millaisia tunteita musiikki kuuntelijassaan herättää. Myös täysin saman musiikin voi kuulaa aivan eri lailla eri aikoina. Joskus musiikki löytää meistä myös alueita, joita emme edes haluaisi tutkia kuten häpeää, pelkoa, inhoa ja muita enemmän tai vähemmän epärohkeita puolia itsestämme. (Ahonen 1993, 44 - 45.)

Tunteet ja muistot ovat usein sitoutuneena musiikkiin. Tapahtumat, jotka sattuvat aikoinaan, kun jokin tietty kappale soi radiossa jatkuvasti, nousevat tahtomattamme mieleen, kun vuosien kuluttua kuulemme tuon saman kappaleen uudelleen. Musiikki tallentuu ja sitä käsitellään eri kohdissa aivoja kuin puhetta. Siksi musiikkia apuna käyttäen voidaan dementiaa sairastavan muistovarastoista saada esille enemmän aineistoa kuin pelkän puheen avulla. Musiikki nostaa mieleen esimerkiksi lapsuuden maisemia ja tapahtumia sekä herättelee koko-

naisvaltaisia tunnelmia, joiden luuli iäksi kadonneen. Musiikkiterapeutit kutsuvatkin musiikkia aikakoneeksi, koska se voi silmänräpäyksessä kuljettaa ihmisiä vuosikymmenten päähän ja takaisin. Vanhat ja tutut laulut sekä ihmisen nuoruuteen ja tapahtumarikkaisiin vuosiin sijoittuvat musiikkikappaleet virkistävät mieltä. Esimerkiksi vanhan häävalssin sävelet voivat vetää apaattisen ja puhumattoman dementiaa sairastavan ihmisen suupielet korviin. Vaikka sanat ovatkin hukassa ja yhteys ympäristöön näyttää katkenneelta, ovat tärkeät tunnelmat jossain sisimmässä vielä tallella. Musiikki vaikuttaa meihin tahdostamme riippumatta, olimme musikaalisia tai emme. Se tunkeutuu jopa nukkuvankin ihmisen aivoihin. (Mäki 1998, 67 - 68.)

Kliinisessä musiikkiterapiassa musiikin kuuntelun tavoitteina on esimerkiksi edistää vastaanottavaisuutta, herättää kehollisia reaktioita, aktivoida tai rentouttaa, kehittää auditiivisia tai motorisia taitoja, herättää affektiivisia tiloja ja kokemuksia, mahdollistaa muistoja ja regressiota, herättää mielikuvia ja fantasioita sekä stimuloida niin sanottuja flow-kokemuksia. (Jordan-Kilkki, Päivi, luento 30.10.2007)

Passiivisessa musiikkiterapiassa musiikki ikään kuin vain tuodaan asiakkaan luokse, ja vaikka potilas tilanteessa näennäisesti olisi passiivinen, aktivoi musiikki joka tapauksessa tahdosta riippumattomia ruumiintoimintoja. Se vaikuttaa esimerkiksi hengitykseen, pulssiin ja verenkiertoon. Neurofysiologisten toimintojen kasvaessa myös potilaan tietoisuus musiikista vähitellen lisääntyy ja hän saattaa alkaa reagoida siihen aktiivisesti. (Ahonen 1993, 180 -181.)

Aktiivisessa musiikkiterapiassa musiikin kuuntelua käytetään yleensä neljän erilaisen menetelmän mukaisesti: erittelevä ja analyttinen kuuntelu, eläytyvä eli tunnetasolla tapahtuva kuuntelu, mielikuvitusta stimuloiva kuuntelu sekä motorisesti stimuloiva kuuntelu. (Ahonen 1993, 180 -181.)

5.3.2 Laulaminen

Elias Lönnrot on todennut, että laulu on ihmiselle ikään kuin toinen kieli, jolla ihminen voi kertoa tunteistaan, koska tavallinen kieli ei löydä tarpeeksi sanoja. Laulaminen on ihmiselle luonnollisin musiikin harrastamisen muoto. Ilman apuvälineitä voidaan laulamalla ilmentää musiikillisia perusaineita kuten rytmiä, melodiaa ja rakenteita. Laulaminen ei ole pelkästään musiikillinen tapahtuma. Laulamalla voidaan ilmaista ja purkaa tunteita. Laulujen sisältämät roolisuojat auttavat myös arkoja ihmisiä itseilmaisussa. Laulaminen voi rentouttaa tai virkistää. Sitä voidaan käyttää myös tunnelman luojana. Laulaminen luo yhteenkuuluvuuden tunteen. Laulujen ja laululeikkien avulla voidaan myös auttaa ihmisiä sopeutumaan ryhmään. Laulamiseen ei välttämättä tarvita loisteliasta ääntä tai suurta musikaalista taustaa. Luonnollinen ja vivahderikas äänenkäyttö ovat hyvän laulajan tuntomerkkejä, laulamiseen ei tarvita erityislahjakkuutta. Useimmat ihmiset osaisivat laulaa, jos vain uskaltaisivat yrittää. Matka puheesta lauluun on lyhyt, mutta mikä on sitten laulamisen ja puhumisen ero? Laulamisen tempo on yleensä ainakin hitaampi kuin puheen ja useat ihmiset laulavat hieman korkeammalla säveltasolla kuin puhuvat. Sellaisetkin aikuiset, jotka eivät usko osaavansa laulaa, käyttävät tajuamattaan laulamisen keinoja esimerkiksi kutsuessaan lapsia ulkoa sisälle - olisi hyvin vaikeaa huhuilla käyttäen vain yhtä säveltä. Ja mikäli oma ääni kuulostaa rumalta omassa korvissa on syytä muistaa, että esimerkiksi variksen pojan mielestä maailman kaunein ääni on oman emon raakkuminen! (Krokkfors 1985, 8 - 10.)

Laulamista voidaan käyttää musiikkiterapiamenetelmänä monin tavoin. Laulaminen musiikkiterapiassa voi olla esimerkiksi prosessia painottavaa laulamista ryhmässä. Ennen paneutumista varsinaisen musiikin toteuttamiseen laulaen tai hyräillen olisi hyvä soittaa kappaleen melodia läpi, jotta ajatus alkavasta musiikillisesta tapahtumasta viriää. Tällä tavalla voidaan kutsua muut ihmiset mukaan tilanteeseen käyttämällä tutun melodian tarttumapintaa ja antamalla heille aikaa ymmärtää, mistä on kyse. (Heimonen & Voutilainen 1998, 79.)

Laulu tehostaa sekä hengitystä että parantaa verenkiertoa. Myös aivotoiminta vilkastuu ja muisti terästyy. Kliinisessä musiikkiterapiassa laulamisen tavoittee-

na on kehittää sensomotorisia taitoja, muistitoimintoja, huomiokykyä, ryhmätaitoja, vuorovaikutustaitoja sekä ajatusten ja tunteiden tulkitseminen. (Anttila ym. 2004, 332.)

Laulaminen kannustaa myös fyysisiin suorituksiin ja on olennainen osa vanhus-ten kokonaisvaltaista kuntoutusta. Kehon tuntemukset ovat perustana itsenäisyydelle. Äänen tuottaminen - laulaminen - aiheuttaa värähtelyä eri puolilla kehoa, se resonoi onteloissamme ja välittyy kiireestä kantapäähän. Ihminen itsessään on kuin kitara kaikukoppineen ja kauloineen. Laulaen voimme siis vahvistaa dementoituneen kehonkuvaa eli mielikuvaa omasta kehostaan. (Dementia-uutiset 98, 7.)

5.3.3 Musiikin valinta

Musiikki ilmentää ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa ja johdattelee muistoihin ja merkityksiin. Sillä voidaan tavoittaa myös inhimillisen kokemuksen ainutlaatuiset ja kenties muilla keinoin tavoittamattomatkin olotilat. Musiikin kokemisen lähtökohtana ovat kunkin yksilön sisäiset mielen ideat ja niiden tulkinnat. Näiden ilmenemismuotona toteutuvat aistein kuultavat musiikilliset elementit, niiden erilaiset soinnilliset ominaisuudet sekä niihin mahdollisesti liitetyt sanoitukset. Lähtökohta musiikin tekemiseen esimerkiksi säveltämisen, soiton tai laulun keinoin on siis ihmisen sisäinen tahto tai ehkäpä useimmiten heikosti tiedostettu pyrkimys tuoda esiin jotain hyvin sisäistä ja yksilölliseen kokemiseen liittyvää psyyken ainesta. Musiikin olemus on siis mielen olemusta, jota soivat äänen rakenteet aineksineen ilmentävät. Näin ajateltuna siis musiikin ominaisuuksista ihmiselle tärkein ja läheisin on sen aito tulkinta, ei niinkään sen ulkoinen soinnillinen moitteettomuus tai korkeakulttuurinen niin sanottu oikea toteuttamistapa. Näihin raameihin ei myöskään sovellu arvottava käsitys oikeasta tai hyvästä musiikista. Ainutlaatuista ja arvokasta on musiikin aktivoiva yksilöllinen ymmärtäminen ja omaan henkilökohtaiseen kokemusmaailmaan sulauttaminen, jonka on todettu olevan sairaudesta tai kehitysvaiheesta riippumaton. (Heimonen & Voutilainen 1998, 66.)

Potilaan elämän aktiivisimman ja tapahtumarikkaimman ajan laulut ovat osoittautuneet kliinisessä musiikkiterapiassa verrattomaksi tarttumapinnaksi. Yleensä ihmiset muistavat parhaiten musiikin, joka oli suosittua aikana jolloin he olivat 18 - 25-vuotiaita. Tärkeintä on yksilöllisyyttä ja omanlaisia valintoja kunnioittava ilmapiiri, jossa lauluja uskaltaa toivoa ja jossa kaikenlaiset tarpeet otetaan huomioon. (Ahonen 1993, 287-288.); (Heimonen & Voutilainen 1998, 71- 72.) Itse vertaisin musiikkia ruokaan: kaikki eivät pidä kaikista ruoista yhtä paljon tai yhtä vähän. Sama pätee musiikkiin.

Musiikki on jotain, joka on syntynyt ihmisen sisäisten mielen prosessien tuloksena ja kuulija puolestaan muuntaa sen omiksi mielensä prosesseiksi. Jokaisen meidän mielen prosessimme ovat aika lailla erilaisia, koska taustamme ja elämäkokemuksemme on erilainen. Täten tietyllä varauksella voidaan suhtautua esimerkiksi kokoelmiin, joita kaupitellaan vaikka yleispäteväksi rauhoittavana musiikkina. Se mikä rauhoittaa yhtä saattaa raivostuttaa toista. Ajoituksellakin on merkityksensä eli sillä mihin tunnetilaan jokin musiikki tarjoillaan. (Helsingin Sanomat 2003, D1.)

6 RYHMÄTOIMINTA

6.1 Ryhmän ohjaaminen

Ryhmän ohjaaminen vaatii tietoisuutta toiminnan tarkoituksesta. Ohjaaja luo edellytyksiä ryhmän toiminnalle järjestämällä kokoontumistilan ja vastaamalla tiedottamisesta. Kokoontumistilanteissa hänen tulisi auttaa ryhmän jäseniä täsmentämään tavoitteitaan, pääsemään tarkoituksenmukaiseen työnjakoon sekä selvittämään keskinäisiä suhteitaan. Jokainen ryhmä tarvitsee ohjausta, koska muuten ryhmä ei saavuta niin sanottua kaksoistavoitettaan eikä tällöin myös toimintansa tarkoitusta. Kaksoistavoite tarkoittaa tehokkuudesta ja kiinteydestä huolehtimista. Ryhmäilmiön luonteesta johtuu se, että ryhmädynaamiset tekijät saattavat säätelämättöminä tuottaa häiriöitä ryhmän jäsenten tehtäväsuoritukseen, heidän keskinäisiin suhteisiinsa sekä ryhmän ja ympäristönsä suhteeseen. (Jauhiainen & Eskola 1994, 136.)

Ryhmä on vahva väline väärin käytettynä. Käyttäjä voi säädellä ryhmädynamiikkaa tarkoitustensa mukaisesti, mikä asettaa käyttäjälle aina eettisen vastuun. Kaikki päätökset tekevä ohjaaja voi ryhmää hyväkseen käyttäen yhdenmukaistaa, manipuloida ja alistaa jäseniä omiin päämääriinsä päästäkseen. Demokraattisesti toimiva ohjaaja toimii ryhmän päätösten mukaisesti ja lähtee jäsenten asettamasta tavoitteesta. Hänelle ryhmädynamiikka on jäsenten toimimista edistävä, ei heitä manipuloiva tai alistava väline. Vastuun ottaminen ryhmän kaksoistavoitteen saavuttamisesta on nimenomaan ohjaajan päätehtävä. Ryhmän toiminnan tarkoitus ei toteudu, jos kaksoistavoitetta saavutetaan. Päätehtävää suorittaakseen ohjaaja mahdollistaa, organisoii ja kokoaa yhteistoimintaa kaksoistavoitteen suuntaan. Ohjaajan tehtävä on ryhmän välttämätön toiminto, jonka kannalta ei ole niin tärkeää kuka sitä hoitaa. Tehtävästä voi hyvin vastata ulkopuolelta nimetty henkilö, esimerkiksi ammattinsa puolesta siitä huolehtiva henkilö. (Jauhiainen & Eskola 1994, 139–141.)

Ohjaajan asema määräytyy ryhmässä hänen tehtävästään. Ohjaajalla on päävastuu ryhmän tehtäväsuorituksen ja kiinteyden edistämisestä, minkä tulee ohjata kaikkea hänen toimintaansa. Hän ei siis esimerkiksi saisi käyttää ryhmää omien kiinnostuksenkohteidensa ajamiseen, kuten muut jäsenet ryhmäsopimuksen rajoissa voivat. Ryhmän edun tulee suunnata hänen ohjaustekojaan. Ohjaaja on auktoriteettiasemassa tehtävänsä vuoksi ryhmässä ja siihen liittyvien tunteiden kohteena. Hänen tehtävänsä edellyttävät osittain vallankäyttöä, mikä tulisi tehdä tietoisesti ja tuoda yhteiseen keskusteluun. Ohjaajan suhtautumistavalla on auktoriteettiaseman vuoksi erityinen merkitys koko ryhmän yksittäisiin jäseniin, ryhmäkokonaisuuteen, sen ulkopuolisiin henkilöihin, käsiteltävään asiaan sekä ryhmän toimintatapoihin. Tämän johdosta hänen on ilmaistava kannanottonsa vastuullisesti. (Jauhiainen & Eskola 1994, 146–147.)

Ohjaajan asemasta ja tehtävästä seuraa hänen ja ryhmän välille suhde, jota hän tietoisesti käyttää ryhmän ja osallistujien toimintakyvyn edistämiseen. Ohjaajalla on velvollisuuksia ryhmäkokonaisuutta että yksittäisiä jäseniä kohtaan. Hänellä tulee olla herkkyyttä yksittäisen jäsenen pyrkimyksille ja tarpeille, mutta hän ei voi vastata mahdolliseen tarpeeseen tulla jatkuvasti huomatuksi erityistapauksena erityisoikeuksin. Liittoutumien välttäminen ja tasapuolisuus edellyttävät ohjaajalta hyvää itsetuntemusta. Ryhmän prosessin alkuvaiheessa yksittäisten jäsenten ja ohjaajan väliset suhteet hallitsevat tapahtumia. Suhde ryhmäyöntekijään kehittyy sillä perusteella miten jäsenet kokevat hänen auttavan ryhmän rakentumisessa. (Jauhiainen & Eskola 1994, 147.)

Ohjaajan toiminta on ohjaustekoja. Ohjausteot eivät ole mitä tahansa tilanteen virittämiä spontaaneja toimia, vaan tietoista, tavoitteellista ja perusteltavissa olevaa ryhmädynaamisten tekijöiden käyttämistä. Tekeminen ja tekemättä jättäminen, puhuminen ja vaikeneminen ovat samanarvoisia ohjaustekoja, jos ne tehdään tavoitteellisesti. Ohjaaja pyrkii tilannearvionsa pohjalta ohjaamaan prosessia tavoitteen suuntaan ja muuttamaan tilanteen dynaamista kenttää. Ohjauksen tulee siis aina perustua toisaalta ryhmän toiminnan tarkoitukseen ja tavoitteisiin, toisaalta käsillä olevaan tilanteeseen ja siinä ilmeneviin toimimisen tarpeisiin, ei ulkopuolelta tuleviin vaatimuksiin, yleisesti hyväksytyihin menette-

lytapoihin tai ohjaajan itsensä omaksumaan ryhmätyötekniikkaan. (Jauhiainen & Eskola 1994, 147-148.)

Ohjaajan on kehittyäkseen jatkuvasti tutkittava itseään ja toimintatapojansa. Tuloksellisia ohjaustekoja tehdäkseen ryhmätyöntekijä tarvitsee tilannetajua, kykyä ja uskallusta hetkessä toimimiseen sekä joustavuutta ja spontaaniutta. Ryhmän on saatava itse säätää etenemisensä tarpeidensa, tavoitteidensa ja voimiensa mukaisesti. Prosessin edistäminen kohti toiminnan tarkoitusta vaatii ohjaajalta kyselevää ja tutkivaa suhtautumista tilanteen tapahtumiin. Toteava ja vain tilanteita tarkasteleva suhtautuminen ei auta ymmärtämään kokonaisuutta. Etsiessään jatkuvasti selityksiä tapahtuvalle ohjaaja tekee mielessään oletuksia ja tulkintoja tilanteen dynamiikasta ja usein ryhmän toimintaa edistää niiden ilmaiseminen ja niistä keskusteleminen. Lisätäkseen osallistujien itsetuntemusta ohjaajan on oltava tietoinen oman toimintansa ymmärtäjä ja kehittäjä. Hänen tulee havainnoida aktiivisesti ryhmää jatkuvassa vuorovaikutuksessa sen kanssa ja olla kykenevä muuttamaan omia käsityksiään sen tilanteesta. Hänen on jatkuvasti arvioitava aiempien ohjaustekojensa vaikuttavuutta uusia suunnitellessaan. Hänen tulee pohtia ovatko aikaisemmat teot todella ohjanneet ryhmää kohti kaksoistavoitetta ja toiminnan tarkoitusta. (Jauhiainen & Eskola 1994, 161.)

6.2 Musiikin käyttö ryhmässä

Ryhmän ensisijaisuutta suhteessa yksilöön ei voi kiistää. Peilaaminen ympärillä oleviin ihmisiin alkaa jo heti lapsena perheen toimiessa ensimmäisenä ryhmänä. Ryhmän hyväksyntä, asioiden yhdessä jakaminen ja kokeminen mahdollistavat korvaavat kokemukset ihmissuhteissa vanhuusiälläkin. Musiikin käyttö ryhmässä tarjoaa erityisen mahdollisuuden sulautua yhteisen kokemisen ja hyväksynnän maailmaan, jossa musiikillinen luominen ja eri tavoin toteuttaminen on miellyttävä, helposti omaksuttava keino aktiviteetin ja vireyden ylläpitämiseen sekä oman ilmaisun kanavoimiseen ympäristön hyväksymällä, musiikin mahdollistamalla tavalla. Ryhmässä koetaan yhteisiä asioita, lähennyttään ja opitaan tuntemaan toisia paremmin. Musiikki eri tavoin toteutettuna yhdessä on

vuorovaikutuksellinen tapahtuma, joka pitää sisällään yksilön persoonaa vahvistavaa hallinnan kokemista, tilanteen ajan ja paikan jäsentymistä. Musiikin avulla voidaan kertoa muille asioita, jotka muuten olisivat sopimattomia tai vaikeita ilmaista. (Taipale 96, 26.)

6.3 Ryhmien suunnittelu

6.3.1 Ryhmän tarkoitus

Toimintansa tarkoitusta toteuttaessaan ryhmällä on kaksi tavoitetta, jotka ovat kiinteydestä ja tehokkuudesta huolehtiminen. Tämä ryhmän tunne- ja asiataavoitteesta koostuva kaksoistavoite on erottamaton kokonaisuus. Ryhmän toiminnan tarkoitus määrää sen asiataavoitteen eli tehtävän. Täten kunkin ryhmämuodoksen asiataavoite on erilainen. (Jauhiainen & Eskola 1994, 52 & 109–110.) Tässä opinnäytetyössä ryhmien toiminnan tarkoitus oli käyttää musiikkia terapeuttisesti laulaen ja kuunnellen. Näihin musiikin toteuttamismuotoihin päädyin niiden suhteellisen helpon toteutettavuuden vuoksi.

Tehtäväsuorituksen tehokkuus riippuu ryhmän kiinteydestä eli tunnetavoitteen saavuttamisesta sekä koossa pysymisestä. Kiinteys puolestaan riippuu osaltaan keskinäisistä suhteista ja toisaalta siitä kuinka tyytyväisiä jäsenet ovat ryhmän tehtäväsuoritukseen. Tavoitteellisella ryhmällä on kaksi olemassaolon perustetta. Psykologinen perusta sisältää yksilön halun ja mahdollisuuden toteuttaa persoonallisia tarpeitaan. Sosiaalinen perusta sisältää ryhmän jäsenten yhteisen halun muuttaa ympäristöään sosiaalisesti tai fyysisesti. Ryhmän toiminta on tasapainoista vain, jos molemmat olemassaolon syyt on huomioitu. Ryhmä ei voi sivuuttaa yksilöiden tarpeita, mutta toisaalta yksilöiden on sovitettava kiinnostuksenkohteensa muiden etuihin. Päätöksenteon yhteisyys varmistaa tasapainoisen toiminnan. (Jauhiainen & Eskola 1994, 52 & 109–110.) Tässä opinnäytetyössä ryhmien kiinteyden oli tarkoitus perustua osaltaan siihen, että asukkaat olivat toisilleen entuudestaan tuttuja ja tilat olivat tutut. Toisaalta siihen, että musiikiksi oli valittu asukkaille tuttuja lauluja, jotka aktivoivat muistoja

elämän varrelta. Ryhmissä oli tarkoitus pyrkiä siihen, että jokainen osallistuja saa mahdollisuuden toteuttaa omia persoonallisia tarpeitaan kuitenkin yhteisen toiminnan tarkoituksen säilyessä.

6.3.2 Kohderyhmä

Ryhmän suunnittelussa on harkittava tarkoin niiden ihmisten tarpeita ja tilannetta, joille ryhmää suunnitellaan. Yksilöt ovat ryhmän voimanlähteitä ja toimijoita. Vaikka ryhmä ei olekaan jäsentensä summa, sen toiminta riippuu myös siitä, minkälaisia jäseniä siinä on. Jäsenten ominaisuudet ovat yksi ryhmädynamiikkaan olennaisesti vaikuttavista tekijöistä, koska jäsenet virittyvät toistensa erilaisista toimintapanoksista eri lailla. Jäsenten ominaisuudet sekä rajoittavat että mahdollistavat yhteistoimintaa. Jäsenen antama panosta ryhmään voidaan arvioida kahdesta näkökulmasta. Ensiksi se riippuu hänen henkilökohtaisista ominaisuuksista ja siitä miten hän kokee voivansa käyttää niitä ryhmätilanteessa. Toiseksi panos riippuu siitä, miten jäsen sijoittuu ryhmän sisäisiin suhdejärjestelmiin. Kolmantena koostumusta määrittävänä tekijänä ovat jäsenten tarpeet ja odotukset. Yksi tarvitsee suuren ryhmän erilaisia ihmissuhteita ja moninaista toimintaa ja toinen tiettyssä elämänvaiheessa pienen ryhmän tiivistä yhteisyyttä. Ryhmän toiminnan kannalta on olennaista jäsenten yhteensopivuus tavoitteiden kannalta keskeisten ominaisuuksien suhteen. Yleensä yhteensopivuuden kriteeriksi riittää yksikin toiminnan tarkoituksen kannalta tärkeä ominaisuus. Tavoitteena ei ole samankaltaisuus, vaan yhteensopivuus. Jäsenten muut ominaisuudet voivat erota toisistaan merkittävästikin. (Jauhiainen & Eskola 1994, 107–109.); (Salminen 1997, 52.)

Suunnitellessani musiikkiryhmiä Sinikaislaan ja Emma-kotiin oli otettava huomioon, että kohderyhmä tulisi koostumaan keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavista ihmisistä. Tämä tuli pitää mielessä varsinkin vuorovaikutuksessa, jonka tuli olla selkeää kuten kaiken muunkin toiminnan. Toisaalta oli pidettävä mielessä, että kohderyhmässä olisi yhtä paljon eroavaisuuksia keskenään kuin muissakin ryhmissä - ellei jopa enemmän. Jokainen osallistuja olisi varmasti oma persoonansa - jokaisella tulisi olemaan omat henkilökohtaiset ominaisu-

det ja tavat käyttää niitä ryhmätilanteessa. Jokainen ryhmän jäsen tietäisi myös oman sijoittumisensa ryhmän suhdejärjestelmiin johtuen siitä, että kaikki olisivat toisilleen entuudestaan tuttuja. Ryhmän jäsenten odotukset ryhmältä saattoivat erota myös paljon keskenään. Toinen saattoi toivoa vierailevaa esiintyvää taiteilijaa – toinen taas yhdessäoloa ja yhteislaulua.

6.3.3 Ryhmän vetovoima

Ryhmän kiinteys ja koossa pysyminen perustuvat vetovoimaan. Vetovoima motivoi jäseniä ryhmään liittymiseen. He tuntevat vetovoimaa joko ryhmän tehtävään ja toimintaan tai toisiinsa henkilökohtaisesti. Vetovoima ja liittymismotivaatiot voivat olla tehtävä- tai henkilökohtaisia. Ryhmän henkilökohtaiseen vetovoimaisuuteen vaikuttavat ne hyödyt, joita jäsen kokee ryhmästä saavansa eli jäsenyyden palkitsevuus. Hyödyt voivat olla konkreettisia tai liittyä esimerkiksi toiminnan kiinnostavuuteen, ihmissuhteiden tyydyttävyyteen tai jäsenyyden tuottamaan sosiaaliseen arvonantoon. Jäsenyydestä saadun tyydytyksen tulee olla vähintään yhtä suuri kuin jäsenen ryhmään sijoittama panos, jotta ryhmäkokemus tuntuisi palkitsevalta. Liittymismotivaatiot vaikuttavat ratkaisevasti jäsenten jäsenyyteen ja sitoutuneisuuteen. Ne voivat olla vain ulkokohtaisia, toisten velvoittamia tai oletettavia, jolloin jäsenyydestä muodostuu nimellinen. Nimellisjäsen tietää velvollisuutensa ryhmässä, mutta ei tunne olevansa osa sitä eikä sitoudu siihen, jolloin hän saattaa sabotoida ryhmän toimintaa. Motiivit voivat toisaalta olla jäseneksi pyrkivästä itsestään lähteviä, jolloin syntyy psykologinen jäsenyys. Tällöin jäsen tuntee olevansa osa ryhmää ja sitoutuu antamaan siihen panoksensa. Liittymiseen voidaan velvoittaa ulkoa päin, psykologinen sitoutuminen syntyy vain sisäsyntyisesti ja pakottamatta. Vasta psykologinen sitoutuminen ryhmän toimintaan, ihmissuhteisiin tai tavoitteisiin synnyttää kiinteyttä ryhmään. (Jauhiainen & Eskola 1994, 103-104.)

Tässä opinnäytetyössä ryhmien vetovoiman oli tarkoitus perustua musiikin vetovoimaan. Tarkoituksena oli, että tutut laulut houkuttelisivat asukkaat liittymään ryhmään. Ketään ei velvoitettaisi osallistumaan ryhmään tai vain oletettaisi, että asukas haluaa osallistua - kaikkien omaa tahtoa kuunneltaisiin ja kunnioitettaisiin.

siin. Toisaalta ryhmän vetovoiman oli tarkoitus perustua myös siihen, että ryhmäläiset tunsivat vetovoimaa toisiinsa henkilökohtaisesti, koska he olisivat toisilleen tuttuja entuudestaan.

6.3.4 Ryhmäkoko

Ryhmä on suunniteltava huolellisesti, jotta jäsenet hyötyisivät siitä. Yksi merkittävä asia on ryhmän koko. Ryhmä on silloin turvallinen ja kodikas, kun siinä säilyy mahdollisuus kasvokkain oloon. Ryhmä alkaa tuntua ryhmältä, kun siinä on vähintään viisi jäsentä. Vuorovaikutuksen luonne alkaa muuttua, kun jäseniä on yli kymmenen. Suuressa ryhmässä alkaa olla vaikeuksia saada kosketusta todellisiin tapahtumiin. Ryhmän koon kasvaessa jokainen jäsen joutuu tyytymään siihen, että jotkut tapahtumat menevät ohitse ja joutuu pakostakin jäämään joidenkin asioiden ulkopuolelle. Kaikkea ei voi enää tarkistaa ja varmistaa, jolloin todellisuuden aukkoja on pakko paikkailla mielikuvilla. Pienryhmässä jokaisen on mahdollista olla henkilökohtaisesti vuorovaikutuksessa kaikkien muiden jäsenten kanssa. Pohdittaessa ryhmäkoon vaikutusta toimintaan on yleisesti merkittävämpää syntyvien vuorovaikutussuhteiden lukumäärää kuin jäsenten määrää. Suhteiden määrän kasvaessa muuttuu myös niiden laatu. Ihminen ei pysty pitämään yllä yhtä merkittäviä suhteita kahteenkymmeneen ihmiseen kuin viiteen. (Jauhiainen & Eskola 1994, 109–110.); (Salminen 1997, 50.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoitus oli, että mukaan ryhmiin pääsivät kaikki halukkaat asukkaat eli suurimmillaan osallistujamäärä oli mahdollista olla 16. Halusin, että mahdollisimman moni saisi terapeuttista hyötyä ryhmistä. Tämä oli mielestäni mahdollista siksi, että ryhmä ei ollut joukko toisilleen vieraita ihmisiä vaan ryhmä oli tiivis ja toisilleen tuttu entuudestaan. Tämän vuoksi ajattelin, että vaikka ryhmäkoko olikin suuri, ei vuorovaikutus kärsisi siitä merkittävästi.

6.3.5 Ryhmän ohjaaja

Ryhmän suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös päätös siitä, työskenteleekö ohjaaja yhdessä useamman ohjaajan kanssa vai yksin. Jos päätöksenä on useamman ohjaajan yhdessä työskentely, olisi samalla viisasta päättää keskinäisestä työnjaosta. Ennen ryhmän käynnistymistä olisi myös hyvä selvittää kuinka ryhmää aiotaan ohjata. Kahta ryhmäohjaajaa on tarkoituksenmukaista käyttää muun muassa monimutkaisissa ryhmätilanteissa, jotka vaativat tarkempaa havainnointia, ohjaajien keskinäisen tuen ja turvallisuuden tunteen tuottamiseksi, heidän asenteidensa tai toimintatapojensa tarkistamiseksi tai koulutustarkoituksessa. Kahden ohjaajan työn yhteen sovittaminen ei kuitenkaan ole ongelmallista, vaan se vaatii heiltä jatkuvaa keskinäisen suhteen ja yhteistyön vaikutuksen tiedostamista. Kumpikin ohjaajista vaikuttaa olennaisesti ryhmän dynamiikkaan ja saattaa joutua heidän keskinäisten valtataistelujensa välineeksi tai saada jäseniä liittolaisikseen. Ohjaajat voivat myös alkaa kilpailla toisiaan vastaan. Eri sukupuolta edustavat ohjaajat tuovat erilaisia näkökulmia tilanteisiin, mutta yksiselitteisesti ei voida väittää, että mies ja nainen ohjaajina olisivat aina paras ratkaisu. Useampaa kuin kahta ohjaajaa voidaan käyttää, jos se on toiminnan kannalta parasta. Ohjaajien määrän ja jäsenten määrän välisen suhteen tulee kuitenkin pysyä kohtuullisena, jotta ohjaajien panos ei ala vinouttamaan ryhmän toimintaa. Vuorovaikutuksen pääpainon on oltava ryhmässä, ei ohjaajien välisissä suhteissa. (Jauhiainen & Eskola 1994, 142.); (Salminen 1997, 50-59.)

Ryhmien suunnitteluvaiheessa suunnitelmani oli, että ryhmiä ohjattaisiin yksin, jotta yhteisen tekemisen tarkoitus pysyisi paremmin asukkaiden mielessä. Ajattelin myös, että ryhmien suunnittelu olisi hoitotyöntekijöille yksinkertaisempaa, kun ryhmät saisi suunnitella juuri niin kuin itse haluaisi. Toisaalta useamman ohjaajan yhteensovittaminen vaatisi jatkuvaa ohjaajien keskinäisen suhteen ja yhteistyön vaikutuksen tietoista erittelemistä. Halusin, että pääpaino pysyy asukkaissa.

6.3.6 Ryhmän arviointi

Ryhmän suunnitteluvaiheessa on hyvä ajatella jo etukäteen mistä lähdetään liikkeelle ja mitä saavutuksia toivotaan. Voi olla hyödyllistä, jos on olemassa tietyt kriteerit, joista voi päätellä, onko ryhmästä ollut apua vai ei. (Salminen 1997, 52.) Tässä opinnäytetyössä ryhmän arviointiin ei luotu erityisiä kriteerejä. Musiikin oli tarkoitus olla yksi kuntouttava hoitokeino hoitohenkilöiden muiden auttamiskeinojen lisäksi. Täten arviointi oli tarkoitus jättää hoitohenkilökunnan vastuulle - hoitohenkilökunta arvioi asukkaita päivittäin, joten erityiselle kriteeristöille ei ollut tarvetta.

6.3.7 Ohjeistus ryhmien ohjaamiseen

Opinnäytetyöni yhtenä tavoitteena oli luoda ohjeistus musiikin terapeuttiseen käyttöön (Liite 1). Ohjeistuksen tein tutkimalla aiheeseen liittyvää lähdeaineistoa sekä pohjautuen omaan aiempaan kokemukseeni aiheesta. Olin ohjannut vastaavanlaisia ryhmiä jo lukuisia kertoja ennen opinnäytetyötä. Täten minulla oli jo vankka näkemys siitä miten ryhmiä voisi järjestää ja ohjata. Tämän johdosta tein ohjeistuksen jo ennen ryhmien järjestämistä. Tämän tarkoitus oli antaa hoitotyöntekijöille tiivis tietopaketti aiheesta etukäteen. Ohjeistus ei ollut vielä lukkoon lyöty vaan siihen oli mahdollista tehdä vielä muutoksia ryhmien välissä ja niiden jälkeen. Tarkoitus oli tarkastella ohjeistusta kriittisesti ryhmien jälkeen.

7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS

7.1 Toiminnallisen työn aloitus

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin keväällä 2008. Olin tiedustellut sähköpostitse useamman dementiakodin halukkuutta kyseisen opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi ja useita halukkaita ilmaantuikin. Valitsin yhteistyökumppaniksi minulle entuudestaan tuntemattoman paikan, joka oli hyvien kulkuyhteyksien päässä ja joka vaikutti erittäin kiinnostuneelta aiheesta. Toisaalta paikassa oli muutakin kuntouttavaa toimintaa hoitotyöntekijöiden ulkopuolisten järjestämänä. Ensimmäisessä yhteydenotossa kerroin opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen. Mukaan lähetin myös opinnäytetyön keskeneräisen vaiheen, koska se sisälsi tärkeää teoriatietoa tulevaa varten. Tarkoituksena oli, että hoitohenkilökunta tutustuisi opinnäytetyöhön ennen ensimmäistä käyntiä paikassa.

Ensimmäisellä käynnillä Madetojan palvelutalossa kävin tutustumassa dementiakoteihin, niiden toimintaan ja tiloihin. Samalla kerralla esittelin omaa opinnäytetyötäni ja sen tarkoitusta. Tarkoitus oli siis käytännössä se, että hoitajat olisivat tutustuneet teoriaan, jonka olin kerännyt ja minä olisin esitellyt aiheen käytännössä. Tämän jälkeen tarkoituksena oli, että hoitohenkilökunta olisi alkanut itsenäisesti toteuttaa musiikin terapeuttista käyttöä minun avustuksella ja tuella. Tarkoituksena oli saada musiikkitoiminnalle jatkuvuutta, joka olisi edellyttänyt itseohjautuvuutta ja motivaatiota aiheeseen. Käynnin lopuksi allekirjoitimme opinnäytetyösopimukset alkavan yhteistyön merkiksi.

7.2 Ryhmien toteutus

7.2.1 Ensimmäinen kokoontuminen

Ensimmäinen käytännön musiikkituokio järjestettiin kaksi viikkoa ensimmäisen tutustumiskäynnin jälkeen. Tarkoituksena oli, että minä demonstroin musiikki-ryhmän johtamista omien taitojeni, tietojeni ja kokemukseni puitteissa. Minä säestin lauluja kitaralla ja lauloin, joka on minulle luonteva tapa tuottaa musiikkia, koska olen opiskellut molempia instrumentteja vuosia. Ryhmään osallistui 16 asukasta ja kolme hoitajaa minun lisäkseni. Olin tehnyt 20 lauluvihkoa ryhmälle, jotta jokaiselle riittäisi omansa. ”Yleensä ihmiset muistavat parhaiten musiikin, joka oli suosittua heidän nuoruudessaan, aikana jolloin he olivat 18–25-vuotiaita” (Ahonen 1993, 287). Lauluiksi olikin valittu dementiakodin asukkaille suurimmaksi osaksi tuttuja lauluja heidän omalta nuoruusajalta. Mukana oli kansanlauluja, vanhoja iskelmiä ja virsiä yhteensä 12 laulun verran. Tarkoitus ei ollut välttämättä, että jokainen laulu laulettaisiin, vaan lauluja sai toivoa ja niitä laulettaisiin toivomusten mukaan. ”Tärkeintä on kuitenkin yksilöllisyyttä ja omia valintoja kunnioittava ilmapiiri, jossa lauluja uskaltaa toivoa ja jossa kaikenlaiset tarpeet otetaan huomioon” (Ahonen 1993, 288).

Lauluvihkojen teksti oli pyritty tekemään mahdollisimman isoksi, jotta kaikki näkisivät lukea. Toisaalta ryhmäläisten ikäpolvessa laulaminen on ollut paljon luonnollisempi asia, jonka ansiosta laulujen sanat olivat hyvin muistissa – dementiaa huolimatta. Ryhmän aluksi esittelin itseni ja tulevan tapahtuman. Asukkaat vaikuttivat innostuneilta heti alusta lähtien. Musiikki toi muistoja mieleen, joka toi osalle asukkaista tarpeen puhua lauluista. Toisaalta pyrin myös itse aina laulun jälkeen avaamaan keskustelua laulun sanoista ja laulun tuomista tunnelmista. Välillä keskustelu kääntyi sivuraiteille, mutta pyrin hienovaraisesti kääntämään keskustelun ja ajatuksen itse tapahtumaan. Toisaalta en pyrkinyt liian kaavamaisesti suorittamaan valmiiksi laadittua ohjelmaa läpi. Pyrkimys oli kuitenkin kohdata asukkaat kokonaisvaltaisesti ja antaa tilanteen edetä sen luonnollisella tavalla. Yksi asukas esimerkiksi halusi lausua runon laulujen välissä ja annoin siihen mahdollisuuden. Kaikki asukkaat tuntuivat kuuntelevan

runoa niin antaumuksella, joten miksi ohjata ryhmää liian tiukasti. ”Dementoitunut tarvitsee usein aikaa keskusteluun ja tämän vuoksi on tärkeää toimia rauhallisesti, jotta myös keskustelun kulku on tarpeeksi rauhallinen” (Laaksonen 2004, 47). Ensimmäisellä kerralla ehdimme laulaa yhteensä kymmenen laulua, joka oli toisaalta riittävä määrä musiikin terapeuttiseen tarkoitukseen, mutta toisaalta osa asukkaista ei olisi malttanut lopettaa vielä. Ryhmän lopettaessa osa alkoikin tiedustelemaan heti seuraavaa kertaa.

Ryhmän jälkeen tarkoitus oli keskustella tapahtuneesta ja suunnitella tulevaa. Hoitajat olivat selkeästi mielissään musiikin positiivisesta vaikutuksesta asukkaisiin ja vaikuttivat innokkailta jatkoa ajatellen kysellessään seuraavaa kertaa. Keskustelimme lauluvalinnoista, ryhmän ohjaamisesta ja musiikin käytöstä terapeuttisesti eri tavoin. Jätin vastuun seuraavasta kerrasta osastonhoitajalle, jonka tehtävänä oli etsiä ohjaaja tai ohjaajia seuraavaa kertaa varten.

7.2.2 Toinen kokoontuminen

Toinen kokoontuminen oli viikon päästä edellisestä. Toisen kokoontumisen tarkoituksena oli aloittaa musiikin terapeuttinen käyttö hoitotyöntekijöiden toimesta minun avustuksella ja tuella. Saapuessani dementiakotiin huomasin kuitenkin, että kukaan hoitajista ei ollut valmistautunut ohjaamaan ryhmää. Niinpä ryhmän toteutumiseksi päätin ohjata myös tämän kerran. Osallistujia oli tällä kertaa 15 asukasta, neljä hoitajaa ja minä. Aikaa olin varannut ryhmälle 45 minuuttia, joka täyttyi. Lauluvihkot olivat samoja tuttuja, jotka olivat ensimmäisellä kerralla osoittautuneet toimiviksi. Tällä kertaa kaikki laulut laulettiin läpi – muutama kahden kertaan. Tässä oiva osoitus siitä, että ei tarvita erityisen suurta lauluvalikoimaa – samoja lauluja voidaan kerrata, koska tärkeintä ei ole mahdollisimman monipuolisen ja laajan ohjelmiston esittäminen vaan aito ihmisten kohtaaminen.

”Varsinkin dementoituvien hoitotyössä musiikin vastavuoroinen käyttö edellyttää käytettävän musiikin kiinnittämistä selkeään vuorovaikutukselliseen tilanteeseen ja pyrkimykseen aidosti kohdata ihminen. Kun yhteinen kieli on löytynyt, tarvitaan oikeanlaista tunnelmaa ja kuuntelemisen taitoa” (Heimonen & Voutilainen

1998, 76). Ryhmässä oli jälleen suuresta osallistujamäärästä huolimatta rento ja aito yhteenkuuluvuuden tunne. Lauluista keskusteltiin laulujen välissä – välillä vähän aiheen vierestäkin. Kaikki saivat kuitenkin ilmaista itseään omien rajoitustensa puitteissa. Yksi asukas lauloi välillä myös laulujen välit kuitenkin muita erityisesti häiritsemättä.

Ryhmän jälkeen ei jäänyt oikeastaan juurikaan aikaa purkaa tapahtunutta ryhmätilannetta, koska asukkailla alkoi lounas. Jätin siis asian jatkon sähköpostien ja puhelimen varaan, joiden kautta olin yhteydessä dementia kodin osastonhoitajaan. Jäljellä oli vielä yksi ryhmäkerta, josta toivoin, että joku hoitajista ohjaisi sen.

7.2.3 Kolmas kokoontuminen

Kolmas kokoontuminen oli oikeastaan toisen toisinto. Minä ohjasin 45 minuuttia ryhmää, joka oli järjestyksessään viimeinen. Osallistujia oli tällä kertaa 15 asukasta, kolme hoitajaa ja minä. Lauluviikko laulettiin läpi toivomusten perusteella. Jälleen toistettiin muutamia lauluja toiveiden mukaisesti. Ryhmässä oli jälleen avoin ja välitön tunnelma. Ryhmän päätteeksi kerroin asukkaille, että käyntini oli viimeinen. Tämä aiheutti pientä hämmennystä asukkaissa, josta päätin, että kyseiselle toiminnalle olisi halukkuutta jatkossakin. Se olikin ryhmän alkuperäinen tarkoitus, joka jäi ainakin nyt siis toteutumatta. Toisaalta jätin jälkeeni lauluvihkot, joita olimme käyttäneet, ja liitteenä olevan ohjeistuksen ryhmien pitämiseen, joten minulle jäi toivo siitä, että hoitajat laulaisivat asukkaille tuttuja lauluja heidän kanssaan tai ainakin asukkaat saisivat käyttää vihkoja halutessaan. Toisaalta sairauden oirekuva huomioiden asia vaatii hoitajilta pientä apua asukkaille.

7.3 Ryhmien arviointi

Ryhmiä oli alun perin tarkoitus arvioida hoitajien toimesta – täsmälleen samalla tavalla kuin hoitajat arvioivat asukkaita muutenkin päivittäin. Palaute hoitajien puolelta oli kuitenkin siinä määrin niukkaa, että arvioin ryhmät itse.

Tässä opinnäytetyössä ryhmien toiminnan tarkoitus oli käyttää musiikkia terapeuttisesti laulaen ja kuunnellen. Minulla oli tästä jo aiempaa kokemusta ja tiesin ne helpoiksi tavoiksi toisaalta tuottaa musiikkia mutta myös kohdata ihminen aidosti musiikin luomassa kentässä. Kaikki musiikki tuotettiin itse eli mitään nauhoitteita ei käytetty. Mielestäni tämä oli hyvä vaihtoehto siinä mielessä, että näin asukkaan pystyi kohtaamaan aidosti, vaikka tämä vain kuuntelisi soitettua ja laulettua musiikkia. Myös äänitteitä olisi voinut käyttää ja se olisikin saattanut madaltaa hoitajien osallistumiskynnystä.

Kohderyhmäksi olin valinnut keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavat ihmiset. Tämä toi ohjaamiselle ja ryhmien onnistumiselle omat haasteensa, mutta myös onnistumisen kokemuksia. Haastavimpana asiana kyseisessä kohderyhmässä koin ryhmien keskittymisen pitämisessä itse tarkoituksessa. Tämän vuoksi aika oli rajattu 45 minuuttiin, joka toimi tässä hyvin. Ryhmät itse asiassa jaksoivat loppujen lopuksi keskittyä yhteiseen tekemiseen paremmin kuin olisin odottanut.

Asukkaat vaikuttivat jokaisella kerralla innokkailta. Kukaan ei halunnut poistua ryhmästä kesken kaiken, vaikka se oli täysin sallittua. Toisaalta aina ryhmän loputtua asukkaat kyselivät jo seuraavaa kertaa. Laulut loivat yhteisöllisyyden hengen ja toivat asukkaiden mieleen vanhoja muistoja, joita he halusivat jakaa keskenään ja minun kanssa.

Jokaisella kerralla ryhmissä oli suuresta ryhmäkoosta huolimatta tiivis mutta rento tunnelma, jonka arvioin johtuvan siitä, että ryhmäläiset olivat toisilleen tuttuja jo entuudestaan. Suuret ryhmäkoot aiheuttivat sen, että ryhmään mahtui todella erilaisia ihmisiä, joilla oli sama sairaus – dementia. Ryhmiin saatiin kuitenkin luotua, tai pikemminkin se oli jo olemassa, yhteenkuuluvuutta. Hyvinkin

erilaiset ihmiset erilaisine tarpeineen toimivat keskenään sujuvasti ja toisiaan kunnioittavasti.

Ryhmien ohjaaminen onnistui yksin, mutta muista hoitajista oli hyötyä asukkaiden auttamisessa esimerkiksi oikean sivun löytämisessä lauluvihkosta. Ohjaajan on kehittyäkseen jatkuvasti tutkittava itseään ja toimintaansa. ”Tuloksellisia ohjaustekoja tehdäkseen ryhmäyöntekijä tarvitsee tilannetajua, kykyä ja uskallusta tässä ja nyt -toimimiseen sekä joustavuutta ja spontaaniutta” (Jauhiainen & Eskola 1994, 161). Oman tekemiseni arviointi on vaikeaa itsenäisesti. Onnistuin pitämään asukkaiden ajatukset pääsääntöisesti itse tarkoituksessa. Onnistuin myös muuttamaan toimintasuunnitelmaa alkuperäisestä tarpeen niin vaatiessa. Alkuperäisen tarkoituksen vastaisesti dementiakodin hoitajat eivät halunneet ottaa vastuuta ryhmien ohjaamisesta. Tämä johti siihen, että musiikkitoiminnalle ei saatu jatkuvuutta, joka olisi ollut toivottua.

Yhteenvetona voisi sanoa, että ryhmät olivat onnistuneita ja asukkaat pitivät niistä. Toiminnalle ei vain saatu jatkuvuutta.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Produktiosta saamani palaute hoitohenkilökunnan puolelta oli niukkaa. Hoitajat eivät sitoutuneet opinnäytetyöhön toivotulla tavalla, joka vaikeutti yhteistyötä. Osastonhoitaja vakuutti toiminnallisen osuuden alussa, että osastoilta löytyy muutama hoitaja, jotka ovat varmasti innostuneita aiheesta. Toiminnallisen osuuden jälkeen jäinkin pohtimaan, että oliko lopulta osastonhoitaja aiheesta eniten innostunut. Dementiahoitotyö on aika ajoin suhteellisen työlästä ja aika ei tahdo riittää tämänlaiseen kuntouttavaan toimintaan. Toisaalta ryhmien kokouksissa oli paikalla aina hoitajia, joten kiireestä tuskin oli kyse. Tärkeänä palautteena voidaan kuitenkin pitää dementiakotien asukkaiden positiivista vastaanottoa ja innostuneisuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää musiikin terapeuttista käyttöä hoitotyössä hoitotyöntekijöiden toteuttamana. Tarkoituksena oli tehdä opas musiikin terapeuttisesta käytöstä hoitotyöntekijöille ja järjestää demonstraatio aiheesta. Riittävän laajan taustatyön ansiosta koen saaneeni kasaan merkittävimmät asiat ohjeistuksen kasaamiseen.

Tässä opinnäytetyössä oli kyse toiminnallisesta opinnäytetyöstä, josta oli tarkoitus tuottaa ohjeistus. Tärkeimpänä toiminnallisesta osuudesta heränneenä johtopäätöksenä voitaisiin pitää sitä, että vastaavanlaiselle musiikin terapeuttiselle käytölle olisi tarvetta. Alkuoletukseni oli se, että jos hoitotyöntekijät saavat riittävät eväät, he kykenevät käyttämään musiikkia terapeuttisesti hoitotyössä. Ensin olisi kuitenkin saatava hoitohenkilökunta ymmärtämään kuntouttavan hoitotyön tarkoitus ja merkitys hoidettavalle.

Opinnäytetyön työstäminen on ollut pitkä prosessi, joka on tuonut mukanaan paljon haasteita. Olen oppinut uusia asioita sekä hoitotyöstä, musiikista että itsestäni. Välillä haasteet ovat tuntuneet ylivoimaisilta ja välillä ne ovat sitä olleetkin. Opinnäytetyön teon aikana oma ammatillisuuteni on ottanut ison harppauksen eteenpäin. Osin siihen voidaan pitää syynä opinnäytetyön antamaa ylitsepääsemätöntä haasteellisuutta. Toisaalta olen koko opinnäytetyöprosessin ajan tehnyt alan töitä, jolloin ammatillisuuteni on kasvanut myös käytännön töiden kautta.

8.1 Eettisyys

"Opinnäytetyön eettisyys merkitsee sitä tapaa, jolla opiskelija ja ohjaaja suhtautuvat työhönsä ongelmiin ja niihin henkilöihin, joiden kanssa ja joiden elämäntilanteesta tutkimusta tehdään" (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2007, 27). Tässä opinnäytetyössä eettiset kysymyksenasettelut ovat olleet mukana läpi koko opinnäytetyöprosessin. Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa työnaiheen valintaa, prosessista ja tuloksista kertomista ja tuloksien soveltamista. Aiheen ja metodien valintaan, työskentelyyn, julkaisemiseen ja soveltamiseen on liittynyt erilaisia eettisiä valintoja. Opinnäytetyöllä on pyritty rehellisyyteen ja läpinäkyvyyteen. Tässä opinnäytetyössä olen esimerkiksi joutunut pohtimaan sitä miten kirjoittaa kirjallista raporttia kunnioittaen kaikkia siihen osallistuneita kuitenkin niin, että todellinen tieto ja tapahtumat tulevat kuvatuksi totuudenmukaisella tavalla. Toisaalta olen pyrkinyt myös käytännön toteutuksessa toimimaan kaikkia siihen osallistuneita kohtaan kunnioittavasti, koska juuri he tekivät tämän opinnäytetyön mahdolliseksi.

8.2 Luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään toimintatapaa, joka perustuu eri näkökulmien arviointiin, pohtivaan, erittelevään ja kyseenalaistavaan suhtautumistapaan olemassa olevaa käytäntöä ja tietoa kohtaan. Materiaalia on pyritty seulomaan analyyttisesti ja tietoisin kriteerein. Olen pyrkinyt etsimään tehtävämukaista informaatiota ja tarkastelemaan kriittisesti tietoa, tiedon alkuperää, varmuutta ja luotettavuutta. Olen pyrkinyt myös pohtimaan asioita eri näkökulmista. Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman laajaa teorian tietoa, koska tarkoituksena ei ollut luoda uutta teoriaa. Ennemmin tarkoituksena on ollut tuoda käytäntöön olemassa oleva teorian tieto. Opinnäytetyön teorian tiedon kriittiseen tarkasteluun olen saanut hyvät eväät Sibelius-Akatemian musiikkiterapiaopinnoista. Toisaalta olen saanut tietoa suoraan myös musiikkiterapeutteina toimivilta ihmisiltä, joten olen saanut myös suoraan käytäntöön suuntaavaa uusinta tietoa. Toisaalta olen pyrkinyt suhtautumaan myös omaan toimintaani kriittisesti. Olen oppinut opinnäytetyötä tehdessäni miten vastaavan-

laisen työn voisi tehdä paremmin - olen siis kriittisen suhtautumisen avulla oppinut ns. kantapään kautta uutta sekä aiheesta että itsestäni.

LÄHTEET

- Ahonen, Heidi 1993. Musiikki - Sanaton kieli. Loimaan kirjapaino: Loimaa.
- Ahvo, Leea 1998. Hetkiä musiikkiterapeuttina dementoituneiden kanssa. *Dementiauutiset* 4, 7-8.
- Airila, Aira 2002. Vanhusten viriketoiminnan perusteet - opas vanhustyöntekijöille. SLU -paino: Kuntokallio.
- Alhainen, Kari; Erkinjuuri, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim.
- Anttila, Kyllikki; Hirvelä, Mervi; Jaatinen, Tiina; Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2004. Sairaanhoido ja huolenpito. WSOY: Porvoo.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Laaksonen, Ritva & Rantala, Leena. 2004. Ymmärrä - Tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.
- Heal, Margaret & Wigram, Tony 1999. Musiikkiterapia. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Granö, Sirpa 2005. Kuntoutus muistihäiriöisten ja dementoituvien hyvän hoidon kulmakivenä. *Sairaanhoidaja-lehti* 2, 11-14.
- Heimonen, Sirkka-Liisa & Voutilainen, Päivi 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy: Tampere.
- Helsingin kaupunki i.a. Madetojan palvelutalo. Viitattu 1.3.2009. http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/sosv/fi/Vanhusten%20palvelut/Palveluasuminen/Madetojan%20palvelutalo
- Jauhiainen, Riitta & Eskola, Marjatta 1994. Ryhmäilmiö. WSOY: Juva.
- Jordan-Kilki, Päivi 2007. Musiikkiterapeutti, Sibelius Akatemia. Helsinki. Luento 30.10.
- Kotirinta, Pirkko 2003. Sävel ohjaa tunteita. *Helsingin Sanomat*. 29.12.
- Krokkfors, Maisa 1985. Lapsi ja musiikki - Laulaminen. WSOY: Porvoo.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä - opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Juvenes Print Oy: Helsinki.

- Mäki, O & Stenberg, M 1998. Meidän kodin muisteluhetki. Tehokopiointi: Tampere.
- Räsänen, Eila 2004. Musiikin merkitys dementoituneen ihmisen elämässä. Dementiauutiset 2, 34-35.
- Salminen, Heimo 1997. Ryhmäanalyysin perusteet. SMS- julkaisut: Helsinki.
- Sinkman, Kristiina 2008. Sairaanhoidaja, Madetojan palvelutalo. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto 28.2.
- Suomen muistiasiantuntijat ry i.a. Yleistä dementiasta. Viitattu 4.5.2009
http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=6
- Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä 2001. Dementiapotilaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Lääkärilehti 56, 25-26.
- Suomen musiikkiterapiayhdistys ry i.a. Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa.
http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65
- Taipale, Markku 1996. Musiikkiterapia vanhusten hoitotyössä. Sairaanhoidajalehti 3, 24-26.
- Terveyskirjasto i.a. Suomalaisten terveys. Viitattu 4.4.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=suo&p_artikkeli=suo00035
- Therapia Fennica i.a. Dementiat. Viitattu 3.3.2009.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Dementiat>
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Helsinki.

LIITE 1: Musiikin käyttö dementiakodissa – käytännön vinkkejä

- Musiikin kuuntelu ja laulaminen ovat helpoimmat musiikin toteuttamismuodot.
- Musiikkia tulisi pyrkiä kuuntelemaan aktiivisesti.
- Ennen laulamista olisi hyvä soittaa tai muuten tuottaa kappaleen melodia läpi muistin virkistämiseksi.
- Taustäänitettä on hyvä käyttää laulamisen tukena, jotta löydetään sopiva sävellaji. Taustanauhana voi toimia äänite kappaleesta tai pelkkä säestysnauha. Äänitteen käyttö myös vähentää työntekijän painetta olla solistina - levyllä on solisti valmiina, jonka lauluun voidaan liittyä.
- Laulun sanat olisi hyvä tulostaa paperille isolla fontilla, jotta kaikki näkevät lukea niitä.
- Musiikin volyyymi tulisi säätää sopivaksi niin, että kaikki kuulevat, mutta kenenkään kuulo ei ole vaarassa.
- Laulut tulisi valita asukkaiden toiveiden perusteella.
- Työskentelytilana voisi toimia päiväsalin, koska se on riittävän tilava ja siellä on hyvät istuimet. Lisäksi musiikinkuuntelulaitteet sijaitsevat yleensä siellä.
- Ryhmässä työskentely mahdollistaa musiikkikokemuksen usealle ihmiselle samaan aikaan. Toisaalta se myös lisää yhteen kuuluvuuden tunnetta.
- Ryhmä on silloin kodikas ja turvallinen, kun siinä säilyy mahdollisuus kasvokkain oloon.

- Ryhmään osallistumisen tulisi olla vapaaehtoista, mutta yrittää tehdä siitä houkuttelevaa.
- Ryhmän tarkoitus on potilaiden kuntoutus - musiikki on vain työväline. Ryhmän toiminta perustuu asukkaiden tavoitteeseen. Ei ohjaajan tavoitteeseen.
- Vuorovaikutuksen ja kommunikaation tulisi olla pääroolissa.
- Kommunikoimassa asukkaan kanssa tulisi yrittää pitää mielessä, että kyseessä on aikuinen ihminen.
- Musiikki tuo dementoituneelle tarpeen päästä kommunikoimaan esiin tulleita mielen aineita. Yhdessä laulettu tai kuunneltu tuttu laulu aktivoi dementoituvan ihmisen usein laulun jälkeen tapailemaan sanoja ja merkityksiä, kertomaan musiikin herättämistä kokemuksista. Tällöin hän tarvitsee aikaa keskusteluun ja tämän vuoksi on tärkeää toimia rauhallisesti.
- Katsekontakti, fyysinen kontakti, nimen mainitseminen sekä muunlainen tuttuuden ja huomion osoittaminen ovat omiaan poistamaan esteitä hoitavan musiikkikokemuksen tieltä.
- Pyritään säilyttämään yksilöllisyyttä ja omia valintoja kunnioittava ilmapiiri, jossa lauluja uskalletaan toivoa ja jossa kaikenlaiset tarpeet otetaan huomioon.
- Selkeyden vuoksi ryhmällä tulisi olla vain yksi ohjaaja - avustajia tarpeen mukaan.
- Ohjaajan tulee pyrkiä säilyttämään herkkyyttä yksittäisten jäsenten tarpeille ja pyrkimyksille, mutta hän ei voi vastata näiden mahdolliseen tarpeeseen tulla jatkuvasti huomatuksi erityistapauksena erityisoikeuksin.

- Tekeminen, tekemättä jättäminen, puhuminen ja vaikeneminen ovat yhtä merkittäviä ohjaustekoja, jos ne tehdään tavoitteellisesti.
- Dementiaa sairastavien kanssa työskennellessä tulisi käyttää mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä toimintoja.
- Ohjaajan tulisi pyrkiä arvioimaan jatkuvasti aiempien ohjaustekojensa vaikuttavuutta suunnitellessaan uusia.