

Toimituskunta:

Jyrki Jyrkämä, vanhempi tutkija

Tuire Parviainen, kehittämispäällikkö

Anneli Sarvimäki, tutkimusjohtaja

Ilkka Syrén, tutkimussihteeri

# **VIRIKETOIMINNAN VAIKUTUS VAIKEASTI DEMENTOITUNEEN KÄYTÖSOIREISIIN**

**Airi Airila**

ISBN 978-952-5968-04-0 (PDF)

**ORAITA 3/2000  
GRODDAR  
SPROUTS**

© Ikäinstituutti ja kirjoittaja

## **ESIPUHE**

Kuntokallion tutkimus- ja kehittämisohjelman yhtenä teema-alueena on Toimintakyky ja kuntouttava liikunta. Toimintakyky käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Liikunnan ohessa viriketoiminnalla on tärkeä tehtävä ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitämisessä. Airi Airila on usean vuoden aikana perehtynyt nimenomaan viriketoiminnan mahdollisuuksiin ja antanut tähän aiheeseen liittyvää koulutusta.

Oheisessa kirjoituksessa Airi Airila on keskittynyt viriketoiminnan mahdollisuuksiin lievittää vaikeasti dementoituneiden ihmisten käytösoireita. Raportti on opinnäytetyö, joka on laadittu Dementiatyön kehittämisen erikoistumisopintojen (20 ov) yhteydessä. Koulutuksen järjestäjinä olivat Helsingin yliopiston aikuiskoulutuskeskus ja Suomen Dementiahoitoyhdistys ry. Työn ohjaajana on toiminut tutkija Ulla Eloniemi-Sulkava.

Anneli Sarvimäki  
tutkimusjohtaja  
Kuntokallio

## TIIVISTELMÄ

Dementiatyön eräs keskeinen haaste tällä hetkellä on dementoituneen henkilön hyvän olon ja toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään. Kokonaisvaltaisen hyvän olon tunteen voidaan ajatella myös ehkäisevän käytösoireiden esiintymistä. Viriketoiminta on eräs kuntoutusmuoto, jonka tehtävänä on vastata henkisiin tarpeisiin ja tuoda dementoituneen elämään hyvää oloa niillä tavoilla, joilla dementoitunut itse kykenee sitä vastaanottamaan. Vaikeasti dementoituneen kohdalla koetaan usein vaikeuksia sopivan viriketoiminnan löytämiseksi ja toteuttamiseksi. Tässä projektissa oli tarkoituksena seurata viriketoiminnan vaikutuksia vaikeasti dementoituneen henkilön käytösoireisiin. Lisäksi tavoitteena oli kokeilla viriketoiminnan onnistumista hoitotyön osana ja omahoitajan toteuttamana.

Osallistujina kokeilussa oli viisi vaikeasti dementoitunutta henkilöä, neljä naista ja yksi mies, joista kolme asui dementiayksikössä, yksi hoivakodin sekaosastolla ja yksi pienessä vanhainkodissa. Keski-ikä oli 87 vuotta. Osallistujiksi valittiin henkilöitä, joilla oli käytösoireita ja joiden omahoitajat olivat valmiita tulemaan mukaan kokeiluun. Kokeilu ja seuranta tapahtuivat yksilöllisesti jokaisen osallistujan omista lähtökohdista käsin. Virikkeelliset toiminnot valittiin sen perusteella, mistä kukin osallistuja nautti ja mistä hän oli kiinnostunut. Tärkeänä lähtökohdiana olivat asukkaan elämänkaaritiedot ja erityisen tärkeää oli selvittää aikaisemmat mielenkiinnon kohteet, elämänarvot, persoonalliset ominaisuudet ja nykyiset voimavarat. Näiden tietojen perusteella laadittiin viriketoiminnan toteuttamissuunnitelma ja aikataulu jokaiselle asukkaalle.

Jokaisesta osallistujasta tehtiin käyttäytymisen kuvaus, jossa tuli esille käyttäytymisen häiriö ja esiintymistilanne. Kokeilun alussa sekä lopussa tehtiin MMSE-testi, Cornell-testi ja Nosger-testi. Seuranta tapahtui myös havainnoimalla osallistujan fyysistä ja psyykkistä tilaa ennen ja jälkeen jokaisen toiminnan sitä varten tehdyn kaavakkeen avulla ja vertaamalla tuloksia keskenään. Käytöshäiriöitä seurattiin kokeilun ajan jokaisessa työvuorossa ja kirjattiin sitä varten tehtyyn kaavakkeeseen häiriön esiintyminen.

Toteutus suoritettiin siten, että jokaiselle dementoituneelle henkilölle tehtiin oma viriketoiminnan toteuttamissuunnitelma ja aikataulu. Omahoitaja huolehti suunnitelman toteuttamisesta. Kokeiluaika oli 4-6 viikkoa. Viriketoimintamuodoiksi valikoitui neljälle asukkaalle keskustelu/muistelutuokiot, kahdelle laulu, hengellinen toiminta kuten hengellinen musiikki ja jumalanpalvelukseen hiljentyminen ja ulkoilu. Lisäksi mukana oli muita aktiviteetteja kuten runot, sananlaskut, vanhat elokuvat, lattian lakaiseminen, kauneuden hoito sekä kuvien ja valokuvien katselu.

Tulokset osoittivat, että virikkeelliset toiminnot auttoivat lähes jokaista dementoitunutta sillä hetkellä, kun niitä tehtiin. Osallistujat nauttivat tilanteista poikkeuksetta. Useimmat olivat tilanteiden jälkeen koko päivän hyväntuulisia, ja häiriöitä oli vähemmän. Eniten vaikutuksia oli laulutuokioilla, tanssiaisilla ja hengellisen musiikin ja jumalanpalveluksen kuuntelemisella. Pitkäaikaista vaikutusta käytösoireiden vähenemiseen oli havaittavissa yhdellä asukkaalla. Virikkeelliset toiminnot onnistuivat hyvin työn ohessa. Ne eivät vieneet kohtuuttomasti aikaa, mutta vaativat sitoutumista asiaan.

## SISÄLTÖ

### TIIVISTELMÄ

### ESIPUHE

1. JOHDANTO	5
2. KÄYTÖSOIREET DEMENTOITUNEILLA VANHUKSILLA	5
3. VIRIKETOIMINTA DEMENTOITUNEIDEN HOIDOSSA	7
4. PROJEKTIN TAVOITTEET	10
5. AINEISTO JA MENETELMÄT	10
6. OSALLISTUJIEN TAPAUSSELOSTUKSET	11
• Aaro	12
• Aino	15
• Aila	17
• Laimi	20
• Saima	24
7. POHDINTA	26
LÄHTEET	29

## 1. JOHDANTO

Dementoituneiden lukumäärän voimakkaasti lisääntyessä tarpeet toimintakykyä ylläpitävään ja kuntouttavaan hoitokäytäntöön lisääntyvät. Viime vuosina on yhä enemmän alettu kiinnittää huomiota erilaisiin menetelmiin, jotka tuovat dementoituneelle hyvää oloa ja elämänlaatua. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja jopa parantaminen ja mielialan kohoaminen ovat mahdollisia myös dementoituneiden kohdalla. Vaikeasti dementoituneiden henkilöiden passivoivasta ja säilyttävästä hoidosta ollaan enenevässä määrin pääsemässä eroon ja siirtymässä hoitokäytäntöihin, jotka mahdollistavat hyvän yksilöllisen ja mielekkään elämän loppuun saakka.

Dementoituneen henkilön jääminen elämästä sivuun passiiviseksi vastaanottajaksi vie alaspäin toimintakykyä, mielialaa ja omanarvontuntoa sekä heikentää elämisen laatua. Sopivassa suhteessa tuen antaminen taas auttaa dementoitunutta elämään pitempään ns. hyvää elämää. Hyvä elämä tarkoittaa mm. sitä, että dementoitunut voi elää omanlaistaan elämää ympäristössä, jossa häntä ymmärretään hänen omista tarpeistaan käsin. Tällöin dementoitunut voi tuntea olevansa arvostettu ja hyväksytty, voi saada huomiota, kokea onnistumisia, hyvää oloa ja yhteenkuuluvuutta sekä olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tasa-arvoisena keskustelijana. Se vaatii henkilöstöltä ja erityisesti omahoitajalta paneutumista dementoituneen ihmisen elämänhistoriaan, arvomaailmaan, tapoihin ja tottumuksiin.

Nykyään puhutaan dementoituneen kuntouttavasta hoidosta tai toimintakykyä tukevasta hoidosta. Sillä tarkoitetaan hoitoasennetta, jolla tuetaan dementoituneen psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä toimintakykyä sekä ympäristöolosuhteita niin, että ne auttavat dementoituneen ihmisen selviytymistä. Se merkitsee hoitoa, jossa dementoituneen jäljellä olevat ja menetetyt voimavarat, kyvyt ja taidot pyritään löytämään ja tukemaan niitä jokapäiväisessä elämässä. Se vaatii hoitotyön tekijöiltä sitoutumista tavoitteisiin, suunnitteluun, arviointiin ja systemaattiseen seurantaan. Hyvä kuntouttava hoito ehkäisee myös käytösoireita (Sulkava ym. 1993).

## 2. KÄYTÖSOIREET DEMENTOITUNEILLA VANHUKSILLA

Käytöshäiriöt liittyvät yleisesti dementiaan. On arvioitu, että fyysistä aggressiota esiintyisi dementiapotilaista 2-60 %:lla, sanallista aggressiota yli puolella, vaeltelua noin 20 %:lla ja

levottomuutta lähes 40 %:lla. Masennusoireita on Alzheimer-potilailla eri tutkimusten mukaan todettu olevan noin 50 %:lla sairauden eri vaiheissa (Saarela ym.1997). Dementiaoireet kuten älyllisen suorituskyvyn heikkeneminen, muistin heikkeneminen, afasia, tunnistamishäiriö, hahmottamisen häiriö ja tahdonalaisen tekemisen häiriö aiheuttavat sen, että dementoituneen kokemus itsestään ja ympäristöstään tuo etupäässä pahaa oloa. Hän ei kykene ymmärtämään, mitä hänen ympärillään tapahtuu. Hän kokee pelkoa, ahdistuneisuutta, epäonnistumista, turvattomuutta, kaottista oloa ym. negatiivisia tunnetiloja. Nämä kokemukset lisäävät negatiivista käyttäytymistä kuten levottomuutta, harhailua, aggressiivisuutta ja harhaisuutta (Sulkava ym. 1993).

Käyttöoireet voidaan jakaa psykologisiin ja käyttäytymisen oireisiin. Tyypillisimpiä psykologisia oireita ovat mielialaongelmat, harha-aistimukset, harhaluulot, unihäiriöt ja ahdistuneisuus. Käyttäytymisen oireita ovat mm. fyysinen aggressiivisuus, vaeltelu ja kuljeskelu, rauhattomuus, huutelua, toistuva kysely, itkuherkkyys ja käyttäytymisen nopeat muutokset (Viramo 1998).

Käyttöoireet ovat viestejä dementoituneen tilasta. Ne viestittävät kaaoksesta ja pelon tunteista. Ne saattavat olla myös pakotie niistä epäonnistumisen ja tyhjyyden tunteista, joita dementoitunut kokee. Levottomuus tulee esiin lähes jatkuvana kävelynä tai muuna ruumiin liikkeenä, toistuvana kyselyinä, saman asian hokemisena, jatkuvana puhumisena tai harhailuna ja touhuiluna sekä hoitajan perässä kulkemisena. Dementoitunut kokee ympäristönsä sekavana ja kaottisena. Hän yrittää saada siihen otetta erilaisen liikehinnän avulla. Levottomuus saattaa olla merkki toiminnan puutteesta. Aggressiivisuus viestittää paitsi omaa ahdistusta niin myös huomion tarvetta, pelkoa, oman reviirin ja oman merkityksen ja pystyvyyden korostamisen tarvetta tai fyysistä vaivaa ja kipua (Sulkava ym. 1993).

Käyttöoireiden hoito on tärkeää dementoituneen elämänlaadun kannalta. Sitä tarvitaan, kun oireet rasittavat potilasta tai heikentävät itsestä huolehtimista, sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä. Hoitokeinoina ovat käyttäytymiseen ja ympäristöön vaikuttaminen sekä lääkitys (Koponen 1999). Kun on ensin suljettu pois somaattiset ja psykiatriset syyt ja lääkkeiden sivuvaikutukset, on ensisijaisena hoitona lääkkeettömät menetelmät, joita nykyään suositellaan enenevässä määrin. Tällöin korostetaan oireiden ymmärtämistä ja sen näkemistä, mistä on kysymys, kun käyttöoireita ilmenee. Se vaatii koko työryhmän yhteistä suunnittelua ja paneutumista dementoituneen tilanteeseen.

### 3. VIRIKETOIMINTA DEMENTOITUNEIDEN HOIDOSSA

Viriketoiminta on eräs kuntoutusmuoto dementiatyössä. Sillä ehkäistään toimettomuutta ja sen mukanaan tuomaa apaattisuutta, passivoitumista ja ennen aikaista voimavarojen alaspäinmenoa. Sen tehtävänä on vastata henkisiin tarpeisiin ja tukea toimintakykyä. Viriketoiminnalla pyritään dementoituneen henkilön elämänlaadun parantamiseen vaikuttamalla mielialaan, vuorovaikutussuhteisiin, ympäristöolosuhteisiin ja toimintakykyyn. Sillä tuetaan dementoituneen henkilön itsetuntoa luomalla edellytyksiä onnistumisen kokemuksille ja pystyvyydentunteille. Sen avulla tuetaan henkilön identiteettiä auttamalla häntä pitämään yllä niitä ominaisuuksia ja taitoja, jotka kuuluvat hänen persoonaansa ja joista hän nauttii. Raja sen välillä, mikä on juuri viriketoimintaa ja mikä hoitotyötä, ei ole jyrkkä. Hyvä kokonaisvaltainen hoito sisältää myös viriketoiminnan kaikki muodot osana kuntouttavaa hoitotyötä.

Viriketoiminnan toteutusmuodot voidaan jakaa esim. seuraavanlaisiin alueisiin:

- keskustelupohjainen toiminta (esim. muistelu, keskustelutuokiot, keskusteluryhmät, lehtikatsaukset)
- hengellinen toiminta (hartaushetket, laulut, lukeminen, keskustelu)
- harrastustoiminta/luova toiminta (laulaminen, soittaminen, musiikin kuuntelu, lukeminen, maalaaminen)
- aivovoimistelu (muistikuntoutus, pelit, leikit)
- virkistystoiminta (juhlat, retket, teatteri, konsertit, elokuvat, TV)
- käden taidot (askartelu, käsityöt)
- kotityöt (pöydän kattaminen ja korjaaminen, tiskaaminen, lakaiseminen ym)
- liikunnallinen toiminta (ulkoilu, pelit, leikit, tanssi)
- muu mistä nauttii (kauneudenhoito, kuvien katselu, musiikki, tuoksut, hieronta)

Tärkeitä ja paljon käytettyjä viriketoiminnan muotoja dementoituneilla ovat mm. muistelu, keskustelut, tuttujen laulujen laulaminen, osallistuminen juhliin, tanssiminen ja kotitöihin liittyvät asiat.

Lähtökohtana osallistumiseen ovat henkilön taustatiedot, mielipuuhat, kykyanalyysi ja hyvää oloa tuottavat asiat. Borell (1993) on tutkimuksissaan todennut taustatietojen ja asukkaiden mieltymysten tärkeyden osaston aktiviteeteissa. Hänen mukaansa hoitoideologia toteutuu siinä, kuinka hyvin henkilöstö tuntee asukkaiden mieltymykset ja kuinka hyvin he osaavat toteuttaa niitä

käytännön hoitotyössä. Menetelminä dementoituneiden kohdalla suositaan spontaania toimintaa joko ryhmässä tai yksilöllisesti hoitavan henkilön kanssa. Myös suunniteltu ryhmätoiminta on hyödyllistä monille varsinkin lievässä dementiavaiheessa oleville. Mitä vaikeammin dementoitunut henkilö on, sitä yksilöllisempää viriketoiminnan tulee olla, jotta se auttaisi kyseistä henkilöä. Pääasia on, että toiminta - on se mitä tahansa - on mielekäästä ja että sillä on positiivisia vaikutuksia. Viriketoimintaan liittyy tärkeänä osana myös havainnointi ja arviointi.

Virikkeellisten toimintojen positiivisesta vaikutuksesta dementoituneiden toimintakyvyn ja mielialan ylläpitämiseen on paljon käytännön havaintoja ja esimerkkejä sekä jonkin verran myös tutkittua tietoa. Viriketoiminnan avulla on saatu vaikeastikin dementoituneille onnistumisen ja hyvän olon kokemuksia. Erityisesti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on havaittu tapahtuneen vilkastumista. Martichuski ym. (1996) tutkivat 6-8 hengen pienryhmissä tapahtuneiden aktivointiohjelmien vaikutuksia hoitokodin asukkaisiin. Kun pienryhmiä oli ollut yli 16 viikon ajan osoittautui, että toiminnan alkamisen ajankohtaan verrattuna asukkaat kävelivät enemmän toistensa kanssa, olivat toistensa seurassa, lauloivat enemmän, näyttivät hyväntuulisilta ja olivat fyysisesti vähemmän rasittuneita. Lisäksi psyykkistä lääkitystä oli voitu vähentää 7:llä asukkaalla 20:stä. Nämä tulokset näyttivät, että pienillä toimintaryhmillä oli huomattavia vaikutuksia.

Palo-Bengtsson (1998) on tutkinut sosiaalista tanssia dementoituneiden hoitokodissa, jossa järjestettiin iltapäivätansseja. Tulokset osoittivat, että dementoituneet olivat huomattavan kyvykkäitä tanssitilanteissa. Täysin eksyksissä osastoilla olevat potilaat käyttäytyivät tanssitilanteissa niin kuin kuului käyttäytyä. Kun musiikki alkoi, he tiesivät, mitä pitää tehdä (hakivat tanssimaan, kumarsivat, osasivat tanssia, kiittivät, odottivat toisen kappaleen alkua jne). Ulkopuolinen havainnoija ei olisi tiennyt, kuka tanssijoista oli dementoitunut ja kuka ei. Tanssi lisäsi positiivisuutta mielialaan, kommunikaatioon ja käyttäytymiseen yleensä. Kehonkieli oli voimakasta. Esiintyi paljon naurua, taputusta, kosketusta ja iloisuutta. Sekavuutta oli vähemmän ja potilaat olivat rauhallisempia.

Schwab ym. (1985) kehittivät kokeilussaan ohjelman nimeltään SERVE. Se koostuu musiikista, erilaisesta liikunnasta, koskettamisesta ja rentoutusharjoituksista. Tavoitteena ryhmäistunnoissa oli luoda turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri, joka lieventäisi pelkoa ja ahdistusta. Kokeilun aikana osalta potilaista voitiin vähentää lääkitystä. Häiritsevää käytöstä osastolla ilmeni vähemmän. Vuorovaikutus potilaiden välillä lisääntyi myös istuntojen ulkopuolella. Suurin muutos havaittiin hoitajien käytöksessä. He innostuivat työstään uudella tavalla.

Hoivakoti Hopeassa on kokeiltu pieniä keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden asukkaiden suljettuja ryhmiä. Ne kokoontuivat viikoittain noin 10 kertaa vuorotellen kunkin asukkaan huoneessa. Tilaisuudessa tarjottiin kahvit. Ryhmäläisiä oli 3-4 ja ohjaajia 2. Ohjelma oli joko spontaania tai suunniteltua. Tuloksia seurattiin havainnoimalla ryhmäläisten käyttäytymistä ryhmässä ja sen ulkopuolella. Havaittiin, että ryhmäläiset nauttivat selvästi yhdessäolosta. He olivat pystyvämpiä ryhmässä kuin muualla. Normaalisti ruokailussa apua tarvitseva asukas otti ryhmässä emännän roolin ja huolehti tarjoilun sujumisesta. Unohtuneita taitoja tuli esiin samoin kuin erittäin teräviä kommentteja keskusteluissa. Positiiviset vaikutukset näkyivät parhaiten ryhmätilanteissa keskustelun ja toisten huomioimisen lisääntymisenä sekä hyvän olon ilmaisuina. Mukana olevat työntekijät pitivät näitä ryhmätilanteita tärkeinä oppimistilanteina, joissa heidän mukaansa silmät avautuivat näkemään asukkaat eri tavalla (Airila ja Tikkanen 1992).

Useissa tutkimuksissa on todettu osallistumisen toiminnallisiin aktiviteetteihin virkistävän dementoituneiden potilaiden mielialaa, lisäävän kyvykkyyttä ja tuovan sisältöä elämään. Reichenfeldt (1973) ja Miron (1988) tutkivat toimintaterapian vaikutuksia geriatrisella osastolla ja tulivat siihen tulokseen, että toimintaan osallistuvilla oli vähemmän käytöshäiriöitä kuin kontrolliryhmään kuuluvilla. Eräässä tutkimuksessa Levy (1987) esitti, että virikkeellinen ympäristö, iloa tuovat aktiviteetit ja hoitajien positiivisuus lisäävät toiminnallisia kykyjä ja kohottavat dementoituneen elämänlaatua. Myös Borell (1993) on raportoinut, kuinka toimintaterapiassa mukana olevat dementoituneet ovat saaneet takaisin kykyjään ja valmiuksiaan. Esimerkiksi huolimatta dementoitumisen asteesta 23:lla 24:stä Alzheimer-potilaasta oli vielä jäljellä kyky syödä itse käyttämällä lusikkaa tai haarukkaa. Tutkimusten mukaan kolmella potilaalla neljästä toimintakyky parani toiminnallisten ohjelmien aikana.

Saarela (1997) on toimintatutkimuksessaan tarkastellut arkipäivän rikastuttamista pelaamisen avulla. Pelitilanteissa havaittiin positiivisia käyttäytymismuutoksia mm. keskittymisessä, aktiivisuudessa ja monissa toiminnoissa. Unohdettuja tietoja ja taitoja palautui mieleen ja opittiin uusia taitoja. Keskinäistä rohkaisemista ja emotionaalisen tuen tarjoamista toisille tuli esiin. Depressiivisen mielialan todettiin vaihtuneen yhteisesti koettuun nauruun. Vuorovaikutus lisääntyi sekä laadullisesti että määrällisesti pelaamisen yhteydessä, samoin avoimuus ja sanallinen viestintä. Myös henkilökunnan ja asukkaiden keskinäinen vuorovaikutus lisääntyi.

Lindgren ym. (1992) tulkitsivat ärsykkeiden puutteen ja sosiaalisen eristyneisyyden aiheuttavan häiritsevää ääntelyä ja huutamista. Antamalla paljon huomiota ja sopivasti aktivoivaa tekemistä saatiin häiritsevää ääntelyä vähenemään.

Dementoivat sairaudet heikentävät henkilön kykyä osallistua omaehtoisesti toimintoihin ja virkistystä tuoviin tilanteisiin. Siksi siihen tarvitaan toisen ihmisen, hoitavan työntekijän tai omaisen tukea ja myötävaikutusta. On melko yleistä vielä ajatella, että virikkeellinen toiminta on jotakin aivan muuta kuin hoitotyö ja että siihen ei ole aikaa. Usein myös ajatellaan, että ainakaan vaikeasti dementoituneiden kohdalla ei voida enää tehdä mitään. Viriketoiminnan vaikutuksia käytösoireisiin ei ole paljoa kokeiltu eikä tutkittu, vaikka käytännön kokemuksia positiivisista vaikutuksista onkin paljon. Tässä projektissa kokeillaan käytännössä muutamien vaikeasti dementoituneiden vanhusten kohdalla, miten viriketoiminta onnistuu osana hoitotyötä omahoitajan toteuttamana. Toisena tutkimustehtävänä selvitetään, vaikuttaako viriketoiminta käytösoireisiin.

#### **4. PROJEKTIN TAVOITTEET**

Tämän projektin tarkoituksena on tehdä kokeilu, jossa tarkastellaan vaikeasti dementoituneiden henkilöiden omista mielialueista lähtevien virikkeellisten toimintojen vaikutusta käytösoireisiin.

Tavoitteena on:

- selvittää onko viriketoiminnalla vaikutuksia häiriökäyttäytymiseen
- kokeilla dementoituneen omista mielialueista lähtevän viriketoiminnan onnistumista käytännössä
- selvittää miten viriketoiminta sisältyy osaksi hoitotyötä sekä mitä se vaatii henkilöstöltä tiedollisesti, ajallisesti ja asenteellisesti.

Tulosten avulla pyritään lisäämään tietoa dementoituneen vanhuksen elämänlaadun parantamiseksi ja kasvattamaan tietämystä virikkeellisen toiminnan vaikutuksista vaikeasti dementoituneeseen vanhuspotilaaseen.

#### **5. AINEISTO JA MENETELMÄT**

Projektissa oli mukana viisi vaikeasti dementoitunutta henkilöä. Kaksi heistä asui 11-paikkaisessa hoivakodin dementiayksikössä, hoivakodin sekaosastolla oli kaksi henkilöä, joista toinen siirtyi kokeilun kestäessä dementiayksikköön ja yksi henkilö oli pienen vanhainkodin sekaosastolla.

Osallistujat valittiin sen perusteella, että heillä esiintyi häiritsevää käyttäytymistä. Toisena kriteerinä oli omahoitajan vapaaehtoinen mukaantulo ja sitoutuminen viriketoiminnan kokeiluun. Osallistujat olivat 84-93-vuotiaita naisia sekä 83-vuotias mieshenkilö.

Kokeilun alussa kartoitettiin osallistujien elämänkaaritiedot ja tehtiin käyttäytymisen kuvaus, jossa tuli esille käyttäytymisen häiriö ja esiintymistilanne (liite 1). Sekä alussa että lopussa tehtiin MMSE-testi, Cornell-testi ja Nosger-testi (Dementiauutiset 3/1997). MMSE-testi on demenciatesti. Pistemäärä on 0-30. Alle 11 pistettä osoittaa, että dementia on vaikea-asteinen, 12-17 pistettä osoittaa keskivaikeaa dementiaa ja 18-23 pistettä lievää dementiaa. Cornell-testi on dementoituneiden depression mittari. Se mittaa mielialaan liittyviä oireita, käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä, fyysisiä oireita, eräitä säännöllisesti toistuvia ilmiöitä kuten nukahtaminen ja herääminen sekä vääristyneitä mielikuvia. Pistemäärä on 0-38. Yli 9 pistettä merkitsee depressiota, joka on sitä vakavampi mitä suurempi pistemäärä on. Nosger-testi mittaa laajasti jokapäiväisessä elämässä selviytymistä sekä käyttäytymistä. Pistemäärä on 30-150. Pienin määrä ilmoittaa, että ei ole ongelmia, suurin pistemäärä tarkoittaa hyvin hankalia oireita. Testeillä haluttiin mitata kokeilun aikana tapahtuneita muutoksia demencian etenemisessä, mielialassa ja selviytymisessä. Elämänkaaritiedoista haluttiin erityisesti saada selville asiakkaan elämäntapoja, elämänarvoja, mielipuuhiä ja asioita, jotka ovat hänelle tärkeitä ja joista hän erityisesti nauttii. Näiden tietojen perusteella tehtiin omahoitajan kanssa yksilöllinen toteuttamissuunnitelma jokaiselle mukana olevalle asukkaalle. Suunnitelman toteuttamisesta vastasi omahoitaja. Viriketoiminta tapahtui yksilöllisesti vanhuksen omista lähtökohdista käsin omahoitajan toimesta. Harjoitteet tuli suorittaa mahdollisimman usein eli viikoittain, mahdollisesti useita kertoja viikossa riippuen toiminnasta. Kokeilun kesto-aika oli 4-6 viikkoa.

Seuranta tapahtui jokaisen toiminnan aikana toteutus- ja seurantakaavion avulla (liite 2). Siinä seurattiin fyysistä ja psyykkistä tilaa ennen ja jälkeen toiminnan tai tapahtuman. Joidenkin kohdalla tehtiin vapaata havainnointia. Lisäksi seurattiin käytöshäiriöiden ilmenemistä päivittäin jokaisessa työvuorossa (liite 3).

## **6. OSALLISTUJIEN TAPAUSSELOSTUKSET**

Kokeilun toteuttaminen ja tulokset esitetään seuraavassa jokaisen mukana olleen henkilön kohdalta erikseen, koska lähtökohdat ja suunnitelmat ovat yksilöllisiä ja myös toteuttamistavat eroavat toisistaan. Kokeilun aikana ympäristöolosuhteet pyrittiin pitämään mahdollisimman vakiona.

Alkumittausten jälkeen tapahtui kuitenkin kaksi poikkeusta, jotka ehkä vaikuttavat lopputulokseen: Aarolla lopetettiin rauhoittava lääkitys ja Aino siirtyi sekaosastolta dementiayksikköön. Käyttösoireiden hoidon muita vaihtoehtoja ei kokeilussa ole otettu huomioon. Kokeilussa tutkittiin ainoastaan viriketoiminnan osuutta. Osallistujien nimet on muutettu tunnistamisen estämiseksi.

## **Aaro**

Aaro on 83-vuotias entinen rakennusmies, jolla on vaikea dementia. MMSE-pistemäärä oli 5 ensimmäisessä mittauksessa ja toisessa mittauksessa 11. Tällöin oli mm. rauhoittava lääkitys lopetettu. Hän on naimisissa, ja vaimo käy häntä usein katsomassa. Heidän suhteensa on hyvin lämmin. Hän asuu hoivakodin 11-paikkaisessa dementiayksikössä. Luonteeltaan hän on rauhallinen ja suvaitseva.

### Mieluisat asiat

Aaro on ollut lapsesta saakka innokas kalastaja ja onkija. Hän on myös pitänyt musiikin kuuntelemisesta, laulamisesta ja soittamisesta. Aaro on itse soittanut mandoliinia ja pianoa. Hän on ollut myös sosiaalinen ja keskustellut mielellään ihmisten kanssa. Saunominen on ollut mieluisaa, samoin uinti ja kävelylenkkeily. Aaro pitää myös eläimistä, erityisesti koirista.

### Käyttäytymisen kuvaus

Käytöshäiriönä esiintyy ajoittaista hermostumista hälinästä ja kovasta äänestä, jolloin hän on saattanut jopa lyödä lähellä olevaa toista asukasta. Myös pesutilanteet ovat niitä, joissa hän on ajoittain hermostunut.

### Viriketoiminnan suunnitelma

Suunnitelmaan otettiin mukaan juttutuokiot, laulaminen, ulkoilu ja mandoliinin soittaminen. Mandoliinia hän ei ollut soittanut pitkiin aikoihin, mutta vaimo lupasi tuoda sen hänelle, että hän voisi kokeilla vielä taitojaan. Ulkoilua suunniteltiin tapahtuvaksi kerran viikossa omahoitajan kanssa, ja rauhallinen juttutuokio hänen kanssaan olisi myös kerran viikossa. Laulaminen sovittiin järjestettäväksi niin, että aina, kun osastolla tai muualla talossa on laulutilaisuuksia, omahoitaja vie hänet sinne ja on hänen mukanaan.

### Toteutus ja seuranta

Mandoliinin soitto ei enää onnistunut, joten se vaihtoehto jätettiin pois. Ulkoiluista ja ostoksilla käynnistä hän on pitänyt. Niitä oli kokeilun aikana kaksi kertaa ja ne veivät aikaa noin 30 minuuttia. Ulkoilukertojen jälkeen hän oli fyysisesti rauhallinen ja henkisesti aktiivisempi kuin normaalisti. Hän on ollut enemmän toisten seurassa. Hän on myös kysellyt omahoitajaa ja ollut hiukan rauhaton tai hiukan sekavampi kuin ennen ulkoilua. Juttutuokioita omahoitajan kanssa on ollut kokeilujakson aikana kolme. Ne ovat kestäneet n. 15-30 minuuttia ja ne on käyty hänen huoneessaan. Aiheet ovat olleet jokapäiväisiä ja ajankohtaisia asioita. Keskustelutuokioiden ajoittuneet tilanteisiin, jolloin hänellä on ollut paljon asiaa hoitajille ja hän on itse hakeutunut juttusille. Yksi kerta oli tilanteessa, jolloin hän oli riisunut vaatteitaan jatkuvasti kunnes oli aivan alasti. Hän rauhoittui puolen tunnin juttutuokion aikana ja oli sen jälkeen rauhallinen koko loppupäivän.

Laulutilaisuuksissa hän oli kokeilujakson aikana mukana neljä kertaa. Omassa yksikössä kerran, koko talon laulutilaisuudessa kerran, yksikön omassa äitienpäiväjuhlassa ja koko talon hartaustilaisuudessa, jossa veisattiin virsiä. Oman yksikön laulutilaisuudessa tapahtui niin, että hän ensimmäisen kerran hoivakodissa ollessaan alkoi seurata laulun sanoja ja laulaa mukana. Laulutilaisuuksien jälkeen hän on ollut hyväntuulinen ja rauhallinen koko illan. Ennen laulutilaisuuksia hän oli ollut vaeltelevainen ja kulkenut hoitajien perässä kysellen mitä milloinkin. Poikkeuksena oli hartaushetki ja virsien laulaminen. Sen jälkeen hän oli ollut vaelteleva ja rauhaton, välillä sekava ja kulkenut hoitajien perässä. Laulutilaisuudet ovat kestäneet 20-60 minuuttia.

### Häiriökäyttäytyminen

Aaron kohdalla tilanteet, joissa hänen koettiin käyttäytyvän häiritsevästi, olivat hermostuminen hälinästä ja kovasta äänestä sekä hermostuminen pesutilanteissa. Näitä seurattiin kokeilujakson aikana päivittäin. Pesutilanteissa hermostumista oli ainoastaan kaksi kertaa 7 viikon aikana ja hermostumista hälinästä ja melusta oli kahdeksana päivänä seitsemän viikon aikana. Niitä oli harvakseltaan eikä yhteyksiä toimintaan tai muuhunkaan tapahtumaan ollut havaittavissa. Viriketoiminta kuitenkin vaikutti häneen rauhoittavasti sen päivän aikana, kun sitä oli. Hän oli fyysisesti levollisempi 5 kertana 11:sta ja psyykkisesti levollisempi 3 kertana 11:sta verrattuna aikaan ennen toimintaa. Eniten positiivisia vaikutuksia oli ollut juttelutuokiolla ja laululla. Hiukan

sekavuutta ja rauhattomuutta taas oli hänen kohdallaan lisännyt ulkoilu ja hartaushetkeen osallistuminen.

### Testien tulokset

MMSE-testin tulos oli ennen kokeilua 5 ja kokeilun jälkeen mitattuna 11. Nosger-testin pistemäärä oli ennen kokeilua 95 ja sen jälkeen 73. Cornell-testin pistemäärä oli 7 ja kokeilun jälkeen 6. Kaikkien testien pistemäärät olivat kokeilun jälkeisenä aikana paremmat kuin sitä ennen. Suurin syy on todennäköisesti lääkityksen muutoksessa. Hänellä oli vuoden alussa ollut lääkkeenä Opamox 7.5 mg x 3 päivässä. Annostusta oli myöhemmin vähennetty niin, että alkutestin aikana hän sai sitä 1-2 kertaa päivässä. Kokeilun alkaessa lääkitys oli lopetettu kokonaan ja sitä annettiin ainoastaan tarvittaessa. Asiakas on nyt hyväntuulisempi ja toimintakykyisempi kuin aikaisemmin.

Muutoksia Aaron elämässä ennen ja jälkeen kokeilun sekä masennuslääkkeen poistamisen jälkeen:

- nyt Aaro ajaa partansa lähes aina, aikaisemmin hän teki sen vain joskus
- Aaro kertoo aina tuntemuksistaan ollessaan alakuloinen, aikaisemmin kertoi vain joskus
- on aina kiinnostunut siitä, mitä ympärillä tapahtuu, kun aikaisemmin oli vain harvoin
- ulosteen pidätyskyky on normaali lähes aina, aikaisemmin vain joskus
- on lähes aina puhdas ja huoliteltu, aikaisemmin vain joskus
- laulaa nykyään mielellään, ennen ei laulanut ollenkaan
- ei näytä enää surulliselta ja itkuiselta, aikaisemmin näytti joskus
- ei enää karkaile, aikaisemmin karkaili joskus
- muistaa ystäviensä nimiä joskus, aikaisemmin ei koskaan
- auttaa muita joskus, aikaisemmin ei koskaan
- löytää tiensä tutussa ympäristössä lähes aina, aikaisemmin löysi vain joskus
- ottaa kontaktia ympärillä oleviin ihmisiin usein, aikaisemmin vain harvoin
- virtsan pidätyskyky on normaali lähes aina, aikaisemmin ei koskaan
- näyttää hyväntuuliselta aina, aikaisemminkin usein
- iloitsee aina vierailuista ja juhlista, aikaisemmin vain joskus

### Päätelmät

Aaron kohdalla voidaan sanoa, että hänen elämänlaatunsa on huomattavasti parantunut. Häneltä on poistettu rauhoittava lääkitys, lisätty osallistumismahdollisuuksia yhteisiin laulutuokioihin ja

muihin tapahtumiin sekä keskusteluihin omahoitajan kanssa. Muutokset vaikuttavat henkilökunnan työmäärää vähentävästi. Lääkkeen lopettamisen jälkeen häiriökäyttäytyminen ei ole lisääntynyt. Ajoittain hermostumista hälinästä ja melusta esiintyy edelleenkin, mutta hyvin harvoin. Myös hermostumista pesutilanteissa on ollut vain harvoin, kaksi kertaa 7 viikon aikana.

## **Aino**

Aino on 88-vuotias ekonomi, joka on syntynyt pienessä ruotsinkielisessä kaupungissa. Hän on kaksikielinen ja puhuu mieluummin ruotsia kuin suomea. Aino on ollut työssä suuressa tavaratalossa 20 vuotta ja toiset 20 vuotta teollisuuden palveluksessa. Hänellä on vaikea dementia. Aino on siirtynyt hoivakodin sekaosastolta dementiayksikköön. Hän on leski ja hänellä on yksi tytär. Tytär soittaa hänelle lähes joka ilta samaan aikaan. Aino odottaa kovasti soittoa ja on ennen sitä jännittynyt. Luonteeltaan Aino on ollut aina yksin viihtyvä.

### Mieluisia asioita

Aino ei osallistu mielellään yhteisiin tilanteisiin eikä seurustele toisten asukkaiden kanssa. Sen sijaan hoitajien kanssa hän keskustelee mielellään. Hän rauhoittuu kun saa osakseen huomiota ja hänelle annetaan aikaa. Aino pitää kauniista vaatteista, kulkee osastolla pillerihattu päässä ja hanskat käsissä. Hän pitää myös kauneushoidosta kuten kynsien lakkaamisesta ja tukan laittamisesta. Hänen elämänsä on täyttänyt työnteko. Työ on ollut hänelle aina tärkeää. Erityisiä harrastuksia hänellä ei ole ollut. Hän on pitänyt erityisesti lapsista ja eläimistä sekä kampaajalla käynneistä ja kaupassa asioimisesta. Myös tanssiaisissa hän on joskus käynyt.

### Käyttäytymisen kuvaus

Aino hermostuu kiireestä, on herkästi äkäinen ja komentelee toisia asukkaita varsinkin, jos he osuvat hänen tielleen. Suihkussa ja pesutilanteissa hän on yleensä vihainen. Hän on ajoittain eksyksissä osastolla ja levoton öisin. Oma reviiri on hänelle tärkeä. Jos joku tulee liian lähelle, hän saattaa huitaista. Hän ei pidä siitä, jos joku katsoo häntä tarkkaan. ”Älä tsiikaa”, hän sanoo.

### Viriketoiminnan suunnitelma

Koska Aino nautti eniten hoitajan kanssa keskustelusta ja kauneushoidosta, suunnitelmaan merkattiin keskustelua ja muistelua sekä kauneushoitoa omahoitajan kanssa kaksi kertaa viikossa ja lisäksi osallistumista yhteisiin tanssiaisiin.

### Toteutus ja seuranta

Keskustelut ja niiden vaikutusten seuranta tapahtuivat noin kolmen viikon aikana. Keskustelut olivat asukkaan omassa huoneessa ja ajoittuivat hetkiin, jolloin ne olivat luontevia ja liittyivät senhetkiseen tilanteeseen ja tunnelmaan. Ne kestivät 15-20 minuuttia. Keskustelutilanteisiin liittyi myös kynsien ja ihon hoitoa. Keskustelunaiheina ovat olleet mm. kauneushoito, entisen kotiseudun muistelu, ajankohtaiset asiat dementiayksikössä, päivän ongelmat, raha-asioiden hoito ja maksujärjestelyt, joista hän on ollut huolissaan.

Fyysinen tila oli muuttunut vaeltelevasta rauhalliseksi kahdessa viidestä keskustelutilanteesta. Muiden keskustelutilanteiden jälkeen hän oli ollut fyysisesti yhtä vaeltelevainen tai rauhallinen kuin sitä ennen. Samoin myös psyykkisen tilan arvioinnin osalta hän oli kahden keskustelutilanteen jälkeen viidestä ollut rauhallinen, kun hän ennen sitä oli ollut sekava ja ärtynyt. Kolmessa tilanteessa psyykkisessä tilassa ei ollut havaittavissa suurempaa muutosta. Tanssiaisiin osallistuminen oli vaikuttanut häneen positiivisesti. Ennen sitä hän oli ollut sekava, mutta tanssiaisten jälkeen hän oli ollut hyvin rauhallinen ja tyytyväisen oloinen. Tanssiaiset kestivät noin tunnin.

### Häiriökäyttäytyminen

Käytöshäiriöiden kohdalla, joista seurattiin häiriöitä pesutilanteessa, ”hukassa olemista” ja muiden komentelemista, ei ollut havaittavissa suoranaista yhteyttä keskustelutilanteisiin. Tosin sinä päivänä, jolloin hän oli tanssiaisissa, ei esiintynyt lainkaan mainittuja häiriöitä.

### Testien tulokset

MMSE-testin tulos oli 8 pistettä. Nosger-testin tulokset olivat ennen kokeilujaksoa 96 pistettä ja kokeilun jälkeen 78 pistettä. Pistemäärä oli 23 % parempi kokeilun jälkeen kuin ennen sitä. Suurin

muutos, 8 pistettä, oli sosiaalisen käyttäytymisen kohdalla. Hän on lähes aina kiinnostunut siitä, mitä ympärillä tapahtuu, kun aikaisemmin kiinnostusta ei ollut lainkaan. Hän saattaa joskus myös auttaa toisia, kun aikaisemmin sellaista ei esiintynyt. Hän ottaa myös kontaktia ympärillä oleviin ihmisiin, kun aikaisemmin hän ei tehnyt sitä. Hän pyrkii pitämään huoneensa siistinä lähes aina, kun aikaisemmin sitä ei tapahtunut lainkaan. Hän myös useammin kuin ennen pystyy löytämään tiensä oikeaan paikkaan. Muistin alueella hän aikaisemman merkinnän mukaan toisti aina samaa asiaa yhä uudelleen, nyt sitä tapahtuu harvemmin. Keskustelunaiheen hän muistaa keskustelun jälkeen usein, kun sitä aikaisemmin tapahtui vain joskus. Häiriökäyttäytymisen kohdalla oli kahden pisteen parannus. Aggressiivisuutta puheissa ja käytöksessä esiintyy vain joskus, kun sitä aikaisemmin oli usein. Samoin levottomuutta öisin esiintyy vain joskus, kun sitä ennen oli usein. Myös ulosteenpidätyskyky on usein normaali, kun aikaisemmin oli vain joskus. Nosger-testin tuloksia analysoitaessa on otettava huomioon osaston vaihdos ja sen tuomat positiiviset vaikutukset. Cornellin depressiotestissä hänellä oli ennen kokeilua 17 pistettä ja kokeilun jälkeen 14 pistettä. Sen mukaan hänellä on lievää depressiota, joka oli toisen mittauksen mukaan hiukan vähentynyt.

### Päätelmät

Ainon kohdalla voidaan sanoa, että suurin merkitys positiiviseen muutokseen on ollut osaston vaihtaminen sekaosastolta dementiayksikköön. Muutokset olivat havaittavissa henkilökunnan mukaan jo ensimmäisten viikkojen aikana. Virikkeet keskustelun, kauneudenhoidon ja tanssiaisten muodossa rauhoittivat häntä sillä hetkellä, mutta vaikutusta pidemmällä aikavälillä ei ollut nähtävissä paitsi, että tanssiaisten jälkeen käytösoireita ei esiintynyt lainkaan.

### **Aila**

Aila on 88-vuotias entinen liikkeenharjoittaja, joka asuu hoivakodin dementiayksikössä. Hänellä on vaikea dementia, MMSE -pistemäärä on 0. Hän on hyvin touhukas. Hän kulkee kaikki päivät osastolla lykkien tuolia tai muuta, minkä saa liikkumaan. Hän kulkee kuitenkin hyväntuulisen näköisenä ja puhuu paljon ilman, että puheesta saa kuitenkaan mitään selvää.

### Mieluisat asiat

Aila on aina nauttinut laulusta ja ollut myös kuorossa mukana. Hän pitää erityisesti virsistä ja kansanlauluista ja osaa vielä laulaa muutamia lauluja kuten esim. Karjalan kunnailia.

Aila on pitänyt myös ulkoilusta ja saunomisesta. Kotityöt ovat olleet hänelle aina mieluisia. Hän pitää kaikenlaisesta käsillä tekemisestä, järjestelemisestä, pakkaamisesta, purkamisesta ja siivoamisesta.

### Käyttäytymisen kuvaus

Aila ei ole aggressiivinen, mutta fyysisesti hyvin levoton varsinkin iltapäivisin, jolloin hän kulkee jatkuvasti edestakaisin työntäen tuolia tai pöytää ja ottaa käsiinsä, mitä vain irti saa. Aila menee myös toisten huoneisiin ja ottaa tavaroita, joita on vaikea saada häneltä pois. Tämä ja jatkuva liikkuminen ärsyttävät joskus toisia asukkaita. Päivittäin on levottomuutta myös ruokailutilanteissa ja hoitotilanteissa erityisesti WC:ssä käynneissä.

### Viriketoiminnan suunnitelma

Koska hän on pitänyt paljon ulkoilusta ja saunasta, näitä molempia päätettiin kokeilla kerran viikossa. Hän ei ole käynyt viime vuosina saunassa ja myös ulkoilusta on pitkä aika. Koska hän pitää laulamista, omahoitaja pitää lauluhetken hänen kanssaan kerran viikossa. Hänen motorista levottomuuttaan päätettiin suunnata lattian lakaisemiseen, mikä häneltä sujuu hyvin. Tätä sovittiin toteutettavaksi päivittäin ruokailun jälkeen. Omahoitaja huolehtii siitä, että hän saa lakaisuvälineet käteensä.

### Toteutus ja seuranta

Saunassa käynti toteutui kerran. Aila nautti saunassa olosta ja halusi ylös lauteille, mutta ei päässyt sinne. Häntä oli vaikea saada saunasta pois. Pesutilanne oli sen jälkeen vaikea ja hän oli ärtynyt. Fyysisesti hän oli ollut ennen saunaa levoton ja vaeltelevainen, mutta saunan jälkeen rauhallinen. Saunan sijainti on kaukana dementiayksiköstä eri kerroksessa, joten monien hankaluuksien vuoksi saunassa käynnistä luovuttiin. Saunotus vei aikaa 1 tunnin.

Ulkoilukertoja oli muutamia. Hän oli nauttinut niistä ja ilmaissut sen myös sanomalla, että ”olipas kivaa”. Hän oli rauhoittunut ulkoilun jälkeen ja nukkunut paremmin. Kuitenkin niissä tilanteissa, jolloin ulos lähtiessä on jouduttu pukemaan häntä kylmän ilman vuoksi, se on ärsyttänyt häntä.

Ulkoiluun on mennyt aikaa noin puoli tuntia.

Lakaiseminen onnistui hyvin. Hän piti siitä ja tiedosti mitä teki. Lattiamatossa olevat himmeät kuviot hiukan sekoittivat hänen työtään. Aila innostui kuitenkin lakaisemisesta niin, että häntä oli

vaikea saada lopettamaan. Ensimmäisenä päivänä hän lakaisi 50 minuuttia yhteen menoon ja oli tyytyväisen oloinen. Lakaisukerrat olivat kestäneet enimmäkseen 10-15 minuuttia.

Fyysinen tila oli omahoitajan merkinnän mukaan ollut ennen lakaisutoimintaa kymmenestä kerrasta yhdessä touhukas ja yhdeksässä vaelteleva. Lakaisemisen jälkeen Aila oli ollut rauhallisempi kolmena kertana kymmenestä ja seitsemänä kertana edelleen yhtä vaeltelevainen kuin ennen toimintaa. Seurannan mukaan hän on lakaisemisen jälkeen ollut hieman levollisempi (Taulukko 1).

**Taulukko 1. Fyysinen tila 10 lakaisukerran aikana arvioituna ennen ja jälkeen toiminnan.**

<u>Fyysinen tila ennen lakaisemista</u>		<u>Fyysinen tila lakaisemisen jälkeen</u>	
touhukas	1	touhukas	-
vaelteleva	9	vaelteleva	7
rauhallinen		rauhallinen	3

Psyykinen tila kymmenen kokeilukerran aikana oli rauhallinen neljänä kertana ennen toimintaa ja seitsemänä kertana sen jälkeen, sekava kahtena kertana ennen ja yhtenä kertana jälkeen toiminnan, ärtynyt kolmena kertana ennen ja kahtena jälkeen, sekä levoton yhtenä kertana ennen toimintaa (Taulukko 2).

**Taulukko 2. Psyykinen tila 10 lakaisukerran aikana arvioituna ennen ja jälkeen toiminnan.**

<u>Psyykinen tila ennen lakaisemista</u>		<u>Psyykinen tila lakaisemisen jälkeen</u>	
rauhallinen	4	rauhallinen	7
sekava	2	sekava	1
ärtynyt	3	ärtynyt	2
levoton	1	levoton	
masentunut		masentunut	

Osaston lattian lakaiseminen oli rauhoittanut häntä sekä fyysisesti että psyykkisesti noin kolmasosassa toimintakerroista. Lakaiseminen oli pitänyt kuitenkin lopettaa, koska hänelle oli tullut tasapainohäiriöitä ja siitä johtuvaa ärtyneisyyttä.

Laulukertoja oli kokeilujakson aikana neljä. Ne kestivät 10-15 minuuttia kerrallaan. Hän piti laulamista. Hän rauhoittui laulun ajaksi, mutta jaksoi keskittyä vain yhteen lauluun yhdellä kertaa. Hänellä oli kaksi laulua, joita hän osasi vielä laulaa (Karjalan kunnalla ja Kiitos sulle Jumalani). Fyysisesti hän oli neljän kokeilukerran aikana ennen laulua vaelteleva kahtena kertana ja rauhallinen kahtena kertana ja laulutapahtuman jälkeen jokaisena kertana rauhallinen.

### Häiriökäyttäytyminen

Käytöshäiriöitä seurattiin noin kolme viikkoa jokaisena päivänä. Listaan merkattiin neljä käytöshäiriötä, joista jokaisesta kirjattiin ylös häiriön esiintyminen (on esiintynyt/ei ole esiintynyt). Häiriöt, joita seurattiin, olivat levottomuus hoitotilanteessa (WC), levottomuus ruokailussa, toisten huoneisiin meno ja tavaroiden ottaminen. Seurannan mukaan Aila oli ollut rauhallisempi toimintojen aikana ja niiden jälkeen. Kuitenkaan pitempiaikaista vaikutusta vaelteluun, ruokailutilanteiden levottomuuteen ja toisten huoneeseen menemiseen sekä tavaroiden ottamiseen ei ollut havaittavissa.

### Testien tulokset

Nosger-testin tulokset eivät juurikaan muuttuneet kokeilujen aikana. Pisteet olivat 104 ennen kokeilua ja 109 kokeiluajankohdan jälkeen. Huononeminen saattaa johtua hänen vointinsa heikkenemisestä ja huimauslääkityksestä, jota hänelle jakson loppuajasta lähtien on annettu. Cornell-testin tulokset olivat 17 ennen kokeilua ja 19 kokeilun jälkeen. Sen mukaan ei ollut havaittavissa merkittäviä muutoksia.

### Päätelmät

Kaikki toiminnot, joita Ailalle kokeiltiin (saunominen, ulkoilu, lattian lakaisu ja laulaminen) olivat asioita, joista Aila nautti ja joiden aikana hän oli rauhallisempi kuin muulloin. Häiriökäyttäytymiseen pitemmällä aikavälillä toiminnot eivät hänen kohdallaan auttaneet.

### **Laimi**

Laimi on 84-vuotias entinen emäntä. Hän on syntynyt Karjalassa ja lähtenyt sieltä evakkoon. Hänellä on vaikea multi-infarktidentia (MMSE 7). Hän asuu pienen vanhainkodin sekaosastolla

ja jakaa huoneen toisen asukkaan kanssa, joka on vuodepotilas. Hän pääsee liikkumaan ainoastaan autettuna ja viettää aikaansa paljon vuoteessa. Hänet autetaan päivisin istumaan aulaan, jossa hän myös ruokailee. Hänen tyttärensä kiinnostui elämänkaarilomakkeen täyttämisestä niin paljon, että kirjoitti erillisen monisivuisen elämäntarinan äidistään.

### Mieluisat asiat

Laimi on asunut maalaistalossa, jossa on hoitanut karjaa ja tehnyt kotitöitä. Hän pitää eläimistä ja lapsista. Aikaisemmin Laimi on pitänyt paljon ruuanlaitosta, leipomisesta ja siivoamisesta. Hän on syvästi uskonnollinen ja pitää hengellisten laulujen kuuntelemisesta ja laulamisesta sekä hartauskirjallisuudesta. Hän pitää paljon kauniiden kuvien katselemisesta. Kuvissa pitää olla ihmisiä tai eläimiä ja esteettistä katseltavaa. Laimi katselee mielellään myös valokuvia.

### Käyttäytymisen kuvaus

Laimilla on ongelmana hampaiden narskutus. Sitä esiintyy lähes koko päivän, mutta varsinkin aamuvuoron aikana. Narskutus saattaa olla merkki ahdistuneisuudesta tai hermostuneisuudesta ja pahasta olost. Toisena ongelmana on levottomuus ruokailutilanteissa. Laimin on vaikea keskittyä syömiseen. Hän touhuaa syömisen aikana kaikkea muuta. Hänet pitää syöttää, vaikka hän muuten olisi kykenevä siihen itse. Kolmantena ongelmana on levottomuus ja valvominen yöllä sekä ajoittainen vaipan repiminen.

### Viriketoiminnan suunnitelma

Taustatiedoista tuli esiin, että Laimi on syvästi uskonnollinen ja pitää hengellisestä musiikista ja kauniiden kuvien katselemisesta. Laimille tehtiin suunnitelma, jonka mukaan hänelle mahdollistettiin hengellisen musiikin kuunteleminen omasta kasettisoittimesta jokaisena iltana. Lisäksi Laimille hankittiin kokoelma kauniita kuvia, joissa on eläimiä, ihmisiä, pieniä lapsia ja kauniita värejä. Kuvien hankkimisesta huolehtivat omahoitaja ja virikeohjaaja yhdessä. Ne olivat joko postikortteja tai pahville liimattuja kuvia. Kuvat olivat esillä hänen huoneessaan niin, että hän voi niitä myös itse katsella ja selaila. Koska hän pitää myös valokuvien katselemisesta, sovittiin tyttären ja sisarten kanssa valokuvakokoelman tuomisesta huoneeseen. Kuvia ja valokuvia katseltiin päivittäin hänen kanssaan ja samalla keskusteltiin niiden mieleen tuomista asioista. Omahoitaja

huolehti tämän toteutumisesta. Lisäksi hänen suunnitelmassaan oli kotimaisten elokuvien katselu silloin, kun niitä esitetään TV:ssä.

### Toteutus ja seuranta

Hengellinen iltamusiikki järjestyi helposti Laimin oman kasettisoittimen avulla. Hänelle tuttu kasetti hengellisiä lauluja pantiin soimaan joka ilta vuoteeseen menon jälkeen. Se tuli tavaksi myös toisille hoitajille. Iltamusiikin kuuntelulla on havaittu olevan suuri vaikutus. Se rauhoittaa Laimin ja hän jää levollisena sänkyyn yleensä kädet rinnan päällä ristissä. Seurannan mukaan myös valvominen on vähentynyt ja samalla vaipan repiminen on jäänyt lähes kokonaan pois. Kuvien katseleminen toteutettiin niin, että hänelle hankittiin kauniita kuvakortteja, joissa on eläinten kuvia tai lapsia. Niitä hän selailee päivittäin ja katselee tarkkaan ja kiinnostuneesti. Myös hänelle tulevaa uskonnollista lehteä hän katselee ja lukee otsikoita sekä vastailee kysymyksiin. Vanhoja suomalaisia elokuvia hän on myös jonkin verran katsonut läheisessä aulassa.

### Häiriökäyttäytyminen

Häiriökäyttäytymistä seurattiin ajalla 14.4.-25.5. eli noin kuuden viikon ajan jokaisessa työvuorossa niinä päivinä kun omahoitaja oli työssä. Seurantakaavioon merkittiin jokaisen päivän kohdalle häiriön esiintyminen joko kerran päivässä, usean kerran päivässä tai ei lainkaan. Seuratut häiriöt olivat hampaiden narskutus, levottomuus syödessä, yövalvominen ja vaipan repiminen. Seurannan aikana lääkitys on pysynyt samana.

Hampaiden narskutus oli ennen kokeilua ja kokeilun alkuvaiheessa lähes jatkuvaa. Vähitellen se kuitenkin on harventunut ja kokeilun loppuvaiheessa se on rajoittunut vain aamuun tai lakannut kokonaan (Taulukko 3).

**Taulukko 3. Hampaiden narskutuksen esiintyminen päivittäin 19 päivän aikana.**

Päivät 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

---

Aamuvuoron aikana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
Iltavuoron aikana	x			x				x	x	x								
Ei esiintynyt													x	x			x	x

---

Levottomuus ruokailussa on vähentynyt kokeilun aikana ja kokeilun loppuvaiheessa hän söi päivällisen itse (Taulukko 4).

**Taulukko 4. Levottomuuden esiintyminen ruokailussa 19 päivän aikana.**

Päivät 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

---

Aamuvuoron aikana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Iltavuoron aikana	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x								
Ei esiintynyt																			

---

Omahoitajan merkintöjen mukaan yövalvominen ja levottomuus yöllä ovat huomattavasti vähentyneet. Potilas nukkuu melko hyvin. Myös vaipan repiminen on vähentynyt paljon tai jäänyt lähes kokonaan pois (Taulukot 5 ja 6).

**Taulukko 5. Levottomuuden esiintyminen yöllä 19 yön aikana.**

Päivät 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

---

On levoton			x	x		x		x	x							x	x	x
Ei ole levoton	x	x			x	x	x	x	x		x	x	x	x				

---

**Taulukko 6. Vaipan repimisen esiintyminen 19 yön aikana.**

Päivät 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

---

On esiintynyt			x	x			x										x	x	
Ei ole esiintynyt	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

---

Testien tulokset

Cornell-testin tulokset olivat ennen seurantaa mitattuna 5 ja seurannan jälkeen 6 pistettä. Nosger-testin pistemäärä oli 101 ja jälkeen seurannan 99 pistettä eli muutoksia ei ole juurikaan tapahtunut tänä aikana.

Päätelmät

Seurannan mukaan käytöshäiriöissä on havaittavissa lievää vähenemistä jokaisen häiriön kohdalla. Seuranta on kuitenkin alkanut vasta samaan aikaan kuin viriketoiminta. Kokeilua edeltävän ajan häiriöt eivät ole nähtävissä, mikä olisi ollut hyödyllistä vertailun kannalta. Omahoitajan vapaiden merkintöjen mukaan muutokset ennen ja jälkeen kokeilun ovat olleet suurempia kuin mitä kokeilun aikana saadut tulokset osoittavat.

Lääkitys tai muut olosuhteet eivät ole kokeiluaikana muuttuneet. Voisi olla mahdollista, että häiriökäyttäytymisen väheneminen on ollut seurausta viriketoiminnasta, joka tässä tapauksessa oli hengellistä iltamusiikkia ja kuvien katselun virittämää keskustelua.

Voisi varovaisesti päätellä, että iltamusiikin rauhoittava vaikutus saattaisi ulottua myös koko yön rauhallisuuteen. Kuvien katseleminen on antanut mielikuvia, muistoja, tunne-elämyksiä, esteettisiä kokemuksia ja virikkeitä keskusteluun.

**Saima**

Saima on 93-vuotias kirvesmiehen leski. Hänen miehensä kaatui sodassa viiden avioliittovuoden jälkeen. Saimalla on kolme lasta. Hänen lapsuudenkotinsa on ollut uskonnollinen ja myös Saima on

uskonnollinen. Hän on myönteinen ja seurallinen ja juttelee mielellään hoitajan kanssa, mutta ei välitä toisten asukkaiden seurasta. Hänellä on multi-infarktidentia. MMSE-pistemäärä on 9.

### Mieluisat asiat

Saima on aina pitänyt kotitöihin liittyvistä asioista kuten leipomisesta, ruuanlaitosta ja siivoamisesta sekä puutarhanhoidosta ja käsitöistä. Hän pitää myös musiikin kuuntelemisesta ja laulamista. Hän on ollut mukana laulukuoressa ja toiminut mm. Marttayhdistyksessä. Hän pitää runoista ja sananlaskuista, joita hän osaa paljon ulkoa. Hartaustilaisuuksiin osallistuminen on hänelle ollut aina erityisen tärkeää sekä myös Karjalan muistelu.

### Käyttäytymisen kuvaus

Saiman häiriönä on huutaminen ”Tulkaa, tulkaa auttamaan”. Sitä esiintyy ajoittain pitkin päivää, mutta erityisesti iltaisin, kun hän on vuoteessa. Lääkitys ei ole auttanut. Huutaminen häiritsee erityisesti toisia asukkaita, mutta myös henkilökuntaa. Toinen käytösoire on levottomuus, jota esiintyy silloin, kun ympäristössä on kiireen tuntua. Myös ruokailutilanteissa hän ahdistuu.

### Viriketoiminnan suunnitelma

Omahoitaja antaa asukkaalle enemmän aikaa ja huomiota. Hän varaa kaksi kertaa viikossa erityisen ajan rauhalliseen yhdessäoloon ja keskusteluun Saimin huoneessa. Aika on noin puoli tuntia. Hän lukee runoja ja sananlaskuja, joita he myös yhdessä muistelevat. Huoneessa on runokirja ja kokoelma vanhan kansan sananlaskuja.

Omahoitaja huolehtii siitä, että aulan kasettisoittimessa soi hengellistä musiikkia 2-3 kertaa viikossa silloin, kun Saima istuu siellä.

Omahoitaja huolehtii, että Saima osallistuu yhteisiin hartaustilaisuuksiin ja hengellisten laulujen tilaisuuksiin silloin, kun niitä on joko omassa yksikössä tai muualla talon yhteisissä tiloissa.

Omahoitaja huolehtii, että Saima keskittyy kuuntelemaan radiosta sunnuntain jumalanpalveluksen ja iltaisin iltahartauden omassa huoneessaan.

Omahoitaja laittaa hengellistä iltamusiikkia soimaan iltaisin Saiman nukkumaanmenon jälkeen.

### Toteutus ja seuranta

Saiman kohdalla järjestelmällinen toteutuksen seuranta jäi kesken, koska hänen fyysinen kuntonsa heikkeni ja hän joutui vuoteeseen. Saima kuoli ennen kuin kokeiluaika oli loppunut. Suunnitelmaa toteutettiin siten, että omahoitaja oli paljon hänen kanssaan, antoi aikaa ja huomiota. Hän huolehti jumalanpalvelusten ja iltahartauksien kuuntelemisesta sekä hengellisen musiikin soittamisesta Saiman omasta soittimesta aina ollessaan työvuorossa. Omahoitaja havainnoi kyseisiä toimintoja tekemällä muistiinpanoja.

### Häiriökäyttäytyminen

Huuteluun auttoi parhaiten jumalanpalveluksen kuunteleminen. Ne hetket hän istui aina rauhallisesti hiljaa kuunnellen. Joskus huuteluun auttoi myös hengellisen musiikin ja radion kuuntelu. Yhdessä oleminen hoitajan kanssa oli hänelle tärkeää. Silloin hän oli rauhallinen. Erityisesti hän nautti niistä hetkistä, kun oli suihkutuspäivä ja hänen tukkaansa laitettiin ja hoidettiin kynnet. Hän sai silloin paljon huomiota ja oli niinä hetkinä rauhallinen. Samoin hän oli rauhallinen silloin, kun hänelle luettiin runoja ja sananlaskuja. Hän piti niistä, mutta ei loppuvaiheessa enää jaksanut osallistua sananlaskujen muistamiseen. Ruokailutilanteet olivat niitä hetkiä, joiden rauhoittamiseksi työntekijät eivät löytäneet keinoja.

### Päätelmät

Yhteenvedon voisi todeta, että parhaiten rauhoittavia tekijöitä Saiman kohdalla olivat jumalanpalvelusten kuunteleminen, hengellisen musiikin kuunteleminen ja hoitajan lähellä olo.

## **7. POHDINTA**

Kokeilussa seurattiin viriketoimintojen vaikutusta vaikeasti dementoituneiden henkilöiden käytösoireisiin. Aikaisemmissa tapauskohtaisissa kuvauksissa on jo käyty läpi yksilökohtaisia tuloksia jokaisen mukana olleen kohdalla. Kokeiluaika jäi suhteellisen lyhyeksi ja myös osallistujien määrä oli liian pieni, jotta voitaisiin tehdä laajempia päätelmiä. Tuloksissa verrattiin muutoksia kyseisen henkilön fyysisessä ja psyykkisessä tilassa ennen ja jälkeen virikkeellisen tapahtuman tai toiminnan. Toiseksi tehtiin huomioita käytöshäiriöiden esiintymisestä päivittäin samalla aikavälillä jokaisessa työvuorossa. Tällöin seurattiin erikseen jokaisen seurattavaksi valitun

käytöshäiriön esiintymistä. Kolmanneksi seurattiin selviytymistä ja käyttäytymistä ennen ja jälkeen kokeilun ja neljänneksi seurattiin depressiivisyyttä ennen ja jälkeen kokeilun.

Käyttöoireista yleisimpiä olivat levottomuus ja ahdistuneisuus, jotka liittyivät kiireeseen, hälyyn ja voimakkaisiin ääniin. Näitä käyttöoireita oli kolmella asukkaalla viidestä, samoin ruokailutilanteisiin liittyvänä niitä esiintyi myös kolmella asukkaalla. Pesutilanteissa oli ahdistuneisuutta ja vihaisuutta kahdella asukkaalla. Muita käyttöoireita olivat toisten asukkaiden komentelu tai uhkaaminen, levoton kulkeminen, toisten huoneeseen meneminen ja tavaroiden vieminen, sekavuus, hampaiden narskutusta, huutaminen ja yöllinen levottomuus.

Viriketoiminnan muodoiksi eli toiminnoiksi, joista asukkaat nauttivat, valikoituivat useimmilla keskustelutuokiot. Niistä nautti taustatietojen ja kokemusten perusteella neljä asukasta viidestä. Kahdelle oli mieluisaa hengellinen toiminta, kahdelle laulaminen ja kahdelle ulkoilu. Muita viriketoiminnan muotoja olivat runot ja sananlaskut, mandoliinin soitto, vanhat elokuvat, kotityöt, kauneudenhoito sekä kauniiden kuvien ja valokuvien katselu.

Tärkein tulos oli, että virikkeelliset toiminnot vaikuttivat asukkaisiin myönteisesti sillä hetkellä, kun niitä harjoitettiin. Asukkaat lähes poikkeuksetta nauttivat niistä. Useimmat olivat hyväntuulisia sen jälkeen vielä koko päivän. Esim. Aaro oli laulutilaisuudessa ensimmäisen kerran osastolla oloaikanaan laulanut mukana ja ollut sen jälkeen koko illan hyväntuulinen. Aino oli osallistunut tanssiaisiin eikä mitään häiriötä ollut koko päivänä sen jälkeen. Saimi rauhoittui ja jätti huutamisen, kun hän keskittyi kuuntelemaan jumalanpalvelusta tai iltahartausta. Hengellinen iltamusiikki rauhoitti Laimin joka kerta. Hän jäi levollisena sänkyyn kädet rinnan päällä ristissä. Aila nautti lakaisemisesta niin, että ei olisi malttanut lopettaa ja unohti tuolien työntämisen.

Yhdellä asukkaalla virikkeellisen toiminnan aloittamisella näyttäisi olleen vaikutusta käyttöoireisiin pitemmällä aikavälillä. Käyttöoireiden seurannan mukaan sekä hampaiden narskutusta, levottomuus ruokailutilanteissa että valvominen ja vaipan repiminen yöllä olivat osoittaneet vähenemistä kokeilun aikana ja kahden kuukauden kuluttua seurannan päättymisestä nämä oireet olivat loppuneet kokonaan. Tutun hengellisen musiikin soittamista jatkettiin edelleen jokaisena iltana ja koko henkilökunta oli siinä mukana. Muut ympäristöolosuhteet ja lääkitys olivat pysyneet samoina. Yhtenä syynä voi olla sekin, että myös asukkaan huonetoveri, joka oli saattanut ääntelyllään häiritä häntä, oli myös ollut rauhallisempi.

Selviytymistä ja käyttäytymistä seurattaessa tuli esiin kahden asukkaan kohdalla huomattavia positiivisia muutoksia. Heidän pistemääränsä olivat kokeilun lopussa noin neljänneksen paremmat kuin ennen kokeilua. Tulos johtuu ilmeisesti toisella masennuslääkkeen lopettamisesta ja toisella siirtymisestä sekaosastolta dementiayksikköön. Myös depressiopisteissä oli tapahtunut hiukan paranemista näiden asukkaiden kohdalla. Voidaankin kysyä, kuinka paljon liiallisella masennuslääkkeiden käytöllä alennetaan vanhusten elämänlaatua ja toimintakykyä ja samalla lisätään henkilökunnan työmäärää, kun asukas on toimintakyvyltään vajavainen. Voitaisiinko lisätä mielekästä toimintaa ja arvioida uudelleen masennuslääkkeiden käyttöä? Myös dementiayksikköön siirtyminen sekaosastolta oli tämän esimerkin mukaan (samoin kuin monien muidenkin tutkimusten mukaan) mielialaa ja toimintakykyä parantava muutos.

Kokeilulla haluttiin myös tietoa viriketoiminnan onnistumisesta käytännön hoitotyön ohella. Kokeilussa mukana olevat omahoitajat vastasivat virikkeellisten toimintojen toteuttamisesta. Keskeisintä oli saada tietoa asukkaan elämäkaaresta, mieltymyksistä, kyvyistä, taidoista ja persoonallisista piirteistä. Kokeilussa mukana olleista omahoitajista kaikki eivät tunteneet asukkaiden mieltymyksiä. Viriketoiminnan toteuttaminen vaatii enemmän dementoituneen ihmisen taustaan ja tilanteeseen paneutumista ja oikeaa asennoitumista kuin erilaisten tekniikkojen tuntemista. Varsinkaan vaikeasti dementoituneiden kanssa ei tarvitse tehdä mitään ihmetemppeja, vaan auttaa normaaliin ihmisen elämään kuuluvien asioiden toteutumista, mihin dementoitunut ei itse kykene. Omahoitajan tärkeänä tehtävänä on tehdä huomioita ja seurata eri toimintojen vaikutuksia. Vain sillä tavalla kertyy tietoa, joka auttaa asukasta. Mukana olevista omahoitajista moni kommentoi, että toiminnat sinänsä sujuivat hyvin. Jonkun kohdalla luottamuksellinen suhde oli syventynyt. Kirjaaminen tuotti ylimääräistä työtä kaiken kiireen keskellä. Ehkä siitä syystä kaikilta osin kirjaaminen ei ollut niin systemaattista kuin sen olisi toivonut olevan. Kirjaamisen tärkeyttä tulisikin korostaa. Sen tulisi olla osa hoitotyötä eikä erillinen, aikaa vievä tehtävä.

Aikaa omahoitajat käyttivät vaihtelevasti riippuen siitä mitä tehtiin. Keskustelutilanteet kestivät 10-30 minuuttia, useimmiten noin 15 minuuttia. Niihin liittyi joskus myös muutakin kuten kynsien hoitoa ja tukan laittamista. Tämä oli kuitenkin aikaa, joka oli annettu kokonaan asukkaalle. Laulutilaisuuksiin ja juhliin meni aikaa 20-60 minuuttia. Niillä kuitenkin oli näiden kokemusten mukaan pitempiaikainen positiivinen vaikutus mielialaan kuin lyhytaikaisella toiminnalla. Voisi ajatella myös, että nämä tilaisuudet ovat hoitajallekin vaihtelua. Monet virikkeelliset toiminnat eivät vieneet juurikaan omahoitajan aikaa. Ne vaativat kuitenkin sitoutumista asiaan, muistamista ja huomaamista, kuten kasettisoittimen päälle paneminen, huolehtiminen

jumalanpalveluksen ja iltahartauden kuuntelemisesta ja huolehtiminen siitä, että asukas saa lattiaharjan käteensä. Nämä vaativat myös seurantaa muun työn ohella. Voidaan sanoa, että toiminnot, joita tässä on kokeiltu, vaativat vain vähän ylimääräistä aikaa. Kaikkien toimintojen voidaan sanoa sisältyvän hyvään kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön.

Tärkeä tulos oli myös hengellisen toiminnan suuri vaikutus käytösoireen hoidossa. Se on saanut liian vähän huomiota dementoituneiden hoidossa. Uskonnollisten arvojen huomioiminen ja niihin vastaaminen on tärkeä turvallisuudentunteeseen vaikuttava tekijä. Kivikosken (1999) mukaan yli 90 %:lla suomalaisista on jonkinlainen kristillinen vakaumus. Voimme olettaa näin ollen, että suurimmalle osalle dementoituneita kristillisellä uskonsisällöllä on suuri merkitys. Elämänarvojen selvittäminen on tärkeää jokaisen dementoituneen kohdalla. Omien arvojen mukaisen hoidon saaminen on jokaisen dementoituneen ihmisen perusoikeus turvallisuutta ja hyvää oloa tuovana tekijänä.

Tuloksista voidaan havaita, että vaikka henkilö on vaikeasti dementoitunut, hänen elämänlaatunsa parantamiseksi voidaan tehdä paljon myös viriketoimintaan liittyvien työmuotojen avulla. Se edellyttää dementoituneen henkilön taustatietojen ja elämänarvojen tuntemista ja saatujen tietojen hyödyntämistä käytännön arjessa. Usein dementoitunutta auttaa pienten tärkeiden asioiden oivaltaminen ja toteuttaminen. Omahoitajan tärkeä rooli on olla dementoituneen ihmisen persoonan tukijana. Hänen tehtävänä on selvittää, mitkä asiat kyseiselle ihmiselle ovat olleet tärkeitä hänen elämänsä aikana ja mitä hän arvostaa. Sen jälkeen niitä asioita toteutetaan parhain mahdollisin keinoin. Seuraamalla ja havainnoimalla sekä kirjaamalla havaintoja voidaan kehittää käytännön hoitotyötä. Kaikki toimenpiteet dementoituneen hyvän elämän lisäämiseksi ja käytösoireiden vähentämiseksi ovat askel kohti parempaa dementoituneiden hoitotyötä.

## **Lähteet**

Airila A, Tikkanen R: Kokemuksia dementoituneiden muistiryhmistä. Vanhustyö 8/1992.

Borell L: Aktivering av personer med demenssjukdom sett ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. FoU-rapport nr 6, 1993.

Dementiauutiset 3/1997. Suomen Dementiahoitoyhdistys ry.

Kivikoski T: Vakaumuksen ja elämänarvojen merkitys dementoituneen saattohoidossa. Kirjassa: Rasila I (toim.): Dementoituneen hyvä kuolema. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen, Suomen dementiahoitoyhdistys. Julkaisu n:o 2/1999.

Koponen H: Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. *Duodecim*, 115, 1999: 1629-33.

Levy L: Psychosocial intervention and dementia, part I. State of the art, future directions. *Occupational Therapy in Mental Health*, 7, 1987: 70-105.

Lindgren C, Hallberg I R, Norberg A: Diagnostic reasoning in the care of a vocally disruptive severely demented patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6, (2) 1992.

Martichuski D-K, Bell P-A, Bradshaw B :Including small group activities in large care units. *Journal of Applied Gerontology*, 15, 1996: 224-237.

Miron L, Florian J & Burton J: A pilot study on the effect of rapport on the task performance of elderly confused population. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 55, 1988.

Palo-Bengtsson L: Dancing as a nursing intervention in the care of persons with dementia. Department of Clinical Neuroscience and Health Care Research, Division of Geriatric Medicine, Karolinska institutet, Stockholm 1998.

Reichenfeldt H, Csapo K, Carriere L & Gardner R: Evaluating the effect of activity programs on a geriatric ward. *The Gerontologist*, 1, 1973: 305-310.

Saarela M: Pelit arkipäivän rikastuttajana ja vuorovaikutuksen apuvälineenä dementiatyössä. *Sopimusvuorisäätiön julkaisu*, 1997.

Schwab M, Rader J, Doan J: Relieving the anxiety and fear in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(5) 1985: 8-11, 14-15.

Sulkava R, Eloniemi U, Erkinjuntti T, Hervonen A: Dementia. Opas omaisille ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 1993.

Viramo P: Vanhakin vertyy – päiväkontoutuksen ja viriketoiminnan vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn. *Vireyttä vuosiin* 7/1998. Vanhustyön Keskusliitto.