

MUSIIKIN VAIKUTUS KESKIVAIKEASTI JA
VAIKEASTI MUISTISAIRAAN HENKILÖN
MIELIALAAN JA KÄYTTÄYTYMISEEN

Katja Hautamäki
Katri Peltokangas

Opinnäytetyö
Tammikuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) Hautamäki Katja Peltokangas Katri	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.01.2010
	Sivumäärä 60	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Musiikin vaikutus keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaahan henkilön mielialaan ja käytökseen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TtM Matilainen Irmeli		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, sosiaali- ja terveystalvet		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää musiikin hyödyntämistä muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millainen vaikutus musiikilla on muistisairaahan henkilön elämänlaatuun. Elämänlaadussa tapahtuvia mahdollisia muutoksia tarkasteltiin mielialan ja käyttäytymisoireiden kautta. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin miten pitkäaikaishoidossa työskentelevät omahoitajat suhtautuivat järjestettäviin musiikki-interventioihin. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista sekä kvalitatiivista tutkimusmuotoa.</p> <p>Opinnäytetyöhön osallistuneilla muistisairailta henkilöillä oli keskivaikea tai vaikea muistisairaus. Opinnäytetyö toteutettiin Jyväskylän pitkäaikaishoidon yksikössä. Kvantitatiivinen aineisto kerättiin strukturoidulla aineistonkeruulomakkeella ja kvalitatiivinen aineisto kerättiin lomakkeella joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyöhön osallistuneiden keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden omahoitajat täyttivät aineistonkeruulomakkeet.</p> <p>Opinnäytetyön keskeinen tulos oli, että muistisairaahan henkilön käytökseen liittyvät oireet vähenivät omahoitajalta saatujen vastausten perusteella. Heidän mielialassa ei tapahtunut huomattavia muutoksia. Musiikki-interventiot koettiin positiivisina. Kaikki omahoitajat olivat sitä mieltä, että musiikki-interventiot ovat tarpeellisia. Virike-toiminta nähtiin merkittävänä sekä kokonaisvaltaista toimintakykyä tukevana.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Muistisairaus, elämänlaatu, musiikki-interventio, mieliala, käyttäytymisoire		
Muut tiedot		

Author(s) Hautamäki Katja Peltokangas Katri	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 12.01.2010
	Pages 60	Language Finish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title THE EFFECT OF MUSIC ON THE MOOD AND BEHAVIOUR OF A PERSON SUFFERING FROM A MODERATE OR SEVERE MEMORY DISORDER		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) Matilainen Irmeli		
Assigned by City of Jyväskylä, social- and health services		
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis was to promote the usage of music in the treatment of a memory-challenged person. The goal of this bachelor's thesis was to solve what kind of influence music has on the life quality of a memory-challenged person. The possible changes in the quality of life were observed through mood and behavioral symptoms. Furthermore, the thesis examined the views on organized music interventions held by personal caretakers working in long-term care. As a method of research both qualitative and quantitative approaches were used in this thesis.</p> <p>The memory-challenged people involved in the research had either a severe or moderate memory disorder. The thesis was carried out in the long-term care unit of Jyväskylä. The quantitative material was collected by using a structured material collection form and the qualitative material was collected with a form consisting of open questions. The caretakers of the people with severe or moderate memory disorder involved in the research filled in the material collection forms.</p> <p>An essential result of this bachelor's thesis was that the behavioral symptoms of a memory-challenged person decreased according to the answers collected from the personal caretakers. There were no significant changes in their moods. Music interventions were considered positive. All of the caretakers thought that the music-interventions were useful. Stimulating activities were considered significant and supportive of the overall functional ability.</p>		
Keywords Memory illness, quality of life, music-intervention, mood, behavior-related symptoms		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 MUISTISAIRAUS YKSILÖN JA HOITOHENKILÖKUNNAN NÄ- KÖKULMASTA.....	8
2.1 Muistisairaus käsitteenä.....	8
2.2 Muistisairaahan henkilön kohtaamisen ja hoidon erityispiirteitä.....	9
2.3 Muistisairauksissa esiintyvät tavallisimmat käyttäytymisoireet.....	10
2.3.1 Muistisairaahan henkilön masennus.....	12
2.3.3 Levoton käyttäytyminen muistisairaahan henkilön ilmaisukeinona.....	13
2.3.4 Muistisairaus lisää ahdistuneisuuden riskiä.....	14
2.3.5 Psykoottiset oireet muistisairaudessa.....	15
2.3.7 Muistisairaahan henkilön uni-valverytminhäiriöt.....	15
2.3.7 Seksuaalisuuden ja persoonallisuuden muutokset	16
3 MUISTISAIRAAN HENKILÖN ELÄMÄNLAATU JA SEN TUKEMINEN.....	17
3.1 Muistisairaahan henkilön elämänlaatu.....	17
3.2 Muistisairaahan henkilön lääkkeettömät hoitomuodot	19
3.3 Lääkehoito osana muistisairaahan hoitoa.....	20
4 VIRIKETOIMINTA MUISTISAIRAAN HENKILÖN TERVEYDEN EDISTÄMISEN SEKÄ ELÄMÄNLAADUN TUKENA.....	21
4.1 Luovatoiminta osana muistisairaahan henkilön elämää.....	21
4.2 Musiikki muistisairaahan henkilön elämänlaatua parantavana tekijänä.....	22
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.	25
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
6.1 Opinnäytetyön eteneminen.....	26
6.2 Tutkimusmenetelmät, aineiston keruu ja analysointi.....	27
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	29
7.1 Muutokset käytöksessä ennen musiikki-interventioita ja niiden jälkeen.....	29
7.1.1 Aggressiivinen käyttäytyminen ja sen esiintyminen.....	30
7.1.2 Levottoman käytöksen esiintyvyys.....	31
7.1.3 Verbaalinen levottomuus ja sen esiintyvyys.....	32
7.2 Mielialan muutosten kuvaus.....	33
7.3 Käytöksen muutosten kuvaus.....	35
7.4 Omahoitajien kuvaukset musiikki-interventioiden myönteisistä vaikutuksista..	38
7.5 Omahoitajien mielipiteitä musiikki-interventioiden toteutettavuudesta.....	39

7.6 Yhteenveto tuloksista.....	39
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	40
9 POHDINTA.....	43
9.1 Tulevaisuuden näkymiä Suomesta muistisairauksien osalta.....	43
9.2 Opinnäytetyö osana ammatillista kehittymistä.....	44
9.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen	45
LÄHTEET.....	47
LIITTEET.....	54
Liite 1 Saatekirje omahoitajille.....	54
Liite 2 Cohen- mansfieldin agitaatiotesti ja Cornellin depressioasteikko.....	55
Liite 3 Avoimet kysymykset omahoitajille.....	59
Liite 4 Aggressiivisen ja levottoman käytöksen, sekä verbaalisen levottomuuden osa-alueet.....	60

KUVIOT

KUVIO 1. Haastavan käytöksen esiintyminen ennen ja jälkeen musiikki-in- terventioiden.....	30
KUVIO 2. Aggressiivisen käytöksen esiintyminen	31
KUVIO 3. Levottoman käytöksen esiintyminen	32
KUVIO 4. Verbaalisen levottomuuden esiintyminen	33
KUVIO 5. Mielialaan liittyvien oireiden esiintyminen ennen konsertteja.....	34
KUVIO 6. Mielialaan liittyvien oireiden esiintyminen neljän intervention jälkeen.....	35
KUVIO 7. Käytökseen liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna ennen konsertteja.....	36
KUVIO 8. Käytökseen liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna neljän konsertin jälkeen.....	37
KUVIO 9. Käytökseen liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna kuu- kauden jälkeen viimeisestä konsertista.....	38

1 JOHDANTO

Suomessa gerontologisen hoitotyön kehittämisen haaste on erittäin ajankohtainen, koska Suomessa väestön ikääntyminen on monia muita maita nopeampaa (Isola, Routasalo, Tiikkainen & Voutilainen 2009, 12). Seuraavan kolmen vuosikymmenen aikana Suomi ikääntyy todella voimakkaasti. Sen vuoksi ikääntymistä, ikäihmisten tarpeita sekä ikäihmisten palveluita täytyy tarkastella uudella tavalla. (Voutilainen 2007, 3; Kivelä & Räihä 2007.) Jos pitkäaikaishoidon monipuolisuus säilyy nykyisellä tasolla, väestöennuste huomioiden, voidaan olettaa että vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla olisi 2030-luvulla jo noin 70 000 asiakasta. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä olisi tuolloin jo yli 30 000 asiakasta. (Voutilainen 2007, 3.)

Ennusteiden mukaan ikäihmisten toimintakyky on tulevaisuudessa parempi, mutta silti tarvetta pitkäaikaishoidolle tulee olemaan. Erityisesti muistisairaudet aiheuttavat tätä tarvetta, koska ne aiheuttavat ihmisen toimintakyvyn laskua ja heidän palvelutarpeen voimakasta kasvua. (Voutilainen 2007, 3.) Muistisairautta aiheuttavat sairaudet aiheuttavat ikäihmisille kaikista sairausryhmistä eniten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Muistisairaudet ovat myös pääasiallinen syy pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiselle. Vuonna 2005 tehdyn väestöntutkimuksen mukaan Suomessa oli noin 85 000 keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavaa. Lievää muistisairautta sairastavia henkilöitä oli noin 35 000. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9-10.) Muistisairaajat ihmiset ovat suuri ja kasvava joukko ikäihmisten parissa tehtävän hoitotyön saralla. Tämä on yksi tärkeimmistä ja vaativimmista vanhustyön aloista joka vaatii erityisasiantuntijuutta. (Isola ym. 2009, 14.)

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin musiikin merkitystä keskivaikeasti- ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden elämänlaadun näkökulmasta. Opinnäytetyö käsittelee ympärivuorokautista hoitoa saavia henkilöitä. Tässä opinnäytetyössä elämänlaatua tarkastellaan ikäihmisten mielialan ja käyttäytymisoireiden kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) mainitsee selvityksessään vanhusten hoidon ja palveluiden tavoitteellisen, etteivät sairaudet ja toimintakyvynrajoitteet olennaisesti alenna ikäihmisten elä-

mänlaatua (Lehto 2007, 13). Muistisairaahan henkilön kanssa työskentelevät työntekijät tarvitsevat monenlaisia erityistaitoja ja -tietoja. Kun työntekijällä on tarvittavat tiedot ja taidot muistisairauksista, sekä sen aiheuttamista oireista, voidaan parhaiten helpottaa sairastuneen henkilön elämänlaatua ja toimintakykyä. (Noppari & Leinonen 2005, 76; Näslindh-Ylispangar 2005, 155-156.)

2 MUISTISAIRAUS YKSILÖN JA HOITOHENKILÖKUN- NAN NÄKÖKULMASTA

2.1 Muistisairaus käsitteenä

Muistisairautta on käsitteellistetty jo kauan sitten historiassamme. Egyptiläisessä kirjallisuudessa kuvataan ”vanhuuden toista lapsuutta”, lääketieteellisessä muodossa dementiaa eli muistisairautta on kuvannut Celsus noin 200 vuotta ennen Kristuksen syntymää. Dementia- sanana esiintyy ensimmäisen kerran vuonna 1381 ranskalaisessa lääketieteen kirjallisuudessa, vuonna 1591 englantilaisessa ja vuonna 1812 yhdysvaltalaisessa. Dementian käsite on liitetty koko historiansa ajan yhteiskunnallisten ja sosiaalisten kykyjen rajoittumiseen ja ”hulluuteen”. (Erkinjuntti 2006a, 93.)

Muistisairaus on oireyhtymä, ei siis erillinen tai yksittäinen sairaus. Sen aiheuttajana voi olla monia erilaisia ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Muistisairauteen liittyy muistialueen oireet ja laaja henkisen toiminnan sekä muiden korkeampien aivotointojen heikentyminen, verratessa aikaisempaan toimintaan. Nämä rajoittavat sairastuneen henkilön itsenäistä työskentelyä ja sosiaalista selviytymistä. Tämä tila voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä. (Erkinjuntti 2006a, 94.)

Tavallisin muistisairautta aiheuttava tauti on Alzheimer, jota ilmenee 65-70 %:lla keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairailta henkilöillä. Toiseksi tavallisemmin muistisairautta aiheuttaa vaskulaariset dementiat. On arvioitu että Lewyn kappale -dementia on kolmanneksi yleisin muistisairauden aiheuttaja. Frontotemporaaliset degeneraatiot aiheuttavat muistisairautta myös, mutta siitä ei ole paljon näyttöä. Edellä mainittujen osuus muistisairauden aiheuttajina on 95 %:a. (Sulkava & Viramo 2006, 27-29.)

Muistisairauden syiden mekanismit voidaan jakaa neljään eri ryhmään. Metaboliset syyt, eli aineenvaihdunnalliset, esimerkiksi hypotyreoosi ja B-12 vitamiinin puutos

(Erkinjuntti 2006a, 78-79; Kivelä ym. 2007, 55). Muistisairautta aiheuttavat paikalliset häiriöt ovat aivojen rakenteissa jotka liittyvät oppimiseen, muistissa säilyttämiseen tai muistin palauttamiseen. Neuronaaliset häiriöt ovat hermosoluissa itsessään oleva häiriö sekä niiden välisissä yhteyksissä. Toiminnallisessa häiriössä tärkeimmät hermoverkostot jotka muistin kannalta ovat keskeisemmät, ovat rakenteeltaan ehyet, mutta niiden tehokas käyttäminen on häiriintynyt. (Erkinjuntti 2006b, 78-79.)

2.2 Muistisairaahan henkilön kohtaamisen ja hoidon erityispiirteitä

Muistisairaahan henkilön kohtaamisessa arvokasta on kohdata hänet aikuisena (Eloniemi-Sulkava 2004, 26). Muistisairaus muuttaa henkilön todellisuuden kokemisen tapaa, jolloin psykososiaalisen hoidon merkitys korostuu (Andersson, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Sormunen 2008, 125-126; Kivelä ym. 2007, 55). Hyvä hoito perustuu asiakkaan persoonallisuuden ja historian tuntemiseen sekä hoitajan tekemään tulkintaan tilanteista (Näslindh-Ylispangar 2005, 147). Keskeisimmäksi asiaksi muistisairaahan henkilön psykososiaalisessa hoidossa nousee hänen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen laatu. He kaipaavat luotettavaa ja elämänhallintaa tukevaa vuorovaikutusta, joka luo heille turvallisuuden tunnetta. (Andersson ym. 2008, 125-126.)

Muistisairailta henkilöillä on usein kyky aistia paremmin ympäristönsä ilmapiiriä, mikä on seurausta siitä, ettei järkiperäinen ja realiteetteihin perustuva käyttäytyminen ole hallitsevaa. Muistisairailta henkilöillä käyttäytyminen kuvaa usein suorasti heidän tunnetilojaan. Haastetta muistisairaiden henkilöiden elämään ja heidän kohtaamiseen tuo se, että heidän puolustusmekanisminsa ovat heikentyneet. (Eloniemi-Sulkava 2004, 27.)

Muistisairaahan henkilöt eivät välttämättä koe elämänlaatuaan huonommaksi kuin muut samanikäiset ihmiset. Sen sijaan heidän omaisensa ja hoitava henkilökunta arvioivat usein muistisairaahan henkilön elämälaadun olevan huonompi. Muistisairaus ei yksinään

määrää henkilön kokemuksia elämästä, vaan sairautta olennaisempina pidetään suhteita läheisiin, omaa arviota menneestä elämästä, elintason vakautta, sekä henkilön kokemus mahdollisuuksista jatkaa tuttua elämäntapaansa. (Heimonen, Topo & Vuotilainen 2008, 145.)

Paukun (2009) artikkelissa Alloway toteaa, että muistisairaalla henkilöllä on ongelmia työmuistin kanssa. Aivojen työmuistin hallintaa Alloway pitää merkittävänä osana elämänhallintaa. Muistisairaalla henkilöllä saattaa olla jatkuvasti tunne, että jotain jäi kesken, muttei muista mitä oli tekemässä. (Pauku 2009.) Muistisairan henkilön kohtaamisessa vaaditaan muilta suvaitsevaisuutta ja joustavuutta. Muistisairauden edetessä käsitys todellisuudesta muuttuu. Muistisairaalla henkilöllä on oma erilainen todellisuutensa, jota ei tule kiistää, vaan rakentaa yhteistyötä näiden todellisuuksien välille. Todellisuuden erilaiset käsitykset tuovat haasteen muistisairaalle henkilön kohtaamiselle ja yhteistyön toimivuudelle. (Heimonen ym. 2008, 145; Saarenheimo 2003, 75-76, 80-84.)

2.3 Muistisairauksissa esiintyvät tavallisimmat käyttäytymisoireet

Muistisairaalla henkilöllä esiintyy erilaisia psykologisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia. Yleisesti niistä puhutaan käyttäytymisoireina. Tavallisimmat käyttäytymisoireet ovat masennus, apatia, ahdistuneisuus ja levottomuus. Käyttäytymisoireet heikentävät sairastuneen henkilön elämänlaatua ja ovat suurin haaste avohoidossa ja ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 11- 12). Käyttäytymisoire on psyykinen oire tai muutos käyttäytymisessä joka on haitallista, toistuvaa sekä vaikeasti lievennettävää ja sitä ei saa jättää huomioimatta (Eloniemi-Sulkava 2008, 1). Muistisairauteen sairastuneista jopa yhdeksän kymmenestä kärsii jossain vaiheessa käyttäytymisoireista (Eloniemi-Sulkava 2008, 12). Siihen on puututtava koska se viestii muistisairaalle ihmisen kärsimyksestä ja voi aiheuttaa ongelmia tai stressiä muille ihmisille sekä ympäristölle. (Eloniemi-Sulkava 2008, 1.) Muistisairaalle henkilön käyttäytymisoireiden hoito tukee hänen toimintakykyään. Tällä pyritään hy-

vinvoinnin lisääntymiseen ja sitä kautta laadukkaaseen elämään. (Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 166-167.)

Muistisairauden ensioireena voi olla käyttäytymisoire. 1900-luvun alussa Alois Alzheimer kuvasi potilasesimerkissään muistisairaahan henkilön käyttäytymisoireita. (Vataja 2006, 98- 99.) Muistisairauteen liittyvistä oireista käyttäytymisoireet ovat tavallisin syy miksi ihminen joutuu laitoshoitoon. Lisäksi käyttäytymisoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia. (Vataja 2006, 98- 99; Saarenheimo 2003, 75, 77-78.) Käyttäytymisoireiden kehittymiseen vaikuttavat persoonallisuus, ihmissuhteet, yleinen terveydentila, lääkitys ja sen mahdolliset sivuvaikutukset, ympäristö sekä neurobiologiset tekijät jotka liittyvät muistisairauteen. (Vataja 2006, 98- 99.)

Eloniemi-Sulkavan (2008) mukaan tavallisia syitä käyttäytymisoireisiin ovat epämu-kavuus, huono olo, palelu, kipu, infektiot, matala verenpaine, epäarvostava kohtelu, väärä lääkitys. Myös Lewyn kappale- sairaus (hallusinaatiot, aggressiopuuskat), tunneherkkyys, käyttäytymisen normittomuus, pelko, turhautuminen, itsearvostuksen, uhka, kaaoksen tunteet, virhetulkinnat tai väärinymmärrykset, virikeherkkyys, sisäinen levottomuus ovat syinä käyttäytymisoireisiin. (Eloniemi-Sulkava 2008.) Käyttäytymisoireet tuottavat kärsimystä muistisairaalle henkilölle ja ne voivat raunioittaa hoitavan omaisen elämän. Ne ovat myös yleisin syy laitokseen joutumiselle. Hoitohenkilökunnalle käyttäytymisoireet ovat ongelmallisia ja ne sekoittavat osaston toimintaa. Nämä voivat johtaa lääkityksen liialliseen käyttöön, myös kustannukset lisääntyvät. Tausta-ajatuksena onnistuneelle hoidolle on käyttäytymisen ymmärtäminen viesteinä henkilön pahasta olost ja mielen maailmasta (Andersson ym. 2008, 129; Eloniemi-Sulkava 2008, 1; Saarenheimo 2003, 77-78.)

Kaikissa muistia heikentävissä sairauksissa voi esiintyä käyttäytymisoireita, jotka voivat olla ohimeneviä tai kestoitään pidempi aikaisia. Muistisairaista henkilöistä noin 90 %:a kärsii jossain sairautensa vaiheessa haittaavista käyttäytymisoireista, joita esiintyy lievästä vaikea-asteiseen muistisairauteen. Käyttäytymisoireiden esiintymisen, vaikeusasteen sekä kehittymisen seurantaan on kehitetty erilaisia arviointiasteikkoja, jotta niiden arviointi olisi mahdollisimman luotettavaa. Oireiden esiintyvyys voi

vaihdella hoitopaikan mukaan, laitoshoidossa olevilla on todettu olevan enemmän oireita kuin kotona asuvilla. (Vataja 2006, 98- 99; Koponen & Saarela 2006, 501.) Muistisairaahan henkilön joutuessa laitoshoitoon, vieras ja outo ympäristö sekä uudet ihmiset voivat laukaista käyttäytymisoireita. Käyttäytymisoireiden ehkäisyssä merkittävää on muistisairaahan henkilön riittävä huomioiminen, ettei ympäristö synnyttä hänelle käyttäytymisoireita. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 99.)

2.3.1 Muistisairaahan henkilön masennus

Masennus yhdessä jonkun somaattisen sairauden kanssa on ikääntyneiden henkilöiden yleisin mielenterveyden häiriö. Vakavaa masennusta eri lähteiden mukaan on 3-5 %:lla ikääntyneestä väestöstä (Heikkinen 2008, 221 ja 452.). Masennus on heikentävä tekijä muistisairaahan henkilön kognitiiviselle toimintakyvylle. Masennus heikentää elämänlaatua ja motivoitumista. Masennuksen hyvällä hoidolla muistisairaahan ihmisen elämänlaatua voidaan parantaa merkittävästi sekä muistioireita lieventää. Tämän vuoksi masennuksen erottaminen muistisairaudesta on tärkeää. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava ym. 2006, 36.) Muistisairaahan ihmisen masennusta tulee epäillä kun mieliala on laaja-alaisesti alentunut ja mielihyvän kokeminen ja sen osoittaminen on heikentynyt. Myös itsetuhoajatusten esiintyminen sekä kuoleman toivo muistisairaalla henkilöllä on osa masennuksen oirekuvaa. Usein muistisairaahan ihmisen masentuneisuuteen liittyy myös ahdistuneisuutta sekä toivottomuus ja avuttomuus ovat korostuneina. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006, 36.) Masennukseen liittyy muistisairaille henkilöillä erilaisia piirteitä. Tyypillisempiä näistä ovat surullisuus, ärtyneisyys, yleinen hidastuminen, mielenkiinnon katoaminen, epämääräiset somaattiset vaivat ja syömishäiriöt. Masennukseen liittyvät oireet ovat pahimmillaan aamuisin. (Vataja 2006, 100.)

Kivelä ja Räihä (2007, 65) suosittelevat muistisairaille henkilöille lääkehoitoa masennukseen vain, jos keskivaikea tai vaikea masennus on jatkuva tila. Korostamalla mielihyvää tuottavia kokemuksia, järjestämällä mielekästä toimintaa ja antamalla positivistista palautetta tuetaan itsetuntoa. Muistelu ja mielikuvaterapia sekä musiikkiterapia toimivat mielialaa nostavina tekijöinä. Muistisairaahan henkilön somaattinen terveyden-tila tulee tarkistaa muun muassa mittaamalla verenpaine ja kontrolloimalla kilpirau-

hasarvot. Lisäksi tulee tarkistaa, onko lääkkeissä joitain depressiota pahentavia lääkkeitä. (Eloniemi ym. 2006, 36-37; Kivelä ym. 2007, 62, 65.)

Apatialla tarkoitetaan mielenkiinnon katoamista, välinpitämättömyyttä, motivaation puutetta sekä tunne-elämän latistumista. Se on muistisairailta henkilöillä yleinen, mutta huonosti tunnistettu käyttäytymisoire. Tämä johtuu osaksi siitä että, apatia voi olla osa masennusta. Apatiaa esiintyy myös itsenäisenä oireistona, jolloin masennuslääkkeet eivät tehoa. Yhtenä syynä apatian taustalla on kolinergisen välittäjäainetoiminnan häiriö, joten koliniesteraasin estäjistä on hyötyä hoidossa. (Vataja 2006, 100.)

2.3.3 Levoton käyttäytyminen muistisairaalla henkilön ilmaisukeinona

Levottomuus on aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä. Taustalla on usein jokin syy esimerkiksi kipu, huono olo, suru tai masennus, jota muistisairas henkilö ei pysty sanoin ilmaisemaan ja joita hoitajan on vaikea tunnistaa. Levottomuusoireet ovat pitkäkestoisia ja voivat vaatia vuosien lääkehoitoa. Katastrofireaktio, eli äkillinen lyhytkestoinen itku-, huuto- tai aggressiivisuuspurkaus. Reaktio voi ilmetä muistisairaalla henkilöllä, jos hän kohtaa kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. Ympäristöstä tulevat ärsykkeet voivat tuntua vierailta, turhauttavilta ja pelottavilta. Tällaisia kohtauksia tulee tavallisesti erilaisissa arkisissa toiminnoissa, esimerkiksi pukemisessa ja peseytymisessä kun ollaan kosketuksessa toiseen ihmiseen. (Vataja 2006, 100–101; Salmenperä ym. 2002, 102.)

Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy kun muistisairaus etenee ja kotihoidosta siirrytään laitoshoidon. Riskitekijöitä aggressiiviseen käytökseen ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli sekä muistisairauden varhainen alkamisikä. Erilaisia levottomuusoireita ovat esimerkiksi lyöminen, raapiminen, potkiminen, tarttuminen, huutaminen, kiroilu, stereotyyppinen ääntely sekä karkailu. Harhaluuloinen ja aggressiivinen käyttäytyminen muistisairailta henkilöillä on useasti vakavaa, pahimmillaan hengenvaarallista potilaan puolustautuessa kuviteltua uhkaa vastaan. (Vataja 2006, 100–101.) Esimerkiksi levottomaan käytökseen voi johtaa jos muistisairaalla henkilöllä on

vaikeuksia tunnistaa tuttua ympäristöä, hänen etsiessään kotia ollessaan kotona. (Salmenperä ym. 2002, 102) Tai jos hän luulee puolisonsa olevan joku muu kun tämä tulee kotiin, voi johtaa aggressiiviseen käytökseen (Vataja 2006, 100–101).

2.3.4 Muistisairaus lisää ahdistuneisuuden riskiä

Muistisairaus voi itsessään aiheuttaa ahdistusoireita. Etenkin levottomuus, ärtyneisyys sekä erilaiset pelkotilat ovat yleistyneet. (Saarenheimo 2003, 68-69.) Ahdistuneisuus on muistisairailla henkilöillä neljä kertaa suurempi kuin ikääntyneillä joilla ei ole muistisairautta. Ahdistus on yleistynyt, eikä se liity erityisiin tilanteisiin. Siihen liittyy jatkuva levoton, jännittynyt, huolestunut tai kireä olo. Yleensä muistisairaajat henkilöt kokevat ahdistuneisuutta odotustilanteissa, esimerkiksi omaisen poistuessa kotoa ostoksille tai lääkärin vastaanottoa edeltävänä päivänä. Muistisairailla henkilöillä voi ilmetä myös paniikkihäiriön kaltaisia ahdistuneisuuspuuskia, jotka tulevat ilman mitään näkyvää syytä. (Vataja 2006, 101.)

Ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä psyykkisistä oireista. Ahdistus on epämääräinen pelonsekainen, painostava tunnetila. Tunnetilassa koetaan tuskaa, vaivaa, huolta ja murhetta, joka on yhteydessä aavistukseen tuntemattomasta vaarasta, joka on kohtalomme. (Alanen 2008.) Ahdistuneisuus liitetään päätöksentekoon ja erilaisiin valintatilanteisiin (Noppari ym. 2005, 66.) Se tulee esille usein jokapäiväisissä toiminnoissa, huolestutaan tavallisista askareista ja niiden keskeneräisyydestä. Tämä on yleistä muistisairauden jossakin vaiheessa. Ahdistuneisuus heikentää toimintakykyä ja lisää muita käyttäytymisoireita, huonontaa itsenäistä selviytymistä sekä lisää riskiä joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Alanen 2008.)

Muistisairas henkilö, jolla ilmenee ahdistusoireita, vaatii erityistä huomiota. Tämä johtuu siitä, että heillä on puutteellinen tai rajoittunut kyky käsitellä ahdistusta. Voimavarojen ja keinojen ollessa vähäisiä, ahdistus voi ilmetä esimerkiksi vihamielisyytenä toisia ihmisiä kohtaan. (Saarenheimo 2003, 69.) Ahdistuneisuus ilmenee muistisairaiden henkilöiden levottomuus-, masennus- ja psykoosioireissa mukana. Ahdistusta tulee hoitaa myös samalla kertaa, eikä sitä saa jättää huomioimatta. (Vataja

2006, 101.) Pelko liittyy kiinteästi ahdistukseen, koska pelko aiheuttaa ahdistusta ja ahdistus pelkoa. Pelko koetaan usein helpommaksi hoitaa kuin pelkkä ahdistus, sillä sen aiheuttajaa ei tunneta. (Salmenperä ym. 2002, 101.) Työskenneltäessä ahdistusoireista kärsivän henkilön kanssa, on hoitajan huolehdittava ja huomioitava oma jaksamisensa, sillä ahdistava tunne siirtyy herkästi (Noppiari ym. 2005, 74).

2.3.5 Psykoottiset oireet muistisairaudessa

Muistisairaille henkilöille tavallisia ovat näkö-kuuloharhat, varsinkin niille, joilla on huono näkö tai kuulo. Näitä oireita on keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairailla henkilöillä. Muistisairaiden henkilöiden harhaluulot liittyvät usein tavaroiden varastamiseen, (Vataja 2006, 102) tai puolison uskottomuuteen (Saarenheimo 2003, 78.) Harhaluulot harvoin muodostavat monimutkaisia, mielikuvituksellisia harhajärjestelmiä. Harhaluulot eivät johdu pelkästään kognitiivisista häiriöistä. Varastamisharhaluuloa edistää myös se että, potilaan muisti on huono ja tavarat menevät hukkaan. Mutta tähän vaaditaan kuitenkin harhaluuloinen ajatuksenmuodostus. Neurobiologiset ja yksilön alttiustekijät vaikuttavat myös harhaluulojen kehittymiseen. (Vataja 2006, 102.)

Psykoottiset oireet esiintyvät yleensä jaksoina ja mutta ovat esimerkiksi levottomuusjaksoja pidempiä. Psykoottisten oireiden ilmaantuminen on muistisairaalla henkilön kannalta huono ennuste, sillä se viittaa sairauden nopeaan etenemiseen. Psykoottiset oireet voi myös antaa viitteitä sairauden taustalla olevista syistä. Esimerkiksi Lewyn kappale dementian tärkein diagnostinen merkki on sairauden alkuvaiheessa esiintyvät käyttäytymisominaisuudet. (Vataja 2006, 102.)

2.3.7 Muistisairaalla henkilön uni-valverytminhäiriöt

Uni- valverytmin häiriöt voivat olla erillinen oire muistisairaalla henkilöllä, mutta taustalla voi olla ahdistuneisuutta, masennusta tai levottomuutta. Somaattiset sairaudet tai lääkehoito voivat myös olla uni-valverytmin taustalla. (Vataja 2006, 102.) Unihäiriön syytä pohdittaessa on hyvä huomioida hoitoympäristön valaistus ja äänekkyyden (Salmenperä ym. 2002, 101.)

Muistisairaalla henkilöllä uni-valverytmin häiriöt ovat levottomuuden ja psykoottisuuden ohella yleisempiä syitä laitoshoitoon siirtymiselle. Unen puute ei ole niinkään ongelma, vaan vuorokausirytmien muuttuminen. Yöllä muistisairas heräilee paljon ja kokee sekavuutta ja pelokkuutta. Tyypillisin muutos unikäyttäytymisessä on vuoteessa oloajan lisääntyminen, joten muistisairas henkilö nukkuu myös päivisin (Vataja 2006, 102), jolloin kannattaa miettiä, onko muistisairaalle henkilölle päivisin tarpeeksi virikkeellistä toimintaa (Salmenperä ym. 2002, 101). Unettomuuden hoidossa hoidetaan unettomuutta aiheuttavaa tekijää. (Kivelä 2009, 3).

2.3.7 Seksuaalisuuden ja persoonallisuuden muutokset

Seksuaaliset käyttäytymisoireet muistisairaalla henkilöllä ilmenevät yleensä lyhyinä jaksoina, eivätkä ne ole koko ajan esillä olevia, vallitsevia oireita. Muistisairaalla henkilön seksuaalinen mielenkiinto voi hävitä, minkä puoliso voi kokea käyttäytymisoireeksi. Seksuaalisuuden muutoksissa voi ilmetä myös hyperseksuaalisuutta, joka ilmenee julkisena masturbointina, häiritsevänä kosketteluna tai seksuaalisina ehdotuksina. Nämä oireet ovat kuitenkin vähäisiä. (Vataja 2006, 103.) Muistisairaalla henkilön estoton käyttäytyminen on harvoin vaaraksi hänelle itselleen tai muille. Estottomuus on enemmänkin kiusallista ja aiheuttaa ahdistusta ympäristölle. Hoitoympäristön asenteilla on suuri merkitys siinä, katsotaanko muistisairaalla henkilön seksuaalinen käyttäytyminen käyttäytymisoireeksi. (Salmenperä ym. 2002, 101.) Täytyy kuitenkin huomoida, että esimerkiksi kyvyttömyyttä pukeutua ei tulkita itsensä paljasteluksi. (Vataja 2006, 103.) Muistisairauden edetessä henkilön joissakin persoonallisuuden piirteissä saattaa esiintyä muutoksia, myös uusia persoonallisuuden piirteitä voi ilmaantua. Esimerkiksi mustasukkaisuus, nuukuus tai pelokkuus voi lisääntyä. (Vataja 2006, 102.)

3 MUISTISAIRAAN HENKILÖN ELÄMÄNLAATU JA SEN TUKEMINEN

3.1 Muistisairaan henkilön elämänlaatu

Yhä enemmän puhutaan ikääntyneiden elämänlaadusta toimintakyvyn, terveyden ja voimavarojen rinnalla. Yhtä yksittäistä määritelmää elämänlaadun käsitteelle ei ole, koska jokaiselle ihmiselle elämänlaatu merkitsee eri asioita. Useimmiten sillä tarkoitetaan hyvää elämää ja siihen tarvittavia edellytyksiä. Elämänlaatu on kokonaisuus, johon liittyy rajaton määrä osatekijöitä ja ulottuvuuksia. Erilaisia ulottuvuuksia ovat esimerkiksi terveys, aineellinen hyvinvointi, elämän mielekkyys, sosiaaliset suhteet, hengelliset kysymykset, viihtyisä elinympäristö ja tyytyväisyys omaan toimintakykyyn sekä hoitoon ja palveluun. Edellisistä ulottuvuuksista esille nousevat eri ulottuvuudet eri tilanteissa. (Luoma 2009, 74.)

Muistisairauden asteesta huolimatta, ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen asukkaille. Muistisairaan henkilön elämänlaatu on sidoksissa enenevästi annettuun hoitoon. Tätä voi tarkastella seuraavanlaisesti: mahdollistaako hoito itsenäisiä valintoja, onko hoito turvallista, pyritäänkö kärsimystä aiheuttavia oireita poistamaan tai mahdollistetaanko hyvä elämä. Muistisairautta sairastavaa henkilöä tulee kohdata aikuisena sairauden asteesta huolimatta. Yksilön toiminnan tulee tukea asukkaan omatoimisuutta. Asiakaslähtöistä tietoa hoidon laadusta kerätään ja siitä saatavia tuloksia käytetään hoidon laadun parantamiseen. (Andersson ym. 2008, 128.)

Luoma (2009, 74) siteeraa tekstissään Powel Lawtonia (1999), joka on vaikuttanut keskeisesti käsitykseen iäkkäiden elämänlaadusta. Elämänlaatu muotoutuu yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Ympäristön antamien edellytysten ja yksilön toiminnan ja valintojen välillä tulee vallita tasapaino. Luoma (2009, 83) on kirjoit-

tanut aiemmin muistisairaahan henkilön elämänlaadusta teoksessa Avaimia arviointiin (2006). Tässä kirjoituksessa hän referoi kyseiseen teokseen luomaansa kirjoitusta elämänlaadusta. Muistisairaiden henkilöiden kohdalla elämänlaadun arviointi on hankalaa. Kun elämänlaatua arvioidaan erilaisten kyselyjen avulla, tarvitaan kykyä muistaa, lukea, käsitteellistää asioita, hahmottaa ympäristöä sekä ilmaista tunteita sanoin. Havainnointia ja haastatteluja henkilön omaisilta ja läheisiltä käytetään tiedon keruun menetelmänä.

Ikääntyneet ovat kuvanneet elämänlaadun keskeisimmäksi alueeksi harrastukset ja ajanviettomahdollisuudet. Tarkennettuna niihin sisältyy käsityöt, television katselu, ristinanatehtävät, lukeminen, liikunta, askartelu, voimistelu, ryhmäjumppa, ulkoilu ja pienet kotityöt. Tärkeäksi elämänlaadun alueeksi kuvattiin erilaisia liikuntaharrastuksia. Yhteiset jumppatuokiot muiden asukkaiden kanssa oli mukavaa yhdessäoloa. Tärkeänä osana muistisairaahan henkilön hoitoa on virikkeiden tarjoaminen. Hoitoympäristössä tulee huomioida turvallisuus, selkeys ja hyväksyvä ilmapiiri. Erilaiset virikkeelliset hetket ovat osa muistisairaahan hoitoa. Jollaisia ovat esimerkiksi muistelu ja taide-ryhmät. (Eloniemi-Sulkava ym. 2002, 167.)

Hoitohenkilökunta kuvaa terveyden edistämisen muistisairaiden ihmisten pitkäaikais-hoidossa olevan laaja ja abstrakti käsite, joka on jokapäiväistä toimintaa josta ei kuitenkaan keskustella yhdessä. Terveyden edistäminen vastaa kokonaisvaltaisesti muistisairaahan ihmisen henkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Nämä tarpeet hoitajat näkivät yhtä tärkeinä, ihmisen terveyteen vaikuttavina tekijänä. Lähtökohdaksi terveyden edistämiseksi hoitajat näkivät muistisairaahan ihmisen oman kokemuksen terveydestään ja muistisairautensa hyväksymisen. Lähtökohtana terveyttä edistävälle toiminnalle hoitajat kuvasivat hoitohenkilökunnan, muistisairaahan ja heidän omaisten sitoutumisen yhteisiin tavoitteisiin ja sopimuksiin. Yhteenvetona muistisairaahan henkilön mielekäs arki ja hyvä olo koostuvat: virikkeistä, ympäristön ja luonnon hyödyntämisestä, lääkehoidosta sekä onnistuneesta vuorovaikutuksesta ja eettisyydestä. Viriketoiminnan mahdollistaminen katsottiin olevan tärkeä osa muistisairaahan henkiselle hyvinvoinnille. Viriketoiminnan katsottiin katkaisevan pitkäaikaishoidossa olevan yksitoikkoista arkea. Laulaminen yhdessä koettiin olevan kaikille mieluista, ja sitä toteutetaan paljon. (Laari 2007, 34, 37-38, 40-41.)

3.2 Muistisairaahan henkilön lääkkeettömät hoitomuodot

Lääkkeetön hoito on aina ensisijainen käyttäytymisoireiden hoitomuoto (Alanen 2008). Muistisairaahan henkilön haasteellisen käyttäytymisen lääkkeetön hoito lähtee liikkeelle ajatuksesta, jossa oiretta pyritään ymmärtämään. Lääkkeettömässä hoidossa korostuu se, miten muistisairaahan henkilön haasteelliseen käytökseen suhtaudutaan ja miten siitä johtuvia seurauksia käsitellään. (Saarenheimo 2003, 78, 81.)

Lähtökohtana lääkkeettömässä hoidossa on selvittää oireiden syyt ja sen mukaan räätälöidään hoito- ja tukimuodot. Hoito- ja tukimuotoja ovat esimerkiksi muistisairaahan henkilön tarpeiden ja toiveiden huomiointi, vuorovaikutuksen parantaminen, aktiivinen liikkuminen, musiikin ja muistelun käyttö hoitotilanteissa sekä omaisten ohjaus ja tukeminen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 12.) Hoidossa pyritään muokkaamaan käyttäytymistä ja vuorovaikutustapoja sekä etsitään käyttäytymisoireita laukaisevia tekijöitä. Erilainen virkistystoiminta ja validaatioterapia toimii myös lääkkeettömänä hoitona. Lieviä oireita seurataan noin kuukausi, osa oireista katoaa ilman lääkehoitoa. Myös jo aloitettua lääkehoitoa tulee arvioida säännöllisin väliajoin sekä lääkkeiden lopetuksessa tarvitaan enemmän aktiivisuutta. Psykoosilääkkeiden aloituksessa täytyy olla kriittinen, mietittävä hyöty- ja haittasuhteita. Hoitajan elämänotteen ollessa suurpiirteinen ja suhteellisuudentajuinen, käyttäytymisoireiden hyväksyminen on helpompaa. (Alanen 2008.)

Toiminnan rajoittaminen ei nykyisin ole enää yhtä hyväksyttyä ja sallittua kuin ennen. Tarkastelun alle on entistä enemmän tullut se, mitä muita keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaahan henkilön kohtaamiseen ja rauhoittamiseen. Hoitajan rauhallisuus on avainasia muistisairaahan henkilön kohtaamisessa. Liikkumisen rajoittamista käytetään hoitolaitoksissa silloin, kun sen arvioidaan olevan tarpeellista, esimerkiksi jos henkilö vaatii tarkkailua tai hänen pelätään loukkaavan itseään. Muistisairaahan henkilön on vieläkin vaikeampaa ymmärtää pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä, koska hänen kognitiiviset taitonsa ovat heikentyneet. (Salmenperä ym. 2002, 92-93.) Pakotteiden käyttö rajoittaa henkilön toiminnallisia vapauksia, jotta voitaisiin taata hänen fyysinen turvallisuutensa. Rajoittaminen voi olla kemiallista tai fyysistä. Kemiallinen rajoittaminen tapahtuu lääkkeiden avulla, kuten neuroleptien. Fyysisellä rajoittamisella tar-

koitetaan vapaan liikkumisen estämistä osittain. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi sitominen, ovien lukitseminen ja sängynlaitojen ylös nostaminen. (Salmenperä ym. 2002, 92-93.) Liikkumista estäviä pakkokeinoja on harkittava tarkkaan. Toteutusta voi miettiä myös esteettiseltä kannalta muita hoidossa olevia ajatellen. (Noppi ym. 2005, 77.)

3.3 Lääkehoito osana muistisairauden hoitoa

Muistisairaahan henkilön haasteellista käyttäytymistä hoidettaessa tulee selvittää, olisiko taustalla mahdollisesti somaattinen vaiva tai käytössä olevien lääkkeiden haittavaikutus. Iäkkäillä henkilöillä on heikentynyt kyky kompensoida lääkkeistä johtuvia haittavaikutuksia, eli näiden reaktioiden mahdollisuus lisääntyy elimistön vanhetessa.

Ikääntyvillä haittavaikutukset voivat esiintyä erityyppisinä kuin nuoremmilla henkilöillä, esimerkiksi muistin heikkenemisenä, sekavuutena ja käyttäytymishäiriöinä. (Kivelä ym. 2007.) Käyttäytymisoireita tulee hoitaa lääkkeillä vain silloin, kun se vaikuttaa hänen selviytymiseensä tai rasittaa asianomaista tai omaista (Leinonen & Santala 2002, 3363). Muistisairauden hoito psyykelääkkeillä on varsin tavallista (Saarenheimo 2003, 84). Vaikeampien käyttäytymisoireiden hoidossa psykoosilääkkeistä hyötyy noin puolet tai kaksi kolmasosaa. Lääkkeen vaste tulee esille 2-4 viikossa (Koponen & Saarela 2006, 501.) Lääkehoidolla on todettu olevan vastetta muun muassa unettomuuden, harhojen ja apaattisuuden hoidossa. (Saarenheimo 2003, 84.) Apatiaan lääkehoidolla on vastetta varsinkin silloin, kun se esiintyy osana masennusta (Vataja 2006, 100). Lääkehoitoa käytetään toisinaan myös aggression hoidossa. (Saarenheimo 2003, 84.)

Käytännön työssä sovelletaan psykososiaalisia hoitomuotoja sekä lääkehoitoa (Koponen ym. 2006, 501). Lääkehoito ei pelkästään riitä hoidoksi muistisairaalle henkilölle. Tilanteen ymmärtäminen ja muistisairaahan henkilön omaisten tukeminen on merkittävä osa laadukasta hoitoa. (Kivelä ym. 2007, 55.) Lääkehoidolla ei ole osoitettu olevan riittävää apua esimerkiksi muistisairaahan henkilön päämäärättömälle vaeltelulle, tavaroitten kuljettamiselle tai kätkemiselle tai tarkoituksettomalle riisumiselle. Huutelun,

kiroilun tai itsepäisyyden hoitaminen vaatii myös muuta kuin lääkehoitoa. (Saarenheimo 2003, 84.)

4 VIRIKETOIMINTA MUISTISAIRAAN HENKILÖN TERVEYDEN EDISTÄMISEN SEKÄ ELÄMÄNLAADUN TUKE- NA

4.1 Luovatoiminta osana muistisairaana henkilön elämää

Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus (2004), Heather Hill on sitä mieltä, että tanssi kokoaa ihmisen mielen, ruumiin ja tunteet. Musiikin tahdissa liikkumiseen tarvitaan kaikkia niitä. Samassa teoksessa on viitattu ruotsalaiseen tutkimukseen, joka tuottikin useita osatutkimuksia muistipotilaiden kuntoutuksesta taiteen eri keinoin. Säännölliset musiikkituokiot, soittamiset ja laulamiset virkistivät muistipotilaiden muistia. Kommunikaatio ongelmista huolimatta heillä oli kyky laulaa, vitsailla ja tanssia. Muistipotilaiden kyky ottaa vastaan taidetta näyttää säilyvän pitkään. Taide aktivoi kommunikaatiokyvyn heikkouden kätkemiä voimavaroja sekä muistia. (Liikainen 2004, 68-69.)

Ravelin (2008) on tehnyt väitöskirjan ”Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä”. Muistisairaiden henkilöiden hoitokodissa toteutettiin neljä ikääntyneiden ihmisten vuodenaikamuistoihin liittyvää tanssiesitystä. Muistisairaatt henkilöt kuvasivat esitykset harvinaisiksi ja arvokkaiksi tapahtumiksi. He kertoivat, ettei tällaista toimintaa ole, jos ulkopuoliset eivät heille sitä järjestä. Ennen esityksen alkua istuttiin rauhassa omilla paikoilla ja oikeissa kohdissa taputettiin. Esitysten käsi-ohjelmat olivat ikääntyneille tärkeitä ja suhteutuminen niihin oli virallista. Tilaisuuteen oli pukeuduttu hienosti, mikä taas tutkijalle kertoi asian arvokkuudesta. Hoitajat arvioivat vaikeasti muistisairaiden muistavan itselle tärkeät kohdat esityksistä. (Ravelin 2008, 84.)

Ikääntyneet kokivat erityisesti pienet yksityiskohdat mielekkäiksi. Roolihahmojen tullessa esiin, vanhukset virkistyivät. Myönteisenä kokemuksena oli mukaan ottaminen, huomioiminen ja kosketus. Käsistä kiinni ottaminen oli ikääntyneille henkilöille osallistumista. Tanssiesitysten järjestäminen sai ikääntyneet kokemaan itsensä arvokkaiksi, juuri heitä varten on järjestetty toimintaa. Myös erilaiset vaivat kuten kipu, särky, huimaaminen ja levottomuus unohtuivat esitysten ajaksi. Esitykset herättivät myös erilaisia tunteita kuten iloa, liikuttumista, tyytyväisyyttä, huvittuneisuutta. (Ravelin 2008, 84-90.) Esitykset herättivät muistoja omasta itsestä ja elämästä, tanssimisesta ja esiintymisestä. Esiin tuli myös muistoja eri ikäkausilta, erityisesti nuoruudesta. Omista tunteista ja omasta iloisuudesta muistoja nousi myös. Mieleen nousi myös osallistumiset erilaisiin tilaisuuksiin sekä elämän muutokset ja tehdyt valinnat. Jotkut eivät ulkoisesti havainnoimalla reagoineet esityksiin mitenkään. Jotkut vanhukset kokivat tanssiesityksen kielteisinä, he olivat uskonnollisia. (Ravelin 2008, 92-93.)

Tanssiesitys koettiin virkistävänä ja iloa tuottavana asiana. Tanssiesitys tuottaa aivoärsykykeitä, joten se virkistää aivotoimintaa. Muistisairaalla henkilöllä tunnemuisti on yleensä säilynyt, joten tanssiesityksessä oleva musiikki voi nostaa erinäisiä tunteita esiin. Tanssiesitys vie ajatukset pois synkistä asioista ja muistisairas voi hetkeksi unohtaa itsensä ja sairauten kuuluvat pelot ja vaivat. Tanssiesitys toimii vahvistavana tekijänä voimavaroille. Keskeisimmäksi asiaksi nousivat ikääntyneiden henkilöiden muistot. Myös merkityksellinen yhdessäolo mahdollistuu. (Ravelin 2008, 104–110.) Tutkija on sitä mieltä että tanssiesitystä voi käyttää muistisairaiden identiteettiä tukeva auttamismenetelmä. Kun vahvistetaan identiteettiä sekä tarjotaan mahdollisuus muisteluun, voidaan tukea vanhuksen minän eheyttä. Tutkija suosittelee tanssiesitystä yhdeksi auttamismenetelmäksi muistisairaiden hoitotyössä. (Ravelin 2008, 129, 136)

4.2 Musiikki muistisairaana henkilön elämänlaatua parantavana tekijänä

Musiikin kuuntelulla on todettu olevan vaikutuksia mielialaan ja kognitiivisiin toimintoihin. Musiikkia kuuntelemalla aivoissa molemmille puolille laajasti levittäytyvää

hermoverkkoa on mahdollista aktivoida, jolla on merkitystä muun muassa huomiointi-
kykyyn, muistiin, motorisiin toimintoihin sekä tunteiden käsittelyyn ja semanttiseen
prosesointiin. (Särkämö, Tervaniemi, Laitinen, Forsblom, Soinila, Mikkonen, Autti,
Silvennoinen, Erkkilä, Laine, Peretz & Hietanen 2008, 866.) Semanttinen- eli asia-
muisti sisältää elämän varrella kerättyä yleistä tietoa ympäristöstä, esimerkiksi miten
kahvin keitin toimii ja miltä sitruuna maistuu (Laatunen & Ruutiainen 2006, 47).

Muistisairaahan henkilön impulsiivisen- eli taitomuistinalue sekä motorisen- eli liike-
muistinalueet ovat yleensä säilyneet suhteellisen hyvinä. Ennen muistisairautta opitut
taidot ovat tallella, vaikkei niitä käytäisikään. Ne aktivoituvat vasta toiminnassa, esi-
merkiksi laulaessa muistuvat sanat ja liikkeet mieleen. Tärkeää on miettiä mitä mah-
dollisuuksia musiikki tarjoaa muistamisen ja kokemisen näkökulmasta, ei niinkään
sitä, miksi ihminen muistaa musiikin avulla. Musiikki antaa näin toimivan mahdolli-
suuden kommunikointiin muistisairaiden kanssa. (Taipale 1999, 338–339.)

Muistisairautta sairastavan henkilön vaikeimmin tavoitettavissa olevat muistinalueet
ovat yleensä niitä, joissa tietoa aktiivisesti ja tietoisesti käsitellään. Tällainen muisti-
alue on esimerkiksi ilmaisumuisti, joka pitää sisällään muistoja muun muassa elämän
tapahtumista, sanoista ja niiden merkityksistä. Muistisairaahan on vaikea nostaa esiin il-
maisumuistin alueelle talletettuja muistoja, eikä siihen ole löydetty sopivaa kuntoutus-
menetelmää, sillä muistisairaahan oma-aloitteiseen toimintaan, joka aktivoisi ilmaisu-
muistinaluetta, ei tunneta. Musiikin on kuitenkin todettu aktivoivan vaurioitunutta il-
maisumuistin aluetta. Muistisairaalle ennestään tuttu musiikki nostaa mieleen muisti-
kuvia ja tuntemuksia menneestä ajasta. Tällaisen kokemuksellisuuden kautta voidaan
tukea ja auttaa muistisairasta ylläpitämään omaa minäkuva. (Taipale 1999, 338.)

Taustamusiikin on todettu vähentävän käyttäytymisoireita ja aggressiivisuutta hoitoti-
lanteissa. Sen on katsottu muun muassa lisäävän ruokahalua ateriahetken aikana, pa-
rantavan yhteistyökykyä kylvetystilanteissa, kohottavan mielialaa ja tukevan sosiaalis-
ta kanssakäymistä. (Brown, Götell & Ekman 2001, 126.) Götellin, Brownin ja Ekma-
nin (2009, 422) mukaan taustamusiikki ja hoitajan laulu parantavat kommunikoinnin
vastavuoroisuutta vaikeasti muistisairaahan henkilön kanssa hoitotilanteissa, verrattuna
musiikin puuttumiseen. Musiikin mukaan ottaminen luo eloisuuden tunnetta kaikille

osapuolille. Positiiviset tunteet lisääntyvät aggressiivisuuden vähetessä. Taustamusiikki lisää leikkimielisyyttä ja hoitajan laulu kanssakäymisen läheisyyttä ja vilpittömyyttä. Hoitajan laulun katsotaan parantavan suullista ilmaisua ja ilmeiden selkeytymistä. Lisäksi laulun katsotaan johtavan parempaan oman kehon tiedostamiseen ja asentoon. Loppupäätelmänä Götell, Brown ja Ekman totevat, että hoitajan laulu ja taustamusiikki voivat auttaa parantamaan muistihäiriöisen henkilön kykyä ilmaista positiivisia tunteita ja mielialoja, sekä sitä voidaan käyttää herättelemään eloisuuden tunnetta. Tulokset edelleen tukevat hoitajan laulamisen tärkeyttä metodina parantaa muistisairaiden henkilöiden hoidon tasoa. (Götell ym. 2009, 422, 429.)

Intiön vanhainkodissa Oulussa, Venla osastolla käytetään rauhoittavien lääkkeiden sijasta muun muassa musiikkia yhtenä hoitotyön auttamismenetelmänä (Ervasti, Hanhela, Kauppi, Perttula, Rontti, Tolonen, Vuokkila-Oikkonen & Äijälä 2008, 16-18). Koposen ja Saarelan (2006, 505) mukaan vaikeastikin muistisairaavat voivat reagoida musiikkiin, erityisesti rytmiin sekä jatkuvaan ärsykevirtaan musiikkiterapiassa. Kognitiivisten kykyjen heiketessä kyky kokea musiikin avulla tunne-elämyksiä, ei silti heikenne. Musiikkiterapia edistää mielihyvän kokemista, vuorovaikutusta sekä sen avulla voidaan kehittää reagointia ja käyttäytymistä. Myös oman kehon hallintaa voidaan auttaa (Götell ym. 2009, 429), aktiivisen osallistumisen on havaittu lisääntyvän, sekä levottoman käyttäytymisen vähentyvän (Koponen ym. 2006, 505).

Pihlainen (2001, 20, 25.) on tarkastellut Pro- gradu tutkielmassaan musiikin- ja musiikkiterapian mahdollisuutta ylläpitää ja aktivoida jäljellä olevaa puheentuottamista ja nonverbaalista eli sanatonta viestintää ja puheen musiikillisen rytmin merkitystä verbaalisessa eli sanallisessa vuorovaikutustilanteessa. Tutkittavilla henkilöillä oli vaikea-asteinen muistisairaus ja puheentuottamisen häiriö. Tutkimustuloksina saatiin että pitkäaikaissairaiden vuodepotilaiden puheentuottamista voitiin aktivoida musiikkiterapeutista menetelmää käyttäen. Uusien sanojen tuottamista ei tällaisella menetelmällä ilmennyt. Potilaat reagoivat kuultuun ja laulettuun musiikkiin, avaamalla silmiä, tunnistamalla musiikin. Itku, suun mutristaminen, kulmien kurtistaminen, sormien imeminen ilmenivät musiikin aikana. Laulun aikana ilmeni myös ymmärrettäviä pidempiä lauseita. Useimmiten puheen tuottaminen jäi muutamiin ymmärrettäviin sanoihin. (Pihlainen 2001, 20, 25.)

Laulujen sanoja voi ajatella muistisairaalle henkilölle sillaksi lapsuuteen ja nuoruuden aikaan. Musiikki tuo mieleen muistikuvia ja herättää pintaan menneisydessä koettuja asioita. Menneen ajan tapahtumien ja ihmisten palautuminen mieleen antaa mahdollisuuden muistaa omaa taustaansa ja tukea omaa identiteettiä. (Lehtonen & Niemelä 2007, 88-89.) Neljän sairaanhoitajan mukaan kunnallisen vanhainkodin asukkaat pitivät osastolla järjestettävistä laulutuokiosta. Laulutuokioissa voi olla mukana pelkätään kuuntelemassa, jokainen oman vointinsa mukaan. (Nordström 2002, 31.)

Osa hoitajista toi esille Pro gradu- tutkielmassa musiikin ja laulun tärkeänä osana muistisairaahan ihmisen viriketoimintaa ja jäljellä olevien voimavarojen ylläpitäjänä. Hoitajien kirjoitusten mukaan ikääntyneet osallistuivat hartaustilaisuuksiin, lauluun sekä tanssiin yksilöllisten voimavarojen ja toiveiden mukaan. Yhden hoitajan mukaan muistisairas nauttii musiikin kuuntelemisesta, vaikka itse ei enää osaa laulaa. Hoitajien kuvauksista tuli esille että he kuuntelevat musiikkia ja laulavat ikääntyneiden kanssa yhdessä tuokioina, jumpassa tai muina aikoina. (Raita 2002, 67.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoite on selvittää, millainen vaikutus musiikilla on muistisairaahan henkilön elämänlaatuun. Elämänlaatua arvioimme mielialan ja käyttäytymisoireiden kautta. Opinnäytetyön tarkoitus on edistää musiikin hyödyntämistä muistisairaahan henkilön hoidossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on musiikki-intervention vaikutus muistisairaana henkilön mielialaan omahoitajien kuvaamana?
2. Mikä on musiikki-intervention vaikutus muistisairaana henkilön käytökseen omahoitajien kuvaamana?
3. Mitkä ovat muistisairaana henkilön omahoitajan kokemus musiikki-intervention vaikuttavuudesta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön eteneminen

Teimme opinnäytetyön musiikin vaikutuksesta keskivaikeasti ja vaikeasti muistisaraan vanhainkodissa asuvan henkilön mielialaan ja käytökseen omahoitajien kuvaamana. Työ tehdään osana Laulaen kaikki kauniit laulut - hanketta, joka järjestää viisi musiikki-interventiota vanhainkotiin. He haluavat saada tietoa musiikin hyödynnettävyydestä ikäihmisten keskuudessa. Opinnäytetyön aiheen saimme koulun kautta, mistä saimme hankkeen järjestäjän yhteystiedot. Ennen interventioiden alkua pidimme palaverin henkilöiden kanssa, jotka vastasivat hankkeen musiikillisesta toteutuksesta. Aiheseminaarissa opinnäytetyön aihe esitettiin 30.1.2009, jonka jälkeen saimme nimetyn ohjaajan ja luvan aloittaa opinnäytetyö.

Ennen aineiston keruun aloittamista haimme tutkimusluvan Jyväskylän Sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta. Anomimme luvan ”Anomus sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta saatavien tietojen hankintaan ja käyttöön tutkimuksessa tai selvityksessä” – kaavakkeella. Tutkimusluvassa sitouduttiin siihen, että tutkimusaineiston tietoja ei käytetä muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Luvassa sitouduttiin siihen, ettei saatuja tietoja käytetä potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi,

eikä etujen loukkaamiseksi, joita koskee salassapito velvollisuus. Opinnäytetyöhön osallistuneiden muistisairaiden henkilöiden henkilötiedot eivät tule ilmi aineistonkeruulomakkeesta, tutkimusmateriaalista tai opinnäytetyössä. Kun opinnäytetyö on arvioitu, hävitämme aineiston asian mukaisesti tietosuojaraskakoriin. Tutkimuslupa opinnäytetyöhön myönnettiin 4.2.2009 ja samana päivänä veimme ensimmäiset aineistonkeruulomakkeet omahoitajille.

Tutkimuksen osallistui 15 keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairasta henkilöä, jotka asuvat vanhainkodissa. Konsertit järjestettiin kahden viikon välein, joten aineisto kerättiin kevään 2009 aikana. Viidestä konsertista yksi oli testauskerta, jolloin näimme miten käytännön asiat vanhainkodissa toteutuvat. Tutkimusta ei toteutettu testauskeran aikana. Ensimmäinen musiikki-interventio oli 18.2., toinen 4.3. ja kolmas 18.3. Neljäs interventio järjestettiin 1.4 ja silloin omahoitajat saivat toisen aineistonkeruulomakkeen täytettäväksi. 15.4. omahoitajat saivat kolmannen aineistonkeruulomakkeen. 28.4 järjestettiin palaveri yhteistyötahojen kanssa, jossa saimme palautetta liian suppeasta aineistosta. Opinnäytetyöhön päätettiin kerätä lisäaineisto. 4.5. Omahoitajat saivat vastattavaksi lisäkysymykset (liite 3). Aineiston analysointi, sekä raportin kirjoitus tapahtui kesän ja syksyn 2009 kuluessa. Opinnäytetyö esitettiin 9.11., jonka jälkeen sen kielellistä asua hiottiin opponoijilta ja opettajalta saadun palautteen perusteella.

6.2 Tutkimusmenetelmät, aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyössämme on kvantitatiivinen eli määrällinen osa ja kvalitatiivinen eli laadullinen osa. Määrälliselle tutkimukselle tyypillistä on mittaaminen, tiedon käsittely ja esittäminen numeraalisesti sekä tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus (Vilka, 2007, 17). Opinnäytetyömme otos oli kvantitatiiviseen tutkimustyyliin pieni. Opinnäytetyöhön kerättiin siksi myös kvalitatiivinen eli laadullisen aineisto. Kvantitatiivinen tutkimusaineiston keruu suoritettiin tutkittavien henkilöiden omahoitajilta ennen neljää musiikki-interventiota, heti niiden jälkeen ja kuukauden päästä viimeisestä interventtiosta. Opinnäytetyöhön osallistuneiden keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden omahoitajille suunnatut aineistonkeruulomakkeet lähetettiin osaston-

hoitajille, jotka antoivat lomakkeet omahoitajille. Vastausaikaa heillä oli kaksi viikkoa, mikä mahdollisti lomakkeiden joustavan täyttämisen kolmivuorotyön ohessa. Omahoitajille lähetettiin ensimmäisten aineistonkeruulomakkeiden mukana saatekirje, jossa kerroimme opinnäytetyöstämme, interventioiden ajankohdista ja aineistonkeruulomakkeen täyttöohjeista (liite 1). Kvalitatiivisen aineiston opinnäytetyöhömme keräsimme viemällä aineistonkeruulomakkeet osastoille musiikki-interventioiden jälkeen. Aineistonkeruulomakkeiden täyttö osoittautui ainoaksi vaihtoehdoksi, jolla saatiin opinnäytetyöhön osallistuneiden muistisairaana henkilön käytöksestä palautetta heidän omahoitajiltaan.

Aineistonkeruulomake oli strukturoitu eli sisälsi monivalintakysymyksiä, jotka tuottavat enemmän yhdenmukaisia vastauksia. Tällöin vastauksien vertailu on mielekkäämpää ja niitä on mielekkäämpi käsitellä tietokoneella. Vastausten vertailu ja analysointi on helpompaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201.) Kokosimme lomakkeen olemassa olevista mieliala- ja käyttäytymismittareista. Otimme niistä tutkimukseemme sopivimpia osioita ja muodostimme omahoitajille aineistonkeruulomakkeen. Olimme koonneet aineistonkeruulomakkeen Cohen- Mansfieldin agitaatiotestistä (liite 2), joka kuvasi muistisairaana levottomuusoireita, sekä Cornellin depressioasteikosta (liite 2), joka kuvasi mielialaa. Lisäksi lähetimme omahoitajille vielä erilliset lomakkeet, joissa oli avoimia kysymyksiä. Aineistonkeruulomakkeeseen ei tullut henkilökohtaisia tunnistetietoja kyselyyn vastanneelta omahoitajalta tai tutkimukseen osallistuvilta muistisairailta henkilöiltä.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvilta keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairailta henkilöiltä, sekä heidän omaisiltaan oli kysytty lupa. Luvan heiltä oli kysynyt pitkäaikaishoidon virikeohjaaja, joka toimi yhteyshenkilönämme pitkäaikaishoidon yksikössä. Tutkimukseen osallistuvilla oli järjestetty konserteissa paikat eturiviin, jonne musiikki-interventioihin osallistuvat opiskelijat heidät hakivat. Musiikki-interventioiden jälkeen opiskelijat veivät heidät takaisin osastolle. Myös toimintaterapiaopiskelijat tekivät opinnäytetyön liittyen järjestettyihin musiikki-interventioihin.

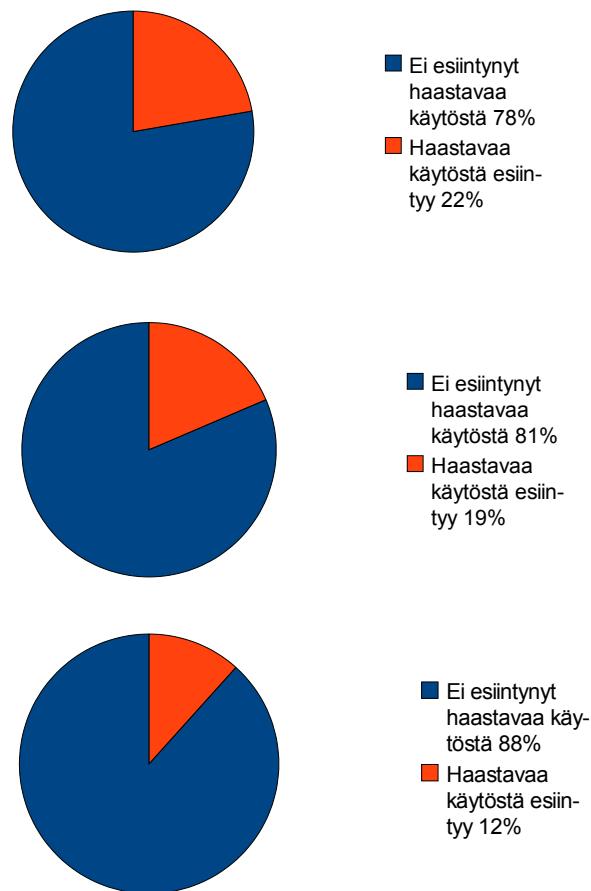
Aineiston analyysin alkaessa huomasimme että kaksi aineistonkeruulomaketta oli täy-

tetty virheellisesti, joten aineistomme pieneni 13. Lähdimme analysoimaan tuloksia muuttamalla vastaukset prosenttiluvuiksi. Tähän käytimme Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Sen jälkeen pohdimme miten kyseiset prosenttiluvut olisi helppoin esittää, ja päädyimme esittämään ne kuvioiden ja kaavioiden avulla. Kuviot teimme Excel-taulukkolaskenta ohjelmalla. Esitämme osan tuloksista pylväsdiagrammina joka on tutkimuskirjoituksissa yleisesti käytetty kuvio (Hirsjärvi ym. 2009, 329.) Julkaisemme opinnäytetyön sähköisenä versiona. Jyväskylän ammattikorkeakoulun Internet -sivustolta (www.jamk.fi), löytyy opinnäytetyön valmistuttua linkki, josta pääsee tarkastelemaan opinnäytetyötä sähköisessä muodossa. Tutkimuksen julkaisemisen jälkeen tutkimustuloksemme ovat julkista tietoa ja niitä pääsee vapaasti lukemaan.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Muutokset käytöksessä ennen musiikki-interventioita ja niiden jälkeen

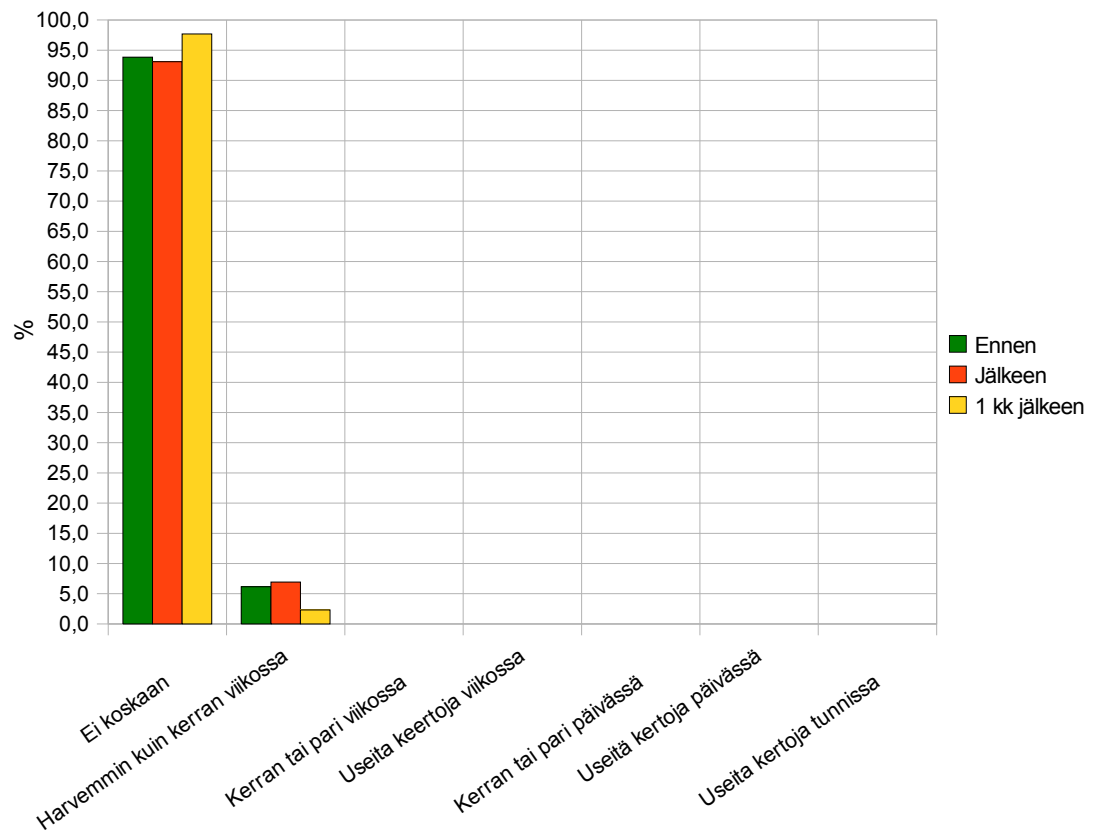
Cohen-Mansfieldin agitaatiotestillä mitattiin epätarkoituksenmukaista aggressiivisuutta, motorista aktiivisuutta ja äänekkyyttä. Aineistosta saadut tulokset ovat jaettu tämän mukaan kolmeen pääryhmään, jotka ovat aggressiivinen käyttäytyminen, levoton käyttäytyminen ja verbaalinen levottomuus. Kuvioissa 3, 5 ja 7 on havainnollistettu saadut tulokset.



KUVIO 1. Haastavan käytöksen esiintyminen ennen ja jälkeen musiikki-interventioiden

7.1.1 Aggressiivinen käyttäytyminen ja sen esiintyminen

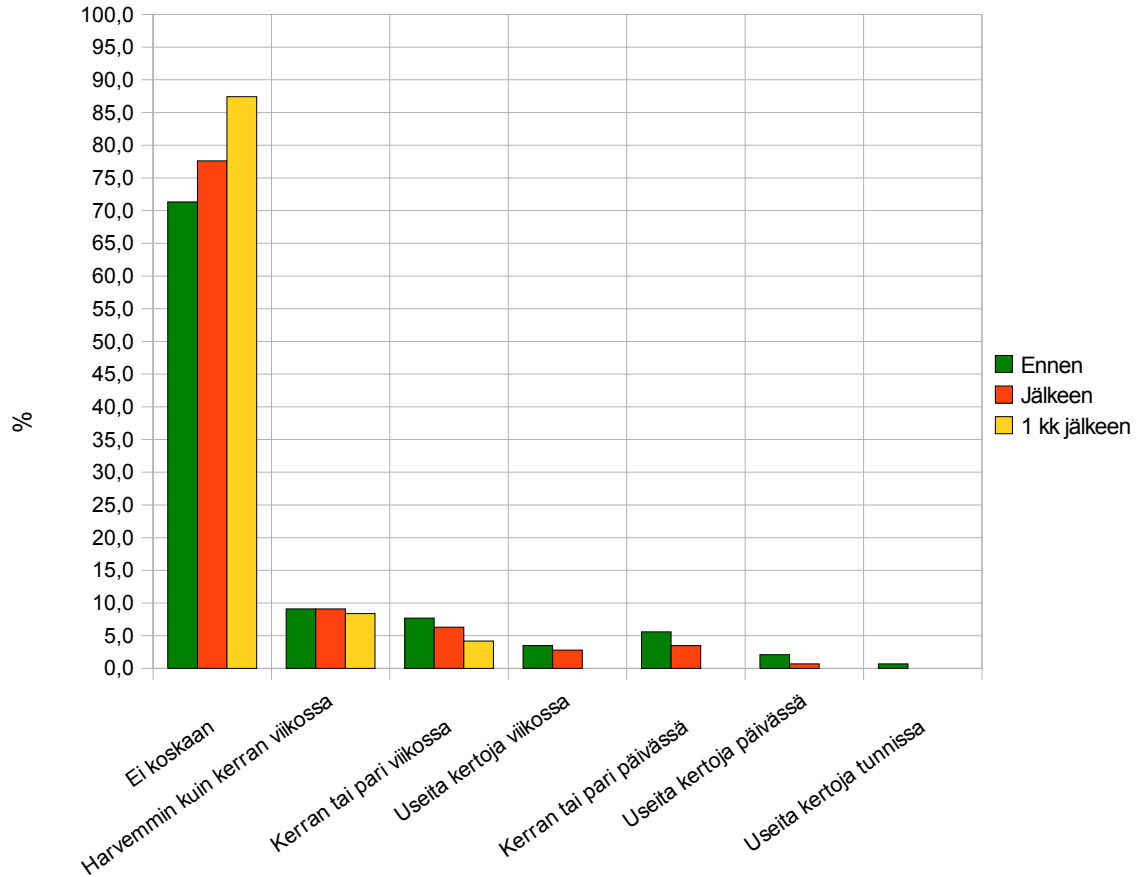
Kuviossa 2 näkyy aggressiivisen käytöksen esiintyminen tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä ennen musiikki-interventioita, niiden jälkeen ja pidempiaikaisessa seurannassa. Omahoitajien täyttämien aineistonkeruulomakkeiden perusteella tutkimukseen osallistuneilla keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaista henkilöistä 93,8%:lla ei esiintynyt aggressiivista käyttäytymistä ennen konsertteja. Interventioiden jälkeen 93,1%:lla tutkittavista henkilöistä ei esiintynyt aggressiivista käyttäytymistä. Kuukauden päästä viimeisen konsertin loppumisesta aggressiivinen käyttäytyminen oli vähentynyt 97,7 %:iin. Liitteessä 4 on aggressiiviseen käytökseen sisältyvät osa-alueet (ks. liite 4).



KUVIO 2. Aggressiivisen käytöksen esiintyminen

7.1.2 Levottoman käytöksen esiintyvyys

Ennen konsertteja levotonta käyttäytymistä tutkimukseen osallistuneilla keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairailta henkilöillä ilmeni omahoitajien vastausten perusteella 28,7%:lla. Kuvio 2 osoittaa, että esiintymisen frekvenssi kuitenkin vaihteli harvemmin kuin kerran viikossa aina useita kertoja tunnissa ilmeneviin tapauksiin. Opinnäytetyön mukaan levoton käyttäytyminen väheni opinnäytetyöhön osallistuneilla henkilöillä, kun verrataan ennen konsertteja otettua otantaa ja neljän konsertin jälkeen, sekä vielä kuukauden päästä viimeisen loppumisesta. Neljän konsertin jälkeen levotonta käyttäytymistä esiintyi 22,4%:lla ja kuukauden päästä viimeisestä konsertista sitä ilmeni enää 12,6%:lla. Liitteenä levottomaan käytökseen sisältyvät osa-alueet. (Ks. liite 4.)

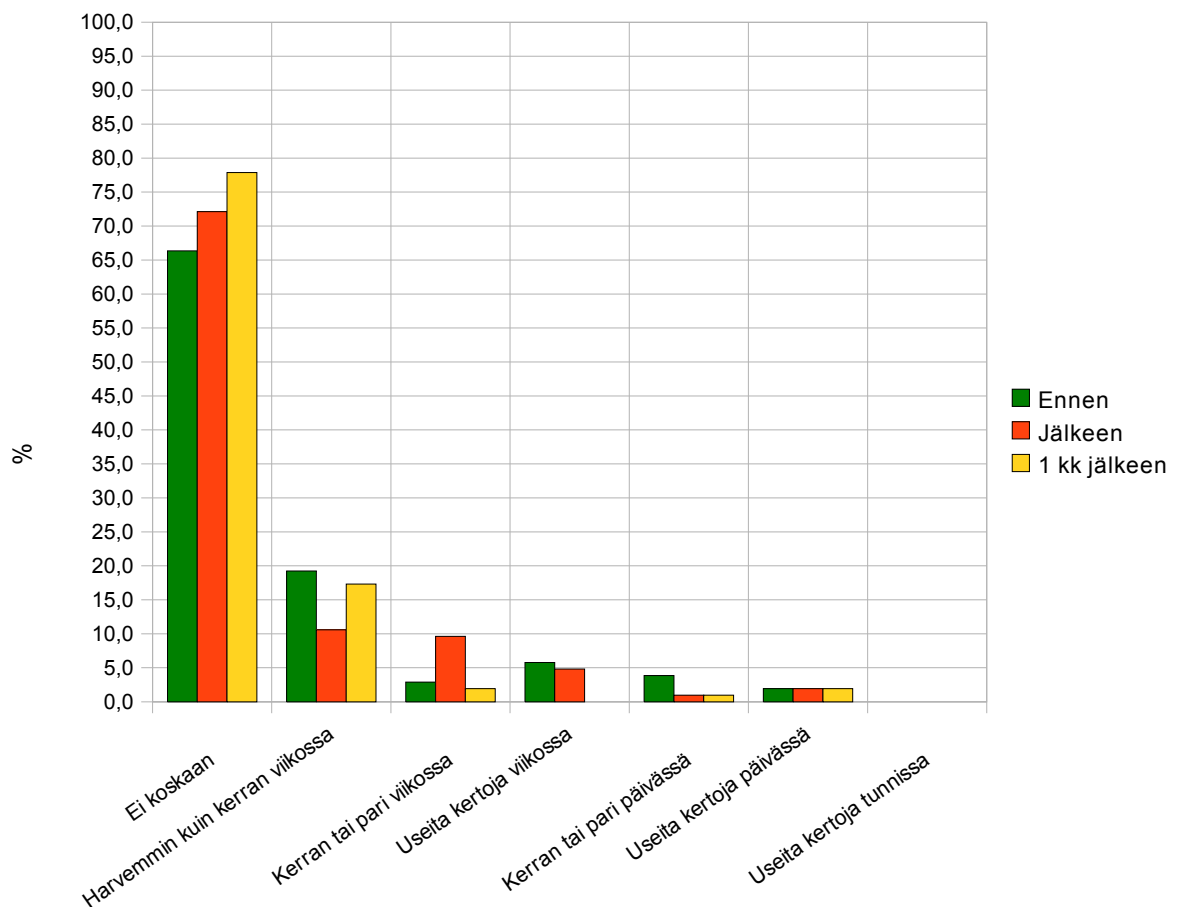


KUVIO 3. Levottoman käytöksen esiintyminen

7.1.3 Verbaalinen levottomuus ja sen esiintyvyys

Verbaalisella levottomuudella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sanallisesti ilmenevää aggressiivisuutta ja levottomuutta. Omahoitajien täyttämän aineistonkeruulomakkeen mukaan verbaalinen levottomuus väheni tutkimukseen osallistuneilla keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairailta henkilöillä. Ennen konsertteja 66,3%:lla ei esiintynyt verbaalista levottomuutta. Neljän konsertin jälkeen sitä ei ollut 72,1%:lla ja kuukauden jälkeen konserteista kirjattiin, että 77,9%:lla ei ilmennyt verbaalista levottomuutta. (Ks. kuvio 4.) Omahoitajien täyttämien aineistonkeruulomakkeiden mukaan verbaalinen levottomuus näyttää vähentyneen interventioiden jälkeen, sekä vielä kuukau-

den päästä niiden loppumisesta. Liitteenä levottomaan käytökseen sisältyvät osat alueet (Ks. liite 4.)



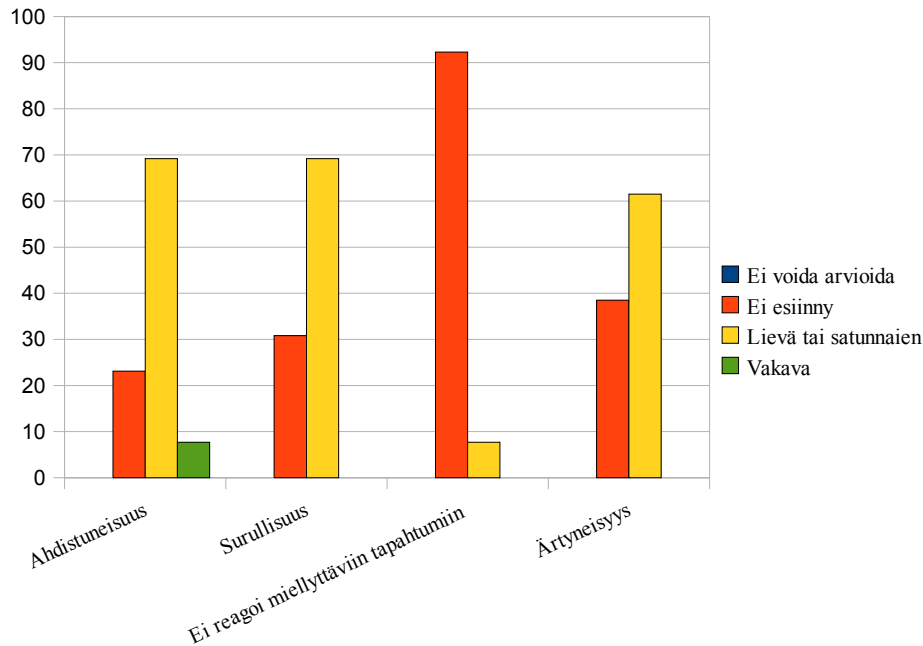
KUVIO 4. Verbaalisen levottomuuden esiintyminen

7.2 Mielialan muutosten kuvaus

Cornellin depressioasteikolla selvitimme mielialaan liittyviä käyttäytymisoireita keskivaikeasti ja vaikeasti muistihäiriöisillä henkilöillä omahoitajien arvioimana ennen konsertteja, 4 konsertin jälkeen ja kuukauden kuluttua viimeisestä konsertista. Mielialaan liittyviä käyttäytymisoireita joita selvitettiin, olivat ahdistuneisuus, surullisuus, mielihyvään reagoiminen ja ärtyneisyys.

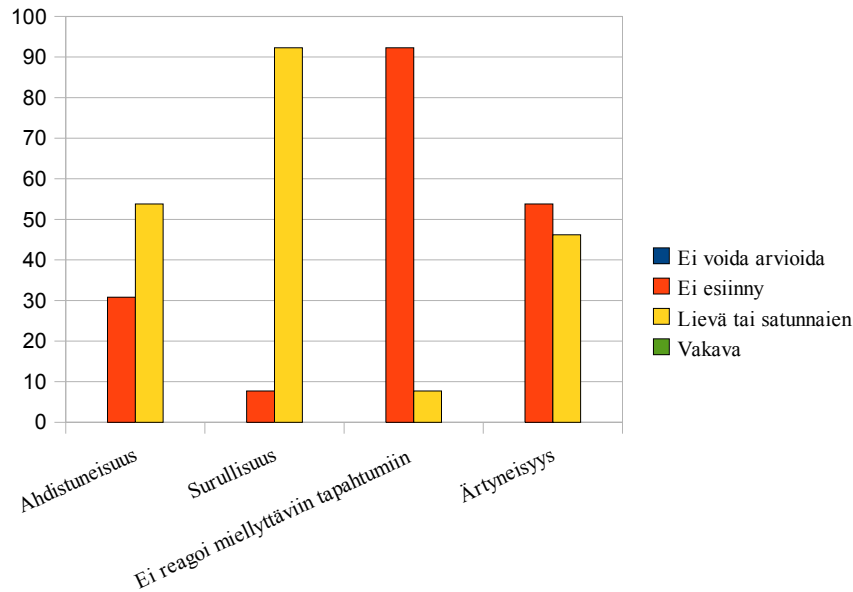
Ennen konsertteja lievää tai satunnaista ahdistuneisuutta ilmeni 69,2%:lla tutkittavista

ja vakavaa 7,7%:lla. Tutkimukseen osallistuneista 23,1%:lla ei havaittu ahdistuneisuus oireita, esimerkiksi huolestuneisuutta tai asioiden hautomista. Surullisuutta ei arvioitu olevan 30,8%:lla. Omahoitajien arviointien mukaan lievää tai satunnaista surullisuutta esiintyi 69,2%:lla. Surullisuutta lomakkeessa kuvattiin itkuisuudella tai surullisella ololla tai äänellä. 92,3%:a tutkimukseen osallistuneista henkilöistä reagoivat omahoitajien mukaan miellyttäviin tapahtumiin. Ärtynisyyttä vastausten perusteella esiintyi 61,5%:lla tutkimukseen osallistuneista. (Ks. kuvio 5.)



KUVIO 5. Mielialaan liittyvien oireiden esiintyminen ennen konsertteja

Neljän musiikki-interventioiden jälkeen esiintyviä mielialaoireita on esitetty kuviossa 6. Suhteessa ennen konsertteja otettuun otantaan ahdistuksen ja ärtynisyyden omahoitajat kuvasivat vähentyneen, eikä vakavaa ahdistuneisuutta kuvattu ilmenevän. Lievää tai satunnaista ahdistuneisuutta esiintyi 53,8%:lla tutkittavista ja ärtynisyyttä 46,2%:lla. Tässä otannassa lievä tai satunnainen surullisuus nousi 92,3%:lla, mikä on 23,1%:a enemmän kuin ennen konsertteja. Mielihyvän kokeminen säilyi samalla tasolla eli 92,3%:ssa. (Ks. kuvio 6.)



KUVIO 6. Mielialaan liittyvien oireiden esiintyminen neljän intervention jälkeen

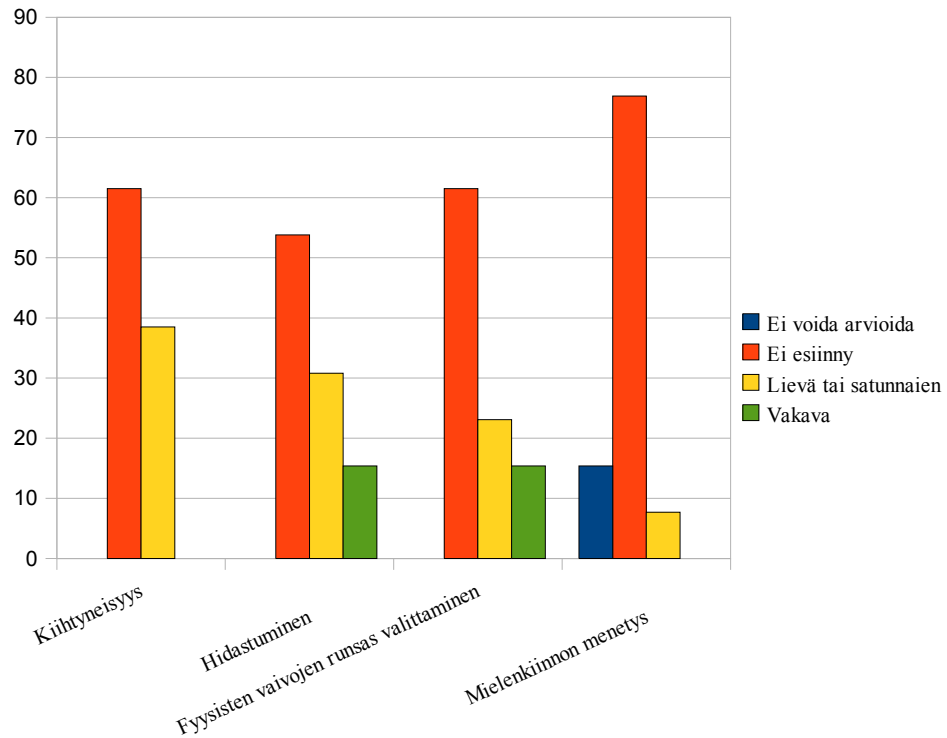
Viimeinen aineistonkeruulomakkeen omahoitajat täyttivät kuukauden päästä viimeisestä konsertista. Silloin lievää tai satunnaista ahdistuneisuutta ja surullisuutta esiintyi 84,6%:lla, mihin ei saatu mitään yksittäistä poikkeavaa selittäjää. Miellyttäviin tapahtumiin reagoiminen oli 84,6%:a ja ärtynisyyttä ei esiintynyt. Mielialaan liittyvien oireiden esiintyminen kuukauden kuluttua interventioiden päättymisestä.

7.3 Käytöksen muutosten kuvaus

Cornellin depressioasteikolla saatiin tietoa myös käytökseen liittyvistä oireista. Käytökseen liittyviä oireita joita esiintyi oli kiihtymys, kuten levottoman oloinen käyttäytyminen, liikkeiden, puheen tai reaktioiden hidastuminen, fyysisten vaivojen runsas valittaminen sekä mielenkiinnon menettäminen, esimerkiksi osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimiin.

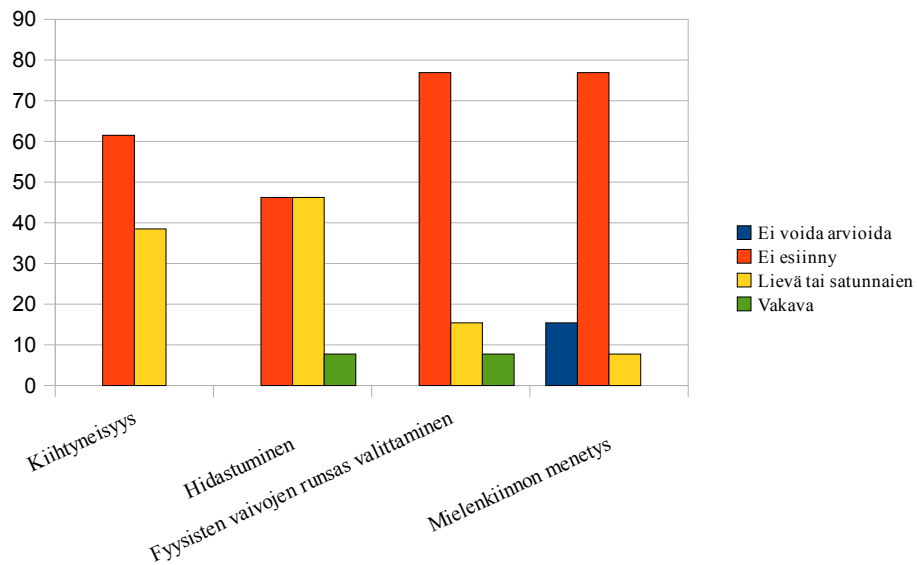
Ennen konsertteja lievästi tai satunnaisesti kiihtyneisyyttä ja levottomuutta esiintyi 38,5%:lla tutkittavista. Liikkeiden, puheen tai reaktioiden hidastumista lievästi tai satunnaisesti esiintyi 30,8%:lla tutkittavista ja vakavasti sitä kirjattiin 15,4%:lla. Lievästi

tai satunnaisesti fyysisiä vaivoja valitti 38,5%:a tutkittavista ja vakavasti 15,4%:a. Mielenkiinnon säilyminen muun muassa päivittäisiin toimiin oli 76,9%:lla. Lievästi tai satunnaisesti se oli alentunut 7,7%:lla ja 5,4%:lla sitä ei voitu arvioida. (Ks. kuvio 7.)



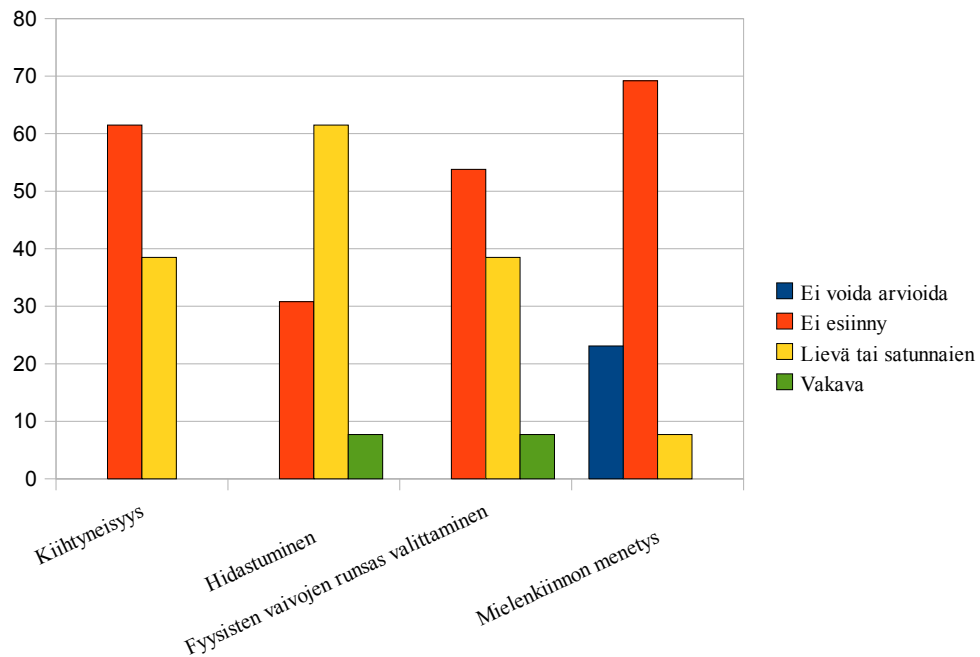
KUVIO 7. Käytökseen liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna ennen konsertteja

Neljän konsertin jälkeen kiihtymystä arvioitiin esiintyvän saman verran kuin ennen konsertteja eli 38,5%:a. Lievää tai satunnaista hidastumista arvioitiin esiintyvän 46,2%:lla ja vakavaa 7,7%:lla. Runsas fyysisten vaivojen välittäminen väheni. Lievästi tai satunnaisesti sitä esiintyi 15,4%:lla ja vakavasti 7,7%:lla. Mielenkiinnon säilyminen muun muassa osallistumalla tavanomaisiin toimiin pysyi samalla tasolla, kuin ennen konsertteja. (Ks. kuvio 8.)



KUVIO 8. Käytökseen liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna neljän konsertin jälkeen

Omahoitajat arvioivat Cornellin depressioasteikon avulla vielä tilannetta kuukauden päästä viimeisestä konsertista. Kiihtyneisyyden ilmeneminen pysyi kaikkien otantojen aikana samana. Liikkeiden, puheen tai reaktioiden hidastumista arvioitiin viimeisessä otannassa olevan yhteensä 69,2%:lla, josta vakavaksi luokiteltua oli 7,7%:lla. Runsasta fyysisten vaivojen valittamista esiintyi viimeisessä otannassa 46,2%:lla, josta vakavaa oli 7,7%:lla. Mielenkiinnon menetystä ei voitu arvioida 23,1%:lla. Lievää tai satunnaista mielenkiinnon menetystä ilmeni 7,7%:lla. Sitä ei esiintynyt 69,2%:lla. (Ks. kuvio 9.)



KUVIO 9. Käyttöön liittyvät oireet Cornellin depressioasteikolla arvioituna kuukauden jälkeen viimeisestä konsertista

7.4 Omahoitajien kuvaukset musiikki-interventioiden myönteisistä vaikutuksista

Omahoitajat, jotka kokivat musiikki-interventiolla olevan myönteisiä vaikutuksia, kuvasivat musiikki-interventioiden jälkeen keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaahan henkilön olevan hyvällä tuulella. Nämä omahoitajat tunnistivat musiikki-interventiolla olevan välitönvaikutus keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaaseen henkilöön.

”Asukas tullut konsertista hyväntuulisen oloisena takaisin osastolle”

”Hyväntuulinen asukas tullessaan konsertista, mutta unohtui helposti sen jälkeen”

”Muisteli nuoruutta ja oli hyvän tuulinen konsertin jälkeen”

Osa omahoitajista oli sitä mieltä, ettei musiikki-interventiolla ollut minkäänlaisia myönteisiä vaikutuksia keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaaseen henkilöön.

7.5 Omahoitajien mielipiteitä musiikki-interventioiden toteutettavuudesta

Omahoitajille suunnatuilla kysymyksillä haluttiin selvittää myös heidän mielipiteitä musiikki-interventioiden toteutuksesta ja hyödystä. Melkein kaikki omahoitajat olivat sitä mieltä että konsertit ovat tarpeellisia.

”Musiikkitapahtumat ja konsertit ovat merkityksellisiä viriketoimintaa ja tuovat mielihyvää sekä virikettä päivään. Konsertit ovat toivottavia ja tärkeitä jatkossakin asukkaille.”

”Konsertit ja muut virikkeet asukkaille tulevat aina tarpeen. Paljonhan täällä meillä tapahtumia on, mutta vaihtelu virkistää.”

”Kaikenlainen viriketoiminta on todella tarpeellista. Esim. yhteislaulutuokiot, sana-arvoitukset (aivojumppa!), ulkoilut, leipominen ym. Suunnitelmallinen toiminta toisi mielekkyyttä arkeen ja tukisi kokonaisvaltaista toimintakykyä.”

Omahoitajat toivat vastauksissaan esille että kaikki muukin viriketoiminta on toivottua ja tervetullutta.

7.6 Yhteenveto tuloksista

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden aggressiivinen käyttäytyminen väheni hieman omahoitajalta saatujen vastausten perusteella. Opinnäytetyön tulosten mukaan eniten positiivisia muutoksia havaittiin levottomuuteen liittyvissä käyttäytymisoireissa. Levottomuus väheni suurimmalla osalla opinnäytetyöhön osallistuneista henkilöistä omahoitajan arvioimana. Verbaalisen levottomuuden havaittiin myös vähentyneen. Ennen musiikki-in-

terventioita ilmeni vakavaa ahdistuneisuutta. Musiikki-interventioiden jälkeen suoritetussa viimeisessä mittauksessa vakavaa ahdistusta ei esiintynyt. Lievä tai satunnainen ahdistus sen sijaan oli noussut, vakava ahdistuneisuus lieveni. Omahoitajalta saatujen vastausten mukaan surullisuus sekä reagoimattomuus miellyttäviin tapahtumiin lisääntyivät. Ärtynisyys näyttäisi keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaille henkilöillä vähentyneen. Vakavat käyttäytymiseen liittyvät oireet vähenivät, mutta lievät ja satunnaiset lisääntyivät.

Osa omahoitajista kuvasi musiikki-interventioilla olevan myönteisiä vaikutuksia keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden mielialaan. Osa omahoitajista ei havainnut musiikki-interventioilla olevan minkäänlaista merkitystä. Suurin osa vastanneista omahoitajista piti musiikki-interventioita tarpeellisina sekä toivottuina tapahtumina. Musiikki-interventioiden lisäksi, kaikenlaista suunnitelmallista viriketoimintaa pidettiin tervetulleena, koska se tuo mielekkyyttä arkeen ja tukee toimintakykyä.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Rehabiliteettia ja validiutta käytetään kuvaamaan tutkimuksen hyvyttä ja luotettavuutta, jotka muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden (Heikkilä 2008, 185). Tutkimuksen luotettavuus perustuu pitkälti siihen, että tutkija hallitsee tutkimuksessa käytettyjen tutkimusmenetelmien käytön (Pietarinen 2002, 65). Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu altistaa tulokset kriittisen tarkastelun kohteeksi. Tutkimustulosten paikkaansa pitävyys ja yleistettävyyys tulee arvioida huolellisesti. (Mäkinen 2006, 102.)

Tutkimuksen tavoitteeseen ei välttämättä päästä, mikä tutkijan tulee ottaa huomioon kirjoittaessaan tutkimusta kirjalliseen muotoon. Tutkijan tulee ottaa kantaa tutkimuksensa luotettavuuteen ja pätevyteen perustellusti. (Vilkkä 2005, 80.) Tutkimuksen lähtökohtana on rehellisyys. Muiden tulee voida luottaa siihen, että tutkimus on toteutettu rehellisin keinoin. Tutkimustulokset eivät voi olla tekaistuja tai väärennettyjä,

eikä tutkija saa esittää muiden tuloksia ominaan. Tutkijan tulee myös käsitellä aineistoa huolellisesti tutkimusta tehdessä, sillä piittaamaton toiminta voi johtaa virheisiin ja sitä kautta vääriin tuloksiin. (Karjalainen & Saxén 2002, 221-222.)

Opinnäytetyön aineistoa analysoitaessa tarkkuuteen kiinnitettiin huomiota. Puutteellisesti täytetyt aineistonkeruulomakkeet poistettiin. Analysointi vaiheessa molemmat opinnäytetyön tekijät tarkistavat toistensa analysoiman aineiston, jolloin tulosten paikkaansa pitävyys kaksoistarkastettiin. Aineistoa säilytettiin huolella, jotta siihen voitiin tarvittaessa palata.

Tutkimusta tehdessä tutkijan on oltava tarkka, jotta saadaan luotettava aineisto. Rehiabiliteetti merkitsee tulosten tarkkuutta, tutkimuksen tulokset eivät voi olla sattumanvaraisia. Kun halutaan luotettavia tutkimustuloksia, on tutkimusryhmän edustettava koko perusjoukkoa. Validiudella tarkoitetaan pätevyyttä eli sitä, kuinka tutkimus on onnistunut selvittämään mitä oli tarkoituskin. Validin tutkimuksen toteutumisesta kertoo perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen sekä mahdollisimman korkea vastausprosentti. Tutkimuksessa käytetyssä mittarissa kysymykset tulee olla yksiselitteisiä ja vastata tarkasti siihen mihin tutkimuksella halutaan vastaus. Tutkimuksen validiutta on vaikea tarkastella jälkikäteen, joten sen pohtiminen ennakkoon on tärkeää. (Heikkilä 2008, 29-31.)

Opinnäytetyön aineisto edusti pitkäaikaishoidon yksikössä asuvia keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden perusjoukkoa. Tutkittavien joukossa oli sekä miehiä, että naisia. Opinnäytetyössä jätettiin huomioimatta taustamuuttujat, eikä niiden vaikutusta saatuihin tuloksiin voitu arvioida. Tutkimukseen osallistuneiden keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden mielialaan ja käyttäytymiseen vaikutti mahdollisesti muutkin tekijät kuin musiikki-interventiot. Vastausprosentti oli 87%:a, mutta aineisto jäi pieneksi silti. Opinnäytetyön aineiston koon vuoksi sen tuloksista ei voi tehdä yleistyksiä, sillä pienet tulokset voivat olla sattumanvaraisia. Opinnäytetyön aineistonkeruulomake oli koottu käytössä olevista mittareista, mikä puoltaa niiden luotettavuutta.

Tutkija tarvitsee eettisiä arvoja, normeja ja hyveitä. Samat eettiset periaatteet ja säännöt kuin kaikilla kansalaisilla koskevat tutkijaakin. (Pietarinen 2002, 58.) Kun tutki-

mukselle halutaan uskottavuutta, tutkijan on noudatettava tutkimuksessaan hyvää tutkimusetiikka (Vilka 2005, 40). Tutkimuksessa käytetyt muiden tekijöiden lähteet tulee merkitä. Asianmukaisten lähteiden ja viitteiden merkitseminen kertoo lukijalle kunnioituksesta aiempia tutkijoita kohtaan, sekä siitä, että tutkija on perehtynyt aiheeseen. Viitteet tarjoavat lukijalle myös mahdollisuuden etsiä tarvittaessa alkuperäiset lähteet. Viittausten merkitseminen koskee kaikkia tutkijan käyttämiä lähteitä. (Mäkinen 2006, 145-146; Vilka 2005, 30; Kuula 2006, 66-70.)

Tutkijan tulee suhtautua kriittisesti käyttämiinsä lähteisiin. Lähteen tekijän ja siitä otetun tiedon luotettavuuden ja pätevyyden tarkastaminen kuuluu tutkijalle. (Vilka 2005, 76.) Tässä opinnäytetyössä on yritetty käyttää mahdollisimman paljon ensisijaisia lähteitä. Perehdyttäessä tutkittavaan ilmiöön, on pyritty selvittämään asioiden paikkaansa pitävyys varmistamalla sama asia useammasta eri lähteestä. Lähteiksi on tavoiteltu yleisesti luottamusta saaneita julkaisuja, jotka ovat alan asiantuntijoiden tekemiä. Lähteiden ja viitteiden merkitsemiseen on käytetty aikaa ja huolellisuutta, jotta lukija löytää halutessaan alkuperäisen lähteen. Näin on pyritty huomioimaan ja kunnioittamaan tutkimusten tekijöitä ja kirjoittajia.

Tutkimuksen tulokset pitää julkaista, jotta tutkimuksesta olisi hyötyä. Lukija näkee usein tutkimuksesta vain raportin, jonka mukaan hän muodostaa käsityksen tutkimuksesta. tämän vuoksi raportin tulee olla selkeä ja sisältää kaikki tutkimusongelman kannalta merkittävät kysymykset. (Heikkilä 2008, 178.) Tutkimuksen kirjoittaminen tekstiksi on oleellinen osa tutkimusprosessia. Kvantitatiivisen tutkimuksen kirjoitettua muotoa kutsutaan tutkimusraportiksi, kun kvalitatiivisessa menetelmässä puhutaan tutkimustekstistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen rakenne on vapaamuotoisempi, mikä koskee erityisesti tutkimusosaa ja sitä kuinka johtopäätökset ja tulkinnat eli tulokset esitetään. Tutkimusta kirjoittaessa tekstiksi on tutkijalla oltava arvioiva, kriittinen ja argumentoiva eli perusteleva ote. (Vilka 2005, 163, 178.) Opinnäytetyötä kirjoittaessa on mietitty lukija ystävällistä tapaa esittää saadut tulokset kirjallisesti. Kirjoittamisessa on pyritty selvään ja yksiselitteiseen ilmaisuun, minkä tarkoituksena on välttää väärinkäsityksiä kirjoittajien ja lukijan välillä. Opinnäytetyötä tehdessä on oltu arvioivia ja kriittisiä jokaisessa työn vaiheessa, jotta kokonaisuus onnistuisi. Argumenteilla on pyritty vastaamaan perustellusti asian oikeinmukaisuuteen.

9 POHDINTA

9.1 Tulevaisuuden näkymiä Suomesta muistisairauksien osalta

Tulevina vuosikymmeninä yli 65-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan voimakkaasti. Vuonna 2008 Suomen väestöstä 16,7%:a eli noin 89 2000 oli yli 65-vuotiaita, arvion mukaan määrä nousee 27%:tiin eli noin 106 5000 vuoteen 2030 mennessä. (Väestörekisterikeskus 2008; Tilastokeskus 2008.) Eliniän pidentyminen ja aiempaa lukuisimmat terveet elinvuodet merkitsevät yleensä kohentunutta hyvinvointia. Toisaalta fyysinen toimintakyky alenee kun ikävuosia kertyy, mikä lisää sairastumisen ja vammautumisen riski. Myös henkinen toimintakyky heikkenee, sekä kyky selvitä arjen askareista. Näiden muutosten seurauksena hoidon ja hoivan tarve lisääntyy. Ikääntyvän väestön määrän lisääntyminen on herättänyt huolta laadukkaana hoidon järjestämisestä ja sen takaamisesta kaikille tarvitseville. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 5-6.) Tilvis (2006, 1524) huomauttaa, että iäkkäät ihmiset pitävät itseään terveinä ja ovat elämänsä tyytyväisiä, vaikka useimmat heistä syö kolmesta kahdeksaan erilaista lääkettä päivittäin ja ovat lääkärin mukaan kroonisesti sairaita. Toisen ihmisen arvioon verrattuna, ikääntynyt ja sairas ihminen kokee elämänsä mielekkäämmäksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi. Hyvä vanheneminen on enemmän kokemus sekä mielentila, monitahoinen toimintakyky tai -halu, jota voi testata. (Tilvis 2006, 1524, 1526.)

Ikääntyneiden hoitoa on käsitelty laajasti julkisuudessa viime vuosina. Pinnalla on ollut muun muassa ikääntyneiden määrän kasvu ja lisääntynyt hoidon ja hoitohenkilökunnan tarve. Myös elämänlaadun näkökulma on otettu esille. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja kiinnostava. Aihe koskettaa useita tahoja, niin yksilöä itseään, yhteisöä sekä koko yhteiskuntaa.

Muistisairaiden henkilöiden arvioidaan tarvitsevan eniten hoitoa, riippumatta sairastumisikästä tai muistisairauden aiheuttajasta. Suomessa arvioidaan joka vuosi sairastuvan noin 12 000 henkilöä. Hoitoa ja hoivaa muistisairaudesta tarvitsevia oli vuonna 2008 noin 120 000. Keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairasti 85 300 henkilöä vuonna 2005 ja on esitetty arvio, että määrä nousisi 110 000 vuoteen 2030 mennessä. (Val-

takunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 6.) Laadukkaan hoidon kehittämiseen tulee panostaa yhä enenemässä määrin, jotta tulevaisuudessakin pystytään takaamaan tarkoituksen mukainen hoito sitä tarvitseville. Luovuuden käyttö hoitotilanteissa ja virikkeiden järjestäminen lisää hoidon mielekkyyttä. Muistisairaille henkilöille tulee pyrkiä tarjoamaan aktiviteetteja, jotta toimintakyky säilyy ja samalla sillä voidaan estää turhautumisen tunnetta.

9.2 Opinnäytetyö osana ammatillista kehittymistä

Yksi ammattikorkeakoulujärjestelmän tehtävä on tutkimustoiminta (Vilkkä 2005, 11). Ammattikorkeakoululain (2003) mukaan kouluissa tulee antaa opetusta ammatillisia asiantuntijatehtäviä varten ja tukea yksilön ammatillista kasvua. Yksilöllisen kasvun kannalta on tärkeää saada koulussa riittävät tutkimustaidot, joita voi hyödyntää jatkossa työelämässä. Lain mukaan opetuksen painospiste on työelämässä ja sen kehittämisessä. (Ammattikorkeakoululaki 2003.)

Opinnäytetyö on osa sairaanhoitajan koulutusta ja se on tarkoitus tehdä työelämälähtöisesti. Opinnäytetyö pyrkii osaltaan kehittämään työelämän käytäntöjä. Opinnäytetyössä tulee esille tiedonhankinta ja tutkimusaineistonkeruu prosessit, sekä raportoinnin periaatteet. Tätä opinnäytettä tehdessä oli ollut paljon haastavia tilanteita, jossa oli pysähtytty miettimään, kuinka kannattaa edetä. Tämä opinnäytetyö sisälsi ensimmäinen tutkimuksen kummallekin opinnäytetyön tekijöistä. Koska kokonaiskuvaa tutkimusprosessista ei ollut, oli haastavat tilanteet alussa väistämättömiä. Opinnäytetyön tekemisen jälkeen tutkimuksen tekeminen on konkretisoitunut ja tulevissa kehittämishankkeissa tai tutkimuksissa osaa ottaa tärkeät asiat huomioon ajoissa.

Opinnäytetyön tekemiselle oli varattu aikaa vuosi, joka osoittautui riittäväksi, sillä kesä ei ollut aktiivista tekemistä. Opinnäytetyön aloitusvaihe tapahtui nopealla aikataululla. Sen vuoksi opinnäytetyön valmisteluja ei ehditty tehdä kunnolla. Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa huomasimme miten tärkeää on miettiä ja valmistella aineistonkeruumenetelmä huolella. Tiedon hankinta ja kirjoittamisprosessi on ollut helppoa. Tähän on mielestämme vaikuttanut aiempi kokemus kirjallisten töiden tekemis-

tä koulutuksen aikana. Opinnäytetyötä kirjoitimme yhdessä ja erikseen. Mielestämme opinnäytetyötä tehdessä tiivis työskentely auttaa sisäistämään käsiteltävää ilmiötä syvemmin ja pysymään siinä kiinni. Esimerkiksi kesä toi työskentelyyn aivan liian pitkä tauon, ja tuntui kuin olisi joutunut aloittamaan ihan alusta koko opinnäytetyön.

Opinnäytetyö toteutettiin parityöskentelynä, mikä kehitti tiimityöskentelytaitoja. Tehtävien jakaminen sekä aikataulujen sovittaminen yhteen kehitti muun muassa tekijöiden organisointi- ja kompromissitaitoja. Opinnäytetyön ohjauksen koimme tarpeellisenä ja saimme ohjaajaltamme rakentavaa palautetta koko prosessin ajan. Ohjaustilanteet koimme tärkeiksi ja motivoiviksi. Opinnäytetyön aikana olimme tekemisissä eri tahojen kanssa, mikä kehitti yhteistyötaitoja, sekä opetti joustavuutta.

Suomessa on Tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka keskeisimpänä tehtävä on tiedottaminen. Kaikki Suomen korkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan sen ohjeita, vaikka sillä ei ole juridisia tai hallinnollisia valtuuksia. Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan mukaan hyvä ja eettisesti pätevä tutkimus ja tieteen laatu kulkevat rinnastusten. Vaikka koko yhteisöllä on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, siihen sitoutumisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2002.) Tässä työssä on pyritty noudattamaan tarkkuutta työn jokaisessa vaiheessa, jotta saataisiin taattua mahdollisimman luotettava lopputulos. Ammattikorkeakouluista valmistutaan asiantuntijatehtäviin ja luotettavuus on merkittävä osa asiantuntijuutta.

9.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen

Opinnäytetyöhön on koottu kattavasti luotettavista lähteistä muistisairauteen liittyviä asioita. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on laaja ja monipuolinen, sekä siihen on käytetty tuoreita julkaisuja. Näkökulmana on muistisairauden mukanaan tuomat muutokset, pääpainotus on mielialassa ja käyttäytymisessä. Lukija voi halutessaan lukea lisää aiheesta, sillä alkuperäiset lähteet ovat helposti löydettävissä lähdeluettelosta.

Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen on kyseenalaista. Suppean aineiston vuoksi tulosten luotettavuus kärsii. Taustamuuttujien määrittelemättömyys heikensi myös ai-

neiston yleistettävyyttä.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti tutkimustaitoja, joita voi hyödyntää työelämässä. Tiedon luotettavuuden arviointi parani, mikä hyödyttää näyttöön perustuvan hoitotyön tekemistä ja sen merkityksen ymmärtämistä. Lisäksi opinnäytetyön myötä tuli tutuksi tutkimuksen raportoinnin periaatteiden merkitys. Opinnäytetyönä tehtävä tutkimus tuotti myös uutta tutkittua tietoa.

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousi jatkotutkimusaiheita. Pohdimme, että jatkotutkimus voi kohdistua keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaahan henkilön omaan kokemukseen siitä, onko musiikki vaikuttanut hänen elämänlaatuunsa tai onko musiikilla ollut merkitystä hänelle. Lisäksi jatkotutkimus voi kartoittaa musiikin vaikutusta keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaahan henkilön ilmaisukykyyn ja elekieleen. Pohdimme myös, että keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kohdalla välitön vaikutus korostuu. Jatkossa kannattaa mielestämme kiinnittää huomiota välittömienvaiikutusten suhdetta pidempiaikaisiin muutoksiin muistisairaalla henkilöllä.

LÄHTEET

Alanen, H.-M. 2008. Dementia ja ahdistuneisuus Alanen, H-M LT, ylilääkäri, Neuro- ja vanhuspsykiatria, TAYS Koukkuniemi. Viitattu 18.9.2009.

http://www.spgy.org/koulutus/materiaalia/20080918koulutus/Dementia-ahdistuneisuus_koukkuniemi.pdf

Ammattikorkeakoululaki 2003. Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351. Viitattu 4.11.2009. www.finlex.fi, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2003.

Andersson, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Sormunen, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Toim. S. Sormunen ja P. Topo. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 125-136.

Brown, S., Götell, E. & Ekman, S.-L. 2001. 'Music-therapeutic caregiving': the necessity of active music-making in clinical care. Viitattu 14.10.2009. neuroarts.org/pdf/arts_in_psychother.pdf. The Arts in Psychotherapy 2001, 28, 125-135.

Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Dementoituneen ihmisen kohtaaminen. Teoksessa Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu, opas laatuun. Stakesin oppaita 49. Toim. K. Backman, U. Eloniemi-Sulkava, H. Finne-Soveri, L. Paasivaara, M. Vaarama ja P. Voutilainen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 26-29.

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käyttäytymis- ja muistisairaana ihmisen lääkkeetön hoito. Luento Geriatriapäivillä Tampereella 24-25.1.2008. Viitattu 1.4.2009 [Http://www.gernet.fi/luennot/](http://www.gernet.fi/luennot/)

Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. H. 2004. Dementoituneiden käytösoireiden hoito. Teoksesta Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu, Opas laatuun. Toim. P. Voutilainen,

M. Vaara, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava ja U. H. Finne-Soveri. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 166-171.

Eloniemi-Sulkava, U. Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Toim. S. Sormunen ja P. Topo. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 9-14.

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo, P. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Kuopio: Suomen demensiahoitoyhdistys.

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Perttula, S., Rontti, M., Tolonen, T., Vuokkila-Oikkonen, P. & Äijälä, R. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoitaja 81, 1, 16,18.

Erkinjuntti, T. 2006a. Dementian käsite. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne ja H. Soininen. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 93-97.

Erkinjuntti, T. 2006b. Muistihäiriöiden ja dementioiden mekanismit ja syyt. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne ja H. Soininen. 2.p. Hämeenlinna: Duodecim, 78-79.

Götell, E., Brown, S. & Ekman, S.-L. 2009. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis . International Journal of NursingStudies 2009, 46, 422-430 Viitattu 15.10.2009. www.journalofnursingstudies.com, browse all issues, 2009, April.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uud. p. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, R-L. 2008. Kokemuksellinen vanhemmenminen Teoksessa Gerontologia.

Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 221.

Heimonen, S., Topo, P. & Vuotilainen, P. 2008. Laadukkaiden dementia palveluiden pääperiaatteet. Teoksessa Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Toim. S. Sormunen ja P. Topo. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 145-152.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Isola, A., Routasalo, P., Tiikkainen, P. & Vuotilainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Tiikkainen ja P. Vuotilainen, 12-14.

Karjalainen S. & Saxén L. 2002. Vilppi tieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. Toim. S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen ja J. Pietarinen. Tampere: Gaudeamus Kirja / Oy Yliopistokustannus, 221-245.

Kivelä, S.-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivelä, S.-L. 2009. Iäkkäiden uni ja unettomuus. Artikkelit Senioriliikkeen sivustolla. Viitattu 8.10.2009 <http://www.senioriliike.fi> tapahtumia-aineistoa/artikkeleita, Iäkkäiden uni ja unettomuus./

Koponen, H. & Saarela, T. 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne ja H. Soininen. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 501-514.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Laari, M. Pitkäaikaishoidossa olevien dementia potilaiden terveyden edistäminen. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen

laitos, prevantiivinen hoitotiede.

Laatunen, S. & Ruutiainen J. 2006. Semanttisen muistin häiriöt neurologisissa sairauksissa. Suomen Lääkärilehti 1-2, 61, 47-50.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen, vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lehtonen, K. & Niemelä, M. 2007. Edistävätkö iskelmät mielenterveyttä? -Pohdintaa kevyen musiikin eheyttävästä vaikutuksesta. Teoksesta Musiikin symboliset ulottuvuudet. Toim. K. Lehtonen. Painettu Suomessa: Suomen musiikkiterapiayhdistys, 85-96.

Leinonen, e. & Santala, M. 2002. Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet. Lääkärilehti 35, 57, 3363-3366.

Liikanen, H-L. 2004. Terapiamuodoissa vara valita, taide kuntoutumista edistävän hoitotyön ulottuvuutena. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Toim. S. Heimonen ja P. Voutilainen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 22-62.

Luoma, M-L. 2009. Elämänlaatu.. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Tiikainen ja P. Voutilainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 74-89.

Noppiari, E. & Leinonen, S. 2005. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Laatu vanhustyöhön. Toim. E. Noppiari ja P. Koistinen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 36-91.

Nordström, E. 2002. Palvelujen kehittäminen dementiaivanhusten hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden latios, terveyshallintotiede.

Näslindh-Ylispangar, A. 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Laatus vanhustyöhön. Toim. E. Noppari ja P. Koistinen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 147-160.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Paukku, T. 2009. Aivojen hyvä työmuisti on älyn jatke. Helsingin Sanomat 15.9.2009, D2.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. Toim. S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen ja J. Pietarinen. Tampere: Gaudeamus Kirja / Oy Yliopistokustannus, 58–69.

Pihlainen, V. 2001. Musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevan puheentuottamista ja nonverbaalista viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla pitkäaikaissairailta vuodepotilailla. Pro-grdu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, musiikkiterapian laitos. Viitattu 13.9.2009.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9956/virpih.pdf?sequence=1>

Ravelin, T. 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.9.2009.

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514288913/isbn9789514288913.pdf>

Raita, L. 2002 Dementoituvan vanhuksen ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaaminen. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys, arkielämän näkökulma. Vantaa: WSOY.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sulkava, R. & Viramo, P. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne ja H. Soininen. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 23-39.

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvenninen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I. & Hietanen, M. 2008. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* 131, 866-876. Viitattu 18.9.2009. [www.brams.umontreal.ca/plab_publications, selected articles, group by journal](http://www.brams.umontreal.ca/plab_publications_selected_articles_group_by_journal).

Taipale, M. 1999. Musiikkiterapia dementian hoidossa. Teoksessa Musiikkiterapian monet kasvot. Toim. Erkkilä, J. ja Lehtonen, K. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapia-yhdistys r.y., 338-339.

Tilastokeskus 2008. Väestö. Viitattu 3.11.2009. www.stat.fi, tuotteet ja palvelut, verkkopalvelut, Suomi lukuina.

Tilvis, R. 2006. Hyvä vanheneminen. *Duodecim* 122, 12, 2006, 1523-1526.

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 3.11.2009. www.tenk.fi, suomeksi, hyvä tieteellinen käytäntö.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Viitattu 3.11.2009. www.etene.org, ETENE:n vanhusraportti.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne ja H. Soininen. Hämeenlinna: Kustan-

nus Oy Duodecim, 98-107.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehittä . Keuruu: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja Mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väestörekisterikeskus 2008. Suomen asukasluku vuodenvaihteessa 2008-2009. Viitattu 3.11.2009. www.vaestorekisterikeskus.fi, palvelut kansalaisille, asukasluvut vuosittain, virallinen asukasluku vuodenvaihteessa 2008-2009.

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje omahoitajille

Hei!

Keljon vanhainkodissa järjestetään 4 konserttia, johon asukkaanne mahdollisuuksien mukaan osallistuu. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneen ikäihmisen mahdollisia depressio- ja käytösoireiden muutoksia näiden konserttien myötä. Tarkoituksena on, että asukkaan omahoitaja täyttää tämän kyselyn ennen ensimmäistä konserttia joka toteutetaan 18.2.2009 klo 13.00. Tällä tavoin saamme tietoa asukkaan lähtötilanteesta. Viimeinen konsertti toteutetaan 1.4.2009 klo 13.00, jonka jälkeen on tarkoitus täyttää sama kysely. Tulemme vielä kevään aikana toukokuussa, pyytämään teitä täyttämään kolmannen kerran saman kyselyn, jolla voimme seurata mahdollisia pitempi aikaisia vaikutuksia.

Olemme valinneet mittareiksi Cohen-Mansfieldin agitaatio (levottomuus) testin sekä Cornellin depressio asteikosta osiot A ja B. Täyttöohjeet: Arvioi asukkaan käytöstä ja mielialaa lähiviikkojen ajalta. Toivomme että täytätte jokaisen kohdan. Kyselylomakkeen täyttämiseen menee noin 10-20 minuuttia. Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meihin.

Ystävällisin terveisin,

Katja Hautamäki
Hoitotyön opiskelija (AMK)
E0510@jamk.fi

Katri Peltokangas
Hoitotyön opiskelija (AMK)
E1838@jamk.fi

Liite 2 Cohen- mansfieldin agitaatiotesti ja Cornellin depressioasteikko

Arvioitava olevan henkilön etunimi ja huone:	Arviointipäivä:						
Cohen-Mansfieldin agitaatiotesti	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran tai pari viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran tai pari päivässä	Useita kertoja päivässä	Useita kertoja tunnissa
Käytösoire							
1. Lyöminen (itsekin kohdistuva)	1	2	3	4	5	6	7
2. Potkiminen	1	2	3	4	5	6	7
3. Ihmiseen kiinnikäyminen tai tarttuminen	1	2	3	4	5	6	7
4. Töminen	1	2	3	4	5	6	7
5. Esineiden heittäminen	1	2	3	4	5	6	7
6. Pureminen	1	2	3	4	5	6	7
7. Raapiminen	1	2	3	4	5	6	7
8. Sylkeminen	1	2	3	4	5	6	7
9. Itensä tai muiden vahingoittaminen	1	2	3	4	5	6	7
10. Esineiden repiminen tai omaisuuden tuhoaminen	1	2	3	4	5	6	7

Käyttöoire	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran tai pari viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran tai pari päivässä	Useita kertoja päivässä	Useita kertoja tunneissa
11. Fyysinen seksuaalinen ahdistelu	1	2	3	4	5	6	7
12. Kuljeskelu, päämäärätön vaeltelu	1	2	3	4	5	6	7
13. Epäasianmukainen pukeutuminen tai riisuuntuminen	1	2	3	4	5	6	7
14. Jatkuva lähdössä oleminen	1	2	3	4	5	6	7
15. Tahallinen kaatuilu	1	2	3	4	5	6	7
16. Sopimattomien aineiden syöminen/juominen	1	2	3	4	5	6	7
17. Epäasiallinen asioiden hoitaminen	1	2	3	4	5	6	7
18. Tavaroiden kätkeminen	1	2	3	4	5	6	7
19. Tavaroiden keräily	1	2	3	4	5	6	7
20. Toistuvien manereiden suorittaminen	1	2	3	4	5	6	7
21. Yleinen levottomuus	1	2	3	4	5	6	7

Käytösoire	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran tai pari viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran tai pari päivässä	Useita kertoja päivässä	Useita kertoja tunnissa
22. Äänekäs huutelu	1	2	3	4	5	6	7
23. Sanallinen seksuaalinen ahdistelu	1	2	3	4	5	6	7
24. Kiroilu tai sanallinen aggressiivisuus	1	2	3	4	5	6	7
25. Samojen lauseiden tai kysymysten toistaminen	1	2	3	4	5	6	7
26. Outoja ääniä (kummallista naurua tai itkua)	1	2	3	4	5	6	7
27. Valittaminen	1	2	3	4	5	6	7
28. Vastahankaisuus (negativismi)	1	2	3	4	5	6	7
29. Jatkuvat aiheettomat huomion- ja avunpyynnöt	1	2	3	4	5	6	7

Cornellin depressioasteikko (osiot A ja B)	Ei voida arvioida	Ei esiinny	Lievä tai satunnainen	Vakava
A. MIELIALAAN LIITTYVÄT OIREET				
1. Ahdistuneisuus	a	0	1	2
Vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestuneisuutta				
2. Surullisuus	a	0	1	2
Vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuisen				
3. Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin	a	0	1	2
4. Ärtyisyys	a	0	1	2
B. KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT HÄIRIÖT				
5. Kiihtyneisyys	a	0	1	2
On levoton, väentelee käsiään, vetelee hiuksiaan				

Liite 3 Avoimet kysymykset omahoitajille

Millaisia myönteisiä vaikutuksia havaitsit konsertilla olleen asukkaaseen? Jos mielestäsi näitä oli, niin kuvaa millaisia. Esimerkiksi muisteliko asukas elettyä elämänsä?

. Millaisia myönteisiä vaikutuksia havaitsit asukkaassa vielä konsertin jälkeen? Esimerkiksi oliko asukas rauhallisempi, nukkuiko hän paremmin tai hymyilikö useammin?

Mitä mieltä olet tutkimuksen aikana järjestetyistä konserteista? Ovatko tällaiset virkistyskonsertit mielestäsi tarpeellisia? Tulisiko vastaavanlaista toimintaa järjestää jatkossakin? Halutessasi voit antaa myös esimerkkejä, millaiselle toiminnalle olisi tarvetta.

Liite 4 Aggressiivisen ja levottoman käytöksen, sekä verbaalisen levottomuuden osa-alueet

Aggressiivinen
käyttäytyminen

Lyöminen (itsekin kohdistuva)
Potkiminen
Ihmiseen kiinnikäyminen tai tarrautuminen
Töniminen
Esineiden heittäminen
Pureminen
Raapiminen
Sylkeminen
Itsensä tai muiden vahingoittaminen
Esineiden repiminen tai omaisuuden tuhoaminen

Levoton käyttäyty-
minen

Fyysinen seksuaalinen ahdistelu
Kuljeskelu, päämäärätön vaeltelu
Epäasianmukainen pukeutuminen tai riisuuntuminen
Jatkuva lähdössä oleminen
Tahallinen kaatuilu
Sopimattomien aineiden syöminen/ juominen
Epäasiallinen asioiden hoitaminen
Tavaroiden kätkeminen
Toistuvien maneerien suorittaminen
Yleinen levottomuus

Verbaalinen levotto-
muus

Äänekäs huutelu
Sanallinen seksuaalinen ahdistelu
Kiroilu tai sanallinen aggressiivisuus
Samojen lauseiden tai kysymysten toistaminen
Outoja ääniä (kummallista naurua tai itkua)
Valittaminen
Vastahankaisuus
Jatkuvat aiheettomat huomion ja avunpyynnöt