

Eveliina Pukkinen & Anumaiju Rajala

Ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2019

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoidaja (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Eveliina Pukkinen & Anumaiju Rajala

Työn nimi: Ikääntyneen muistisairaana levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot: Kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Hilikka Majasaari, THM, lehtori ja Katri Hemminki, THM, lehtori

Vuosi: 2019

Sivumäärä: 40

Liitteiden lukumäärä: 4

Väestön ikääntyessä muistisairaiden määrä kasvaa Suomessa. Levottomuus on yksi muistisairauksiin liittyvistä myöhäisvaiheen oireista, joka voi ilmetä hyvinkin haastavana käyttäytymisenä. Lääkkeetöntä hoitoa suositellaan muistisairauksien käytösoireiden ensisijaiseksi hoitomuodoksi.

Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Tarkoituksena oli kuvata erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena soveltaen systemaattista ja narratiivista katsaustyyppiä. Tiedonhaku tehtiin Medic-, CINAHL- ja Medline/PubMed- tietokannoissa, lisäksi käytettiin manuaalista hakua. Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto koostui yhdeksästä kansainvälisestä tutkimuksesta. Aineisto analysoitiin käyttäen apuna sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan vuorovaikutukseen, toimintaan, musiikkiin, välineiden käyttöön ja yksilöllisyyteen pohjautuvat keinot vähentävät ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Tuloksista ilmeni, että tällaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja käyttämällä voidaan vaikuttaa vähentävästi levottomuuden eri muotoihin. Opinnäytetyön tulokset ovat konkreettisia keinoja, jotka ovat helposti hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä.

Avainsanat: ikääntyneet, muistisairaudet, levottomuus, lääkkeetön hoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Eveliina Pukkinen & Anumaiju Rajala

Title of thesis: Nonpharmacological treatments that can be used to reduce agitation of aged people with memory disorders: Literature review

Supervisor(s): Hilikka Majasaari, MNSc, lecturer and Katri Hemminki, MNSc, lecturer

Year: 2019

Number of pages: 40

Number of appendices: 4

As the population ages, the number of memory patients will increase in Finland. Agitation is one of the late stage symptoms of memory disorders that can manifest itself as a challenging behavior. Nonpharmacological treatments are the primary treatment for behavioral symptoms in memory disorders.

The aim of the thesis was to provide information of nonpharmacological treatments that can reduce agitation of aged people with memory disorders. The purpose was to describe a variety of nonpharmacological treatments that can reduce the agitation of aged people with memory disorders. The thesis was carried out as a literature review, applying a systematic and narrative type of review. Material was searched using Medic-, CINAHL- and Medline/PubMed- databases and by manual search. The material used in the literature review consisted of nine international research articles. The material was analyzed by using content analysis.

According to the results, the means based on interaction, action, use of music, tools and individuality reduce the agitation of the aged people with memory disorders. The results showed that the use of such nonpharmacological treatments can reduce the various forms of agitation. The results of the thesis are concrete ways that can be easily utilized in practical nursing.

Keywords: aged, memory disorders, agitation, nonpharmacological treatment

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
Taulukkoluettelo	6
1 JOHDANTO.....	7
2 MUISTISAIRAUDET TERVEYSONGELMANA	8
2.1 Muistisairaudet ja niiden yleisyys	8
2.2 Muistisairauksien vaaratekijät ja ehkäisy.....	8
2.3 Muistisairauksiin liittyvät oireet	9
2.4 Muistisairaahan levottomuus.....	10
2.4.1 Levottomuuden tausta ja syyt	10
2.4.2 Levottomuuden ilmeneminen ja arviointi	11
3 IKÄÄNTYNYT MUISTISAIRAS	13
3.1 Ikääntynyt ihminen	13
3.2 Ikääntyneen muistisairaahan hoitotyö	13
3.2.1 Muistisairas hoitotyön asiakkaana.....	13
3.2.2 Muistisairaahan hyvä hoito.....	14
3.2.3 Muistisairauksien lääkehoito	15
3.2.4 Muistisairauksien lääkkeetön hoito.....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	17
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	18
5.1 Tutkimusmenetelmä	18
5.2 Aineistonkeruu	18
5.3 Aineiston analyysi	23
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	24
7 POHDINTA.....	28
7.1 Tulosten tarkastelu	28
7.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	31
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat	33

LÄHTEET.....	35
LIITTEET	40

Taulukkuuettelo

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	20
Taulukko 2. Ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot.....	24

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen laatima väestörakenne osoittaa, että Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus on noussut vuosien 2000 ja 2018 välisenä aikana 15,0 prosentista 21,9 prosenttiin (Tilastokeskus 2019). Muistisairauksien määrä on maailmanlaajuisesti kasvussa. On arvioitu, että Suomessa on tällä hetkellä noin 190 000 muistisairasta henkilöä. Suurin osa muistisairaudesta kärsivistä on yli 80-vuotiaita ja kolme neljästä pitkäaikaishoidossa olevasta vanhuksesta sairastaa muistisairautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a.) Levottomuus kuuluu muistisairauden myöhäisvaiheen tavallisimpiin oireisiin ja sitä ilmenee noin 50–60 prosentilla muistisairaista potilaista (Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä 2016).

Saarnion, Mustosen ja Isolan (2011, 50) tutkimuksessa on käsitelty dementoituvan vanhuksen haasteellista käyttäytymistä ja yhtenä osa-alueena on mainittu levottomuus. Janzen ym. (2013) ovat tutkineet ikääntyneen muistisairaahan levottomuuden lääkkeettömiä hoitokeinoja. Tämän opinnäytetyön aiheeksi valittiin ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot. Suomessa aiheetta ei ole tutkittu juurikaan lääkkeettömien hoitokeinojen vaikuttavuuden näkökulmasta, joten tämä opinnäytetyö tuo uutta tietoa hoitotyön kehittämiseksi.

Tämä opinnäytetyö on osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin STEPPI-hanketta, joka on käynnissä vuosina 2016–2020. Hankkeen tarkoituksena on kehittää hoidon laatua ja kirjaamista. STEPPI-hankkeessa ja kehittämistyössä on mukana erikoissairaanhoito, perusterveydenhuollon toimijat sekä sosiaalihuollon toimijoita. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, [viitattu 14.2.2019].) Opinnäytetyön yhteistyöorganisaatio on Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, joka on pyytännyt opinnäytetyötä ikääntyneen levottomuuden hoidosta.

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta.

2 MUISTISAIRAUDET TERVEYSONGELMANA

2.1 Muistisairaudet ja niiden yleisyys

Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, joita ovat esimerkiksi näönvarainen hahmottaminen, kielelliset toiminnot ja toiminnanohjaus. Etenevät muistisairaudet johtavat tiedonkäsittelyn ja muistin vakavaan heikentymiseen. Muistisairauden vaikeasta vaiheesta on käytetty termiä dementia. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain 14 500 ihmistä. Vuonna 2013 lievästä dementiasta kärsiviä oli noin 100 000 ja vähintään keskivaikeasta dementiasta kärsiviä oli 93 000. Joka kolmas yli 65-vuotias on ilmoittanut kärsivänsä muistioireista, mutta kaikilla heillä ei ole etenevää muistisairautta. Muistisairauksia ei kuitenkaan ole pelkästään ikääntyneillä, vaan myös työikäisistä 7000:lla on diagnosoitu jokin muistisairaus. (Muistisairaudet 2017.)

Etenevät muistisairaudet ovat yhteiskunnalle merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste. Muistisairauksiin liittyvät kustannukset johtuvat muistisairaiden runsaasta määrästä sekä ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. (STM 2012, 7.) Alzheimerin tauti on yleisin etenevien muistioireiden ja dementian syy (Muistisairaudet 2017). Muita eteneviä muistisairauksia ovat Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus, aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018b).

2.2 Muistisairauksien vaaratekijät ja ehkäisy

Ikääntyminen on tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistioireiden ja dementian tärkein vaaratekijä. Aivojen toimintaa suojaavat ja heikentävät tekijät yhdessä ikääntymismuutosten kanssa määrittävät oireiden synnyn. Muistisairauksien riskitekijöitä ovat muun muassa geneettiset tekijät, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, korkea kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine, ylipaino, vähäinen fyysinen aktiivisuus sekä sokeriainenvaihdunnan häiriöt. (Muistisairaudet 2017.)

Muistisairauksiin ei ole vielä keksitty parantavaa hoitoa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018b). Terveellisten elämäntapojen noudattaminen ja aivoterveystä huolehtiminen on paras tapa ehkäistä muistisairauksien ja dementian puhkeamista. Havaittuihin vaaratekijöihin puuttuminen joko elämäntapamuutoksien tai lääkehoidon avulla on erityisen tärkeää. (Muistisairaudet 2017.) Alzheimerin taudin riskitekijöihin puuttamalla sen puhkeamista voidaan siirtää viidellä vuodella, mikä saattaisi vähentää sen ilmaantuvuutta 50 prosentilla yhden sukupolven aikana. Muistisairauksien ehkäiseminen onkin kansallinen ja kansainvälinen tavoite. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima kansallinen muistiohjelma vuosille 2012–2020 liittyy Suomen mukaan toteuttamaan Euroopan parlamentin kannanottoa muistisairauksien ja erityisesti Alzheimerin taudin ehkäisystä ja sairastuneiden elämänlaadun parantamisesta. (STM 2012, 7–8.)

2.3 Muistisairauksiin liittyvät oireet

Muistisairauksiin liittyvät oireet voivat olla sairaudesta riippuen hyvin erityyppisiä. Alzheimerin taudille tyypillisiä tiedonkäsittelyn heikentymiseen liittyviä piirteitä sairastumisen alkuvaiheessa ovat nopea unohtaminen, sanojen löytämisen vaikeus ja sosiaalinen vetäytyminen. Toiminnanohjaus heikentyy Alzheimerin tautia sairastavilla yleensä seuraavana muistin heikentymisen jälkeen. Aivoverenkiertosairauden muistisairaudessa asioiden muistissa säilyttäminen on parempaa kuin Alzheimerin taudissa, mutta toiminnanohjauksen vaikeudet ovat usein hallitsevia. Lewyn kappale -tautiin liittyy tarkkaavuuden ja huomiokyvyn heikentymistä, mieleen painamisen ja mieleen palautuksen vaikeutta, kun taas kielelliset toiminnot voivat säilyä pitkäänkin sairauden edetessä. Otsalohkodementiassa haasteita aiheuttavat mieleen painaminen ja mieleen palautus, lisäksi toiminnanohjauksen heikkeneminen on yleensä tiedonkäsittelyn ensimmäinen muutos. (Soininen & Hänninen 2015, 87.)

Vatajan ja Kuposen (2015, 90–91) mukaan muistioireiden lisäksi kaikkiin eteneviin muistisairauksiin liittyy usein haitallisia muutoksia käyttäytymisessä ja psyykkisissä toiminnoissa, näistä muutoksista käytetään nimitystä käytösoireet. Tavallisimpiin käytösoireisiin kuuluvat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset

käytöshäiriöt ja syömishäiriöt. Käyttöoireiden ilmenemiseen saattavat vaikuttaa potilaan omat persoonallisuuden piirteet. Muistisairaahan käyttöoireita saattavat lisätä myös läheisten ja hoitohenkilökunnan ahdistus, uupumus ja muut negatiiviset tunnetilat. Hoitoympäristön rauhaton ilmapiiri ja levottomat potilastoverit näyttävät selvästi oireita lisäävänä tekijänä. (Vataja & Koponen 2015, 90–91, 95.)

2.4 Muistisairaahan levottomuus

2.4.1 Levottomuuden tausta ja syyt

Levottomuudella tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista, vaihtelevaa, aggressiivista tai epäkorrektia motorista, äänellistä tai kielellistä toimintaa. Esimerkiksi kiirehdintä ja erilaiset hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa muistisairaassa levottomuutta. Levottomuuden taustalla voi mahdollisesti olla myös jokin muu sekavuustila, psykoosi tai diagnosoimaton masennus, mikä ilmenee käyttöoireina. (Koponen & Vataja 2017.) Levottomuusoireet kuormittavat voimakkaasti muistisairaahan lähiympäristöä, ne voivat olla myös hoitoratkaisuiltaan haastavia oireiden ollessa vaativia ja pitkäkestoisia (Koponen & Vataja 2015, 483).

Levottomuuden eli agitaation taustalla on usein jokin syy, jota potilas ei pysty ilmaisemaan tai josta hoitajan on vaikea saada selkoa, kuten suru, kipu, masennus tai huono olo (Vataja & Koponen 2015, 92). Cohen-Mansfield ym. (2015, 5) ovat tutkineet pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien hoitokodin asukkaiden täyttämättömien tarpeiden yhteyttä levottomuuskäyttäytymiseen. Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavilla yleisimmät täyttämättömät tarpeet olivat yksinäisyys, sosiaalisen kanssakäymisen kaipuu ja ikävystyminen. Noin puolet tutkimuksessa tarkkailuista hoitokodin asukkaista kaipasi merkityksellistä tekemistä. Täyttämättömistä tarpeista johtuvaa epämukavuutta esiintyi noin kolmanneksella, näihin tarpeisiin lukeutuivat muun muassa tarve käydä vessassa ja epämukava istuma-asento. (Cohen-Mansfield ym. 2015, 5.)

2.4.2 Levottomuuden ilmeneminen ja arviointi

Agitaatio-oireet lisääntyvät usein muistisairauden edetessä ja ne voivat olla kestoltaan hyvin pitkiä. Muistisairauden edetessä myös äkkinäiset levottomuusoireet, kuten aggressiivisuus-, itku- ja huutokohtaukset voivat lisääntyä. Erilaisia levottomuusoireita voivat olla lyöminen, raapiminen, potkiminen, tarttuminen, esineiden särkeminen, paiskominen, keräily ja piilottaminen, huutaminen, kiroilu, stereotyyppinen ääntely, vaeltaminen, hoitajan varjostaminen, karkailu, tunkeutuminen ja katastrofi-reaktiot. Levottomuusoireet, joissa on aggressiivisia piirteitä, saattavat lisääntyä muistisairaahan siirtyessä kotioloista laitoshoitoon. (Vataja & Koponen 2015, 93.) Levottomuus voi ilmetä myös liiallisena päämäärättömänä liikkumisena (Koponen & Vataja 2017).

Levottomuuden ilmenemistä ja esiintymistä on tutkittu sekä Suomessa, että kansainvälisesti. Janzenin ym. (2013, 527) tutkimustuloksista ilmenee, että levottomuutta esiintyy potilailla erityisesti ruokailu aikoina, kylvetyksen yhteydessä, iltapäivällä hoitajien työvuoron vaihtuessa ja alkuillan tunteina. Ympäristö, tylsistyminen, muut asukkaat, hämmennys, liialliset tai liian vähäiset ärsykkeet, täyttämättömät fyysiset tarpeet, kommunikoinnin vaikeudet esimerkiksi sanojen löytämisen vaikeuden vuoksi ja tunteiden ilmaisun kyvyttömyys nimettiin esimerkkeinä levottomuutta aiheuttavista tekijöistä. (Janzen ym. 2013, 527.)

Saarnion ym. (2011, 50–51) mukaan yleisin haastavan käyttäytymisen ilmenemismuoto oli dementoituvan ikääntyneen levottomuus, joka häiritsi muita potilaita. Häiritsevään levottomuuteen lukeutuivat muun muassa vaeltelu, tavaroiden kuljettaminen ja särkeminen, toistuva kyseleminen ja muiden vanhusten huoneissa liikkuminen. Yli 70 prosenttia tutkimukseen osallistuneesta hoitohenkilökunnasta koki, että häiritsevää levottomuutta ilmeni viikoittain. Toinen vähintään viikoittain esiintyväksi koettu levottomuuden muoto oli ikääntyneen sisäinen levottomuus, johon lukeutuivat passiivisuus, vaikeudet nukkumaan menemisessä, epäluuloisuus ja ohjeiden seuraamattomuus. (Saarnio ym. 2011, 50–51.)

Levottomuuden esiintymistä ja vaikeusastetta hoiva- ja asumisyksiköissä asuvilla henkilöillä voidaan arvioida Cohen-Mansfieldin levottomuusas-

teikon (CMAI) avulla. Se sisältää 29 levottomuusoiretta, joiden esiintymistä viimeisen kahden viikon aikana arvioidaan seitsenportaisen asteikon avulla. (Autio & Korhonen 2011.) Cohen-Mansfieldin (1991, 7–8) mukaan arviointiasteikon levottomuusoireet voidaan jakaa fyysiseen ei-aggressiiviseen, fyysiseen aggressiiviseen, verbaaliseen ei-aggressiiviseen ja verbaaliseen aggressiiviseen käyttäytymiseen. Fyysiseen ei-aggressiiviseen käyttäytymiseen kuuluvat esimerkiksi kuljeskelu, epäasianmukainen pukeutuminen tai riisuuntuminen, jatkuva lähdössä oleminen, yleinen levottomuus ja toistuvien maneerien suorittaminen. Fyysiseen aggressiiviseen käyttäytymiseen kuuluvat esimerkiksi lyöminen, ihmisiin tarttuminen ja raapiminen. Verbaalista ei-aggressiivista käyttäytymistä voivat olla valittaminen, negatiivisuus, samojen lauseiden toistelu, kun taas verbaalista aggressiivista muun muassa huutelu ja kiroilu. (Cohen-Mansfield 1991, 7–8.)

3 IKÄÄNTYNYT MUISTISAIRAS

3.1 Ikääntynyt ihminen

Tässä opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan 65 vuotta täyttäneitä ihmisiä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittelee ikääntyneen väestön vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi väestöksi (L 28.12.2012/980). Kansaneläkelaiissa mainitaan, että ennen vuotta 1965 syntyneillä oikeus vanhuuseläkkeeseen on 65-vuotiaana (L 11.5.2007/568).

Laissa iäkäs henkilö on määritelty henkilöksi, "jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta" (L 28.12.2012/980). Ihmisen ikääntyminen on kokonaisvaltainen prosessi. Ikääntymiseen liittyviä normaaleja muutoksia ovat esimerkiksi lievä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, psyykkisen haavoittuvuuden lisääntyminen sekä lähimuistin ja mieleenpainamiskyvyn heikkeneminen. (Hytinen 2009, 42–43.)

3.2 Ikääntyneen muistisairaahan hoitotyö

3.2.1 Muistisairas hoitotyön asiakkaana

Tässä opinnäytetyössä muistisairaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on diagnosoitu jokin etenevä muistisairaus. Muistisairaant tarvitsevat ja käyttävät paljon erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluita (STM 2012, 2). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastotiedon mukaan vuonna 2015 säännöllisen kotihoiton asiakkaista 20,5 prosenttia oli muistisairaita. Vastaava prosenttiosuus oli tavallisessa palveluasumisessa 22,9 ja tehostetussa palveluasumisessa 53,0. (Sotkanet 2015.)

Syitä muistisairaiden kotoa laitoshoidon siirtymiseen on kuvattu Lehtirannan ym. (2014) tekemässä tutkimuksessa. Haastateltujen läheisten mukaan liikkumisen ongelmat, rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa, kotona pärjäämättömyys, harhailu ja eksyminen sekä rajoitukset psyykkisessä toimintakyvyssä olivat laitoshoidon siirtymiseen johtaneita syitä. Myös läheisestä itsestään johtuvat syyt, kuten läheisen oma terveydentila ja jaksaminen sekä palvelujärjestelmään ja ympäristöön liittyvät tekijät oli mainittu. (Lehtiranta 2014, 119.)

3.2.2 Muistisairaahan hyvä hoito

Muistisairaahan hoito on kokonaisvaltaista, monimuotoista, tavoitteellista ja kuntouttavaa. Hoitotyön tavoitteena on ylläpitää muistisairaahan hyvää elämänlaatua ja toimintakykyä, sekä hidastaa oireiden etenemistä. Kuntouttavan hoitotyön lähtökohtana toimii kokonaisvaltainen ja voimavarakeskeinen ajattelu. Kuntoutuksessa tulee huomioida kaikki muistisairaahan elämän eri osa-alueet. Hoidon kokonaisvaltaisuuteen sisältyy myös muistisairaahan läheisten ja ympäristön huomioiminen, sekä sen tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen. Juuri muistisairaahan omat mieltymykset toimivat pohjana kuntoutuksen suunnittelulle. (Mönkäre ym. 2014, 8–9.) Kuntoutussuunnitelma toimii perustana hoidon toteutukselle, se ohjaa muun muassa palveluiden järjestämistä, sekä neuvontaa ja ohjaustoimintaa (Hallikainen & Nukari 2017, 14).

Hynnisen (2016, 46–47) mukaan ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoidon painopisteisiin kuuluu perushoito. Hoidon erityispiirteitä ovat fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen avuntarpeeseen vastaaminen, jotka liittyvät tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan puhtauteen, ruokailuun, lepoon ja ympäristöön (Hynninen 2016, 46–47). Hoitotyössä korostuu muistisairaahan itsemääräämisoikeuden merkitys sairauden vaiheesta riippumatta, sillä muistisairaalla tulee olla mahdollisuus elää omanlaistaan arkea arvostettuna yhteisön jäsenenä (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2017, 8–9).

Hoidossa tulee kiinnittää huomiota myös hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoihin, muistisairaahan saamaan ohjaukseen, opastukseen sekä ympäristöön vaikuttami-

seen. Hoitohenkilöstön saaman työnohjauksen ja koulutuksen avulla voidaan panostaa yksilölliseen hoitamiseen. Rajoittamista ja avuttomuuden tunteen luomista tulee välttää. Hoitotyön tavoitteena on myös ehkäistä erilaisia käytösoireita, kuten levottomuutta. (Koponen & Vataja 2015, 475.)

Elo, Saarnio ja Isola (2013, 20) tutkivat fyysisen toimintaympäristön merkitystä muistisairaahan omatoimisuuden ja turvallisen liikkumisen kannalta. Tuloksista ilmenee, että apuvälineiden ja tukikaiteiden käyttö, käytävien pituus, lyhyet kulkumatkat, penkit käytävillä, wc-tilojen suunnittelu, avarat ja esteettömät tilat sekä mahdollisuus kiertää ympyrää mahdollistavat asukkaiden omatoimisen ja turvallisen liikkumisen. Liikkumista aktivoi viihtyisä hoitoympäristö. Turvallisuuteen liitettiin lukitut ovet, kulunvalvonta sekä vaarallisten aineiden ja esineiden säilyttäminen lukituissa tiloissa. (Elo ym. 2013, 20.)

3.2.3 Muistisairauksien lääkehoito

Muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös lääkehoito. Muistisairauksien lääkehoidon tavoitteena on toimintakyvyn säilyminen. Lääkitys parantaa aktiivisuutta, keskittymiskykyä, vireystilaa ja toimintojen sujuvuutta. Lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti diagnoosin jälkeen, siitä on hyötyä myös keskivaikeassa ja vaikeassa taudin vaiheessa. Lääkehoidon toteutumista, tehoa ja haittavaikutuksia tulee seurata ja arvioida. (Rinne ym. 2015, 466, 468.)

Käytösoireiden lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee huomioida muistisairaahan yksilölliset ominaisuudet, esimerkiksi haittavaikutuksille altistavat tekijät. Muistisairauteen liittyvien käytösoireiden hoidossa hyödynnetään ahdistuneisuus-, masennus- ja psykoosilääkkeitä. Lääkehoidon tarpeellisuutta ja sopivaa annostusta tulee arvioida säännöllisesti, koska käytösoireet ja niiden voimakkuus vaihtelevat muistisairauden edetessä. (Koponen & Vataja 2015, 478-479.)

3.2.4 Muistisairauksien lääkkeetön hoito

Tässä opinnäytetyössä lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan sellaisia menetelmiä ja keinoja, joita hoitotyössä voidaan hyödyntää ilman lääkkeitä. Koposen ja Vatajan (2015, 475) mukaan lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia hoitointerventioita, psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, kuten potilaan opastusta ja ohjaamista sekä potilaan ympäristöön ja vuorovaikutukseen vaikuttamista.

Muistisairauksien käypä hoito -suosituksen mukaan muistisairaahan käytösoireiden hoidossa lääkkeetön hoito on ensisijainen hoitomuoto. Mahdollisia lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat esimerkiksi liikunta, hyvä perushoito, virikkeet ja luovat toiminnot. (Muistisairaudet 2017.) Scales, Zimmerman ja Miller (2018, 90) ovat tutkineet muistisairaiden käytös- ja psykologisiin oireisiin käytettäviä lääkkeettömiä hoitokeinoja. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että ikääntyneiden muistisairaiden käytöshäiriöiden lääkkeettömiä hoitomenetelmiä voivat olla aistiharjoitteet, kuten aromaterapia, hieronta, useiden aistien yhtäaikainen stimulointi ja kirkasvalohoito. Psykososiaalisiksi harjoitteiksi on luettu validaatio-, muistelu-, musiikki- ja eläinterapia sekä erilaiset mielekkäät aktiviteetit. Myös hyvän perushoidon toteuttaminen on tutkimuksen mukaan lääkkeetöntä hoitoa. (Scales ym. 2018, 90.)

Janzen ym. (2013, 527–528) tutkivat mitä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytetään levottomuuden hoitotyössä, sekä hoitajien tietoisuutta näistä menetelmistä. Tutkituja lääkkeettömiä hoitokeinoja olivat muun muassa rauhoittava musiikki, liikunta, laulaminen, lukuryhmä, muisteluterapia, käsihieronta, lautapelit, nukketerapia ja kirkasvalo hoito. Useimmiten hoitajat hyödynsivät helposti ja edullisesti toteutettavia keinoja kuten rauhoittavaa musiikkia, huumoria ja laulamista. Myös erilaisia virkistysaktiviteetteja kuten puutarhanhoitoa, eläinterapiaa ja muisteluterapiaa hyödynnettiin. (Janzen ym. 2013, 527–528.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on

- Millaiset lääkkeettömät hoitokeinot vähentävät ikääntyneen muistisairaana levottomuutta?

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön toteutuksessa sovellettiin systemaattista ja narratiivista kirjallisuuskatsausta, joiden tarkoituksena on kuvata viimeaikaista tiettyyn aihealueeseen liittyvää tutkimusta (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 9). Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen, käsitteistön ja teorian kehittäminen sekä olemassa olevan tiedon arvioiminen. Kokonaiskuvan muodostaminen tietystä aiheesta tai asiakokonaisuudesta on mahdollista juuri kirjallisuuskatsauksen avulla. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

Systemaattiselle katsaukselle tyypillisesti tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on rajattu tarkoin ja tiedonhaun pohjana on käytetty PICO-termistöä. Katsauksen tarkoituksena on etsiä vastausta tutkimuskysymykseen käymällä läpi aikaisempia tutkimustuloksia, joiden yhteenvedolla voidaan esittää näyttöä hyvien käytänteiden perustaksi. (Suhonen ym. 2016, 14.) Narratiiviselle katsaukselle tyypillisesti tähän kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan eri tutkimusasetelmia sisältäviä tutkimuksia. Tässä opinnäytetyössä toteutuivat katsaukselle tyypilliset osat kirjallisuuden haku, arviointi ja aineiston analyysi. (ks. Suhonen ym. 2016, 8–9.) Muistisairaana ikääntyneen levottomuuden hoitoa on kansainvälisesti tutkittu runsaasti, joten kirjallisuuskatsaus sopii tämän opinnäytetyön toteutustavaksi.

5.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu koostui kirjallisuuskatsausta varten suoritettavasta tiedonhausta ja tutkimuksen kannalta relevantin aineiston valintaprosessista (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25). Tietoa haettiin suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Jotta tutkittavasta aiheesta löydettiin tietoa mahdollisimman kattavasti, hakuja tehtiin useammassa tietokannassa (ks. Lehtiö & Johansson 2016, 42). Tiedonhakuja suoritettiin Medic-, CINAHL- ja Medline/PubMed-

tietokannoissa, lisäksi tietoa etsittiin manuaalisen haun avulla selaten hoitotieteellisiä tutkimuslehtiä sekä kirjallisuuskatsauksien ja muiden tutkimusten lähdeluetteiloita.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakua varten muodostettiin hakustrategia, jonka avulla löydettiin tutkimuskysymykseen vastaavaa kirjallisuutta. Hakuprosessista tehtiin tarkat muistiinpanot ja prosessi on kuvattu niin tarkasti, että se on mahdollista toistaa kuvauksen mukaan uudelleen. (ks. Niela-Vilén & Hamari 2016, 25, 27.) Hakulausekkeiden muodostuksessa käytettiin haun kannalta välttämättömiä käsitteitä. Hakuja tehdessä hakusanoja ja niiden erilaisia muotoja ja yhdistelmiä ideoitiin, kokeilujen kautta muotoutuivat hyvät hakulausekkeet. (ks. Lehtiö & Johansson 2016, 36.)

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ovat tärkeä osa hakustrategiaa. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla pystytään tunnistamaan tutkimuksen kannalta relevantti kirjallisuus. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26.) Tämän kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa käytetyt mukaanotto- ja poissulkukriteerit on lueteltu taulukossa 1.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Käsittelee ikääntyneen muistisairaana levottomuuden lääkkeetöntä hoitoa	Ei käsittele ikääntyneen muistisairaana levottomuuden lääkkeetöntä hoitoa
Käsittelee ainoastaan levottomuutta	Käsittelee myös muita käyttäytymishäiriöitä
Käsittelee levottomuuden vähenemistä	Ei käsittele levottomuuden vähenemistä
Tutkittu hoitokeino on toteutettavissa muistisairaana hoitoympäristössä	Tutkittu hoitokeino ei ole toteutettavissa muistisairaana hoitoympäristössä
Julkaistu vuonna 2010 tai sen jälkeen, tai on muuten aiheen kannalta olennainen ja ajantasainen	Ei ole riittävän tuore tai ajantasainen
Saatavilla koko teksti ja tiivistelmä	Koko tekstiä tai tiivistelmää ei ole saatavilla
Oltava tutkimusartikkeli tai väitöskirja	Ei ole tutkimusartikkeli tai väitöskirja
Julkaisukieli Suomi tai Englanti	Julkaistu muulla kielellä kuin Suomi tai Englanti

Ensimmäisiä hakutuloksia tarkasteltaessa havaittiin, että tutkimuksissa on käsitelty tutkitun hoitokeinon vaikuttavuutta ikääntyneen muistisairaana levottomuuteen. Levottomuutta vähentävien keinojen arvioitiin olevan hoitotyön kehittämisen kannalta

tärkeitä, joten tutkimuskysymystä päätettiin tarkentaa. Alkuperäinen tutkimuskysymys oli ”Millaisia lääkkeettömiä hoitotyön keinoja käytetään ikääntyneen muistisaira-
raan levottomuuden hoitotyössä?” ja sitä muokattiin muotoon ”Millaiset lääkkeettömät hoitokeinot vähentävät ikääntyneen muistisaira-
raan levottomuutta”. Sisäänotto- ja poissulkukriteereihin lisättiin maininta hoitokeinon vaikuttavuudesta. Samalla muokattiin myös opinnäytetyön nimeä sekä tavoitetta ja tarkoitusta lopulliseen muotoonsa. Tutkimuskysymyksen ja sisäänotto- ja poissulkukriteerien tarkentuessa tiedonhaku toteutettiin kaikissa tietokannoissa kokonaisuudessaan uudelleen. Käytetyt hakusanat ja hakutulokset on esitelty seuraavana ja tietokantakohtaiset hakutulokset ovat liitteessä 1 ja koko tiedonhakuprosessi on kuvattu liitteessä 2.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku aloitettiin Medic- tietokannassa käyttäen suomenkielisiä hakusanoja. Hakusanojen muodostamisessa ja valinnassa käytettiin apuna Medic- tietokannasta löytyvää asiasanahakua. Sen avulla etsittiin keskeisille käsitteille kuvaavat suomenkieliset hakusanat. Hakuja tehdessä otettiin käyttöön myös asiasanan synonyymit. Tiedonhaussa käytetyt suomenkieliset hakusanat olivat ”vanhukset”, ”muistihäiriöt”, ”psykomotorinen agitaatio” ja ”lääkkeetön hoito”. Julkaisuvuosi rajattiin sisäänottokriteerien mukaisesti vuosiin 2010-2019 ja julkaisukieleksi valittiin suomi tai englanti. Rajausten jälkeen Medic -tietokannassa hakutuloksia saatiin 80. Yhtään tutkimusartikkelia tai väitöskirjaa ei valittu edes otsikon perusteella tarkasteltavaksi.

Englanninkielinen haku suoritettiin CINAHL- ja Medline/PubMed- tietokannoissa kansainvälisten tutkimusartikkeleiden löytämiseksi. Hakusanojen valinnassa käytettiin apuna terveystieteen termi- ja sanakirjaa. CINAHL subject headings haun avulla etsittiin englanninkielelle käännettyille hakusanoille osuvia pääkäsitteitä, joita hyödynnettiin hakusanoina.

CINAHL- tietokannassa käytettäväksi englanninkielisiksi hakusanoiksi valikoituivat muistihäiriötä vastaavat pääkäsitteet ”memory disorders”, ”dementia”, ”alzheimer’s disease” ja ”lewy body disease”. Psykomotorista agitaatiota vastaavat pääkäsitteet ”agitation” ja ”psychomotor agitation”. Lääkkeetön hoito -hakusanalle ei löytynyt sopivaa pääkäsitettä, joten haussa hyödynnettiin englanninkielen käännöstä ”non-

pharmacological” ja “non drug” otsikkohakuna. Vanhukset -sanalle saatiin englanninkieliseksi pääkäsitteeksi “aged” ja “aged 80 and over”, pääkäsitteen käyttö kuitenkin rajasi hakutuloksen hyvin niukaksi, joten hakusanoja “aged” ja “aged 80 and over” käytettiin otsikkohakuna laajemman hakutuloksen saavuttamiseksi. Hakutuloksia rajattiin käyttämällä sisäänottokriteerien mukaisia julkaisuvuosia 2010–2019, julkaisukieleksi valittiin englanti ja hakutuloksiin rajattiin mukaan vain tutkimusartikkelit. Edellä mainittujen rajausten jälkeen CINAHL- tietokannassa saatiin yhteensä 206 hakutulosta, joista valintaprosessin jälkeen kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittiin kahdeksan tutkimusta.

Kansainvälisen aineiston hakua jatkettiin Medline/PubMed- tietokannassa. Haussa käytettiin englanninkielisiä hakusanoja ”nonpharmacological”, ”psychomotor agitation”, ”aged”. ”dementia”, ”alzheimer” ja ”memory disorders”. Hakutuloksia rajattiin niin, että tietokanta näyttää tulokset vain viimeisen 10 vuoden ajalta. Vuosirajauksen jälkeen hakutuloksia saatiin yhteensä 76, joista kokotekstin perusteella mukaan kirjallisuuskatsaukseen valittiin yksi. Hakutuloksista tiivistelmän, otsikon ja koko tekstin perusteella valituista osa oli keskenään samoja, mutta tämä on huomioitu taulukossa ja kuviossa vasta koko tekstien määrässä.

Manuaalista hakua toteutettiin selaamalla läpi Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehdet, jotka on julkaistu vuonna 2010 ja sen jälkeen. Lisäksi käytiin läpi tutkimusten lähde- luetteloita. Manuaalisen haun avulla ei löydetty tutkimuskysymykseen vastaavaa aineistoa.

Hakuprosessin avulla kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan yhteensä yhdeksän tutkimusta. Mukaan valittiin pitkittäisanalyyseja, kvasikokeellisia tutkimuksia, pilotti tutkimuksia ja yksi kirjallisuuskatsaus. Katsaukseen valittu aineisto on esitelty liitteessä 3 ja jokaiselle tutkimukselle on annettu numero, jonka avulla tutkimukseen viitataan tulosten raportoinnissa ja tarkastelussa.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tarkoituksena on tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Aineistosta etsitään esimerkiksi yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia, niitä ryhmitellään ja vertaillaan sekä tulkitaan. Lopuksi kirjoitetaan raportti tuloksista. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30–32.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analysoinnissa on sisällön järjestämisessä käytetty sisällönanalyysiä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.5). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset luettiin huolellisesti läpi. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat erillään kaikki tutkimukset ja merkitsivät muistiin tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset tulokset. Jokaisen tutkimuksen tulososasta poimittiin sellaiset alkuperäisilmaisut, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen.

Alkuperäisilmaisuista muodostettiin pelkistyksiä. Pelkistämisen tarkoitus on tiivistää merkitykselliset ilmaisut, ilman että niiden olennainen sisältö muuttuu (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Jokainen pelkistys erotettiin toisistaan ja niiden yhdistävien tekijöiden perusteella muodostettiin alaluokkia. Tämä vaihe oli aikaa vievää ja vaati useita kokeiluja. Yläluokat muodostettiin alaluokkien jälkeen, mutta molempia hiottiin vielä myöhemmin lopulliseen muotoonsa. Luokittelun avulla aineisto saatiin järjestettyä ja ryhmiteltyä, luokkien sisäisen tarkastelun avulla pystyttiin hahmottamaan katsauksen tulokset (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.5). Esimerkki sisällönanalyysistä on liitteessä 4.

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella pääluokaksi muodostui ikääntyneen muistisairaana levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot. Pääluokka koostuu viidestä yläluokasta, jotka ovat vuorovaikutukseen pohjautuvat keinot, toimintaan pohjautuvat keinot, musiikkiin pohjautuvat keinot, välineiden käyttöön pohjautuvat keinot ja yksilöllisyyteen pohjautuvat keinot.

Taulukko 2. Ikääntyneen muistisairaana levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Vuorovaikutukseen pohjautuvat keinot	- Läsnaolo - Toisen ihmisen kosketus
Toimintaan pohjautuvat keinot	- Käsillä tekeminen - Liikunta - Videoiden katselu - Lukeminen - Puutarhassa vierailu
Musiikkiin pohjautuvat keinot	- Musiikin kuuntelu - Musiikkiterapia - Elävä musiikki
Välineiden käyttöön pohjautuvat keinot	- Aktivointivälineet - Henkilökohtaiseksi koetut tavarat - Elävää olentoa muistuttavat lelut
Yksilöllisyyteen pohjautuvat keinot	- Aikaisemman identiteetin huomioiminen - Yksilöllisesti sovellettu interventio

Vuorovaikutukseen pohjautuvat keinot. Vuorovaikutukseen pohjautuvia keinoja ovat läsnäolo ja toisen ihmisen kosketus. Läsnäoloa on sosiaalinen tilanne toisen ihmisen kanssa, se vähensi verbaalista, fyysistä ja kokonaislevottomuutta (2). Sosiaalinen tilanne myös vauvan ja koiran kanssa vähensi verbaalista, fyysistä ja kokonaislevottomuutta ikääntyneillä muistisairailta (2). Toisen ihmisen kosketus vähensi levottomuutta. Terapeuttinen kosketus hoitokeinona vähensi muistisairaiden yleistä levottomuutta, fyysistä levottomuutta kuten päämäärätöntä liikkumista sekä ei-aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemistä (5). Myös jalkahieronnalla on todettu olevan levottomuutta vähentäviä vaikutuksia välittömästi kahden viikon jalkahierontajakson jälkeen ja kahden viikon kuluttua sen päättymisestä (6).

Toimintaan pohjautuvat keinot. Toimintaan pohjautuvia keinoja ovat käsillä tekeminen, liikunta, videoiden katselu, lukeminen ja puutarhassa vierailu. Käsillä tekeminen vähentää levottomuutta. Kirjeiden lajittelu, postimerkkien liimaaminen, pyyhkeiden taittelu, kukka-asetelmien teko, tusseilla värittäminen, palikoilla rakentelu ja palapelien kokoaminen vähensivät kokonaislevottomuutta ja fyysistä levottomuutta (2). Lisäksi kukka-asetelmien teko ja tusseilla värittäminen vähensivät myös verbaalista levottomuutta (2). Terapeuttinen taideohjelma vähensi muistisairaiden kokonaislevottomuutta merkittävästi (4). Merkittävä väheneminen havaittiin myös verbaalisessa ja fyysisessä ei-aggressiivisessä käyttäytymisessä (4).

Liikunta ohjatun liikuntaohjelman muodossa vähensi verbaalista levottomuutta ja jatkuvaa kävelyä (9). Ohjattu liikuntaohjelma sisälsi kävelyä, erilaisia liike- ja voimaharjoitteita sekä pallopelejä (9). Merkittävä väheneminen havaittiin myös levottomassa käyttäytymisessä ja karkailukäyttäytymisessä. (9)

Puutarhassa vierailu madalsi levottomuustasoja potilailla (7). Vaikutukset olivat erilaisia riippuen potilaan kyvystä liikkua ilman avustajaa (7). Levottomuus väheni erityisesti niillä potilailla, jotka vierailivat puutarhassa usein (7). Vaikutus oli suurempi niillä potilailla, joilla levottomuustasot ovat lähtötilanteessa korkeampia verrattuna niihin, joiden levottomuustasot olivat matalia (7).

Videoiden katseluun kuuluva ”respite video” vaikutti fyysistä ja kokonaislevottomuutta vähentävästi (2). Lukeminen vähentää levottomuutta. Isotekstisen sanomalehden lukeminen vähensi fyysistä, verbaalista ja kokonaislevottomuutta (2).

Musiikkiin pohjautuvat keinot. Musiikkiin pohjautuviin keinoihin kuuluvat musiikin kuuntelu, musiikkiterapia ja elävä musiikki. Musiikin kuuntelu vähensi fyysistä, verbaalista ja kokonaislevottomuutta (2). Musiikkiterapia vähensi levottomuutta laitoshoidossa olevilla potilailla, joilla oli keskivaikea tai vaikea Alzheimerin tauti (5). Tämä tulos oli erityisen merkittävä silloin kun musiikkiterapia sisälsi yksilöllistä, omiin positiivisiin muistoihin pohjautuvaa musiikkia ja toiminnallisia elementtejä, kuten taputusta, laulua ja tanssia (5). Musiikkiterapialla havaittiin olevan levottomuuden esiintyvyyttä vähentävä vaikutus verrattuna tavanomaiseen hoitoon, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä (8). Kuormittava levottomuus väheni merkittävästi musiikkiterapian aikana tavanomaiseen hoitoon verrattuna (8).

Elävä musiikki vähensi merkittävästi kolmen fyysisen ei-aggressiivisen (kuljeskelu/päämäärätön vaeltelu, toistuvien maneerien suorittaminen ja yleinen levottomuus) käyttäytymisen ilmenemistä (3). Kuljeskelua/päämäärätöntä vaeltelua ilmeni neljällä osallistujalla, joista kolmella se loppui välittömästi musiikin alettua eikä alkanut uudestaan intervention aikana (3). Yleinen levottomuus loppui kaikilla osallistujilla musiikki-intervention esittelyn aikana (3). Epäasiallinen tavaroiden käsittely kuten huonekalujen siirtely, pöytälaatikoiden ja kaappien availu väheni intervention aikana, mutta ei merkittävästi (3). Negatiiviset puheet loppuivat musiikki-intervention esittelyn aikana, eivätkä ne alkaneet uudestaan (3). Samojen lauseiden ja kysymysten toistelu loppui kokonaan intervention alkaessa (3). Yleisesti ottaen verbaalinen ei-aggressiivinen käyttäytyminen ei kuitenkaan merkittävästi vähentynyt (3). Kokonaislevottomuus väheni merkittävästi musiikki-intervention aikana ja sen jälkeen. (3)

Välineiden käyttöön pohjautuvat keinot. Välineiden käyttöön pohjautuvia keinoja ovat aktivointivälineet, henkilökohtaiseksi koetut tavarat ja elävää olentoa muistuttavat lelut. Aktivointi välineisiin kuuluvat manipuloivat ärsykkeet, joita ovat kangaskirja, puristelupallo, laajeneva pallo, salkopallo ja aktivointityyny (2). Kaikki edellä mainitut laskivat fyysisen levottomuuden tasoa muistisairailta (2). Henkilökohtaiseksi koettuja tavaroita ovat miehillä lompakko ja naisilla käsilaukku (2). Myös nämä laskivat fyysisen levottomuuden tasoa (2). Elävää olentoa muistuttavia leluja ovat pehmolelu, vauvan ja lapsen näköiset nuket sekä robottieläimet. Ne vähensivät fyysisen ja kokonaislevottomuuden tasoa (2).

Yksilöllisyyteen pohjautuvat keinot. Yksilöllisyyteen pohjautuviin keinoihin kuuluvat aikaisemman identiteetin huomioiminen ja yksilöllisesti sovellettu interventio. Aikaisemman identiteetin huomioiminen toteutettiin henkilökohtaistetulla ärsykkeellä, jossa oli otettu huomioon osallistujien aikaisempi identiteetti kunnioittaen työtä, harrastuksia tai mielenkiinnon kohteita (2). Esimerkiksi ompelijalle kankaiden antaminen vähensi fyysistä, verbaalista ja kokonaislevottomuutta (2).

Yksilöllisesti sovellettu interventio alaluokassa on yksilöllinen interventiokokonaisuus, joka koostuu kolmesta osasta: mukavuus, huomiointi ja stimulointi (1). Jokainen intervention osa muodostettiin osallistujan henkilökohtaisten tarpeiden mukaan

(1). Interventioon kuului mahdollisten epämukavuustekijöiden poistaminen (esimerkiksi jano, sopimaton lämpötila tai epämukava asento) (1). Keskustelun avulla selvitettiin osallistujien mielenkiinnon kohteet, joiden perusteella valittiin sopiva aktiviteetti (esimerkiksi musiikin kuuntelu, lehden lukeminen, mausteiden haistelu tai pehmoeläinten silittely) (1). Yksilöllisen interventiokokonaisuuden aikana verbaalisen levottomuuden esiintyvyys väheni 14 prosenttia ja sen kesto väheni 40 prosenttia lähtötilanteeseen verrattuna (1).

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden avulla voidaan vähentää ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Tutkimuskysymys oli ”millaiset lääkkeettömät hoitokeinot vähentävät ikääntyneen muistisairaana levottomuutta?”

Kirjallisuuskatsaukseen kerätyn aineiston pohjalta muodostettiin viisi yläluokkaa ja yhteensä viisitoista alaluokkaa, joiden avulla pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymykseen. Sisällöltään laajimmiksi yläluokiksi osoittautuivat toimintaan pohjautuvat ja musiikkiin pohjautuvat keinot. Tulosten perusteella voidaan todeta, että vuorovaihtukseen, toimintaan, musiikkiin, välineiden käyttöön ja yksilöllisyyteen pohjautuvat keinot vähentävät ikääntyneen muistisairaana levottomuutta. Opinnäytetyölle asetetut tavoite ja tarkoitus toteutuivat hyvin.

Tulokset osoittavat, että ikääntyneen muistisairaana levottomuutta vähentäviä lääkkeettömiä hoitokeinoja on runsaasti ja ne voivat olla sisällöltään hyvinkin erilaisia. Mukaan valikoiduissa tutkimuksissa käytetyt menetelmät olivat keskenään eri tyyppisiä ja niissä oli tutkittu erilaisia hoitokeinoja, mikä osaltaan vaikutti tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten monipuolisuuteen. Saadut tulokset tukevat hyvin aiheesta jo olemassa olevaa tietoa sekä aikaisempien tutkimusten tuloksia.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmenee, että Cohen-Mansfieldin (1991, 7–8) määrittelemiin levottomuuden piirteisiin voidaan vaikuttaa eri hoitokeinoja hyödyntämällä. Yksilöllisiin mieltymyksiin ja tarpeisiin perustuvan intervention käyttö vaikutti verbaalista levottomuutta vähentävästi (1). Myös ihmisen, vauvan ja koiran läsnäolon, lukemisen, musiikin kuuntelun, kukka-asetelmien tekemisen ja tusseilla värityksen sekä aikaisemman identiteetin huomioimisen ärsykkeen valinnassa todettiin vähentävän verbaalista levottomuutta (2) Lisäksi terapeutin taideohjelma (4) ja liikunta (9) vähensivät verbaalista levottomuutta. Elävällä musiikilla todettiin ole-

van tiettyjä verbaalisen levottomuuden piirteitä vähentävä vaikutus, mutta ei-aggressiivinen levottomuus ei kuitenkaan kokonaisuudessaan merkittävästi vähentynyt (3).

Verbaalisen levottomuuden vähentämiseen liittyviä keinoja tuli esiin kuitenkin vähemmän kuin fyysisen levottomuuden vähentämiseen. Kaikki tuloksissa luetellut keinot, puutarhassa vierailua (7) lukuun ottamatta, näyttävät vaikuttavan fyysiseen levottomuuden tai jonkun sen piirteen vähentämiseen. Tämän perusteella voidaan päätellä, että fyysiseen levottomuuteen saattaa olla helpompi vaikuttaa, sillä tutkitusti tehokkaita keinoja on enemmän.

Scales ym. (2018, 90) kertovat tutkimuksessaan erilaisten mielekkäiden aktiviteettien sopivuudesta lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi. Myös muistisairauksien käypä hoito -suosituksessa virikkeet ja luovat toiminnot on luettu mahdollisiksi lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi (Muistisairaudet 2017). Kirjallisuuskatsauksen tuloksista toimintaan, musiikkiin, välineiden käyttöön ja yksilöllisyyteen pohjautuvissa keinoissa on piirteitä mielekkäistä aktiviteeteistä, virikkeistä tai luovista toiminnoista. Monet näistä keinoista ovat sisällöltään sellaisia, että muistisairas pystyy niihin itse osallistumaan ja tekemään jotain konkreettista.

Aktivointivälineiksi luetut puristelu- ja salkopallo sekä laajeneva pallo, aktivointityyny ja kangaskirja vähensivät fyysisen levottomuuden tasoa (2). Tutkimuksessa, jossa niiden toimivuudesta kerrottiin, ei ollut tarkempaa selostusta siitä, miten esimerkiksi kangaskirjaa tai aktivointityynyä käytettiin. Epäselväksi jäi, oliko kangaskirjassa luettavaa, kuvia vai oliko sen valmistusmateriaali levottomuutta vähentävää. Aktivointityynynkään kohdalla ei selvinnyt, että pidettiinkö sitä kädessä, istuttiinko sen päällä vai oliko se pään alla maatessa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan liikunta on luettu yhdeksi muistisairauksien lääkkeettömistä hoitokeinoista (Muistisairaudet 2017, Janzen ym. 2013, 528). Liikunnan merkitys nousi esiin yhdessä kirjallisuuskatsauksen tutkimuksessa. Ohjattu liikunta-ohjelma, joka sisälsi erilaisia fyysisiä harjoitteita, oli tehokasta usean eri levottoman käyttäytymismuodon vähentämisessä (9).

Musiikin eri muodot olivat levottomuutta vähentäviä keinoja. Musiikkia lääkkeettömänä hoitokeinona muistisairaiden hoidossa on tutkittu myös aiemmin ja tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat musiikin hyödynnettävyyttä muistisairaiden levottomuuden hoitotyössä. Janzenin ym. (2013, 527) tutkimuksessa todettiin, että hoitajat kokivat rauhoittavan musiikin olevan helposti ja edullisesti toteutettavissa oleva lääkkeetön hoitokeino. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa, joissa oli tutkittu musiikkia, ei ollut erityismainintaa rauhoittavasta musiikista, mutta musiikin kuunte-
lun (2) ja elävän musiikin (3) todettiin vähentävän muistisairaana levottomuutta.

Scalesin ym. (2018, 90) tutkimuksessa musiikkiterapia on luettu psykososiaalisiksi harjoitteiksi muistisairaiden käytös- ja psykologisten oireiden lääkkeetöntä hoitoa käsiteltäessä. Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista kahdessa musiikkiterapialla todettiin olevan levottomuutta vähentäviä vaikutuksia (5, 8). Musiikkiterapiaan sisältyvä yksilöllisellä ja toiminnallisella musiikilla oli merkittävä vaikutus (5). Toiminnalliseen musiikkiin sisältyi laulaminen (5), joka taas on nimetty myös Janzenin ym. (2013, 527) tutkimuksessa lääkkeettömäksi hoitokeinoksi.

Scalesin ym. (2018, 90) tutkimuksessa hieronta mainittiin käytöshäiriöiden hoidossa ja Janzen ym. (2013, 528) tutkimuksessa käsihieronta muistisairaiden levottomuuden hoidossa. Kirjallisuuskatsauksessa yhden tutkimuksen tulokset vahvistivat jalkahieronnan tehokkuuden levottomuuden vähentämiseksi. Jalkahieronnan vaikutukset olivat havaittavissa vielä kahden viikon seurantajakson jälkeenkin. (6)

Eläinterapia on mainittu sekä Scalesin ym. (2018, 90) ja Janzenin ym. (2013, 527) tutkimuksissa lääkkeettömänä hoitokeinona ikääntyneiden muistisairaiden lääkkeettömässä hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa ei varsinaisesti eläinterapiaa ollut, mutta yhdessä tutkimuksessa koiran läsnäolon todettiin vähentävän fyysistä, verbaalista ja kokonaislevottomuutta (2). Janzen ym. (2013, 528) ovat tuoneet esiin nukketerapian lääkkeettömänä hoitokeinona. Yksi kirjallisuuskatsauksen tutkimus vahvistaa nukun käytön hyödyllisyyden, sillä siinä oli havaittu vauvan ja lapsen näköisen nukun vähentävän ikääntyneen muistisairaana fyysistä ja kokonaislevottomuutta. (2)

Koposen & Vatajan (2015, 475) lääkkeettömään hoitoon kuuluu potilaan ympäristöön ja vuorovaikutukseen vaikuttamista. Muistisairauksien käypä hoito -suosituksessa on mainittu hyvä perushoito (Muistisairaudet 2017), samoin kuin Scalesin ym. (2018) tutkimuksessa. Cohen-Mansfield ym. (2015, 5) mukaan muistisairaajat kaipaavat merkityksellistä tekemistä ja täyttämättömät tarpeet aiheuttivat muistisairaissa epämukavuutta. Piirteitä näistä kaikista löytyy interventiokokonaisuudesta, joka oli muodostettu osallistujan henkilökohtaisten tarpeiden ja mielenkiinnonkohteiden perusteella (1). Epämukavuustekijöiden poistaminen ja keskustelun pohjalta valikoitunut aktiviteetti yhdessä vaikuttivat verbaalista levottomuutta vähentävästi (1). Epämukavuustekijöiden poistamiseen liittyvät asiat voidaan lukea perushoitoon kuuluviksi, sillä tavoitteena oli, että muistisairaalla oli intervention aikana hyvä olla, eikä hän kärsinyt esimerkiksi janosta, kylmyydestä, kuumuudesta tai epämukavasta asennosta (1).

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Helsingin Julistuksen tutkimuseettikan ohjeistuksia (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 212). Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta on tarkkailtu kriittisesti kaikissa vaiheissa. Tiedonhankinnassa, arvioinnissa ja tulosten julkaisemisessa on noudatettu eettisesti kestäviä menetelmiä. Suunnittelu, toteutus ja raportointi on selvitetty yksityiskohtaisesti ja avoimesti (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Teoreettisessa viitekehyksessä on hyödynnetty kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia sekä muita näyttöön perustuvia, luotettavaksi arvioituja julkaisuja ja lähteitä. Käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti vuosina 2009–2019 julkaistuja ja näitä vanhemmat käytetyt lähteet edustavat iästään huolimatta ajantasaista tietoa. Teoreettinen viitekehys pyrittiin muodostamaan mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi, jotta se olisi helposti luettavaa.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku on kuvattu yksityiskohtaisesti toistettavuuden takaamiseksi. Mahdollisimman tuoreen ja ajankohtaisen tiedon löytämiseksi aineiston julkaisuvuosi rajattiin vuosiin 2010-2019. Molemmat opinnäytetyön tekijät suorittivat kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun Medic- tietokannassa itsenäisesti ja päätöksestä

olla valitsematta yhtään artikkelia oltiin yksimielisiä. Kumpikin opinnäytetyön tekijä suoritti itsenäisesti tiedonhaun CINAHL- ja Medline/PubMed- tietokannoissa haun toistettavuuden varmistamiseksi. Saatu hakutulos käytiin läpi ja aineisto valittiin yhteisymmärryksessä. Käytetyt hakusanat ja tietokantakohtaiset hakutaulukot on esitelty, sekä poissulku- ja sisäänottokriteerit kuvattu. Katsaukseen valittu aineisto on esitelty ja aineiston valintaprosessin eteneminen kuvattu tarkasti. (ks. Valkeapää 2016, 61–62.)

Kumpikin opinnäytetyön tekijä luki valitun aineiston huolellisesti läpi ja poimi aineistosta opinnäytetyön kannalta relevantit tulokset, näin varmistettiin, että aineistosta löydettiin kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset olivat englanninkielisiä, eikä kaikille ilmaisulle löydetty suoraa suomenkielistä käännöstä. Näiden ilmaisujen merkitykseen perehdyttiin ja etsittiin mahdollisimman kuvaava suomenkielinen vastine. Suomennoksen onnistumisella on merkitystä arvioitaessa opinnäytetyön luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston laadun arvioinnissa kiinnitettiin huomiota erityisesti tulosten yleistettävyyteen, kliiniseen merkittävyyteen ja pätevyyteen (ks. Lemetti & Ylönen 2016, 68).

Opinnäytetyöprosessin aikana uudelleen muotoutuneiden tavoitteen ja tarkoituksen sekä tutkimuskysymyksen täsmentyminen on kuvattu selkeästi (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 131). Lähde- ja tekstiviitemerkinnät on tehty asianmukaisesti antaen muiden tutkijoiden työlle ja saavutuksille niille kuuluva arvo ja merkitys tässä opinnäytetyössä (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Lähteiden ja tekstiviitteiden huolellinen merkitseminen mahdollistaa myös lukijalle opinnäytetyössä käytettyihin tutkimuksiin tutustumisen.

Mukaan valituista tutkimuksista ei tässä opinnäytetyössä ole avattu tutkimusjaksojen kestoa, eikä keinojen tai interventioiden käyttötiheyttä ja -tapaa. Tuloksista ei myöskään ole eritelty hoitokeinojen vaikuttavuuden voimakkuutta. Niitä ei ole arvioitu sen perusteella, mikä hoitokeinoista on kaikkein tehokkain, vaan mukaan otettiin kaikki levottomuutta vähentäviksi todetut keinot. Nämä seikat on otettava huomioon, kun pohditaan kirjallisuuskatsauksen tulosten yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä. Käytetyn intervention kestolla ja tiheydellä saattaa olla vaikutusta sen levottomuutta vähentävään tehoon.

Tämä kirjallisuuskatsaus on kummankin tekijän ensimmäinen opinnäytetyö, jolloin kokemuksen puute saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen huolellisesta perehtymisestä huolimatta. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat olleet alusta saakka aidosti kiinnostuneita muistisairaiden hoitotyöstä, mikä on edistänyt opinnäytetyöprosessin mielekkyyttä ja sujuvuutta. Opinnäytetyön suunnitteluun ja toteutukseen on käytetty paljon aikaa ja aiheeseen on perehdytty huolellisesti, mikä tukee työn luotettavuutta.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että muistisairaahan aktiivointi ja mielekkään tekemisen keksiminen vähentää levottomuutta käyttäytymistä. Myös sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen ja mahdollistaminen on tärkeää jotta levottomuutta käyttäytymistä voidaan vähentää. Yksilön tarpeiden ja mieltymysten huomiointi näyttää vaikuttavan positiivisesti lääkkeettömien hoitokeinojen vaikuttavuuteen.

On tärkeää huomioida, että muistisairailta levottomuus on yksilöllistä ja se ilmenee eri tavoin. Mikään tutkimus ei osoittanut, että tarkasteltu keino tai interventio olisi ollut levottomuutta vähentävä jokaisella tutkimukseen osallistuneella muistisairaalla. Tutkittu interventio saattoi vähentää tietyn tyyppistä levottomuutta, mutta muihin levottomuuden muotoihin merkittävää vaikutusta ei välttämättä ollutkaan. Tähän opinnäytetyöhön poimittiin ainoastaan ne keinot, joilla todettiin olevan levottomuutta vähentävä vaikutus.

Aiempien tutkimusten ja kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta voidaan ajatella, että huomion kiinnittäminen levottomuuden taustatekijöihin on tärkeää. Jos muistisairaalla on sellaisia perustarpeita, jotka jo itsessään edistävät levottomuuden ilmenemistä, käytetty lääkkeetön hoitokeino ei välttämättä vähennä levottomuutta tehokkaasti. Parhaan vaikuttavuuden saavuttamiseksi olisi oleellista poistaa mahdolliset epämiellyttävät tekijät, kuten nälkä tai kipu.

Tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta vähentävät keinot ovat hyvin moninaisia ja vaativat hoitohenkilökunnalta luovuutta ja kekseliäisyyttä. Opinnäytetyö haastaa ikääntyneiden muistisairaiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokeilemaan rohkeasti tämäntyppisiä menetelmiä perinteisen hoitotyön rinnalla. Voidaan ajatella, että tuloksissa kuvailut keinot voivat olla tehokkaita oikein ja yksilöllisesti toteutettuina.

Suomalaisessa hoitotieteessä ikääntyneen muistisairaahan levottomuutta vähentäviä hoitokeinoja on tutkittu hyvin niukasti. Myöskään ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä aiheesta ei juurikaan löytynyt. Tämä opinnäytetyö tuo uutta suomenkielistä tietoa ikääntyneen muistisairaahan levottomuuden vähentämisestä lääkkeettömien hoitokeinojen avulla.

Muistisairauksien yleisyyden ja niihin liittyvän levottoman käyttäytymisen vuoksi aiheetta olisi tärkeää tutkia erilaisin menetelmin myös Suomessa. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät kerro miten mahdolliset kulttuurilliset eroavaisuudet vaikuttavat hoitokeinojen tehokkuuteen. Olisi hyvä saada näyttöön perustuvaa tietoa siitä, millaiset lääkkeettömät hoitokeinot vähentävät suomalaisten ikääntyneiden muistisairaiden levottomuutta.

LÄHTEET

- Autio, T. & Korhonen, S. 25.1.2011. Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko. [Verkkosivu]. Toimia-tietokanta. [Viitattu 30.4.2019]. Saatavana: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>
- Cohen-Mansfield, J. 1991. Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). [Verkkojulkaisu]. Rockville: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. [Viitattu 30.4.2019]. Saatavana: [https://www.pdx.edu/iaa/sites/www.pdx.edu.iaa/files/CMAI_Manual%20\(1\).pdf](https://www.pdx.edu/iaa/sites/www.pdx.edu.iaa/files/CMAI_Manual%20(1).pdf)
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M.S., Thein, K. & Regier, N.G. 2015. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia. [Verkkolehtiartikkeli]. *Psychiatry Res* 228(1), 59–64. [Viitattu: 23.4.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451402/>
- Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. *Tutkiva hoitotyö* 11(3), 17–25.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa: T, Erkinjuntti., J, Rinne. & H, Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–22.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päiväystä. STEPPI kuuluu kaikille. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 14.2.2019]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/10409/STEPPI_lehdyke_1.pdf
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017. Kuntoutumissuunnitelma muistisairaana hoidon kokonaisarviointiin ja toteutuksen perustana. Teoksessa: M, Hallikainen., R, Mönkäre. & T, Nukari (toim.) *Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 14–16 .
- Hallikainen, M., Nukari, T. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaana hyvän hoidon lähtökohdat. Teoksessa: M, Hallikainen., R, Mönkäre. & T, Nukari (toim.) *Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–9.
- Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. [Verkkojulkaisu]. Oulu: Oulun yliopisto. Väitösk. [Viitattu 21.10.2018]. Saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: P, Voutilainen. & P, Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 42–56.

- Janzen, S., Zecevic, A., Kloveck, M. & Orange, J.B. 2013. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. [Verkkolehtiarikkeli]. American journal of alzheimer's disease & other dementias 28(5), 524–532. [Viitattu 22.4.2019]. Saatavana CINAHL-tietokannassa. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3–4. uud. P. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Käyttöoireiden hoito. Teoksessa: T, Erkinjuntti., J, Rinne. & H, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474–487.
- Koponen, H. & Vataja, R. 13.3.2017. Muistisairauksiin liittyvät käyttöoireet. [Verkköjulkaisu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 22.8.2018]. Saatavana Terveystieteiden oppiporttipalvelussa. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- L 11.5.2007/568. Kansaneläkelaki.
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista.
- Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskeniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. Hoitotiede 26(2), 113–124.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa: A, Stolt., A, Axelin. & R, Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 35–55.
- Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa: A, Stolt., A, Axelin. & R, Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 67–69.
- Muistisairaudet. 27.1.2017. Käypä hoito –suositus. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 23.4.2019]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>
- Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. 21.9.2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käyttöoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 23.5.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044>

- Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa: M, Hallikainen., R, Mönkäre., T, Nukari. & M, Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–9.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: A, Stolt., A, Axelin. & R, Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 23–34.
- Rinne, J., Hallikainen, M., Suhonen, J., Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa: T, Erkinjuntti., J, Rinne. & H, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 455–473.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haastava käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23(1), 46–56.
- Scales, K., Zimmerman, S. & Miller, S.J. 2018. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. [Verkkolehtiartikkeli]. Gerontologist 58(1), 88–102. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29361069>
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa: T, Erkinjuntti., J, Rinne. & H, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81–89.
- Sotkanet. 2015. [Tilastotietokanta]. Tulostaulukko. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11. Muistisairaat asiakkaat tavallisessa palveluasumisessa 31.12. Muistisairaat asiakkaat tehostetussa palveluasumisessa 31.12. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana: https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s_b1tzbS0zUEAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rAwA=&gender=t
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: A, Stolt., A, Axelin. & R, Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 7–22.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 8.5.2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020: tavoitteena muistiystävällinen Suomi. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 23.4.2019]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 21.2.2018b. Muistisairaudet. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.10.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 21.2.2018a. Muistisairauksien yleisyys. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 22.8.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>
- Tilastokeskus. 1.4.2019. Väestörakenne 31.12. [Verkkosivu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu 2.5.2019]. Saatavana: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. [Verkkokirja]. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. [Viitattu 27.4.2019]. Saatavana Ellibslibrary –palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 14.11.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 27.4.2019]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa: A, Stolt., A, Axelin. & R, Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 56–66 .
- Vataja, R.& Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa: T, Erkinjuntti., J, Rinne. & H, Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90–98.

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R. & Vézina, J. 2011. Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. [Verkkolehtiartikkeli]. *Aging & mental health* 15 (7), 855–865. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana CINAHL- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Dakheel-Ali, M., Regier, N.G., Thein, K. & Freedman, L. 2010. Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of the american geriatrics society* 58 (8), 1459–1464. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955178/>
- Cox, E., Nowak, M. & Buettner, P. 2011. Managing agitated behaviour in people with Alzheimer’s disease: the role of live music. [Verkkolehtiartikkeli]. *British*

- journal of occupational therapy 74 (11), 517–524. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana SAGE- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Curington, B.D. 2012. Proposed therapeutic art to diminish agitation in elder care. [Verkkajulkaisu]. Texas: University of north texas. Väitösk. [Viitattu 26.4.2019]. Saatavana: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.818.9256&rep=rep1&type=pdf>
- Millián-Calenti, J.C., Lorenzo-López, L., Alonso-Búa, B., de Labra, C., González-Abraldes, I. & Maseda, A. 2016. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinical interventions in aging 22 (11), 175–184. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.libts.seamk.fi/pmc/articles/PMC4769004/>
- Moyle, W., Johnston, A.N. & O'Dwyer, S.T. 2011. Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study. [Verkkolehtiartikkeli]. Australasian journal on ageing 30 (3), 159–161. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana CINAHL- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Murphy, P.F., Miyazaki, Y., Detweiler, M.B. & Kim, K.Y. 2010. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. [Verkkolehtiartikkeli]. Dementia 9(3), 355–373. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana SAGE- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ridder, H.M., Stige, B., Qvale, L.G. & Gold, C. 2013. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. [Verkkolehtiartikkeli]. Aging and mental health 17(6), 667–678. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana CINAHL- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Traynor, V., Veerhuis, N., Johnson, K., Hazelton, J. & Gopalan, S. 2018. Evaluating the effects of a physical activity on agitation and wandering (PAAW) experienced by individuals living with a dementia in care homes. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of research in nursing 23(2-3), 125–138. [Viitattu 24.4.2019]. Saatavana SAGE- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Tietokantakohtaiset taulukot

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen haku- ja valintaprosessi

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 1. Hakukantakohtaiset taulukot

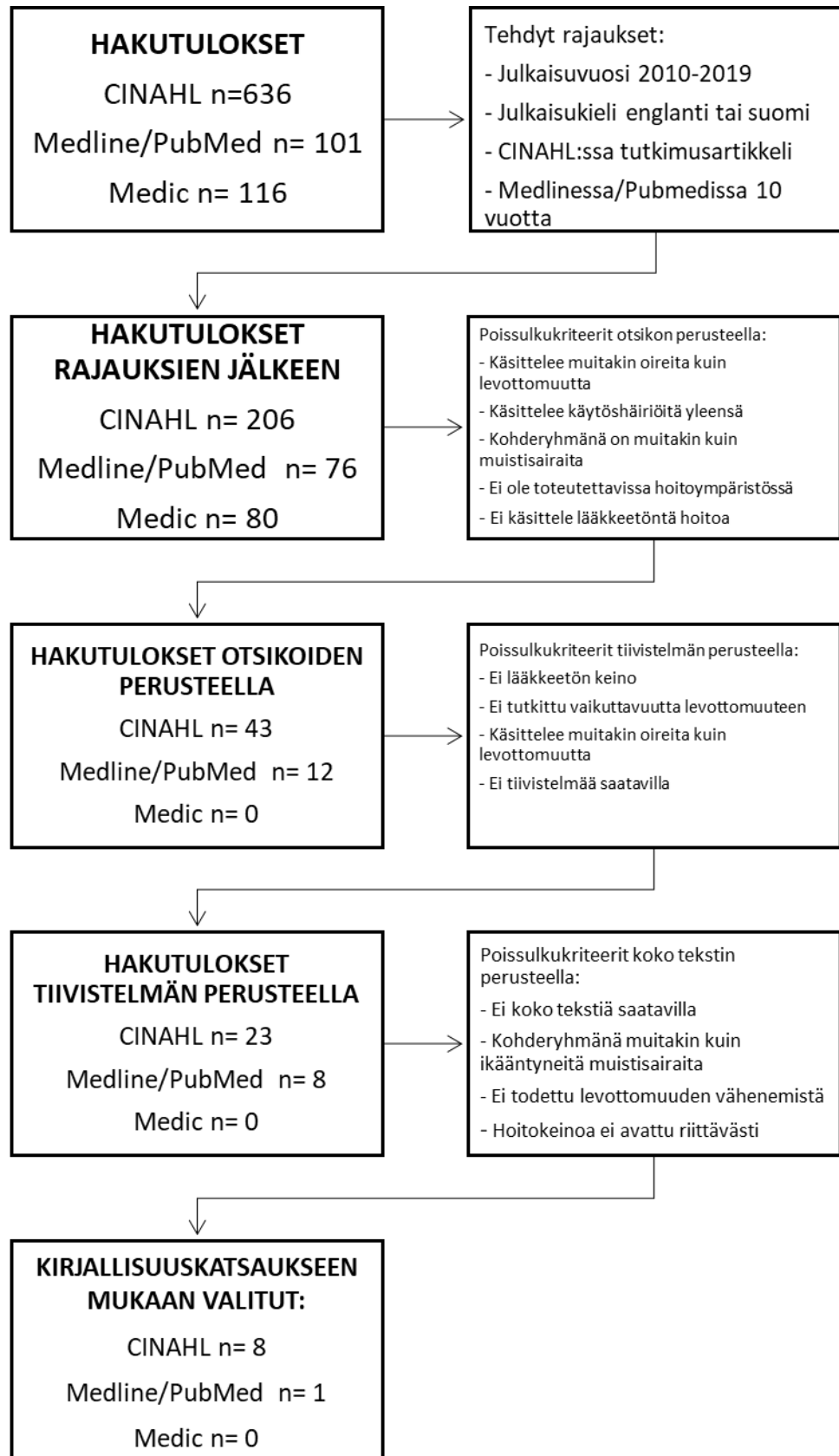
Tietokanta: Medic				
Rajaukset: vuodet 2010-2019 ja kieli suomi ja englanti				
Hakusanat	Hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
vanhukset AND muistihäiriöt	71	0	0	0
vanhukset AND psykomotorinen agitaatio	3	0	0	0
"lääkkeetön hoito" AND vanhukset	1	0	0	0
muistihäiriöt AND "lääkkeetön hoito"	1	0	0	0
muistihäiriöt AND psykomotorinen agitaatio	2	0	0	0
"lääkkeetön hoito" AND psykomotorinen agitaatio	1	0	0	0
vanhukset AND muistihäiriöt AND "lääkkeetön hoito"	1	0	0	0
Yhteensä	80	0	0	0

Tietokanta: CINAHL				
Rajaukset: vuodet 2010-2019, Research article, English language				
Hakusanat	Hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
("memory disorders" OR "dementia" OR "alzheimer's disease" OR "lewy body disease") AND ("agitation" OR "psychomotor agitation")	152	37	20	8
("memory disorders" OR "dementia" OR "alzheimer's disease" OR "lewy body disease") AND ("nonpharmacological" OR "non drug")	32	2	1	0
("agitation" OR "psychomotor agitation") AND ("nonpharmacological" OR "non drug")	7	2	1	0
("agitation" OR "psychomotor agitation") AND ("aged" and "aged 80 and over")	5	0	0	0
("aged" and "aged 80 and over") AND ("nonpharmacological" OR "non drug")	1	0	0	0
("memory disorders" OR "dementia" OR "alzheimer's disease" OR "lewy body disease") AND ("agitation" OR "psychomotor agitation") AND	7	2	1	0

("nonpharmacological" OR "non drug")				
("memory disorders" OR "dementia" OR "alzheimer's disease" OR "lewy body disease") AND ("agitation" OR "psychomotor agitation") AND	2	0	0	0
YHTEENSÄ	206	43	23	8

Tietokanta: Medline/PubMed				
Rajaukset: 10 vuotta				
Hakusanat	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Nonpharmacological AND psychomotor agitation AND dementia	39	7	4	1
Nonpharmacological AND psychomotor agitation AND alzheimer	11	2	1	1
Nonpharmacological AND psychomotor agitation AND memory disorders	0	0	0	0
nonpharmacological AND psychomotor agitation AND aged	26	3	3	1
YHTEENSÄ	76	12	8	1(sama kaikissa)

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen haku- ja valintaprosessi



Liite 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

	Kirjoittajat, julkaisu- vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tarkoitus tai tavoite	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
1.	Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R. & Vézina, J. 2011, Ranska	Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs	Tavoitteena tunnistaa kuinka suurella osalla dementoituneista esiintyy merkittävää käytöksen parantumista tarpeisiin perustuvan intervention aikana, jonka tarkoitus on vähentää verbaalista levottomuutta. Toinen tavoite on arvioida tämän tyyppisen intervention vaikutusta verbaalisen levottomuuden esiintyvyyteen ja keston. Jatkuuko intervention vaikutus sen loputtua.	Pilottitutkimus 26 hoitokodissa asuvaa, joilla diagnoosina dementia ja verbaalista levottomuutta useita kertoja päivässä	Tulosten mukaan verbaalisen levottomuuden kesto väheni merkittävästi intervention aikana.
2.	Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Dakheel-Ali, M., Regier, N.G., Thein, K. & Freedman, L. 2010, USA	Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?	Tarkoitus oli arvioida voiko erilaisien ärsykkeiden järjestelmällisen käyttäminen ehkäistä levottomuutta hoitokodin asukkailla.	Interventiotutkimus Tutkimus toteutettiin 7:ssä Marylandilaisessa hoitokodissa. Osallistujina oli 111 asukasta, joilla oli dementiadiagnoosi ja ilmeni levottomuutta.	Lähtötilanteeseen verrattuna kaikki ärsyke- luokat liittyivät fyysisen levottomuuden merkittävään vähenemiseen. Kaikki muut paitsi manipuloiva ärsyke, vähensivät yleistä levottomuutta.
3.	Cox, E., Nowak, M. & Buettner, P. 2011, Australia	Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: the role of live music	Tarkoitus oli tutkia vähentääkö live-musiikki yksilölle esitettynä levotonta käyttäytymistä henkilöillä, jolla on alzheimerintauti	Kvasikokeellinen tutkimus 7 osallistujaa Townsilleläisessä hoitokodissa, joilla alzheimerin tauti ja levotonta käyttäytymistä.	Live musiikki lievitti levotonta käyttäytymistä osallistujilla. Merkittäviä tuloksia vaeltelun vähenemisessä, sanojen toistelussa ja yleisessä levottomuudessa.
4.	Curington, B.D. 2012. USA	Proposed therapeutic art to diminish agitation in elder care	Tutkii, että väheneekö levottomuus lääkkeettömiä hoitokeinoja käytettäessä.	Kvasikokeellinen tutkimus Kolmesta eri hoitokodista yhteensä 19 osallistujaa, joilla	Kokonaislevottomuus väheni merkittävästi terapeutin taideohjelman ryhmällä verrattuna kontrolliryhmään. Verbaalinen levottomuuskäyttäytyminen ja fyysinen ei-aggressiivinen levottomuuskäyttäytyminen vähenivät

				<p>diagnoosina dementia ja esiintyy levotonta käyttäytymistä. Osallistujat iältään yli 65 -vuotiaita.</p> <p>Osallistujat jaettiin vertailua varten kolmeen ryhmään: taideterapia ryhmä, muisteluterapia ryhmä ja kontrolliryhmä.</p>	merkittävästi terapeuttisen taideohjelman ryhmällä verrattuna kontrolliryhmään.
5.	Millán-Calenti, J.C., Lorenzo-López, L., Alonso-Búa, B., de Labra, C., González-Abraldes, I. & Maseda, A. 2016, Espanja	Optimal non-pharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions	Tarkoitus oli tuottaa näyttöön perustuvia suosituksia tiettyjen interventioiden käytöstä.	Systemaattinen katsaus satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista, joissa on keskitytty yli 65-vuotiaiden Alzheimerintautia sairastavien levottomuuden lääkkeettömään hoitoon.	Musiikkiterapia on optimaalinen keino levottomuuden hoitoon. Kirkasvaloterapialla on pieni, tuskin kliinisesti merkittävä vaikutus levottomuuteen. Terapeuttinen kosketus on tehokas keino lievittää ei-aggressiivisiä käyttäytymisoireita. Melissaöljy aromaterapia ja käyttäytymisen hallintatekniikat eivät ole merittävästi parempia kuin plasebo tai lääkehoito levottomuuden lievittämisessä.
6.	Moyle, W., Johnston, A.N. & O'Dwyer, S.T. 2011, Australia	Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study	Tarkoitus oli tutkia jalkahieronnan vaikutuksia levottomaan käyttäytymiseen ikääntyneillä demensiaa sairastavilla, jotka olivat pitkäaikaishoidossa.	Pilottitutkimus 17 miestä ja 5 naista, joilla diagnoosina dementia ja levottomuutta	Merkittävä levottomuuden väheneminen havaittiin hierontajakson päättyessä. Levottomuus oli myös jälkitarkkailussa huomattavasti vähäisempää kuin lähtötilanteessa.
7.	Murphy, P.F., Miyazaki, Y., Detweiler, M.B. & Kim, K.Y. 2010, USA	Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on	Tarkoituksena oli uudelleenarvioida aikaisempien tutkimusten tuloksia pitkäaikaisanalyysin aineistoin avulla.	Pitkäaikaisanalyysi 34 suljetulla osastolla asuvaa veteraanimestä, joilla sairautena dementia.	Tulokset osoittavat, että vaeltelu puutarhassa madalsi levottomuustasoja. Vaikutukset olivat erilaisia riippuen potilaan kyvystä liikkua avustamatta.

		ambulation ability			
8.	Ridder, H.M., Stige, B., Qvale, L.G. & Gold, C. 2013 Tanska ja Norja	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial	Tarkoitus oli tutkia yksilöllisen musiikkiterapian vaikutusta levottomuuteen, hoitokodeissa asuvilla henkilöillä, joilla on keskivaikea tai vaikea dementia tutkia sen vaikutuksia psykotrooppisten lääkkeiden käyttöön ja elämänlaatuun.	Satunnaistettu pitkittäistutkimus 42 hoitokodissa asuvaa osallistujaa, joilla diagnosoitu dementia	Kuormittava levottomuus lisääntyi tavanomaisen hoidon aikana ja lievittyi musiikkiterapian aikana. Ero oli merkittävä (p=0.027).
9.	Traynor, V., Veerhuis, N., Johnson, K., Hazelton, J. & Gopalan, S. 2018, Australia	Evaluating the effects of a physical activity on agitation and wandering (PAAW) experienced by individuals living with a dementia in care homes	Tarkoitus oli arvioida ohjatun liikuntaohjelman ohjelman vaikutuksia demensian käyttäytymisoi-reisiin ja psyykkisiin oireisiin.	Kvasikokeellinen tutkimus Osallistujina 72 dementiaa sairastavaa, jotka asuivat neljässä eri hoivakodissa	Liikuntaohjelma lievitti merkittävästi levottomuutta ja karkailua.

Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"The analysis on agitation disruptiveness CMAI-di, showed an... a decrease during music therapy..." (8)	Musiikkiterapian aikana kuormittava levottomuus väheni			
"... frequency of agitation (CMAI-fr)... decrease during music therapy..." (8)	Musiikkiterapian aikana levottomuuden esiintyvyys väheni			
"...provided evidence of effectiveness of music therapy for reducing agitation in institutionalized patients... This result was particularly strong when the intervention included individualized (related to special positive memories of the participants) and interactive (including clapping, singing and dancing) music." (5)	Musiikkiterapia vähensi levottomuutta	Musiikkiterapia	Musiikkiin pohjautuvat keinot	Ikääntyneen muistisaira- aan levottomuutta vähentävät lääkkeettömät hoitokeinot
	Musiikkiterapia oli erityisen tehokasta, kun se sisälsi yksilöllistä musiikkia.			
	Musiikkiterapia oli erityisen tehokasta, kun se sisälsi vuorovaikutteista musiikkia.			
"Pacing/aimless wandering... was displayed by four participants, three of whom immediately stopped wandering when music started and did not recommence for the remainder of session (3)	Kolmella neljästä osallistujasta kuljeskelu/päämäärätön vaeltelu loppui välittömästi elävän musiikin alkaessa, eikä se alkanut uudelleen.	Elävä musiikki		
"Upon introduction of the musical	Kaikilla osallistujilla yleinen levottomuus loppui			

<p>intervention, general restlessness ceased for all participants and did not recur (p=0.007...)." (3) (Musical intervention= Live music)</p>	<p>livemusiikkituokion esitelyn aikana, eikä se alkanut uudestaan.</p>			
<p>"For verbal agitation.... music were associated with significantly less agitation than baseline." (2) (Music= Listening to music)</p>	<p>Musiikin kuuntelu vähensi verbaalista levottomuutta.</p>	<p>Musiikin kuuntelu</p>		