

**MUSIIKKI-lehti, teemanumero Musiikki ja mieli 2011:**

**Ruokonen, Inkeri; Moilanen Katriina; Ollaranta, Ritva & Ruismäki, Heikki**

## **Virkistysversion musiikkitoiminta virittää vanhusten hyvinvointia ja omatoimisuutta**

### **Abstrakti**

Tämä tutkimus tarkastelee musiikkitoiminnan yhteyksiä vanhusten hyvinvointiin suomalaisissa vanhustenhoitolaitoksissa ja päiväosastoissa. Tutkimusongelmana oli selvittää onko vanhuksille järjestetyllä musiikkitoiminnalla yhteyttä vanhusten päivittäisiin toimintoihin, hyvinvointiin, muistiin, mielialaan ja sosiaaliseen aktiivisuuteen verrattuna niihin vanhuksiin jotka eivät osallistu musiikkitoimintaan, mutta ovat samassa hoitolaitoksessa.

Tutkittavina oli 205 vanhusta, jotka jakautuvat koe- ja kontrolliryhmiin niin, että puolet kunkin tutkimuksessa mukana olleen osaston vanhuksista osallistui musiikkitoimintaan ja puolet vastaavasti eivät. Musiikkitoiminnassa käytettiin Virkistysverso materiaalikokonaisuutta, joka on suunniteltu ikäihmisten parissa työskenteleville avuksi musiikki- ja tarinatuokioiden toteuttamiseen. Molemmissa ryhmissä vanhusten omahoitajat (N=28) arvioivat vanhusten hyvinvointia ja käyttäytymistä ennen ja jälkeen koeryhmän musiikkitoimintajakson. Arvioinnin yhden osa-alueen muodosti päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (ADL) arvioinnin mittari. Arviointia täydennettiin psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen aktiivisuuden arvioinneilla. Arvioinnit suoritettiin molemmissa ryhmissä ennen ja jälkeen musiikkitoimintajakson. Koe- ja kontrolliryhmien välisiä ryhmäeroja tarkasteltiin muutospistemääristä t-testin avulla.

Tulosten perusteella koeryhmän mieliala oli loppumittauksessa kontrolliryhmää erittäin merkittävästi positiivisempi. Musiikkitoimintaan osallistuneet vanukset olivat myös sosiaalisesti aktiivisempia ja heidän päivittäinen omatoimisuutensa ja muistikykynsä oli merkittävästi kontrolliryhmää parempi loppumittauksessa.

### **1. Johdanto**

Julkinen keskustelu vanhustenhuollon ja hoivan ympärillä on ollut vilkasta viime vuosina suomalaisessa yhteiskunnassa. Hyvinvointi on jokaiselle hyvin omakohtainen. Keskeisiä kysymyksiä ovat, kuinka nykyiset rakenteet tukevat yksilön omaa vastuuta hyvinvoinnistaan sekä millainen arvomaailma ja eettisyys ovat läsnä silloin, kun suunnitellaan ja toteutetaan täysin ulkopuolisen avun tarpeessa olevien hoitoa. Laine (2005) toteaa, etteivät vanhusten laitoshuollon ongelmat ratkea vain henkilöstön määrää lisäämällä tai hoidon laadusta keskustelemalla tai tuottavuuslukuja seuraamalla. Kyse on paljon monimuotoisemmasta kokonaisuudesta, kuten esimerkiksi toimintaympäristön muutostekijöiden ja yksikön vaikutusmahdollisuuksien arvioinnista. Suurin osa vanhushuollon asiakkaista ei kykene arvioimaan saamansa hoidon laatua saati vaatimaan hoitoon tai hoitopaikkaan muutoksia. Usein vanhuksella ei ole myöskään omaisia, jotka osallistuisivat aktiivisesti ja säännöllisesti vanhuksen hoitoon. Vaaraman ym. (1998) mukaan vanhusten huollon toiminnoissa, hoitokulttuurissa ja siinä perushengessä jolla työtä tehdään, esiintyy maassamme suuria eroja. Mustajoki ym. (2001) toteavat, että hyvän vanhusten hoitotyön edellytyksiin kuuluvat organisaation sisäinen hyvä yhteistyö ja ilmapiiri, hoitohenkilökunnan sitoutuminen ja kutsumus tehtäviinsä sekä motivoitunut tiimityö. Huumorilla, kuuntelulla ja yhteisesti jaetuilla iloisilla hetkillä on merkitystä ja niitä tarvittaisiin vanhusten kokemusten mukaan enemmän. Taide ja erityisesti musiikin parissa jaetut yhteiset hetket voivat olla yksi mahdollisuus lisätä iloa ja hyvinvointia vanhusten arjessa.

Valtioneuvoston Taide- ja kulttuuripoliittinen ohjelma ja siitä jo vuonna 2003 tehty periaatepäätös korostavatkin taiteen kokonaisvaltaista ja soveltavaa käyttöä yhteiskunnan eri alueilla. Taide ja siihen liittyvät luovat elementit voivat antaa uusia voimavaroja yhteisöjen moniarvoiseen kehittämiseen. Vuosi 2010 on suomalaisittain ja eurooppalaisittain hyvinvoinnin edistämisen teemavuosi. Taiteen ja kulttuurin hyvinvointivaikutusten edistämiseksi on valmistunut opetusministeriön lanseeraama toimintaohjelma vuosille 2010-2014.

Toimintaohjelma keskittyy kolmeen painopistealueeseen, joita ovat kulttuuri osallisuuden, yhteisöllisyyden, arjen toimintojen ja ympäristöjen edistäjänä; taide ja kulttuuri osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä työhyvinvoinnin tukeminen taiteen ja kulttuurin keinoin. Toimintaohjelmassa esitetään, että taiteen ja kulttuurin hyvinvointivaikutusten näkökulmaa olisi vahvistettava kaikkialla yhteiskunnassa. Tämä tutkimus kertoo kokeilusta, jossa Virkistysversomateriaaliin pohjautuvia musiikkitoimintoja vahvistettiin suomalaisten vanhusten hoitolaitosten arjessa. Vanhusten omatoimisuutta, mielialaa, sosiaalista

aktiivisuutta ja havainnointi- sekä kommunikointikykyä havainnoitiin ja arvioitiin omahoitajien avulla (N = 28). Omahoitajat havainnoivat vanhuksia musiikkituokioissa ja niiden välisenä aikana ja samaan aikaan he havainnoivat kontrolliryhmään kuuluneita vanhuksia, jotka eivät osallistuneet musiikkitoimintaan kyseisen havainnointijakson aikana. Musiikkitoimintaan kuuluva lauluohjelmisto liittyi vanhusten suosituimpiin laulusävelmiin. Virkistystuokioiden suunnitelmat oli laadittu jokaiselle kuukaudelle sisältäen runo-, laulu-, liikunta- ja kuunteluideoita.

## **2. Taide virittää hyvinvointia**

Hyvinvointi on subjektiivinen tuntemus, joka on yhteydessä ihmisen mielialaan ja onnellisuuden tuntemukseen. Hyvinvointi ilmentää ihmisen terveyden myönteisiä piirteitä ja Aristoteleen ajoista lähtien hyvinvointi on ollut länsimaissakin yksi ihmisen elämän tärkein päämäärä. Nordenfeldt'n (1991) mukaan Aristoteelinen toiminnan filosofia korostaa kulttuuriaktiivisuuden merkitystä ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle. Aristoteelinen hyvinvointi tarkoittaa ihmisen aktiivista, osallistuvaa toimintaa, jonka kautta hyvinvointi ja mahdollisesti myös onnellinen tunnetila saavutetaan. Nyt tätä aristoteelista yhteisöllisyyttä kutsutaan sosiaalisesti pääomaksi.

Suomessa hyvinvoinnin käsitettä ovat nostaneet voimakkaasti esille mm. Hyyppä ja Liikanen. Heidän (2005) mukaan 2000-luvulla on alkanut varovainen paluu kohti kokonaisvaltaisempaa kulttuurisempaa terveystietoa, sillä terveyden ja hyvinvoinnin yhteiskunnallinen luonne ja terveyden kulttuuri- ja alue-erot ovat pysyneet ongelmallisina. Keskeisinä käsitteinä mainitaan kansalaisten osallisuuden lisäämistä ottamalla käyttöön kansalaisten omia voimavaroja ja hyödyntämällä niitä terveyden ja hyvinvoinnin alueella. Osallistamisella tarkoitetaan mahdollisimman monen yhteisön jäsenen aktivoimista omaehtoiseen toimintaan (Hyyppä & Liikanen 2005, 34). Tutkimustulokset osoittavat, että vapaa-ajan harrastustoiminnalla on merkittävä yhteys suomenruotsalaisten miesten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (Hyyppä, Mäki, Impivaara. & Aromaa 2006).

Kulttuuri ja sen traditiot ovat yhteisöllisyyden kasvualusta. Hyyppä (1999; 2000; 2002; 2005; 2010) on tutkinut kulttuuriharrastusten ja yhteisöllisen toiminnan yhteyksiä länsirannikon ja Ahvenanmaan ruotsinkielisen väestön piirissä ja korostaa yhteisöissä vallitsevaa me-henkeä. Eläkeikäisten suomenkielisten kuolleisuus on noin 10% suurempi kuin ruotsinkielisten vaikka sosioekonominen asema ja asuinpaikka otetaan huomioon. Pohjanmaan rannikkoseudun ruotsinkielinen väestö on poikkeuksellisen työkykyistä ja elää pitkään. Eräs

selitys hyvinvointiin ja terveyteen löytyi peruskulttuurin yhteisöllisyyttä ja musiikkialan harrastuksia suosivista tekijöistä. Kaksi kolmasosaa kaikista suomenruotsalaisista järjestöistä, seuroista tai yhdistyksistä edustaa vapaaehtoista harrastustoimintaa. Enemmän kuin 10% Pohjanmaan ruotsinkielisistä naisista laulaa kuorossa ja musiikki on erityisen suosittu harrastus ruotsinkielisen väestön parissa. Musiikkialan ammattilaisia on myös heidän joukossaan suhteessa enemmän kuin suomenkielisten piirissä. Tutkimukset osoittivat, että ruotsinkielisten hyvää mieltä tuottavat tunnejaksot syntyivät yhteisöllisyyden ja keskinäisen luottamuksen tunteista (Hyyppä & Mäki 2001a,b; Hyyppä & Mäki 2003; Hyyppä 2010). Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen, keskinäinen luottamus ja kiintymys sekä taiteen ja kulttuurin harrastaminen nousevat näistä tutkimuksista sellaisiksi sosiaalisen pääoman arvoiksi, jotka ovat yhteydessä ihmisen hyvinvointiin ja terveisiin elinvuosiin.



**Kuvio 1.** Taide- ja kulttuuritoiminnan kokemuksellinen ja välineellinen merkitys hyvinvoinnin kehikossa (Hyyppä & Liikanen, 2005, 112).

Kuviossa 1 Hyyppä & Liikanen (2005) tuovat esille taide- ja kulttuuritoiminnan välineellisiä ja kokonaisvaltaisia merkityksiä ihmisen hyvinvointiin. He mainitsevat ensimmäisenä tekijänä taiteen kyvyn virittää ihmisen aistitoimintoja ja rikastuttaa elämysmaailmaa. Taide ja taidenautinnot sinänsä ovat merkityksellisiä ihmiselle. Toisena välineellisenä vaikuttajana on taiteen ja kulttuuritoiminnan yhteys hyvään terveyteen, parempaan työkykyyn ja hyvän elämän kokemuksiin. Kolmantena ovat harrastamisen ja kulttuuritoiminnan myötä syntyneet

yhteisöllisyys ja sosiaaliset verkostot, jotka auttavat ihmistä hallitsemaan elämäänsä paremmin. Neljäntenä ovat ympäristön esteettiset tekijät. Kaunis ympäristö ja luonto virkistävät ja voivat edesauttaa esimerkiksi kuntoutumisessa (Hyypä & Liikanen 2005,113).

Unesco käynnisti poikkitieteellisen ja moniammatillisen *Arts in Hospital* –hankkeen jo vuonna 1990. Hankkeen taustalla oli pyrkimys taata jokaiselle tasa-arvoinen mahdollisuus ihmisoikeuksien julistuksen 27. artiklan mukaiseen oikeuteen nauttia ja päästä osallisuuteen yhteiskunnan kulttuurista ja sivistyselämästä. Erityistä huolta kannettiin niistä, jotka olivat toisten avun varassa hoitolaitoksissa tai sairaaloissa vailla normaalin yhteiskunnan kulttuuritoimintoja. Taide oli hoitotyössä eräs terapian muoto, mutta vielä tärkeämmäksi tavoitteeksi nousi se, että taide- ja kulttuuritoiminta olisi osa hoitotyötä ja soveltui hyvin myös hoitoympäristön viihtyvyyden parantamiseksi. Tavoitteena oli myös tukea erityisesti nuorten taiteilijoiden työskentelymahdollisuuksia.

Ravelin (2008) tutki väitöskirjassaan tanssiesitystä auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Tanssiesityksen katsominen oli dementoituvalle vanhukselle aktiivinen tapahtuma, ja tanssiesityksen herättämät tunteet, muistot ja yhteisölliset kokemukset saivat aikaan prosesseja, joilla oli myönteistä hoidollista merkitystä. Ravelin (2008) piti tanssiesityksen katsomista vuorovaikutuksellisenä, hyvinvointia edistävänä ja vanhuksen voimavaroja esille nostavana psykososiaalisena auttamismenetelmänä, jonka avulla voidaan tukea dementoituvan vanhuksen normatiivista kehitystä.

Myös musiikin kuuntelulla on todettu olevan merkittäviä hoitavia vaikutuksia esimerkiksi aivohalvauspotilaiden muistin ja tarkkaavaisuuden sekä mielialan kuntoutuksessa. Tutkijat korostavatkin, että päivittäinen musiikin kuuntelu antaa arvokkaan lisän aivohalvauspotilaiden hoito-ohjelmaan, mikäli sitä käytetään säännöllisesti (Särkämö ym. 2008).

Suomalaiset tutkimukset (Liikanen 2003; 2004; Blomqvist & Hovila 2005) osoittavat, että taide- ja kulttuuritoimintoja on löydettävissä Suomen hoitolaitoksissa. Sen määrä ei kuitenkaan vastaa tarvetta ja kysyntää. Liikasen (2003) mukaan hoitolaitoksissa ja hoitotyön osana tapahtuva taidetoiminta voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: ensinnäkin toiminnalliseen harrastustoimintaan osana päivätoimintoja, toiseksi hoitotyötä ja kuntoutumista tukevaan taideterapiaan ja kolmanneksi analyttisen psykoterapian menetelmiä käyttävään taideterapiaan. Tässä artikkelissa tarkasteltu musiikkitoiminta kuuluu ensimmäiseen

toimintatyyppiin, jossa toiminnalliset musiikkituokioiden toimivat yhteisöllisinä tapaamisina ja virkistyshetkinä osana arkipäivän muita toimintoja ilman mitään terapeutteja tavoitteita.

### **3. Sosiokulttuurinen innostaminen musiikissa ja taiteessa hoitotyön menetelmäksi**

Taide- ja kulttuuritoimintaa tarvitaan avartamaan vanhustenhoitotyön perinteisiä tapoja toimia ja ajatella. Musiikki- ja kulttuuritoiminta voi toimia vanhustenhoitolaitoksissa kuntouttavana ja aktivoivana tekijänä arjen keskellä. Musiikkialan ammattilainen voi toimia taiteilijana tai henkilöstön ohjaajana taidetoimintojen järjestämiseksi hoitolaitoksiin. Tieteenalakohtaiset rajat ja osaamisen reviirit tulee ylittää ja yhdistää voimavarat ihmisen hyvän elämän edistämiseksi. Chikszentmihalyin (1997) mukaan vanhuutta ja hyvää elämää ei rakenneta tuottamalla lisää kulttuuripalveluja tai perustamalla mahtavampia ja turvallisempia hoitolaitoksia. Hyvän vanhuuden rakentamiseksi tarvitaan yhteisö, joka tarjoaa ihmiselle monia mahdollisuuksia nauttia elämästä ja ilmaista sekä kehittää itsessä olevia resursseja tavallisessa arjessa. Flow-käsitettä voi verrata syvän ilon ja hyvän mielen tunteeseen, jonka muistaa kauan ja jonka kautta ihminen tuntee elävänsä täyttä elämää. Kun ihminen saa mahdollisuuden toimia ja virittää taitonsa optimaalisesti mieluisaan tekemiseen flow-tunne tempaa mukaansa niin nuoren kuin ikääntyvänkin ihmisen.

Gadamer (1985) ja Kurkela (1993) rinnastavat taiteen peruskokemuksen leikkiin, jossa esimerkiksi musiikki mahdollistaa monenlaiset mielenmaisemat ja leikkimiseen verrattavat mielen liikahtukset vielä vanhainkodissakin kun ympäristö viritetään musiikilliseen toimintaan mahdolliseksi. Lehtonen (1996, 81–83) puhuu musiikista eräänlaisena metakielenä ja Erkkilän (1996) musiikin emotionaalisen kokemisen kolmidimensiomalli tuo esille musiikin kokemisen monivivahteiset ja -tasoiset merkitykset. Musiikin herättämässä kokemuksissa ja tunteissa on läsnä koko eletty elämä ja siinä piilee musiikin hoitava ja aktivoiva voima. Soshenskyn (2010) mukaan musiikin yhteydet ihmisen hyvinvointiin liittyivät ensinnäkin yhteisöllisiin positiivisiin ihmissuhteisiin ja musiikillisista kokemuksista nauttimiseen. Hyvinvointia lisäsivät myös osallisuuden ja osallistumisen tunteet sekä itseilmaisu aktiivisessa musiikillisessa toiminnassa.

Ruotsissa 65–75 –vuotiaille henkilöille tehty kyselytutkimus (Laukka 2010) osoitti ikääntyvien aikuisten musiikkiharrasteilla olevan positiivista merkitystä heidän kokemalleen psykologiselle hyvinvoinnille ja tyytyväisyydelle. Päivittäinen musiikin kuuntelu korostui merkittävämpänä musiikillisena tekijänä tutkittavien elämässä ja musiikin kuuntelulla oli

monia emotionaalisia merkityksiä kuten mielihyvän kokeminen, mielialan parantaminen ja rentoutuminen.

Hays'n & Minichiellon (2005) mukaan yli 60-vuotiaille tekemän ryhmähaastattelututkimuksen mukaan musiikillisilla aktiviteeteilla oli positiivinen yhteys siihen miten ikääntyvä säilytti positiivisen mielialan, itsetunnon, omatoimisuuden ja itsenäisyyden. Yhteisöllisten musiikkitoimintojen kautta ikääntyvä aikuinen välttyi myös yksinäisyydeltä ja eristyneisyydeltä. Heidän tutkimustulostensa perusteella musiikkia voidaan käyttää ikääntyvien ihmisten hyvinvointia parantavana tekijänä ja gerontologian tulisi olla tietoisempi musiikin potentiaalisesta mahdollisuudesta ihmisen hyvinvoinnin hoitamisessa. Backmand (2006) tutki ikääntyvien miesten fyysisen aktiivisuuden yhteyttä persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn ja totesi näillä olevan merkittävän yhteyden.

Chan, Chan, Mok & Tse (2009) tutkivat yli 65-vuotiaita depressiivisiä ikäihmisiä Hong Kongissa. Tutkimuksessa oli mukana 47 vanhusta, joista 23 kuului koeryhmään ja 24 kontrolliryhmään. Koeryhmässä olevien vanhusten depression hoidossa käytettiin musiikkia päinvastoin kuin kontrolliryhmässä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että musiikkiryhmäläisillä tapahtui merkitsevää depression vähenemistä ja verenpaineen laskua jo yhden kuukauden jälkeen musiikkitoiminnan aloittamisesta. Tutkimustulosten mukaan hoitajien tulisi käyttää merkittävästi enemmän musiikkia depressiosta kärsivien vanhusten hoidossa.

Bannan & Montgomery-Smith (2008) tutkivat ryhmälaulun merkitystä ikääntyvien Alzheimer-potilaiden hoidossa. Lauettava ohjelmisto valittiin potilaille tutuista lauluista ja uuden laulun opettelusta. Tutkimusaineisto koostui videoidusta aineistosta, jonka pohjalta tehty analyysi osoitti, että Alzheimer-potilaat kykenivät ryhmälauluun ja osallistuivat siihen mielellään. Tutut laulut palautuivat mieleen nopeasti, mutta merkittävä tulos oli, että Alzheimer-potilaat kykenivät oppimaan myös heille aivan uuden laulun. Eräässä tuoreessa tutkimuksessa (Chang, Huang, Lin & Lin 2010) musiikin käyttö ruokailutilanteissa vähensi vaikeasta dementiasta kärsivien vanhusten häiriökäyttäytymistä ja auttoi keskittymään ruokailuun sekä helpotti hoitohenkilökunnan työtä.

Musiikki antaa siis mahdollisuuden jäsentyneeseen kokemukseen myös dementoituneen vanhuksen kaoottiseen ja jähmettyneessä mielessä. Laulaminen ja musiikki herättävät

kokijassa ja osallistujassa usein erilaisia ajatuksia ja tunteita (ks. esim. Eerola 2009, Saarikallio & Erkkilä 2007). Musiikilla voi ilmaista myös sanattomia tiedostamattomia jo unohtuneeksi luultuja kokemuksia. Musiikki voi kohottaa vanhuksen mielialaa ja vähentää dementoituneen vanhuksen levottomuutta. (Jukkola 1998, 2003)

Kurjen (2000) mukaan keskustelu sosiokulttuurisesta innostamisesta liittyy kulttuurisen demokratian käsitteisiin, jonka mukaan innostajat toimivat välittäjinä taiteen ja kansan välillä. Virkistysverso-toiminnan tavoitteena onkin, että mahdollisimman moni ikäihminen pääsisi nauttimaan musiikista ja siihen liittyvistä kulttuuritoiminnan tuotteista ja että musiikki olisi osana ikäihmisten omaa arkea ja edistäisi heidän yksilöllisiä ja omaehtoisia mahdollisuuksiaan osallistua ja tuottaa musiikkia ja taidetta.

#### **4. Tutkimusasetelma ja tutkimustehtävä**

Tutkimusasetelma on kvasiekperimentaalinen tutkimus musiikkitoiminnan yhteyksistä vanhusten hyvinvointiin suomalaisissa vanhustenhoitolaitoksissa ja päiväosastoissa. Tutkittavina oli 205 vanhusta, jotka jakautuvat koe- ja kontrolliryhmiin niin, että puolet kunkin tutkimuksessa mukana olleen osaston vanhuksista osallistui musiikkitoimintaan ja puolet vastaavasti eivät. Koeryhmässä olevat osallistuivat musiikkitoimintaan ja kontrolliryhmässä olevat eivät osallistuneet. Molemmissa ryhmissä vanhusten omahoitajat arvioivat vanhusten hyvinvointia ja käyttäytymistä ennen ja jälkeen koeryhmän musiikkitoimintajakson. Kyseessä oli uuden integroivan musiikillisen toimintamuodon yhteyksien arviointi vanhusten päivittäiseen toimintaan ja hyvinvointiin.

Vanhusten hyvinvoinnin ja käyttäytymisen arviointilomake laadittiin kasvatustieteen, sosiaalipsykologian ja hoitotieteen yhteistyönä. Arvioinnin perustana oli kunkin vanhuksen omahoitajan observointi ja sen pohjalta suoritettu arviointi. Omahoitaja viettää päivittäin eniten aikaa vanhuksen kanssa ja voi arvioida häntä parhaiten ja luontevasti arjen eri toiminnoissa. Vanhukset ovat eniten kontaktissa juuri hänelle nimetyn oman hoitajansa kanssa. Pidimme omahoitajia luotettavimpina vanhuksen päivittäisen käyttäytymisen ja toimintojen arvioitsijana, sillä kyseessä ei ollut sairauksien diagnosointi tai esimerkiksi musiikillisen toiminnan esteettisen laadun arviointi. Arvioinnin yhden osa-alueen muodosti päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (Activities of Daily Living, ADL) arvioinnin mittari, joka oli käytössä Oulun diakonissalaitoksen vanhustenhoidossa. Arviointia täydennettiin



psykykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen aktiivisuuden arvioinneilla. Arvioinnit suoritettiin molemmissa ryhmissä ennen ja jälkeen musiikkitoimintajakson.

Koe- ja kontrolliryhmien keskiarvojen välisten erojen merkitsevyyksiä tarkasteltiin jälkeen – ennen -erotuspistemääristä t-testin avulla. Musiikkitoimintaan osallistuneita tarkkailtiin myös musiikillisen toiminnan aikana ja omahoitajat havainnoivat ja arvioivat vanhusten musiikilliseen toimintaan osallistumisen aktiivisuutta ja vanhuksen ilmaisemia mielialoja musiikkitoiminnan aikana.

Tutkimusongelmana oli selvittää onko vanhuksille järjestetyllä musiikkitoiminnalla yhteyttä vanhusten päivittäisiin toimintoihin, hyvinvointiin, muistiin, mielialaan ja sosiaaliseen aktiivisuuteen verrattuna niihin vanhuksiin, jotka eivät osallistu musiikkitoimintaan, mutta ovat samassa hoitolaitoksessa.

#### **4.1 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen suorittaminen**

Tutkimukseen osallistui yhteensä 205 iältään 75-95 –vuotiasta vanhusta vanhainkodeista, sairaaloista ja vanhusten päiväosastoilta eri puolilta Suomea Lapista Uudellemaalle. Taulukosta 1 käyvät ilmi koe- ja kontrolliryhmien demograafiset taustamuuttujat. Tutkimus suoritettiin 2009-2010 aikana. Ennen tutkimusjakson alkua musiikkitoimintaa ohjaavat hoitajat olivat osallistuneet Virkistysversotoiminnan koulutusjaksoon. Kahdessa vanhainkodissa musiikkitoimintaa ohjasivat koulutetut musiikkipedagogit (N = 3). Kaikki tutkimuksessa mukana olleet ryhmät noudattivat samaa Virkistysverso-ohjelmaa. 104 vanhusta osallistui säännöllisesti noin puolen vuoden ajan vuosina 2009–2010 pidettyihin musiikkitoiminnallisiin Virkistysverso tuokioihin. Musiikkitoiminnassa mukana olleista (koeryhmä) 31 henkilöä oli miehiä ja 73 naisia. Kontrolliryhmän muodostivat samoissa vanhusten hoitolaitoksissa ja samoilla osastoilla olleet vanhukset. Noin puolet osastolla olevista osallistui musiikkitoimintaan ja noin puolet osaston vanhuksista muodosti kontrolliryhmän. Kontrolliryhmissä oli yhteensä 33 miestä ja 66 naista. Vanhuksista 161 asui vanhainkodeissa, 32 oli sairaosastoilla ja 12 päiväosastoilla. Koeryhmään ja kontrolliryhmään valittiin henkilöt niin, että molempiin ryhmiin valittiin sattumanvaraisesti suurin piirtein yhtä monta miestä ja naista silloin kun kyseessä ei ollut esimerkiksi vain miehille tarkoitettu osasto, jolloin jako oli täysin satunnainen.

Tutkimuseettisistä syistä ryhmiin jaon jälkeen musiikkitoiminnan alkamisesta tiedotettiin vanhuksia ja heillä oli vielä mahdollisuus siirtyä toiseen ryhmään niin toivoessaan ja

muutama vanhus toimikin niin. Pääosin kaikki vanhukset halusivat kuitenkin osallistua musiikkitoimintaan ja näin ollen kontrolliryhmään jääneille luvattiin järjestää musiikkitoimintaa myöhemmin tutkimusjakson jälkeen. Vanhusten sairausdiagnooseja ei ollut käytettävissä, mutta omahoitajien kuvauksista käy ilmi, että osalla vanhuksista oli dementiasairautta. Koe- ja kontrolliryhmiin kuuluvien vanhusten dementia kuvausten määrillä ei ollut eroa.

**Taulukko 1.** Koe- ja kontrolliryhmien demograafiset taustamuuttajat

**Sukupuoli**

Sukupuoli	Koeryhmä	Kontrolliryhmä	Yhteensä
Nainen	73	66	139
Mies	31	35	66
Yhteensä	104	101	205

**Ikä**

Ikä	Koeryhmä	Kontrolliryhmä	Yhteensä
75 - 80v.	11	11	22
81 -89v.	78	78	156
90 – 95v.	15	12	27
Yhteensä	104	101	205

**Asumismuoto/toimintapaikka**

Asumismuoto /toimintapaikka	Koeryhmä	Kontrolliryhmä	Yhteensä
Vanhainkoti	82	79	161
Sairaala	16	16	32
Päiväosasto	6	6	12
Yhteensä	104	101	205

Demograafisten taustamuuttajien riippumattomuutta tarkasteltiin Khin neliö-testillä. Khin neliö-testit osoittavat tilastollisen riippumattomuuden koe- ja kontrolliryhmien demograafisten taustamuuttajien välillä: suhteessa sukupuoleen ( $\chi^2 = 0.35$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.553$ ), ikään ( $\chi^2 = 0.294$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.865$ ) ja asumismuotoon ( $\chi^2 = 0.012$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.994$ ). Myöskään muuta demograafisten taustamuuttajien välistä riippuvuutta, kuten sukupuoli ja ikä ( $\chi^2 = 2.59$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.274$ ) tai ikä ja asumismuoto ( $\chi^2 = 5.12$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.275$ ) ei tullut khin neliö-testeillä esille. Ainoastaan sukupuolen ja asumismuodon välillä oli pientä eroavuutta, sillä päiväosastotoiminnassa oli 7 miestä ja 5 naista ( $\chi^2 = 4.83$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.089$ ).

Musiikkitoimintaa järjestettiin koeryhmäläisille kerran viikossa noin tunnin verran yhteensä 20 tuntia viiden kuukauden ajan. Omahoitajat tukivat musiikkitoimintaan osallistuneita

musiikkituokioiden aikana ja keskustelivat vanhusten kanssa heidän kokemuksistaan musiikkituokioiden jälkeen. Omahoitajat arvioivat näiden musiikkituokioiden aikana tehtyjen havainnointien ja keskustelujen perusteella vanhuksen musiikin kuuntelun nauttimista, tarinoiden kuuntelusta nauttimista, laulamiseen tai musiikkiliikunnallisiin harjoituksiin osallistumista. Lisäksi he suorittivat havainnointia musiikkituokioiden välillä tapahtuneesta musiikillisesta aktiviteetista, kuten laulujen laulamisesta tai musiikkituokion tarinoista virinneistä keskusteluhetkistä. Hoitajilta pyydettiin myös oma arvio musiikkituokioiden yhteydestä vanhusten hyvinvointiin. Lisäksi omahoitajat kirjoittivat kuvaukset jokaisesta tutkimusryhmään kuuluvasta vanhuksesta. Omahoitajat arvioivat täysin samalla arviointilomakkeella myös kontrolliryhmiin kuuluneita vanhuksia, muuten paitsi musiikkitoimintaan osallistumista kuvaavissa osuuksissa. Tässä artikkelissa raportoidaan tutkimustulokset vain ennen ja jälkeen Virkistysverso-toimintajakson tapahtuneista koe- ja kontrolliryhmään kohdistuneista arvioinneista. Tutkimuksen yhteydessä kerättyä laadullista aineistoa käytetään tässä yhteydessä vähäisesti vain määrällisten tulosten tulkinnan välineenä, ja ne on tarkoitus myöhemmin julkaista omana raporttinaan.

Musiikkitoiminta sisälsi musiikin kuuntelua, vanhuksille tutun lauluohjelmiston laulamista, entisajan tarinoita, vanhusten kuntoon mukautettua musiikkiliikuntaa sekä soittamista. Arvioinnit ennen ja jälkeen musiikkitoimintajakson suoritettiin anonyymeinä ja muutetuilla nimillä. Asianmukaiset tutkimusluvut oli saatu jokaiselta tutkimuksessa mukana olleelta laitokselta, vanhuksilta tai heidän edunvalvojiltaan. Vanhuksilla ei ollut tutkimusjakson aikana muita taiteellisia aktiviteetteja.

### **4.3 Virkistysversotoiminnan ja – materiaalin kuvaus**

Musiikki- ja Kulttuurikeskus VERSO ry:n kehittämä VirkistysVerso (<http://www.versomus.fi/documents/46.html>) on materiaalikokonaisuus, joka on suunniteltu ikäihmisten parissa työskenteleville avuksi musiikki- ja tarinatuokioiden toteuttamiseen. Materiaalia on helppo käyttää ja soveltaa. Käytännössä kokeilu toteutettiin siten, että tutkimukseen osallistuneet vanhusten hoitoyksiköt saivat VirkistysVerso-koulutuksen, jonka avulla he kykenivät itsenäisesti käyttämään ja soveltamaan VirkistysVerso-materiaalia. Omahoitajat koulutettiin arviointilomakkeen täyttämiseen ja ADL-osuuden arviointi oli jo heille ennestään hoitotyöstä tuttua. Koulutuksia järjestettiin Helsingissä ja Oulussa ennen tutkimusjakson alkamista. VirkistysVerson materiaalissa on otettu huomioon ikäihmisten mieltymykset sekä suomalainen kulttuuri. Virkistysversotoiminnan kehittäjien mukaan

monipuolisilla toimintatuokioilla voidaan tukea fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä vaikuttaa yleiseen mielialaan ja vireyteen.

Materiaalikonaisuuteen kuuluu neljä vuodenaikavihkoa ja äänitteet sekä niihin liittyvä laulukirja. Lauluohjelmisto liittyi vanhusten lapsuuden, nuoruuden ja aikuisiän suosituimpiin laulusävelmiin. Vuodenaikavihkot sisältävät monipuoliset virkistystuokioiden suunnitelmat vuoden jokaiselle kuukaudelle. Suunnitelmat on koottu tarinoiden ja runojen ympärille ja niihin on liitetty laulu-, liikunta- ja kuunteluideoita. Ritva Ollaranta on kirjoittanut kuukauden tarinat oman äitinsä lapsuuden muistojen pohjalta. Materiaaliin liittyvät äänitteet soveltuvat käytettäviksi kuunteluun, liikuntaan ja rentoutukseen. Ne sisältävät kansanmusiikkia, klassista musiikkia, hengellistä musiikkia sekä viihdemusiikkia.

Tutkimukseen liittyvissä musiikki- ja tarinatuokioissa pyrittiin kiirettömään ja rauhalliseen tunnelmaan. Laulamisen yhteydessä tunnistettiin lauluja melodioista, muisteltiin sanoja, esittäjiä ja säveltäjiä. Tarinoita verrattiin omiin kokemuksiin, ja keskusteluissa tuli esille juhlapyyhiin liittyviä tapahtumia ja merkkihenkilöiden muistelemista. Musiikin kuuntelun aikana keskusteltiin musiikin herättämistä tunteista ja mielikuvista. Musiikkia tunnistettiin esimerkiksi alkusoitosta, ja musiikin kuunteluun liittyi keskusteluja säveltäjästä, esittäjästä ja tilanteista, joissa musiikkia oli kuultu aiemmin. Pienimuotoinen liikunta musiikin mukaan toteutettiin joko istuen tai seisoen ja se liittyi tarinoihin, työntekoon tai arkiaskareisiin. Aisteja aktivoitiin ajankohtaisilla luonnonmateriaaleilla kuten syksyn lehdillä, pihlajan, koivun tai kuusen oksilla, hallaharsolla, huiveilla, höyhenillä, siveltimillä, saippuakuplilla ja värikkäillä nauhoilla. Myös taidekuvien katselu yhdessä musiikin kanssa kuului ohjelmaan.

#### **4.4 Toimintakykymittarin kuvausta**

Hyvinvoinnin eräs osatekijä on se kuinka ihminen selviytyy itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa arvioidaan hoitotieteessä vakiintuneilla ADL-arviointimittareilla. Arvioinnissa vanhusten toimintoja ja käyttäytymistä tarkasteltiin päivittäisistä toiminnoista selviytymisen näkökulmasta (ADL) sekä muistin, psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden näkökulmista.

ADL kykymittari on laajasti terveydenhuollossa kehitetty ja käytetty mittari, joka kuvaa kokonaisuudessaan vanhusten toimintakykyä luotettavasti. Tutkimuksessa käytettyä ADL –mittaria käytti (28) terveydenhuoltoalan työntekijää. ADL-mittareita on monenlaisia, mutta

niiden osiot mittaavat ihmisen omatoimista selviytymistä esimerkiksi, pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, omatoimisessa ruokailussa ja liikkumisessa. Mittarit laaditaan kohderyhmän mukaan, mutta ADL-arviointia käytetään erityisen yleisesti ikäihmisten omatoimisuuden arvioinnissa. (McDowell & Newell 1996; Krapp 2002)

Roper, Logan & Tierney (2000) korostavat päivittäisen omatoimisuuden arvioinnissa omatoimisuuden yhteyksiä psykologisiin, sosiokulttuurisiin, ympäristöllisiin, biologisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin, niin että omatoimisuutta ja henkilön itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista tulisi tarkastella entistä kokonaisvaltaisempien osatekijöiden valossa ja ottaa huomioon kuinka nämä osatekijät ovat yhteydessä päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen.

Tässä tutkimuksessa käytettiin Oulun diakonissalaitoksella käytössä ollutta ADL-mittaria, joka on useimmille suomalaisille hoitajille tuttu arviointimenetelmä. Omatoimisuutta päivittäisessä toiminnassa arvioitiin kuusiportaisella asteikolla itsenäisestä toiminnasta täysin autettavaan. Arvioitavia päivittäisen toiminnan osa-alueita olivat liikkuminen osastolla, ruokailu, henkilökohtainen hygienia ja WC:n käyttö. Omahoitajat arvioivat lisäksi vanhuksen tilaa Likert-tyyppisellä asteikolla seuraavissa toiminnoissa: muisti päivittäisissä toiminnoissa, puhekyky, innokkuus laulamiseen, ympäristön havainnointikyky, kontaktinottokyky muihin asukkaisiin, kontaktinottokyky hoitohenkilökuntaan, aloitteidentekokyky yhteisössä ja yhteisöllisen ilmapiirin luomisessa. Omahoitajat arvioivat lisäksi vanhusten mielialaa kuusiportaisella asteikolla: masentunut, välinpitämätön, vaihteleva, valoisa ja iloinen.

## **5. Tutkimustulokset**

Tutkimustuloksina esitetään koe- ja kontrolliryhmien väliset erot alkutilanteessa ja sen jälkeen testataan ryhmäeroja muuttujien muutosasteissa erotuspistemääristä lasketuilla t-testeillä. Erotuspistemääristä lasketuissa t-testituloksissa tulee esille musiikkitoiminnan positiivinen yhteys koeryhmän tuloksiin lähes jokaisessa arvioinnin kohteena olleessa alueessa, kuten päivittäisessä omatoimisuudessa, päivittäisten asioiden muistamisessa, puhumis- ja laulamisinnokkuudessa, sosiaalisessa kontaktinottokyvyssä henkilökunnan kanssa, yleisessä aloitekyvyssä ja vanhuksen positiivisessa mielialassa. Nämä kaikki ovat osaltaan kuvaamassa vanhuksen hyvinvoinnin laadun perustekijöitä, jotka paranivat koeryhmäläisillä musiikkitoimintaan osallistumisen aikana.

Koe- ja kontrolliryhmien väliset lähtötasoerot laskettiin t-testillä (kts. Taulukko 2). Alkuarvioinnin mukaan koeryhmä oli erittäin merkittävästi parempi kontrolliryhmää laulamisinnokkuudessa ( $p = 0.001$ ), ja merkittävästi parempi havainnointikyvyssä ( $p = 0.030$ ) sekä osaston ilmapiirin luomisessa sekä aloitekyvyssä ( $p = 0.020$ ). Muissa osioissa ei ollut ryhmien alkuarviointipistemäärien välillä merkitseviä eroja (omatoimisuus ADL,  $p = 0.630$ ; muisti,  $p = 0.330$ ; puhumisaktiivisuus  $p = 0.280$ ; kontaktinotto muihin asukkaisiin  $p = 0.600$  ja mieliala  $p = 0.460$ ).

**Taulukko 2.** Koe- ja kontrolliryhmien väliset erot alkuarvioinnissa (t-testi)

Ryhmä	M	SD	N	t	df	p
<b>Omatoimisuus (ADL)</b>						
Koeryhmä	4.21	1.98	104	0.47	203	0.630
Kontrolliryhmä	4.08	2.04	101			
<b>Muisti</b>						
Koeryhmä	3.70	1.65	104	0.98	203	0.330
Kontrolliryhmä	3.47	1.65	101			
<b>Puhumisaktiivisuus</b>						
Koeryhmä	5.19	1.47	104	2.22	203	0.280
Kontrolliryhmä	4.73	1.50	101			
<b>Laulamisinnokkuus</b>						
Koeryhmä	4.36	1.81	104	3.51	203	0.000
Kontrolliryhmä	3.50	1.65	101			
<b>Havainnointikyky</b>						
Koeryhmä	4.36	1.53	104	2.20	203	0.030
Kontrolliryhmä	3.90	1.43	101			
<b>Kontaktinotto muihin vanhuksiin</b>						
Koeryhmä	3.95	1.56	104	1.42	203	0.160
Kontrolliryhmä	3.65	1.44	101			
<b>Kontaktinotto henkilökuntaan</b>						
Koeryhmä	4.61	1.59	104	0.53	203	0.600
Kontrolliryhmä	4.50	1.39	101			
<b>Mieliala</b>						
Koeryhmä	3.20	0.93	104	0.74	203	0.460
Kontrolliryhmä	3.10	0.87	101			

<b>Ilmapiirin luomis- ja aloitekyky</b>						
Koeryhmä	3.23	1.58	104			
Kontrolliryhmä	2.70	1.58	101	2.39	203	0.020

Jälkeen – ennen – erotuspistemääristä tehdyt t-testitulokset (kts. Taulukko 3) osoittavat musiikkitoiminnalla olleen merkittävän roolin vanhusten päivittäisten toimintojen ja hyvinvoinnin edistämässä.

**Taulukko 3.** Koe- ja kontrolliryhmien muutos pisteiden väliset erot (t-testit erotuspistemääristä)

Ryhmä	M	SD	N	t	df	p
<b>Omatoinisuus (ADL)</b>						
Koeryhmä	0.31	0.73	104			
Kontrolliryhmä	-0.22	1.02	101	4.22	203	0.001
<b>Muisti</b>						
Koeryhmä	0.22	0.76	104			
Kontrolliryhmä	-0.17	0.91	101	3.33	203	0.001
<b>Puhumisaktiivisuus</b>						
Koeryhmä	0.22	0.76	104			
Kontrolliryhmä	-0.17	0,91	101	3.33	203	0.001
<b>Laulamisinnostus</b>						
Koeryhmä	0.17	1.27	104			
Kontrolliryhmä	-0.34	1.13	101	3.04	203	0.003
<b>Havainnointikyky</b>						
Koeryhmä	0.13	0.84	104			
Kontrolliryhmä	-0.16	0.90	101	2.41	203	0.017
<b>Kontaktinotto muihin vanhuksiin</b>						
Koeryhmä	0.11	0.10	104			
Kontrolliryhmä	-0.16	0.11	101	1.88	203	0.061
<b>Kontaktinotto henkilökuntaan</b>						
Koeryhmä	0.19	1.01	104			
Kontrolliryhmä	-0.21	1.04	101	2.78	203	0.006
<b>Mieliala</b>						
Koeryhmä	0.25	0.86	104			

Kontrolliryhmä	-0.10	0.81	101	2.98	202,6	0.001
<b>Ilmapiirin luomis- ja aloitekyky</b>						
Koeryhmä	-0.06	0.86	104	1.11	203	0.267
Kontrolliryhmä	-1.19	0.82	101			

Vanhusten omahoitajat arvioivat tutkimukseen osallistuneiden vanhusten käyttäytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa. Arviointitulosten perustella voidaan havaita, että musiikkitoimintaan osallistumisella on yleisesti ottaen merkittävää yhteyttä vanhuksen päivittäiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Muilla taustamuuttujilla (sukupuoli, ikä, asumismuoto) ei ollut merkitsevää yhteyttä edellä taulukossa 3 esitettyihin muutospistemääriin.

Koe- ja kontrolliryhmien muutospistemäärien väliset erot osoittavat musiikkiryhmäläisten selviävän kontrolliryhmään verrattuna erittäin merkittävästi paremmin päivittäisistä toiminnoista (ADL), kuten liikkuminen, ruokailu, henkilökohtainen hygienia ja wc:ssä käynti. Arviointi osoittaa musiikkiryhmäläisten muistavan arkipäivän asioita kontrolliryhmään verrattuna erittäin merkitsevästi paremmin. Omahoitajien päivittäisten havaintojen perusteella tehdyt arvioinnit osoittavat, että musiikkitoiminnalla oli erittäin merkittävä yhteys vanhusten puhekyvyn ja puhumisaktiivisuuden paranemiseen toimintajakson aikana. Laulamisinnokkuuteen liittyen voidaan todeta, että musiikkitoimintaan osallistuneet olivat jo alkuarvioinnissa kontrolliryhmää erittäin merkittävästi innokkaampia laulajia ja ehkä tämän vuoksi toivoivat pääsevänsä ensimmäisinä musiikkitoimintaan. Ryhmien muutospisteiden välinen ero laulamisinnokkuudessa oli edelleen melko merkittävä. Vanhusten päivittäiseen havainnointikykyyn liittyen koeryhmä oli kontrolliryhmää parempi jo alkuarvioinnissa, mutta koeryhmän havainnointikyky päivittäisissä toiminnoissa parani omahoitajien arvioinnin perusteella melko merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään.

Musiikkitoiminta ei aktivoinut siihen osallistuneiden kontaktikykyä muihin osaston asukkaisiin merkittävästi, sen sijaan koeryhmäläiset ovat arvioinnin perusteella merkitsevästi aktiivisempia sosiaalisissa kontakteissa ja keskusteluissa hoitohenkilökunnan kanssa, tämä sosiaalisen aktiivisuuden lisääntynyt piirre suhteessa hoitohenkilökuntaan tulee esille myös laadullisen aineiston kuvauksissa.



Omahoitajat arvioivat vanhusten aloitteiden tekemistä hoitolaitoksen ja osaston päivittäisiin toimintoihin ja ilmapiiriin liittyen. Koeryhmä oli jo alussa kontrolliryhmää aktiivisempi aloitteiden tekemisessä ja todennäköisesti aktiivisempi ilmoittautumaan ensimmäisenä myös musiikkitoimintaan osallistumiseen. Musiikkitoimintaan osallistumisella ei erotuspistemääristä tehdyn t-testauksen perusteella ollut merkittävää yhteyttä osaston ilmapiiriin luomiskykyyn tai aloitteiden tekemisaktiivisuuteen liittyvää.

Erityisen merkittävänä tekijänä omahoitajien arviointien ja kuvausten perusteella osoittautui musiikkitoimintaan osallistumisen yhteydet positiivisen mielialan luomisessa. Erotuspistemääristä tehdyn t-testin mukaan koeryhmä oli kontrolliryhmää erittäin merkittävästi positiivisempi mielialaltaan.

## **6. Pohdinta**

Tiivistetysti voidaan todeta, että tutkimustulokset toivat esiin musiikkitoiminnan positiivisen yhteyden moniin vanhusten hyvinvointiin keskeisesti vaikuttaviin tekijöihin. Suurimmat tilastollisesti merkittävät erot olivat koe – ja kontrolliryhmässä päivittäiseen omatoimisuuteen, muistiin, puhumisaktiivisuuteen, laulamisinokkuuteen, kontaktinottoon henkilökunnan kanssa sekä positiiviseen mielialaan liittyen. Nämä arvioinnin osa-alueet olivat selvästi paremmat musiikkitoimintaa saaneella ryhmällä. Sukupuolella ei tässä joukossa ollut merkittävää yhteyttä edellä tutkittuihin tekijöihin.

Myös laadullisen aineiston (raportoidaan erikseen) perusteella voidaan todeta, että musiikkitoimintatodotukset koettiin erittäin virkistävinä ja hyvinvointia lisäävinä kaikissa tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä ympäri Suomen. Musiikkitoimintaan osallistuneet vanukset nauttivat erityisesti musiikin ja tarinoiden kuuntelusta. Laulamiseen osallistuminen, soittamisen ja liikkumisen aktiivisuus vaihtelivat enemmän riippuen vanhuksen kunnosta. Miesten ja naisten välillä ei havaittu laadullisessakaan aineistossa eroavuuksia osallistumisaktiivisuudessa. Hoitopaikalla (vanhainkoti, sairaala, päiväosasto) ei ollut myöskään omahoitajien mukaan merkitystä osallistumisaktiviteetteihin tai osallistuneiden vanhusten musiikkimieltymyksiin.

Eräänä laadullisen lähestymistavan esimerkkinä mainitaan, että Remes (2009) teki hoitotyön koulutusohjelmassa opinnäytetyönsä tähän tutkimusprojektiin liittyen Oulun Diakonissalaitoksen Veljeskodin seitsemän asukkaan kokemuksista Virkistysverso musiikki- ja tarinatuokioiden merkityksestä heidän mielialaansa. Opinnäytetyö oli laadullinen

tapaustutkimus ja aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Ryhmään osallistuneet asukkaat olivat iältään 83-95 –vuotiaita miehiä, joista suurin osa oli leskiä. Miehet osallistuivat musiikkitoimintaan kevään 2009 aikana. Haasteltavat kuvailivat mielialaansa Virkistysverso -tuokioiden jälkeen positiivisiksi. Ryhmäläiset kuvasivat musiikki- ja tarinatuokioiden piristäneen heitä ja tuoneen myönteistä vaihtelua normaaliin arkipäivään. Miehet kaipasivat ohjelmaan enemmän liikuntaa, pelejä ja vertaistaan keskustelukumppania. Arvoitukset ja sananlaskut koettiin mieluisina tarinatuokioiden osioina. Musiikin merkitys oli tärkeä. Musiikki herätti miesten mielissä eloon vanhoja muistoja ja monet laulun sanatkin palautuivat muistiin tutun ohjelmiston myötä.

Luonnollisesti voidaan myös pohtia, millaisiin seikkoihin musiikkitoiminnalla olisi vähemmän yhteyttä tai olisiko jollain toisenlaisella taiteellisella tai aktivoivalla toiminnalla saatu aikaan samansuuntaisia tuloksia. Tässä artikkelissa Virkistysverso-toimintaan liittyvät tekijät on nostettu esille vanhusten hyvinvointia yleisesti edistävinä toimintoina, mutta mielenkiintoista olisi tarkemmin tietää, millaisiin tekijöihin tai millaisiin henkilöihin aktiivinen musiikillinen toiminta ei ehkä vaikuttaisi yhtä merkittävästi. Tämän tutkimuksen koe- ja kontrolliryhmät olivat demografiselta taustaltaan samankaltaisia ja vanhukset oli jaettu ryhmiin niin sattumanvaraisesti kuin mahdollista. Tutkimuseettisistä syistä lopullinen ryhmiin jako tapahtui kuitenkin niin, että vanhusten inhimilliset toivomukset otettiin huomioon ja tämä voi vaikuttaa joiltain osin myös tutkimustulosten luotettavuuteen. Toisaalta muutosten suunta on niin selkeä ja merkittävä, että se osaltaan todistaa musiikkitoiminnan arkea virkistävän ja vanhuksia piristävän yhteyden. Virkistysversotoiminta oli musiikillisesti integroivaa toimintaa sisältäen tarinoita ja taidekuvien katselua, joten puhtaasti musiikin aikaansaamasta efektistä ei voi kuitenkaan tässä yhteydessä puhua. Toisaalta ihmistieteissä on miltei mahdoton tietää kaikkia niitä tutkimuksen ulkopuolisia inhimillisiä tekijöitä, jotka voivat olla yhteydessä tutkimustuloksina esitettyihin yhteyksiin.

Tulosten luotettavuuteen liittyen on hyvä pohtia myös sokkouttamista. Vanhukset eivät tienneet osallistuvansa tutkimukseen, sen sijaan omahoitajat tutkimuksen arvioitsijoina olivat tutkimuksesta tietoisia. Omahoitajat saattoivat satunnaisesti olla myös mukana musiikkituokioissa saattaessaan ja hakiessaan vanhuksia toiminnasta ja joskus myös olemalla mukana tuokioissa. Tutkimustoiminnan yhteyttä musiikkitoimintaan ei kuitenkaan korostettu vaan sitä, että vanhuksille järjestetään musiikkitoimintaa ryhmäkohtaisesti ja eri aikoina ja,

että musiikkitoiminta liittyy kyseisenä ajanjaksona yksikön toimintakulttuuriin luonnollisena lisänä.

Musiikkitoiminnalla oli yhteyttä sosiaalisen hyvän elämän kokemuksiin ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella musiikillinen toiminta auttoi vanhusta jäsentämään ja ottamaan haltuun arkea. Myös monet muut tutkimukset puhuvat musiikin hyvinvointia ja terveyttä edistävästä yhteyksistä vanhusten hoidossa, kuten esimerkiksi Jäncken (2008) tutkimus, joka myös osoittaa musiikin tunteita herättävällä vaikutuksella olevan merkittävää yhteyttä yksilön muistikykyyn. Zare, Ebrahimi & Birashk (2010) ovat tutkineet musiikkiterapian käyttöä Alzheimer-potilaiden hoidossa. Musiikilla oli Alzheimer-potilaiden mielialaan rauhoittava vaikutus. Tutkijat suosittelivat musiikin käyttämistä Alzheimer-potilaiden hoidossa. Samalla kun musiikilla oli muistisairaiden vanhusten kiihtymys- ja sekavuuskohtauksia tasoittava vaikutus se teki hoitoympäristöstä stressittömämmän ja lisäsi hoidettavien ja hoitohenkilökunnan yleistä hyvinvointia. Tässä tutkimuksessa dementia ei ollut erityisesti tutkimuksen kohteena, eikä vanhusten tarkkoja diagnoositietoja ollut käytettävissä. Omahoitajien laadulliset arviot osoittavat kuitenkin dementiaa sairastavien vanhusten piristävän musiikkitoiminnasta niin, että musiikki toisaalta aktivoi dementiapotilasta osallistumaan lauluun ja toisaalta rauhoittaa ja luo mielihyvää pieneksi hetkeksi arjen keskelle.

Musiikki aktivoi vanhuksia selvästi puhumaan ja muistelemaan. Myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Mador 2007) vanhus saattaa muistaa selkeästi tilanteen, jolloin kuuli musiikkikappaleen ensimmäistä kertaa. Musiikki aktivoi aivojen ohimolohkon toimintaa, joka luo mieleen tilannekuvan menneestä tapahtumasta jota sitten muistellaan. Schlaug ym. (2010) ovat tutkineet MIT-menetelmän (melodic intonation therapy) käyttöä afasiasta kärsivien vanhusten hoidossa, musiikin käyttäminen puhekyvyn kuntoutumisessa on osoittautunut tehokkaaksi ja kaipaa aivoneurologista lisätutkimusta.

Tämän tutkimuksen positiiviset tulokset haastavat yhteiskuntaa muutokseen kokonaisvaltaisemmassa ihmisen kohtaamisessa ja hoitamisessa. Musiikkitoiminta ei ole vielä integroitunut pysyväksi osaksi hoitolaitosten arkea. Virkistysverso toiminnan tavoitteisiin kuuluu säännöllisen ja ympärivuotisen musiikkitoiminnan vakiinnuttaminen osaksi vanhusten hoitokulttuuria. Musiikkiohjelmiston uusimisen tarve on ilmeinen muutaman vuosikymmenen kuluttua, kun nykyinen aikuisväestö ikääntyy omine

musiikkimieltymyksineen. Musiikkitoimintojen vakiinnuttaminen edellyttää hoitokulttuurin muuttumista ja uutta tuoretta asennetta kokonaisvaltaiseen ihmisen hoitamiseen. Se edellyttää myös valmiutta kouluttautua musiikkituokioista vastaaviksi hoitajiksi. Toiminnan vakiintuminen edellyttää resursseja ja yhteistyötä musiikkipedagogien ja hoitolaitosten välillä.

Lähtökohtana on se, että musiikki nähdään tärkeänä osana jokaisen hoitolaitoksessa elävän ihmisen elämää ja tarpeita. Toiseksi tarvitaan yhteistyön kehittämistä kulttuuri sekä terveystuokioammattilaisten välillä, sillä toisen ammattitaidon, kielen ja kulttuurin ymmärrys ja kunnioittaminen on yhteistyön peruslähtökohta, tämä on myös koulutuksellinen yhteistyötavoite. Kolmanneksi tarvitaan riittävästi hoitohenkilökuntaa ja uutta asennetta siihen, ettei musiikkituokio ole vaaraksi hoitolaitoksen kiireiselle ja toistuvalla päiväjärjestykselle. Keskeistä on asennoitua rennommin ja vapaammin sen sijaan, että usein ajatellaan musiikkitoiminnan vievän aikaa rutiinistöistä. Puolen tunnin mittaisia virkistystuokioita olisi suotavaa järjestää viikoittain ja pieniä musiikillisia hetkiä hoitotyön arjessa päivittäin. Voimavarojen kohdentaminen ja ajankäytön suunnittelu auttavat jonkin verran kun positiivinen asenne on olemassa. Hoitohenkilöstön resurssien riittämättömyys on kuitenkin tosiasia ja siihen tulee puuttua. Jokainen ihminen tarvitsee aikaa, rauhaa ja henkilökohtaista huomiota etenkin ikääntyessään ja sairastuessaan. Kun tähän lisätään luontevasti taiteen ja musiikin hoiva, ollaan jo pitkälle parantamassa ikääntyvän ihmisen arjen hyvinvointia suomalaisissa vanhusten hoitolaitoksissa.

Voidaan myös oikeutetusti kysyä, mikä musiikillisessa toiminnassa auttoi vanhuksia parempaan arkeen ja lisääntyneeseen hyvinvointiin omassa elämässä? Mitkä ovat ne musiikillisen toiminnan olennaiset elementit, jotka kohentavat elämänlaatua, arkea ja hyvinvointia? Voitaisiko se kiteyttää musiikkiin itsessään, merkityksellisiin kokemuksiin sekä yhteisöllisyyteen. Kehittyvän aivotutkimuksen avulla on voitu osoittaa, että ihmisen ensimmäinen musiikkikulttuuri on valmis jo syntymähetkellä (Huotilainen, 2009). Musiikki ei-kielellisenä, merkityksiä kantavana järjestelmänä antaa mahdollisuuden koko ihmiselämän läpi kulkevaan asioiden ja tunteiden käsittelyyn, yhteisöllisyyden kokemukseen sekä yksilön kokonaisvaltaiseen hoivaan. Vanhusten hyvinvoinnista huolehtiminen heijastaa koko yhteiskunnan hyvinvointia ja arvomaailmaa. Vanhusten hoito- ja toimintaympäristöjä musiikillisesti ja taiteellisesti rikastamalla parannetaan sekä yksilön että yhteisön henkistä hyvinvointia, jolla voi olla yhteyksiä laajemmin myös ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Tätä tukevat jo monet aikaisemmat tutkimukset.

## Lähteet

- Bannan, N. & Montgomery-Smith, C. 2008. Singing for the Brain': reflections on the human capacity for music arising from a pilot study of group singing with Alzheimer's patients. *Perspectives in Public Health*, vol. 128, 273-78.
- Blomqvist L. & Hovila E. 2005. *Yhdessä elämyksiä arkeen*. Vanhustyön keskusliiton raportti 1/2005.
- Bäckmand, H. 2006. *Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä*. Kansanterveystieteen julkaisu M 188:2006. Helsinki: Yliopistopaino.
- Chan, F.M., Chan, E.A. Mok E. & Tse, F.Y.K. 2009. Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. In *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 18, Issue 4, 285–294.
- Chang F.Y., Huang H.C., Lin K.C., Lin LC. 2010. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19 Issue: 7-8, 939-948.
- Csikszentmihalyi, M. 1997. *Finding flow: The Psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- Gadamer, H. G. 1985. *Truth and Method*. Crossroads publishing Company. Original published 1960.
- Eerola, T. 2009. Music, thought, and feeling: Understanding the psychology of music by W.F. Thompson: A compact and inspiring resource for teaching music cognition (book review). *Musicae Scientiae*, 13(2), 467-470.
- Erkkilä, J. 1996. *Musiikki ja tunteet musiikkiterapiassa. Musiikin emotionaalisten vaikutusten kolmidimensiomalli*. Hankasalmi: Havusalmen kirjapaino. Hayes, T, 2005. Well-being in later life through music. *Journal on Ageing*. Vol. 24/1. 28–32.
- Hays, T., Minichiello, V. 2005. The meaning of music in the lives of older people: a qualitative study. *Psychology of Music*, Vol. 33 no. 4, 437-451.

Huotilainen, M. 2009. Musiikillinen vuorovaikutus ja oppiminen sikiö- ja vauva-aikana. Teoksessa: J. Louhivuori, P. Paananen ja L. Väkevä (toim.) *Musiikkikasvatus. Näkökulmia kasvatukseen, opetukseen ja tutkimukseen*. Suomen Musiikkikasvatusseura – FiSME r.y. Vaasa: Ykkös-Offset Oy, 121 – 128.

Hyyppä, M.T. 1999. *Kustsvenskar är friskare och lever längre*. Rosetoeffecten i Finland. *Läkartidningen* 96: 24-54.

Hyyppä M.T. 2000. Kuinka luottamus edistää terveyttä ja miten vaikutus välittyy? *Suomen lääkäri* 33: 3254-3257.

Hyyppä, M.T., Mäki J. 2001a. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International*. Vol. 16 Issue: 1, 55-64.

Hyyppä, M.T., Mäki J. 2001b. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*. Vol. 32 Issue: 2, 148-155.

Hyyppä, M.T. 2002. *Elinvoimaa yhteisöistä*. Jyväskylä:PS-kustannus.

Hyyppä, M.T., Mäki J. 2003. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*. Vol. 18 Issue: 6, 770-779.

Hyyppä M.T. 2005. *Me-hengen mahti*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hyyppä, M.T., Mäki, J. Impivaara, O., Aromaa, A. 2006. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion. Internal*, 21 (1): 5-12.

Hyyppä, M.T.2010. Kunstfolk nyt! Terve ja pitkäikäinen vähemmistömme. Teoksessa Pakkaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) *Kulttuurit ja lääketiede*. Helsinki: Duodecim.

Hyyppä, M.T. & Liikanen, H-L. 2005. *Kulttuuri ja terveys*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Krapp, K. 2002. Activities of Daily Living Evaluation. Krapp, K. (ed.) *Encyclopedia of Nursing & Allied Health*. Gale Group, Inc.

Kurkela, K. 1993. *Mielenmaisemat ja musiikki*. Musiikin tutkimuslaitoksen julkaisusarja 11. Helsinki: Sibelius-Akatemia.

Kurki, L. 2000. *Sosio-kulttuurinen innostaminen*. Tampere: Vastapaino.

Jukkola, R. 1998. Musiikkiterapian mahdollisuuksia. Yhteislauluja toimintamuotona käyttävän musiikkiterapian tarkastelua. Teoksessa A. Raitanen (toim). *Elämyksiä, kokemuksia. Vireyttä vuosiin projektin loppuraportti*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 64-71.

Jukkola, R. 2003. Musiikin käyttö. Teoksessa M. Marin & S. Hakonen (toim.). *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Juva: PS-kustannus, 173 – 177.

Jäncke, L.2008. Music, memory and emotion. *Journal of Biology* 2008/ 7:21.

Laine, J. 2005. Vanhusten laitoshoidon laatu ja tuotannollinen tehokkuus. *Yhteiskuntapolitiikka*. 70:4, 456-459.

Laukka P. 2010. Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 8, Number 2, 215-241.

Lehtonen, K. 1996. *Musiikki, kieli ja kommunikaatio. Mietteitä musiikista ja musiikkiterapiasta*. Jyväskylän musiikkitieteenlaitoksen julkaisusarja A17. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Liikanen, H-L. 2003. *Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital-hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Liikanen, H-L. 2004. Taide kuntoutumista edistävän hoitotyön ulottuvuutena. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsinki: Tammi.

Madori, L.L. 2007. *Therapeutic thematic arts programming for older adults*. Baltimore: Health professions press.

McDowell, I., and Newell, C. 1996. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.

Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodeissa. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja*. Tutkimuksia ja raportteja A 31. Turku: Digipaino.

Nordenfelt, L. 1991. *Livskvalitet och hälsa*. Tukholma: Almqvist & Wiksell.

Ravelin, T. 2008. *Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 986.

Remes, T. 2009. *Musiikki- ja tarinatuokioiden merkitys vanhusten mielialaan*. Opinnäytetyö. Oulun Diakonia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Roper N., Logan W.W. & Tierney A.J. 2000. *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Edinburgh: Elsevier Health Sciences.

Saarikallio, S. & Erkkilä, J. 2007. The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music January*. Vol. 35 no. 1, 88-109.

Schlaug, G., Norton, A., Marchina, S., Zipse, L. & Wan C.Y. 2010. From singing to speaking: facilitating recovery from nonfluent aphasia. *Future Neurol*. Vol. 5, Issue 5, 657-665.

Soshensky, R. 2010. *Music: The language of well-being*. [<http://www.mcknights.com/music-the-language-of-well-being/article/174037/>]

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H.M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I. & Hietanen M. 2008. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* 2008/ 131, 866-876.

Vaarama, M., Arajärvi, E., Kokko, S., Kotilainen, H., Noro, A., Päivärinta, E., Sinervo, T. & Topo, P. 1998. *Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa*. Stakes. Aiheita 15. Helsinki: Stakes.

Virkistysverso 2007. Musiikki- ja kulttuurikeskus Verso. Musiikki- ja tarinatuokioita ikäihmisille. [<http://www.versomus.fi/documents/46.html>]

Zare, M., Ebrahimi, A. & Birashk, B. 2010. The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 25, Issue 12, 1309–1310.



