

**YHTEISLAULUT TOIMINTAMUOTONA DEMENTOITUNEIDEN  
MUSIIKKITERAPIASSA**

Risto Jukkola

Musiikkiterapian pro gradu-tutkielma

Syksy 1999

Musiikkitieteen laitos

Jyväskylän yliopisto

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO**

Tiedekunta <b>HUMANISTINEN</b>	Laitos <b>MUSIIKKITIEDE</b>
Tekijä <b>Jukkola, Risto</b>	
Työn nimi <b>YHTEISLAULUT TOIMINTAMUOTONA DEMENTOITUNEIDEN MUSIIKKITERAPIASSA</b>	
Oppiaine <b>MUSIIKKITERAPIA</b>	Työn laji <b>PRO GRADU -TUTKIELMA</b>
Aika <b>1999 syksy</b>	Sivumäärä <b>109</b>
Tiivistelmä - Abstract  <p><b>Yhteislauluja musiikkiterapiassa käyttämällä haluttiin saada tietoa toimintamuodon mahdollisuuksista dementiapotilaiden elämänlaatua parantavien hoitotavoitteiden kannalta. Toiminnan tuloksellisuutta arvioitiin erilaisin tiedonkeruumenetelmin, muistiinpanojen, videointien, arviointilomakkeiden ja hoitajien haastattelujen avulla. Pyrittiin myös selvittämään, millaista tietoa erilaisilla tiedonkeruumenetelmillä voidaan saada sekä tiedon merkitystä asukkaiden hoitotavoitteiden ja elämänlaadun kannalta. Tutkimuksen fokus kuten myös toiminnan tavoitteet asetettiin mahdollisimman joustavasti, välihavaintojen mukaan tarkentuvaksi. Sen sijaan toimintamuoto oli koko tutkimusjakson ajan sama, yhteislaulujen laulaminen. Tutkimusmenetelminä käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Määrälliset tarkastelut viittasivat lomakekyselyjen mukaan toiminnan tuloksellisuuteen, mikä näkyy ennen kaikkea asukkaiden oireilujen (depressio, vaeltelu, levottomuus) selvänä vähenemisenä. Videoanalyysit puolestaan viittasivat vireyden ja aktiivisuuden jonkinasteiseen lisääntymiseen terapiahetken aikana. Laadulliset analyysit antoivat monipuolista tietoa toimintojen ja tavoitteiden kannalta. Tuloksista voi myös päätellä, millaista osaamista vaikeasti dementoitunut musiikkiterapeutilta vaatii. Kaikki havaittu tieto ei ole samanarvoista.</b></p>	
Asiasanat <b>arviointi, dementia, ei-kielellinen, holding, musiikkiterapia, yhteislaulu</b>	
Säilytyspaikka	
Muuta tietoa	

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>DEMENTIA MUSIIKKITERAPIAN HAASTEENA</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Mitä dementia on?</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Musiikki kaoottisen maailman jäsentäjänä</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Aikaisempia tutkimuksia</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Käsityksiä vanhenemisesta ja dementiasta</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Laulaminen ilmaisuna</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4</b>	<b>Musiikin terapeuttiset vaikutukset</b> .....	<b>17</b>
<b>3.5</b>	<b>Tutkimustehtävä</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>TUTKIMUSMENETELMÄ</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1</b>	<b>Muistiinpanot</b> .....	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Videonauhoitukset</b> .....	<b>29</b>
<b>5.3</b>	<b>Arviointilomake</b> .....	<b>30</b>
<b>5.4</b>	<b>Haastattelut</b> .....	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>TULOSTEN TARKASTELUA</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1</b>	<b>Määrälliset tarkastelut</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1.1</b>	<b>Arviointilomakkeet</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Videoanalyysit</b> .....	<b>39</b>
<b>6.2</b>	<b>Laadulliset analyysit</b> .....	<b>50</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Muistiinpanot</b> .....	<b>50</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Arviointilomakkeet</b> .....	<b>54</b>
<b>6.2.3</b>	<b>Haastattelut</b> .....	<b>56</b>
<b>6.3</b>	<b>Yhteenvedo tuloksista</b> .....	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>LOPPUPÄÄTELMÄT</b> .....	<b>69</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>75</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>77</b>

## 1 JOHDANTO

Dementoituneiden musiikkiterapiasta on julkaistu hyvin vähän suomalaisia tutkimustuloksia. Kansainvälisesti kliininen tutkimus edistyy sen sijaan voimakkaasti. Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista älyllisten kykyjen heikentymistä, joka aiheuttaa vaikeuksia selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Se on aina elimellisen sairauden aiheuttama oire eikä esim. mielisairaus (Sulkava ym. 1994, 13).

Tämän työn tarkoituksena on arvioida yhteislauluja toimintamuotona käyttävän musiikkiterapian mahdollisuuksia vaikuttaa dementoituneiden elämänlaatua parantavasti. Työ perustuu lähinnä niihin kokemuksiin, joita minulla on kertynyt työskennellessäni viime vuosina eräiden dementiaryhmien musiikkiterapeuttina Jyväskylän seudulla. Suunnitellessani pro gradututkielman tekemistä tästä aiheesta aavistin, että merkityksellisen tiedon keruu tulee olemaan tutkittavilta puuttuvan adekvaatin puheilmaisuun vuoksi hyvin vaikeaa. Aineiston keruuseen ja varsinkin analysointiin liittyneet ongelmat vahvistivat ennakkokäsitystäni. Törmäsin fokuksionnin ongelmaan. Kun kiinnitin huomioni johonkin tiettyyn ilmiöön tarpeeksi kauan nousi rinnalle uusia, vielä kiinnostavampia näkökohtia. Tähän vaikutti osaltaan seuraamani laadullisten tutkimusmenetelmien luennot, jotka tarjosivat yhä uusia, käyttökelpoisia tarkastelumahdollisuuksia.

Joitakin kestäviäkin kiinnostuksen kohteita onneksi seurasi työtäni. Mihin terapeutin kannattaa kiinnittää huomio jos aistein saatavat havainnot ovat vähäisiä tai vaikeasti tulkittavia? Minkä verran kannattaa lähteä mukaan verbaaliin vuorovaikutukseen? Onko



vaikeasti dementoituneiden ryhmäterapia yleensä mahdollista vai onko aina kyse erilaisista yksilöllisistä tarpeista ilman varsinaista ryhmädynamiikkaa?

Työ on empiirinen ja tutkimusotteeni on lähinnä laadullinen. Pysin tarkastelemaan musiikkiterapiatoiminnan mahdollisia vaikutuksia ennen kaikkea yksilötasolla. Koska etukäteen on ollut vaikea arvioida, millainen tiedon keruu antaa mahdollisimman kattavaa kuvaa toiminnan tarkoituksenmukaisuudesta olen pyrkinyt laajentamaan näkökulmaa mm. erityisellä arviointilomakkeella. Teen määrällisiä tarkasteluja osasta aineistoa, kuten tietyistä lomakekyselyjen kohdista sekä videohavainnoista.

Laadullinen aineisto antaa musiikkiterapian kannalta arvokasta, kuvailevaa tietoa asukkaiden ominaisista luonteenpiirteistä, tavasta olla ja kommunikoida. Tämä helpottaa terapian tavoitteiden asettamista ja toimintamuotojen suunnittelua. Määrälliset tulokset osoittavan yhteislaulutoiminnan lisäävän jonkin verran vireyteen viittaavia ilmiöitä (katse, ilmeet) sekä laulamista. Pitemmällä aikavälillä depressio, vaeltelu ja levottomuus näyttivät selvästi vähenevän.

Hoitolaitoksen perustehtävään ja hoitokäytäntöjen arvioimiseen integroitava näkökulma korostuu vastuuhoidajan kanssa käydyissä haastatteluissa. Tältä osin menetelmä kallistuu grounded theory-tyyppisen tutkimuksen suuntaan. Omaa rooliani tarkastelen toisaalta muistiinpanojen kautta refleктоivana osallistujana, toisaalta videoituja ryhmätilanteita jälkikäteen ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmasta. Toinen ulkopuolinen arvioitsija tekee vastaavista videonauhoista omat havaintonsa, jolla pyritään siltä osin lisäämään työn luotettavuutta.

## **2 DEMENTIA MUSIIKKITERAPIAN HAASTEENA**

### **2.1 Mitä dementia on?**

Dementia jaetaan Suomessa oireiden asteen mukaisesti kolmeen vaiheeseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan. Lievä dementia tarkoittaa sitä, että kyky selviytyä arkipäivän toiminnoista itsenäisesti on mahdollista, mutta sosiaaliset taidot ja työssä selviytyminen ovat rajoittuneet. Henkilökohtaisesta puhtaudesta selviytyminen ja arvostelukyky ovat säilyneet melko hyvin. Keskivaikea dementia tarkoittaa taudin astetta, jossa potilas joutuu päivittäisiin vaaratilanteisiin ja kykenee huolehtimaan itsestään vain sattumanvaraisesti. Tällöin hoidon ja valvonnan tarve on säännöllistä. Vaikea dementia taas tarkoittaa tilaa, jossa päivittäistoimintojen heikkeneminen merkitsee jatkuvaa valvonnan tarvetta. Henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtiminen ei onnistu, puhe on sekavaa tai potilas on kokonaan puhumaton. (Sulkava ym. 1994, 15-16.)

Keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairasti Suomessa v. 1997 n. 70 000 ja lievää dementiaa n. 30 000 henkilöä. Dementian syyt löytyvät yleensä Alzheimer-taudista, noin puolella dementiaa sairastavista. Toinen suuri ryhmä ovat ns. multi-infarktidementoituneet. Kaikissa tapauksissa yhteisenä piirteenä on aivojen rappeutuminen, mistä on seurauksena erilaatuisia toiminnallisia ja älyllisiä häiriöitä. Puheen ymmärtäminen ja tuottaminen saattaa häiriintyä, jolloin potilas kärsii afasiasta (vaikeus kielen tuottamisessa), anomiaasta (vaikeus löytää oikeita sanoja) tai agnosiasta (vaikeus ymmärtää kuultua tai puhuttua

tekstiä). Myös motoriset taidot, kuten esimerkiksi kynän tai hammasharjan käyttö saattavat vähitellen hävitä, jolloin käytetään termiä apraksia. (Aldridge 1996, 188.)

Dementoitunut saattaa menettää kyvyn puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen. Puheen ymmärtämisen ja loogisen ajattelukyvyn puuttuessa vaurioitunut looginen, käsitteellinen ajattelu korvataan tunteilla ja menneisyyden mielihyvän puoleen kääntyminen auttaa selviytymiseen ahdistavasta nykyisyydestä. Ajattelu muuttuu itsekeskeiseksi ja epäloogiseksi. Tällöin dementoitunut ei pysty ottamaan huomioon viestin lähettäjän näkökulmaa eikä pitämään erillään vuorovaikutuksen eri tasoja. Sen sijaan hän pystyy jopa aikaisempaa paremmin tulkitsemaan tunneviestejä. Tällöin viestinnässä auttavat koskettaminen, ilmeet, katsekontakti, äänensävy ja olemus yleensä. (Sulkava ym. 1994, 76-78.)

Vaikka verbaali vuorovaikutuskyky on saattanut huomattavasti heiketä on dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta vielä paljon tehtävissä. Sanojen merkityksen hämärtyessä, non-verbaalisen, ei-sanallisen viestinnän merkitys korostuu. Lääkityksen lisäksi tarvitaan ymmärtävää läheistä ja kuuntelevaa ihmistä. Myös ohjatuille sosiaalisille toiminnoille voidaan asettaa hoidollisia tavoitteita.

Sairauden varhaisella toteamisella, kuten myös lääkehoidolla, on saavutettu myönteisiä tuloksia oireilun ja eliniän pitenemisen kannalta. Esimerkiksi Alzheimer-potilaan sairauden etenemistä voidaan jarruttaa kuntouttavalla hoidolla jopa vuosia (Raitanen 1997, 20). Samoin hoidon ei-lääkinnällisellä kehittämisellä on edelleen tärkeä asema dementoituneiden hoidossa.

Dementiaoireita on joskus vaikea erottaa depressiosta. Toisaalta osalla dementoituneista saattaa esiintyä myös depressiota. On tutkittu, että dementiapotilaista viidenneksellä olisi jopa vaikeaa masennustilaa vastaavia masennusoireita. Ruotsalaisen Skoogin (1993) tutkimuksessa 85-vuotiailla havaittiin depressiota neljänneksellä dementoituneista ja viidenneksellä ei-dementoituneista. (Saarela 1993, 144.)

## 2.2 Musiikki kaoottisen maailman jäsentäjänä

Vanhusten hoitoon liitetään yleisesti musiikkia sen eri muodoissa. Eräs tavallinen toimintamuoto on yhteislaulujen laulaminen. Musiikkiterapeutin vetämänä se voi olla tavoitteellista musiikkiterapiatoimintaa. Kielenkäytön taitojen heikentyessä nousevat ei-kielelliset vuorovaikutusmuodot entistä merkittävämpään asemaan. Yhteislauluja toimintamuotona käyttävä musiikkiterapia on periaatteessa kaikentasoisten dementoituneiden ulottuvilla. Kuuloaistin kohtalainen toiminta on tällöin muita toimintoja tärkeämpää. Vaikka musiikkia on käytetty joissakin hoitolaitoksissa vuosikautia hoitomuotona, tutkimusta on tehty vähänlaisesti.

Päivittäisissä tilanteissa dementoitunut kokee ympäristönsä kaoottisena ja jopa uhkaavana. Toiset asukkaat omine tarpeineen ja vajavaisine vuorovaikutustaitoineen lisäävät hämmennystä. Näin tapahtumaan tulee paljon muuttujia, jotka häiritsevät varsinkin orientaatio-ongelmista kärsivän stressitöntä selviytymistä tilanteesta. Musiikki-terapiahetki voi sisältää toistuvia, rituaalinomaisia piirteitä, jotka helpottavat tilanteen kokemista tutuna ja mahdollisimman ennustettavana. Varsinkin yksittäinen, tuttu laulu

tarjoaa dementoituneen sisäiseen maailmaan kokemuksen jostain rakenteellisesti ehyestä. Rakenteen kokemisen lisäksi musiikki voi toimia musiikkiterapiassa kokemuksellisesti aktivoivana sekä assosiaatioita ja muistoja herättävänä tekijänä. (Thaut 1990a, 23-27.)

Musiikkiterapia antaa mahdollisuuden monentasoiseen ja -laatuiseen osallistumiseen. Jo pelkkä läsnäolo tekee mahdolliseksi elävän musiikin kuunteluelämyksen ja osallisuuden kokemuksen. Dementoitunut saattaa itse kuvitella laulaneensa mukana, tai olleensa tanssimassa, vaikka on näyttänyt nukkuvan terapiassa. Korviaan ei voi nukkuessaankaan sulkea.

Muistojen herääminen, turvallisuuden- ja yhteenkuuluvuuden tunteen kokeminen, tunteiden aktivoiminen ovat esimerkkejä niistä yleisimmistä tekijöistä, joita vanhojen, tuttujen yhteislaulujen sanotaan saavan aikaan. Orientoituneiden ja keskusteluun kykenevien vanhusten kohdalla tämä on hyvin ymmärrettävää ja toimii vaikkapa keskustelu- tai muistelupiirin yhteydessä. Sen sijaan dementoituneiden parissa keskustelut ovat usein sisällöltään ja merkitykseltään vaikeasti tulkittavia, samaa kaavaa toistavia tai sisäisesti ja/tai ulkoisesti ristiriitaisiin ilmaisuihin päättyviä. Keskustelujen sisällöt tekevät jatkamisen mahdottomaksi eikä ilmaistu, verbaalinen aines välttämättä edes vastaa sitä, mitä puhuja haluaisi sanoa. Saloheimon mukaan musiikin avulla voidaan saada kontakti vanhukseen, jonka todellisuudentaju on hämärtynyt. Väläyksenomaisesti tuttu laulu tuo turvallisuuden tunnetta ja hetkellistä helpotusta, vaikkei potilas enää ymmärrä puhuttuja sanoja. (Leijala 1992).

Aktiivisuuden ulkoisesti lisääntyessä voi terapiassa hyrällä muiden mukana tai tapailla laulun sanoja. Sanavihkojen käyttö, laulutoiveiden esittäminen, laulujen aiheista keskusteleminen ja muisteleminen ovat esimerkkinä vaativammista tehtävistä, joihin kutakin pyritään aktivoimaan edellytysten mukaan.

### 3 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Aikaisempia tutkimuksia

##### *Mitä muistaminen on?*

Dementoituneiden musiikkiterapia ei-kielellisenä terapiamuotona on monien haasteiden edessä. On tunnettua, että esimerkiksi laulut herättävät muistoja menneistä ajoista ja jopa melko puhumaton dementoitunut voi toistaa pitkiäkin osia aikaisemmin osaamastaan laulusta (Aldridge 1996, 197). Vaikka tällainen muistaminen ei välttämättä ole muistamista kognitiivisessa mielessä, antaa se kuitenkin merkityskokemuksen jonkin asian hallitsemisesta. Laulamalla tai yleensä yhteislauluryhmässä istumalla voi kokea yhteiseen toimintaan ja vuorovaikutukseen osallistumista, johonkin kuulumista.

Mihin muistaminen tai unohtaminen perustuu? Tilviksen (1993) mukaan löytyy todisteita siitä, että sairaudettoman aivojen vanhenemisen aikana tapahtuu [neuronitasolla] merkittävää kompensatiota. Jäljellä olevat kortikaaliset neuronit pystyvät suotuisissa olosuhteissa lisäämään dendriittipuustonsa tiheyttä. Kuitenkaan esim. Alzheimerin tautia sairastaneiden aivojen kuorikerroksessa ei kompensatiota havaita. Solutuhon seuraukset määräytyvät vanhojen hermosolujen kemiallisen ja morfologisen plastisuuden ja niistä seuraavan kompensatiotehon summana. (Tilvis 1993, 50.)

Tilviksen mukaan joustavuus eli plastisuus on toinen keskushermoston toimivuutta ohjaava ominaisuus. Käsite merkitsee tässä yhteydessä hermoverkoston kykyä muuttua tilanteen vaatimusten mukaisesti. Kehittyvät, nuoret aivot ovat hyvin plastiset. Ulkoiset ärsykkeet ja oppiminen ovat vaikuttamassa syntyvien solukontaktien määrään ja laatuun.

Plastisuus muovaa näin ihmisen koko persoonallisuuden. Joustavuus ei katoa kuitenkaan vanhemmiten, vaikka se vähenee ajan myötä. Myös ikääntyneillä on keskushermostossa jäljellä satoja miljardeja hermosoluja, joilla on kyky muodostaa korvaavia solukontakteja poistuneiden hermosolujen jättämien aukkojen yli. Vanhojen aivojen neuronit pystyvät tarvittaessa myös luomaan uusia synapseja, hermoliitoksia, ja siten tihentämään iän mukana harvenevaa hermoverkostoa. Plastisuus tulee ilmi vain, jos uusille kontakteille on käyttöä. Plastisuuden käyttövoimana toimivat ulkoiset ärsykkeet, joiden prosessointia varten uusia kontakteja käytettäisiin. Tällä perustavaa laatua olevalla neurobiologisella ilmiöllä on merkitystä niin onnistuneesti vanhenevan yksilön henkisen suorituskyvyn säilymisen kannalta. Tilvis rohkaisee vielä ikääntyneitä käyttämään monipuolisesti aivojaan, sillä aivojen plastisuutta voidaan auttaa jatkuvalla henkisellä monipuolisella ponnistelulla iästä riippumatta. (Tilvis 1993, 50-51.)

On esitetty ajatuksia, että muistamattomuuden syy ei ole varsinaisesti muistin menettämisessä, vaan pikemminkin kyvyttömyytenä tavoittaa muistettavaa asiaa (Jorm 1987). Restak (1984) on todennut, että kauan sitten menneistä tapahtumista on helpompaa tavoittaa asiaan liittyviä mielikuvia kuin tunteita. Tunnettua on myös ns. valikoiva muisti, kuten myös valikoiva unohtaminen. Muistamme paremmin asioita, joihin liittyy positiivisia tunteita. Se, mitä milloinkin muistamme tai unohtamme on enemmän tai vähemmän tiedostamaton tapahtuma. Unohtaminen liittyy myös muistettavan tiedon merkitykseen ja määrään. Tiedonkäsittelykapasiteetin heikentyessä vanhemmalla iällä on ilmeistä, että osa tiedosta "unohtuu", eräessä mielessä vähemmän merkityksellisenä. Myös elämäkokemuksella on merkitystä valikoidussa muistamisessa. (Erdonmez 1997, 116-117.)



Bryantin (1991), Christien (1992) ja Olderog Millardin&Smithin (1989) mukaan musiikkiterapiaa on käytetty eristäytymiseen ja vetäytymiseen taipuvaisille sosiaalisten ja kommunikaatiotaitojen kehittämiseksi. Clair (1990, 1991) sekä Clair ja Bernstein (1990) ovat havainneet musiikkiterapiaryhmät hyödyllisinä lisäämään kommunikointia, katsekontakteja, laulamista ja paikoillaan istumista. Myös levottomuutta ja vaeltelua on tuloksellisesti voitu vähentää musiikkitoiminnan avulla. (Aldridge 1996, 195-196.)

Smith (1986) on tutkinut kolmentyyppisen aktiviteetin, musiikillisen muistelun, verbaalisen muistelun ja pelkän musiikkitoiminnan vaikutusta orientaatioon, tarkkaavaisuuteen ja kielellisiin kykyihin. Kahdella ensimmäisellä toiminnalla saatiin kehitettyä kielellisiä kykyjä, mutta musiikkitoiminnalla kaikkia mainittuja osa-alueita. (Aldridge 1996, 197.)

### *Musiikki - ei-kielellinen silta menneeseen*

Ei-kielellisen viestinnän merkitystä on lisääntyvässä määrin korostettu musiikkiterapiatutkimuksen kehittymisen myötä (Pavlicevic 1997, 10-14). Musiikin tutkimus on jo pitkään huomionut musiikin kommunikatiivisen moniulotteisuuden (esim. Gfeller 1990, 50-59). Pelkällä verbaalisella viestillä voimme ilmaista kyllä mitä tarkoitamme, mutta emme sitä kuinka tarkoitamme (Bengtsson 1982, 31).

Tutut kansanlaulut ja iskelmät tarjoavat yhtäältä tietynlaisen rakenteellisen kehyksen, musiikillisen kokonaisuuden ja sanoitukset toisaalta musiikkiin kiinteästi kuuluvina sanallisen tarinan, joka johdattaa ajatukset ja mielikuvituksen tiettyihin, emotionaalisesti virittyneisiin teemoihin. Musiikin asettamat rajat ovat kuitenkin väljät ja sallivat laulun

esittämisen hyvinkin monella tavalla. Tällöin liikutaan osittain myös amodaalisten aistiko-  
kemuksien alueella, jolloin esimerkiksi laulun herättämien tunnelmien mukainen ei-  
sanallinen vuorovaikutus on mahdollista.

Laulun kuuleminen on ajallisesti etenevä, ajatuksia, tunteita ja fyysisiä reaktioita  
synnyttävä kokemus. Musiikin, erityisesti rytmien motorisesti aktivoivaa vaikutusta on  
monin tavoin hyödynnetty musiikkiterapiassa (Thaut 1990b, 33-39). Pelkkä musiikki  
sisältää tiettyä loogisuutta, jännitteitä ja purkauksia. Kansanlaulujen tai iskelmien sanat  
taas ovat yleensä suorasanaisia ja helposti ymmärrettäviä. Sanoihin liittyy usein tun-  
nesisältöinen tarina, seurusteluun liittyvä tai kotiseutua ihannoiva. Suru- tai  
kaihomielisyyden sanoissa ja mollisointuisuus on tyypillisiä suomalaisen mielimusiikin piirre  
(Lehtonen & Niemelä 1997, 129).

Monessa yhteydessä on todettu, että dementoitunut voi "muistaa" nuoruutensa aikaisia  
lauluja erityisen hyvin. Tietty musiikki saa vanhuksessa joskus aikaan toistuvasti  
samanlaisia reaktioita. Tällöin terapeutin on mahdollista pyrkiä selvittämään tuon reaktion  
taustalla vaikuttavia tekijöitä. (Leijala 1992). Jopa lähes puhumatonta dementoitunut  
pyrkii usein toistamaan tutun laulun sanoja muiden mukana. Mm. tästä syystä yhteislaulu-  
jen laulamista harrastetaan useissa vanhainkodeissa.

### 3.2 Käsitteitä vanhenemisestä ja dementiasta

Rubin, Rahhalin ja Poonin (1998, 3-19) mukaan parhaiten muistetaan  
varhaisaikuisuuden, 10 - 30 vuoden ikäisenä koettuja tapahtumia. Sama ilmiö liittyy myös  
esim. suosittujen musiikkikappaleiden muistamiseen. Ilmiötä tutkittiin myös vertaamalla

30 ikääntyneen muistamista iältään ja koulutukseltaan vastaavaan joukkoon Alzheimer-potilaita. Ei-sairastavat muistivat keskimäärin 18 ja Alzheimer-potilaat 8 tapahtumaa, mutta jakaumaltaan tulokset olivat yhtenäiset, parhaiten olivat muistissa tapahtumat ajalta, jolloin muistelija oli n. 20-vuotias. (Rubin ym. 1998, 3-8.)

Mm. Erik H. Erikson (1962) ja Naomi Feil ovat puhuneet "minän eheytymisestä" vanhuuden kehitystehtävänä, minkä seurauksena on tuloksena "vanhuuden viisaus". Eheytyminen voidaan saavuttaa aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyneiden kriisitilanteiden onnistuneiden ratkaisujen kautta. Elämä nähdään kokonaisuutena, missä kaikilla koetuilla, kipeilläkin asioilla on oma tarkoituksensa. Päinvastaisessa tapauksessa tuloksena on epätoivo ja katkeruus. (Dunderfelt 1992, 216.)

Dementoituneiden parissa työskennellyt Feil (1993) pyrkii erityisesti ottamaan huomioon verbaalin vuorovaikutuksen puuttumisen. Dementiapotilaiden hoidossa vuorovaikutuksella on keskeinen asema. Feilin validaatio-menetelmä keskittyy potilaan tarpeista lähtevän tunnetason vuorovaikutuksen kehittämiseen. Tällöin dementoituneen tilanteeseen eläytyminen avaa mahdollisuuksia saada tälle kokemus ymmärretyksi tulemisesta. Tämä edelleen toimii ahdistusta vähentävästi, minkä sitten oletetaan näkyvän dementoituneen olemuksessa. Mitä vähemmän ahdistunut vanhus on, sitä helpompi hoidettava hän on.

Feilin mukaan dementoitunut ei ole "tylsistynyt". Feil ei mielellään käytä termiä "dementia", vaan tarkastelee dementoituvia vanhuksia vuorovaikutuksen näkökulmasta ja määrittelee vuorovaikutuksen menetelmät dementoituvien disorientaation vaiheiden mukaan. Ikääntymisen myötä jotkut vanhukset menettävät kykynsä orientaatioon, jolloin esim. ajan ja paikan taju häviää.

Hans Thomae on kehittänyt prosessinomaisen, kognitiivisen teorian vanhuuden persoonallisuudesta. Teorian lähtökohtana on, että elämänmuutoksen havaitseminen pikemmin kuin itse elämänmuutos vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen. Thomaen mielestä sekä aiempi elämänhistoria, senhetkinen tilanne että tulevaisuuden mahdollisuudet vaikuttavat käyttäytymiseen. Vaikka mallia kutsutaan kognitiiviseksi, siinä otetaan huomioon myös tunteet ja motiivit. (Ruth 1993, 57-58.)

Thomaen tutkimus osoittaa, että vanhojen ihmisten reagointi ongelmiin on tilannekohtaista riippuen siitä, mitä elämänaluetta ongelma koskee. Tämä merkitsee sitä, että ikääntyneillä on varsin hyvä kyky reagoida erilaisiin tilanteisiin, päinvastoin kuin on esitetty. (Ruth 1993, 58.)

Thomaen esittämä vanhenemisteoria edustaa kognitiivista näkökulmaa ja korostaa tunne-elämän merkitystä. Teoria perustuu kolmeen perusolettamukseen, joista ensimmäisen mukaan tietyn tapahtuman objektiivinen luonne ei ole ratkaiseva, vaan tapahtuman subjektiivinen arvostus. Esimerkkinä käytetään puolison menetystä, mikä ei sinällään ole välttämättä ratkaisevaa. Menetyksen vaikutus riippuu tämän ihmissuhteen merkityksestä ko. henkilölle ja hänen kyvystään luoda uusia ihmissuhteita. Toisen perusolettamuksen mukaan jokainen tilanteessa tapahtunut muutos havainnoidaan ja sitä arvostetaan yksilöä hallitsevien tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Toisin sanoen tunteilla ja odotuksilla on ratkaiseva merkitys arvioitaessa elämänmuutosten merkityksiä. Kolmas olettaamus väittää, että yksilö pyrkii käyttäytymisellään luomaan tasapainoa tiedollisten käsitystensä ja tunne-elämänsä vaatimusten välille. Tässä mielessä yksilö luo erilaisia keinoja, joita Thomae nimittää kognitiivisen restruktuuaation eli tiedollisen uudelleen suuntautumisen

tekniikoiksi. Näiden tekniikoiden avulla yksilö pyrkii suoriutumaan vanhenemiseen liittyvistä vaikeuksista. (Stenbäck 1982, 56-57.)

Eräs selitys tunne-elämän merkityksen korostumiselle lähtee kognitiivisista emootioiteorioista, jotka yhtäältä viittaavat emotionaalsiin odotuksiin. Tällöin emootion syntyminen perustuu tiettyyn tunnistettavuuteen ja tilanteeseen, jossa odotus ei täytykään. (Erkkilä 1996, 98.) Vaikeasti dementoituneen kokemusmaailmalle lienee joissakin tapauksissa tyypillistä sisäisistä impulsseista syntyneet, ulkoisiin realiteetteihin nähden väärin arvioitua odotuksia. Toisaalta kognitiivisia prosesseja tutkinut Louhivuori (1990) viittaa informaation määrän kasvuun emotionaalisen kokemuksen yhteydessä. Tällöin alentuneet kognitiiviset kyvyt tavallaan merkitsevät tiedonkäsittelykapasiteetin alentumista, mikä johtaa emootioiden syntymisen lisääntymiseen.

### 3.3 Laulaminen ilmaisuna

Vanhassa suomalaisessa perinteessä laulutaito oli yksi ihmisen sosiaalisen arvostuksen mitta. Laulamisella arvioitiin paitsi laulajan taidot myös tiedot. Ennen kirjoitustaidon yleistymistä oli suullisella, sukupolvelta toiselle siirtyneellä tiedolla elintärkeä merkitys.

Myöhemmällä ajalla laulamiseen ja musiikkiin yleensä on voitu suhtautua myös vähemmän vakavasti. Vakavammat, "partasuien pakinat" sidottiin paksuihin kirjoihin ja laulamisen merkitys sai sosiaalisempia painotuksia. Kokoonnuttiin yhteen, pirttiin tai keinumäelle ja pistettiin lauluksi. Samoin erilaisiin työvaiheisiin liittyivät usein tietyt laulut. Laulujen sisällöt muuttuivat tarpeen mukaan. Laulujen ei tarvinnut enää kantaa tietoa maailman tai tulen synnystä, vaan laulettiin arkielämästä, nuorten seurustelusta ja

vielä tavallisemmin kaipuusta, vielä saavuttamattomasta tai menetetyistä rakkaudesta. Vanhainkodin asukkaita ajatellen aihe soveltuu hyvin juuri emotionaalisten merkitysten kannalta. Vaikeisiin, käsittelemättä jääneisiin asioihin liittyy usein läheisen menetys. Asiaan viitattiin usein esimerkiksi Tuoll' on mun kultani -laulun yhteydessä.

Toisaalta kansanlauluissa viitataan pääsääntöisesti nuoruusaikaan, johon perinteisesti liittyy heilastelua ja tulevan kumppanin etsimistä. Myös sota-aika sattuu useimmilla juuri tuohon hyvin mielessä säilyneeseen elämänvaiheeseen.

Laulujen laulaminen on ilmaisullista, ekspressiivistä toimintaa. Ollakseen emotionaalisesti merkityksellinen ja motivoiva on laulettavassa laulussa on oltava jotain ennestään tuttua ja tyyllisesti hyväksytyä (Thaut 1990a, 22). Merkittävyyttä lisää laulun sanoihin liittyvä omakohtainen kokemus, esimerkiksi toteutunut tai menetetty onni. Tarina on osa laulajaa itseään. (Lehtonen & Niemelä 1997, 71-73.) Laulu, josta henkilö ei pidä tai jota ei jostain syystä hyväksy jää joko laulamatta tai saa vaisumman ilmaisun. Tähän tavallisesti liittyvä negatiivinen emootio on terapeutille kuitenkin osoitus kyseisen laulun merkityksestä ja tuo siten arvokasta tarttumapintaa kyseisen asukkaan maailmaan.

#### 3.4 Musiikin terapeuttiset vaikutukset

Musiikin monipuolisesti aivojen eri osia stimuloiviin sekä erityisesti tunnetason prosesseja aktivoiviin vaikutuksiin on viitattu monessa yhteydessä. Musiikkiterapiassa on tunnettua, että toisen aivopuoliskon alueen vaurioihin voidaan vaikuttaa parantavasti paremmin toimivaa aivopuoliskoa stimuloivilla harjoituksilla. Käytäntöä voidaan tiivistetysti referoida periaatteella, jonka mukaan vasemman aivopuoliskon toimintahäiriöitä voidaan

korjata oikeaa aivopuoliskoa aktivoivilla, esimerkiksi melodisilla harjoituksilla ja vastaavasti oikean puolen häiriöitä rytmisillä harjoituksilla. (Thaut 1990a, 13-15., Erkkilä 1996, 110.)

Suomalaiset kansanlaulut ovat enimmäkseen melodisia, rytmisesti selkeitä musiikillisia, sävelen, harmonian ja sanojen muodostamia rakenteellisia kokonaisuuksia. Usein lauluun liittyy myös tarinan tai ajatusten muodostama ulottuvuus. Tällöin musiikki tarjoaa jäsentyneen elämismahdollisuuden dementoituneen kaottiseen tai jähmettyneeseen mieleen. Rytmistä vaikutusta voidaan tarvittaessa korostaa laulutilanteessa rytmisin aksentein, jolloin mukaansa tempaava eläytyminen ja jopa improvisointi mahdollistuu.

Sana emotio, tunnetila, mielenliikutus, tulee latinankielisestä sanasta e-move're [panna liikkeelle] (Aikio 1982, 182). Musiikki herättäessään emotioita saa ihmisen mielessä jotain liikkeelle. Lehtosen mukaan erityisesti musiikki voi toimia verbaaliin vuorovaikutukseen kykenemättömän dementoituneen maailmankuvan ja tunne-elämän tulkkina ilman verbaaliseen vuorovaikutukseen olennaisesti liittyvää, potilasta ihmisten läheisyydestä vieraannuttavaa kommunikaatio-ongelmaa. Musiikki voi ilmaista sellaista, jota ei voi kertoa sanallisesti ja saattaa nostaa esiin tiedostamattomia jo kauan sitten unohtuneiksi luultuja kokemuksia. (Lehtonen 1992, 291-292.)

Mitkä musiikkiterapian teoriat soveltuvat parhaiten dementiapotilaiden parissa työskentelemiseen? Yhä enemmän sijaa ovat saaneet ns. humanistis-eksistentiaalistiset näkökulmat. Erkkilä viittaa väitöskirjassaan teoreettisen näkökulman vaikutuksista myös tulosten lopulliseen tukintaan (Erkkilä 1997, 55). Sovellettavien teorioiden käyttökelpoisuus riippuu myös dementian vaikeusasteesta. Kognitiivisen tai kielellisen kyvyn menettämisen myötä on väylä eheyttäviin prosesseihin etsittävä muuta tietä.

Musiikki, varsinkin varhaisempiin elämäntilanteisiin liittyvät laulut, herättää tunteita ihmisissä. Erkkilä on kehitellyt musiikkiterapian teoriaa ja esittää ns. kolmidimensiomallin, jolla hän pyrkii kuvaamaan musiikin emotionaalisia vaikutuksia. Kolmidimensiomallin mukaiset musiikkiterapian tasot ovat vitaaliaffektitaso (VT), psykodynaaminen taso (PT) ja kognitiivinen taso (KT) (Erkkilä 1997, 57-58). Vitaaliaffektit ovat parhaiten kuvattavissa dynaamisten, kinesteettisten termien avulla, joita ovat aaltoilu, häipyminen, virtaaminen, räjähtäminen. Näihin kokemusilmiöihin liittyy läheisesti myös ns. amodaalinen, eli aistienvälinen havaitseminen (Erkkilä 1997, 28-32). Dementian edetessä ja kognitiivisten taitojen vähentyessä musiikin merkityksen voidaan tällöin ajatella painottuvan yhä enemmän psykodynaamisten ja vitaaliaffektien suuntaan. Amodaaliseen havaitsemiseen viittaa eräissä ohjeissa esitetty periaate, jota suositellaan käytettäväksi dementiapotilaiden kanssa kommunikoitaessa. Tällä tarkoitetaan käytäntöä, jossa verbaaliin, kuultavaksi tarkoitettuun viestiin liitetään myös muita aistikanavia käyttäviä viestintämuotoja (ilmeet, eleet, kosketus jne).

Dementian vaikeutuessa siirrytään käsitteellistä ajattelukykyä edellyttävistä kognitiivisista teorioista lähemmäksi psykodynaamisia teorioita ja edelleen sekundaariprosesseista primaariprosessien suuntaan. Ajattelun ja tahdon tietoisien hallinnan heiketessä tunteiden merkitys kuitenkin säilyy. Kun kyky käsitellä asioita verbaalisesti heikkenee, pyritään ymmärrys etsimään ruumiillisen ymmärtämisen arkaaisista merkitysskeemoista. Edellä mainitut merkitysskeemat ja primaariprosessiajattelu ovat Lehtosen mukaan tyypillisenä piirteenä juuri mm. dementiassa. Toisaalta siirtyminen primaari- ja sekundaariprosessien välillä on mahdollista, mihin viittaavat mm. Eva Basch-Kahren tutkimustulokset.



Musiikilla on kyky toimia objektina, joka integroi kokemuksellisesti pirstaloitunutta ainesta tunne-elämään liittyviksi mielekkäiksi merkityksiksi. (Lehtonen 1992, 288-289.)

Lehtonen viittaa musiikin mahdollisuuksiin tavoittaa aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyviä mielihyväsävyisiä muistoja ja merkityskokemuksia, jotka muutoin saattaisivat jäädä tavoittamatta. Lehtonen viittaa edelleen Mc Culloghin vuonna 1981 julkaisemaan tutkimukseen, jonka mukaan musiikin merkitys vanhuusiässä korostuu ja musiikin koetaan antavan uutta voimaa. Musiikki mahdollistaa myös psyykkisen työskentelyn kannalta tärkeän symbolisen etäisyyden muodostumisen. (Lehtonen 1992, 285-286.) Tällöin mahdollisesti ylivoimaisen vaikeana koettu asia voidaan esimerkiksi laulun kautta "nähdä ulkopuolelta", turvallisen etäisyyden päästä.

Niin sanotuissa ekspressiivisissä terapiamuodoissa puheen merkitys vähemmälle huomiolle. Sen sijaan korostetaan ilmaisun ja tekemisen merkitystä (Levine 1994, 71.) Työskenneltäessä henkilöiden kanssa, jotka ovat menettäneet kielellisiä valmiuksiaan, tämän suuntaiset ajatukset antavat toivoa erilaisten taideterapiamuotojen mahdollisuuksista.

Dementiapotilaiden kanssa työskenneltäessä on jokainen terapiakerta - ainakin osalle ryhmäläisistä - jollain tasolla ensimmäinen kokoontumiskerta. Vaikka olen käynyt kymmeniä kertoja samojen ihmisten parissa laulamassa samoja lauluja, jopa samassa järjestyksessä, tunnen esittäytyväni joillekin yhä uudelleen ensimmäistä kertaa. Monet tunnistavat minut, mutta sanovat ehkä nähneensä kerran aikaisemmin tai sitten arvelevat minun roolini väärin, esimerkiksi postinkantajaksi. Eri yhteyksissä on ollut puhetta terapiaprosessin sirkulaarisuudesta. Dementiapotilaiden kanssa korostuu työn sirkulaarisuus, aloitetaan alusta yhä uudelleen. (Levine, 1994, 80.) Jos terapiaa ajatellaan liiaksi lineaar-

risena, tavoitteisiin tähtäävänä prosessina, saatetaan toimintatapoja tai tavoitteita muuttaa hätiköidysti, ilman vastaavaa hyötyä.

### 3.5 Tutkimustehtävä

Pyrin työni avulla selvittämään musiikkiterapian asemaa ja ennen kaikkea yhteislaulujen laulamista käyttävän musiikkiterapian mahdollisuuksia dementiaa sairastavan elämänlaatua parantavana ja persoonaa tukevana tekijänä. Toivottava kehitys voi näkyä esim. kehittyneempänä ilmaisuna ja paremman laatuksena vuorovaikutuksena hoitajan ja hoidettavan välillä.

Tutkimusjakson alussa tiedustelin omahoitajilta hoidettaviensa asukkaiden henkilötietoja sekä pyysin arviointia lähinnä terveydentilan, vuorovaikutustaitojen ja hoitotyön tavoitteiden osalta. Liitteenä (LIITE 1) on kyselyyn liitetty kirje hoitajille. Laadin arviointia varten erityisen arviointilomakkeen (LIITE 2), jolla selvitetään asukkaan fyysistä ja henkistä tilaa ja sosiaalisia taitoja (ilmaisu, vuorovaikutus). Pyrin kartoittamaan kysymyksillä omahoitajan näkemystä asukkaan sen hetkisestä tilasta ja sosiaalisista taidoista. Edelleen pyysin kuvailemaan asukasta hoidettavana, hoitajan omasta näkökulmasta. Tiedustelin myös mahdollisia vaaroja tai haittoja, mitä musiikkiterapiasta voisi ko. asukkaalle olla.

Arviointilomakkeen avulla oli mahdollista saada tietoa asukkaista, tarkentaa terapian tavoitteita sekä olla vertailukohtana mahdolliselle myöhemmin tehtävälle arvioinnille. Lomakkeesta oli tarkoitus kehittää käyttökelpoinen musiikkiterapian arviointilomake myöhempää käyttöä ajatellen.

Arviointilomake palveli käytännössä myös tutkimuksen fokuosoinnin asettamista tutkimusjakson alkuvaiheessa. Näin tutkimusjakson lopussa käyttöön otettu lomake (LIITE 3) sellaisenaan on osa tutkimuksen tulosta.

### *Hoitosuhteen laatu*

Olen huomannut, että dementoituneen toimintojen ja ilmaisujen alituinen tulkinta ja merkitysten arvioiminen on omiaan lisäämään hoitotyön raskautta. Myös hoitosuhteen laatu heikkenee sairauden edistyessä, jolloin vastavuoroisuus vähitellen häviää (Paajaste 1997, 5). Työssäni on yhtenä ajatuksena musiikkiterapiatoiminnan integroiminen muuhun hoitoon, mikä tarkoittaa hoitotavoitteiden tiedostamista koko hoitoyhteisön piirissä.

Tämän työn eräs mielenkiinto kohdistuu paitsi musiikkiterapiaan dementoituneiden hoidossa, myös dementoituneen sosiaalisiin valmiuksiin ja niiden tavoitteelliseen kehittämiseen. Tällöin vuorovaikutustilanteiden laatu ja sen arviointi terapiaprosessissa ja sen ulkopuolella korostuu. Kotona dementiavanhusta hoitavat ovat tutkimuksen mukaan keskimäärin puolet stressaantuneempia kuin esim. kehitysvammaisten hoitajat. Tähän ovat pääasiallisena syynä dementoituneen käytösongelmat ja sairaudentunnon puuttuminen. (Paajaste 1997, 5.)

### *Kaksi ryhmää tarkastelun kohteena*

Tämän tutkimuksen aineistona on kahden vanhainkodin, Lievestuoreen palvelukeskuksen ja Mathilda-kodin dementiaryhmän musiikkiterapiatilanteista tehdyt havainnot noin

vuoden pituiselta ajalta sekä hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely tutkimusjakson alussa ja lopussa.

Lievestuoreen palvelukodin musiikkiterapiatoiminta on jatkunut vuoden 1995 lokakuusta alkaen ja seitsemän dementiaosaston asukasta on lähemmin tarkasteltavana. Mathilda-kodissa musiikkiterapiatoiminta on aloitettu vuoden 1994 helmikuussa. Alkuperäisiä jäseniä on jäljellä yhdeksästä aloittaneesta yksi. Tässä työssä tarkasteltavana on neljä Mathilda-kodin asukasta. Yhteensä asukkaita on siis yksitoista, jotka käyvät musiikkiterapiassa viikoittain. Asukkaat identifioitiin tutkimusta varten numerotunnuksilla (101...109 ja 205...213)

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

### *Tutkimukseni lyhyt historia*

Vuosien kokemus dementoituneiden musiikkiterapeuttina herätti kysymyksiä musiikkitoiminnan mahdollisuuksista parantaa asukkaiden elämänlaatua. Minua kiinnosti tutkia myös vakiintunutta työtapaani, sen hyviä ja huonoja puolia työn tuloksellisuuden kannalta. Olen ymmärtänyt, että vanhusten parissa tehdään paljon yhteislauluun perustuvaa musiikkiterapiaa. Siksi en halunnut tietoisesti muuttaa toimintatapojani myönteisten tulosten “varmistamiseksi”.

Tutkimus alkoi oikeastaan jo muutamia vuosia ennen varsinaisen tutkimusjakson alkamista. Mietin kyseistä kohderyhmää mahdollisena lopputyöaiheenani vuonna 1995. Tietoisempi tutkimuksellinen ote liittyi vuoden 1996-97 tutkielmaseminaariin, jolloin laadin ensimmäiset tutkimussuunnitelmat.

### *Menetelmät*

Halusin säilyttää menetelmien suhteen mahdollisimman suuren vapauden ja joustavuuden. Pohjimmaisena ideana oli kerätä monipuolista aineistoa, josta voi myöhemmin jättää pois tarpeettoman. Tutkimuksen mahdollisten fokuksien oli tarkoitus täsmentyä työn kuluessa. Myös tulosten suhteen yritin säilyttää avoimen asenteen. Arvelin saavani työhöni tuloksia vielä kirjoittamisvaiheessakin.

Tarkasteltavat ryhmät ovat aloittaneet toimintansa jo kuukausia ennen tutkimusjaksoa, joten useimmat mukana olleet asukkaat ovat osallistuneet musiikkiterapiaan ennen vuotta 1997. Tutkimusjakso aloitettiin hoitajille suunnatulla lomakekyselyllä (ks. luku 3.5) ja ryhmien videoinnilla. Näiden lisäksi tein terapian tapahtumista muistiinpanoja välittömästi terapiaistunnon jälkeen.

### *Aineiston käsittely*

Dokumentteina tutkimuksesta syntyi neljänlaatuista aineistoa, muistiinpanoja, videonauhoituksia, lomakearviointeja sekä ääninauhoja haastatteluista. Näistä kaksi ensimmäistä (muistiinpanot ja videonauhat) syntyivät ryhmätilanteita havainnoimalla. Jälkimmäisillä keruumenetelmillä (arviointilomakkeet ja haastattelut) saatu tieto tuli hoitohenkilökunnalta. Näin voidaan verrata, millaista tietoa kullakin menetelmällä voidaan saada ja miten tieto on hyödynnettävissä musiikkiterapian kehittämisen ja arvioimisen kannalta.

Osa kyselylomakkeiden tuloksista on tulkittavissa selkeästi määrällisin (kvantitatiivisin), osa taas laadullisin (kvalitatiivisin) menetelmin, joskin laadullisuuteen tässä työssä, kuten yleisestikin sekoittuu määrällisiä piirteitä. Kvantitatiivista osaa tuloksista edustaa osa kyselykaavakkeen tuloksista sekä videoanalyysien tulokset. Kvalitatiivisesti arvioitavaa ainesta edustavat muistiinpanot, haastattelut ja loppukyselykaavakkeet pääosin. Näin sekä musiikkiterapiatoimintoja että asukkaita hoitohenkilöstön näkökulmasta arvioitiin sekä määrällisin, että laadullisin menetelmin. Kvalitatiiviset analyysit tehtiin NUD\*IST (Non-Numerical-Unstructured-Data-Index-Search-Theorising) -ohjelmalla, jolloin tuloksena

saatiin haastatteluissa, muistiinpanoissa ja kuvailevissa vastauksissa esiintyneitä luokkia (kategorioita).

Alun perin odotin videoanalyseiltä havaintoja ei-verbaalista ilmaisusta ja osoituksia musiikin ruumiillisista merkityksistä. Videointien jälkeen kehitelin sopivaa arviointimenetelmää. Musiikin merkityksiin viittaavia havaintoja oli luultavasti istuntomuodosta ja asukkaiden vaikea-asteisesta dementiaasta johtuen niin niukasti, että päädyin lopulta havaitsemaan verbaali- ja tunneilmaisua sekä tiettyjä fyysisiä ilmiöitä, kuten laulaminen, ilme ja katse. Havainnot kirjattiin erikseen sen mukaan, tapahtuuko ko. ilmiö musiikin vai muun toiminnan aikana. Luotettavuuden lisäämiseksi myös toinen havaitsija koodasi itseni lisäksi videonauhat.

### *Validiteetti*

Säilytin kaikki neljä tiedonkeruutapaa tarkastelussa mukana, vaikka tutkimus pyrki nostamaan laadullisen aineiston määrällistä tärkeämmäksi. Tutkimuksessa luotettavinta tietoa edustavat videoinnit ja haastattelut, jotka dokumentoitiin kuva- ja ääninauhoille. Myös omahoitajien täyttämät lomakkeet kertovat asukkaahan hyvin tuntevan henkilön näkemyksestä asukkaasta. Vakiintuneet dementia- ja depressiivisyystestit olisivat luonnollisesti antaneet vakuuttavampaa osoitusta oireilujen muutoksesta, mutta pidän tärkeänä myös hoitajan subjektiivista näkemystä hoidettavansa tilanteesta. Muistiinpanot edustavat omaa, subjektiivista näkemystäni terapian tärkeimmistä tapahtumista ja kertovat siten ehkä enemmän oman kirjaamiskäytäntöni toimivuudesta kuin terapian tuloksellisuudesta (asukkaiden elämänlaadun kehittyminen) sinänsä.

## 5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

### *Terapiamenetelmä*

Terapia-asetelmana oli puoliavoin ryhmämusiikkiterapia pääasiallisena toimintamuotona yhteislaulujen laulaminen. Keskustelut tai verbaali viestintä kuuluvat myös tavallisesti tämän toimintamuodon puitteisiin. Laulujen lomassa syntyy asia- ja tunnesisällöltään vaihtelevia sanallisia vuorovaikutustilanteita. Terapiahetki alkaa ja päättyy aina jokaisen ryhmäläisen kättelyyn ja tervehdykseen. Tämän käytännön tarkoituksena on saada jokaiseen mahdollisimman välitön kontakti. Kerta kerralta toistuvan tervehdysrituaalin avulla pyrin mm. vähentämään ryhmäläiselle mahdollisesti oudon tilanteen synnyttämää ahdistusta ja tavallaan ei-kielellisesti "koodaamaan" tilanne kunkin tietoisuuteen. Yleisesti hoidollisena ajatuksena on ollut Eeva Päivärinnan esittämä hoidollisen vuorovaikutuksen periaate avoimuutta tukevana toimintamuotona (Päivärinta 1988, 1).

Terapiaistunto sijoittui kummassakin paikassa ajallisesti heti iltapäiväkahvin jälkeen. Tilana on ollut toisessa ryhmässä erillinen huone, kun taas toinen ryhmä järjestäytyi terapiaa varten kahvihuoneessa. Ryhmä pyrittiin järjestämään siten, että kaikilla ryhmäläisillä oli mahdollisuus katsekontaktiin sekä keskenään että terapeutin kanssa. Istunto jatkui tervehdyksen ja sanavihkojen jakamisen jälkeen terapeutin vetämänä yhteislauluhetkenä.

Laulut valittiin yhteislaulutarkoitusta varten kootuista, isotekstisistä lauluvihoista, joissa oli tutuimpia kansanlauluja, vanhoja iskelmiä ja lastenlauluja sekä joitakin hengellisiä lauluja. Halusin ohjata laulujen valintatilanteet, kuten laulujen välissä olleet



keskusteluhetket yleensä, mahdollisimman joustavan, sallivan ja ahdistusvapaan otteen merkeissä. Jos toivomuksia ei näyttänyt luonnostaan tulevan ryhmäläisiltä, saatoinkin helpottaa tilannetta kevyesti jutustelemalla ja “yhdessä” etsien auttaa seuraavan laulun löytämisessä. Tällöin jätin vähemmälle merkitykselle sen, kuka toivoi tai miksi toivoi. Laulujen säestys tapahtui akustisella kitaralla.

### *Alkuperäisiä toiminnan tavoitteita*

Alussa tehty lomakekysely täsmensi aikaisempia, yleisluontoisia musiikkiterapian tavoitteita, joita olivat mm. elämänlaadun ja vuorovaikutuksen parantaminen. Kyselyn tuloksina täsmentyneitä tavoitteita olivat edellä mainittujen lisäksi puhe- ja tunneilmaisun helpottaminen ja asukkaan aktivoiminen.

Depressio on melko tavallinen dementiaan liittyvä oire (ks. 2.1), minkä vuoksi sen ilmeneminen muodostaa aina yhden selvän hoitotavoitteen. Depressiiviselle ihmiselle on ominaista nähdä asiat ylivoimaisina ja muuttumattomina. Omat voimat eivät riitä asioiden muuttamiseen. Musiikkiterapiassa käytettävä eräs keskeinen periaate on auttaa löytämään asioihin uudenlaisia näkökulmia. Työskennellessään nuorten parissa Lehtonen käyttää ajatusta itsensä näkemisestä uudesta näkökulmasta, minkä edellytyksenä on ymmärtävän, lämpimän ja sallivan aikuissuhteen olemassaolon (Lehtonen 1993, 12). Miksei näin olisi myös aikuisilla tai vanhuksilla? Samoin itselleen merkityksellisen asian uudella tavalla näkeminen merkitsee muuttuvaa kokemusta omasta itsestä. Isossa puoliavoimessa musiikkiterapiaryhmässä tilanne tulee harvoin niin turvalliseksi, että ryhmäläinen kykenee puhumaan omasta itsestään. Sen sijaan on helpompaa käsitellä itsen ulkopuolisia aiheita.

## 5.1 Muistiinpanot

Kirjasin jokaisen terapiakerran jälkeen keskeisimmät havainnot asukkaista terapiatilanteessa ja ulkopuolella siltä osin kuin tapasin asukkaita muissa tilanteissa. Merkitsin muistiinpanoihin havaitsemiani tapahtumia, ilmiöitä ja tunnelmia eri terapiakerroilta. Kirjasin asukkaita koskevia havaintoja sitä mukaa, kun uutta mainittavaa ilmeni. Täydentävää lisätietoa asukkaista sain tarvittaessa henkilökunnalta. Työn edetessä kiinnittyi huomio erityisesti mahdollista muutosta osoittaviin ilmiöihin. Esimerkiksi aiemmin yleisen tason sanallinen ilmaus saattaa myöhemmin saada lisää tunnesisältöä tai viittauksia muistoihin. Muistiinpanot on koottu noin vuoden pituiselta ajalta, vuoden 1996 syyskuulta alkaen.

NUD\*IST -ohjelman avulla voidaan tarkastella muistiinpanojen sisältöä ja arvioida muistiinpanokäytännön toimivuutta terapiatyön tavoitteiden kannalta. Aineistoa voi verrata videonauhoilta saatuun tietoon, joka edustaa objektiivisempaa, näkö- ja kuuloaistiin perustuvaa, toistettavissa olevaa tietoa terapian kulusta.

## 5.2 Videonauhoitukset

Alku- ja loppukyselyn lisäksi on tutkimusjakson alussa ja lopussa n. yhden kuukauden aikana videointijakso, jolloin kolme terapiakertaa tallennettiin videolle. Halusin tarkastella terapiatilannetta jälkeenpäin ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmasta. Videonauhojen perusteella on mahdollista tehdä täydentäviä havaintoja ryhmäläisten ilmaisuista ja olemisesta terapiatilanteessa.

Videoaineiston autenttisuus ja havaintomahdollisuuksien monipuolisuus tarjosi mahdollisuuden tarkastella terapian sisältöä uudesta näkökulmasta. Lopullisten tulosten yhteydessä oli lisäksi mahdollista arvioida yksittäisen ilmiön merkitystä terapian kokonaistavoitteiden kannalta. Erilaisten vaiheiden jälkeen päädyin lopulta melko karkeaan, osallistujien erilaatuisten ilmaisujen kartoittamiseen eri terapiavaiheissa.

### 5.3 Arviointilomake

Alkuarviointi merkitsi tutkimuksellista lähtökohtaa. Se tuki toiminnan suunnittelua ja palveli tutkimuksellisten tavoitteiden asettamista. Lomake osoittautui melko pian huonosti toimivaksi asukkaiden arvioimista ajatellen. Asukkaiden väliset yksilölliset erot oli pystyttävä huomioimaan paremmin sekä kehityksen määrittämisessä että tavoitteiden asettamisessa.

Tutkimusjakson lopussa tehtiin henkilökunnalle (omahoitajille) loppukysely muokatulla arviointilomakkeella (LIITE 3), jolloin samoja kuin tutkimusjakson alussa tiedusteltuja asioita kyseltiin tällä kertaa laadullisuutta painottaen. Tulosten perusteella voidaan arvioida kyseisen terapiajakson tuloksellisuutta sekä tavoitteiden ja arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta.

### 5.4 Haastattelut

Lopuksi haastattelin dementiaosastojen vastaavia hoitajia. Väljänä runkona oli muokattu arviointilomake (LIITE 3) ja teemana musiikkiterapia osana dementoituneen

kokonaishoitoa. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhoille ja purettiin tekstimuotoon, jotka analysoitiin muun aineistoanalyysin yhteydessä NUD\*IST -ohjelmalla, jonka avulla laadin esiintyneistä aiheista hierarkisen puumallin (LIITE 4).

Kimmokkeen haastattelun liittämiseksi osaksi aineistoa sain käymistäni keskusteluista Mathilda-kodin vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Arviointilomakkeista saadut alustavat tulokset eivät hänen mielestään riittävästi osoittaneet asukkaiden kokonaistilanteeseen ja kehitykseen vajaan vuoden aikana. Osa ilmiöistä oli niin moninaisia ja yksilöllisesti vaihtelevia, että niitä oli mahdotonta kuvailla rajatuilla kysymyksillä. Haastattelujen tuloksia tarkastellaan luvussa 5.4.

## 6 TULOSTEN TARKASTELUA

Musiikkiterapian tutkimuksessa ovat laadulliset menetelmät saaneet yhä enemmän jalansijaa. Myös tämän tutkimusaineiston käyttökelpoisuutta arvioitaessa laadullisen tiedon erityinen merkitys määrälliseen verrattuna nousee esiin. Siksi on perusteltua tarkastella tuloksia ei aineistonkeruutapaan, vaan määrällisyys - laadullisuus -jakoon perustuen.

### 6.1 Määrälliset tarkastelut

Määrällisesti arvioitavaa aineistoa edustavat videoanalyysit sekä arviointilomakkeiden keskenään verrattavissa oleva alkuosa, joissa pyydettiin arvioimaan asukkaan oireilua. Myös jatkokysymyksissä, jotka koskevat ilmaisuun ja vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja saattaa olla määrällisiä viittauksia.

#### 6.1.1 Arviointilomakkeet

Olen pyrkinyt osana tutkielmaani kehittämään arviointilomakkeesta jatkossakin toimivaa asiakirjaa, jonka avulla voidaan täsmentää terapian kannalta merkityksellisiä seikkoja ja mahdollisia tavoitteita. Kysymyksistä osa on tarkasteltavissa kvantitatiivisin, osa kvalitatiivisin kriteerein.

Vaikeasti dementoituneiden ilmaisua, vuorovaikutusta ja kehitystä on vaikea mitata ja loogisesti havainnoida. Monentasoinen ja varsinkin ei-sanallinen aines pyrkii ainakin

määrällisesti korostumaan. Myöskään henkilöiltä itseltään saatavan, välittömän palautteen relevanttiutta on usein mahdotonta arvioida. Tämän vuoksi olen laatinut erityisen arviointilomakkeen, jolla pyysin omahoitajaa arvioimaan asukkaan tilaa ja sosiaalis-kognitiivisia taitoja.

Asukkaan oireilun määrä tai vaikeusaste ovat jo sinällään arvioita tilanteen kehityksestä. Oireilujen lisäksi tiedusteltiin avun tarvetta päivittäistoiminnoissa. Sosiaalisiin taitoihin liittyen hoitajaa on pyydetty arvioimaan puhetta ja tunteiden ilmaisua myös niiden riittävyyden kannalta.

### **Alkukysely**

On huomioitava, että eri henkilöt ovat täyttäneet lomakkeet, mikä osaltaan vaikuttaa asukkaiden väliseen vertailtavuuteen. Sen sijaan asukaskohtaisia muutoksia voidaan arvioida, koska sama (oma)hoitaja on tehnyt asukkaasta sekä alku- että loppuarvioinnin.

Lievestuoreen palvelukeskuksessa tarkasteltavat asukkaat ovat iältään keskimäärin 84,4 vuotta (81-90 v) ja vastaavasti Mathilda-kodissa 85,3 vuotta (82-90 v). Tutkimuksessa mukana olleiden keski-ikä oli näin ollen 84,7 vuotta. Miesten osuus on vähäinen, ainoastaan kaksi Mathilda-kodin asukkaista on miehiä.

Alussa tehdyn kyselyn perusteella asukkaiden tyypillisimpiä elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ovat aisteihin tai liikkumiseen liittyvät heikentyneet toiminnot. Aistitoimintojen, lähinnä näkökyvyn, häiriöitä on keskimäärin puolella joukosta. Liikkumisessa tarvitsee apua noin kolmannes, ruokailussa lähes puolet, pukeutumis- ja WC- toiminnoissa suurin osa. Henkisten toimintojen puolelta tyypilliset ongelmat liittyivät muistamishäiriöihin,

joita oli vaihtelevasti kaikilla tutkituilla asukkailla. Myös eriaisteiset mielialaan liittyvät ongelmat (lähinnä depressio) ovat yleisiä. Vain yhdellä Lievestuoreen asukkaalla ja kahdella Mathilda-kodin asukkaalla ei vastauksissa mainittu depressio-oireita. Myös vajavainen orientaatiokyky on tyypillistä tutkittaville, vain yhdellä asukkaalla ei kyselyn mukaan ole orientaatio-ongelmaa kun kaikilla muilla sitä on joko jonkin verran tai usein. Ajoittaista levottomuutta tai vaeltelua esiintyi kaikilla tutkittavilla.

Puheilmaisuus on kaikkiaan yhdeksästätoista tutkittavasta ymmärrettävää kuudella (6/11) ja osittain ymmärrettävää kolmella (3/11). Yksi ei puhu käytännössä lainkaan ja yksi puhuu epäselvästi. Yhdellä ymmärrettävästi puhuvalla puhumista pidettiin lisäksi liiallisena tai muita häiritseväenä. Tunteiden ilmaisu puuttuu kokonaan yhdeltä asukkaalta, on yllättävää, tilanteeseen näennäisesti kuulumatonta kolmella ja rajoittunutta tai hillittyä kolmella asukkaalla. Riittävänä tunteiden ilmaisua pidettiin kahdella ja liiallisena tai häiritseväenä kahdella asukkaalla.

Suhtautuminen muihin asukkaisiin vaihtelee sekä henkilön että tilanteen mukaan kahdella asukkaalla. Vihamielisyyttä ei esiinny, mutta torjuvaa suhtautumista yhdellä ja välinpitämätöntä kolmella asukkaalla. Myönteinen passiivinen asenne on kolmella ja myönteinen aktiivinen kolmella asukkaalla.

Henkilökuntaan suhtautumisessa oli havaittavissa vähemmän henkilöön tai tilanteeseen liittyvää vaihtelua. Asenne on koettu pääosin myönteiseksi, joko passiiviseksi tai aktiiviseksi kahdeksalla asukkaalla (8/11). Yksikään hoitaja ei kokenut hoidettavansa kiittämättömäksi ja raskaaksi hoidettavaksi, vaan asialliseksi kahdessa ja kiitolliseksi, palkitsevaksi seitsemässä tapauksessa. Muiden osalla suhtautuminen vaihteli tilanteen mukaan.

Alustavan henkilökuntapalautteen mukaan osa vastaajista piti kysymyksiä vaikeina ja lomakkeiden täyttämistä vastenmielisenä tehtävänä. Esimerkiksi tästä syystä osa oli jättänyt kokonaan vastaamatta kysymyksiin 17-23, joissa tiedusteltiin mm. hoitajan omaa näkemystä siitä, mihin aikaisemmin kysytyihin kohtiin hän nimenomaan toivoisi hoitotoimenpiteillä voitavan vaikuttaa. Ainoastaan kuuden asukkaan lomakkeessa vastattiin kysymykseen 17 ("Mihin edellisten kohtien ominaisuuteen haluaisit ensisijaisesti vaikuttaa?"), jolloin toiveet liittyivät joko asukkaan sosiaalisiin taitoihin tai tunneilmaisun laatuun.

### **Loppukysely**

Muokkasin lomaketta laadullista arviointia paremmin palvelevaksi täyttäjiltä saamani palautteen perusteella. Lomake muokkautui pääsääntöisesti siten, että asukasta koskeva arviointi muutettiin valmiiksi annetuista vaihtoehdoista sanalliseen, kuvailevaan suuntaan. Musiikkiterapian mahdollisia tavoitteita kartoittavat kysymykset ovat vastaavasti vaihtoehtoja ja ehdotuksia tarjoavia. Osa kysymyksistä on jäämässä kokonaan pois ja vastaukset pyydetään yleisemmin kuvailevina ilman valmiita vaihtoehtoja. Tällöin lomakkeen täyttämiseen liittyy aina neuvottelu omahoitajan ja musiikkiterapeutin kesken. Lomakkeen laajempaa käyttöä ajatellen seuraava vaihe olisi sen laajempi kokeilu esimerkiksi muutaman muunkin musiikkiterapeutin käyttämänä.



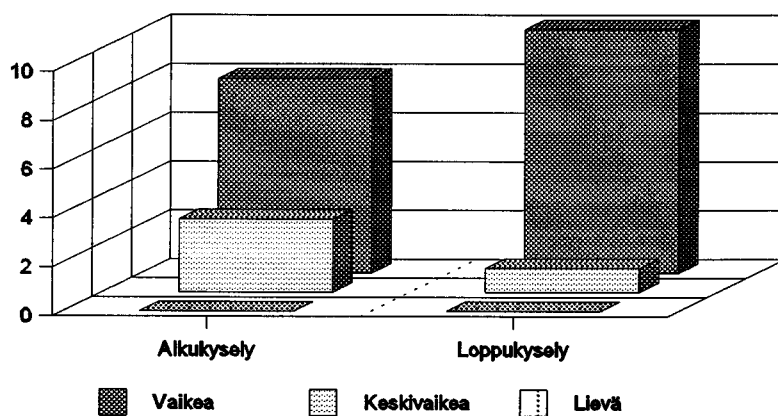
### **Yhteenveto arviointilomakkeiden tuloksista**

Lomakkeen alkupuolella esitetty kysymyssarja kartoitti asukkaiden neljän tyyppistä oireilua, depressiota, dementiaa, vaeltelua ja levottomuutta. Myös muulle oireilulle oli varattu tila lomakkeessa. Omahoitaja arvioi em. oireilut ilman erityisiä testejä, käytännön hoitotilannetta vastaavalla tavalla.

Lomakkeiden vertailu osoittaa depressio-, vaeltelu- ja levottomuusoireilussa huomattavaa vähenemistä. Sen sijaan dementiaoireilussa ei ole todettu mainittavaa muutosta. Sen on arvioitu lievenneen kahdella ja vastaavasti lisääntyneen kahdella asukkaalla, joten kokonaisuuteen nähden tilanne näyttää pysyneen keskimäärin ennallaan. Puhe- ja tunneilmaisun riittävyttä ja laatua on kuvailtu monipuolisemmin kehitellyllä lomakkeella. Näistä tuloksista huolimatta pidän kvantitatiivista arviointia kokonaisuuden kannalta ongelmallisena. Yksittäiset, vaikeasti ennustettavat muutokset asukkaan tilassa näyttävät tapahtuvan riippumatta musiikkiterapian tuloksellisuudesta. Tulokset on havainnoimisen helpottamiseksi esitetty pylväsdiagrammeina ja taulukkoina.

### *Dementia*

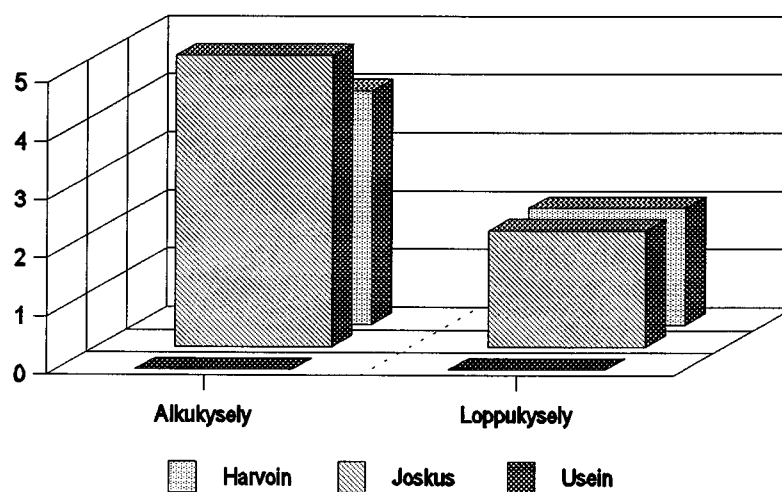
Kuviossa 1 on esitetty alku- ja loppukyselyssä ilmennyt dementian esiintyvyys. Tuloksista näkyy, että dementiaoireilu on lisääntynyt tutkittavien keskuudessa. Vaikeaa dementiaa on esiintynyt alkukyselyssä kahdeksalla ja lopussa kymmenellä asukkaalla. Keskivaikeaa vastaavasti alussa kolmella ja lopussa yhdellä. Yhdellä asukkaalla (101) dementia on lieventynyt ja kolmella lisääntynyt keskivaikeasta vaikeantasoiseksi. Lievää dementiaa ei esiintynyt tutkimuksessa mukana olleilla asukkailla.



**Kuvio 1. Dementian esiintyvyys alku- ja loppukyselyssä**

### *Depressiivisyys*

Depressiivisyys näyttää kyselyjen mukaan vähentyneen selvästi asukkaiden parissa. Kuviossa 2 näkyy, että asukkaiden määrä, joilla on harvoin esiintynyttä depressiivisyyttä on vähentynyt neljästä kahteen ja jonkin verran esiintynyttä viidestä kahteen. Usein

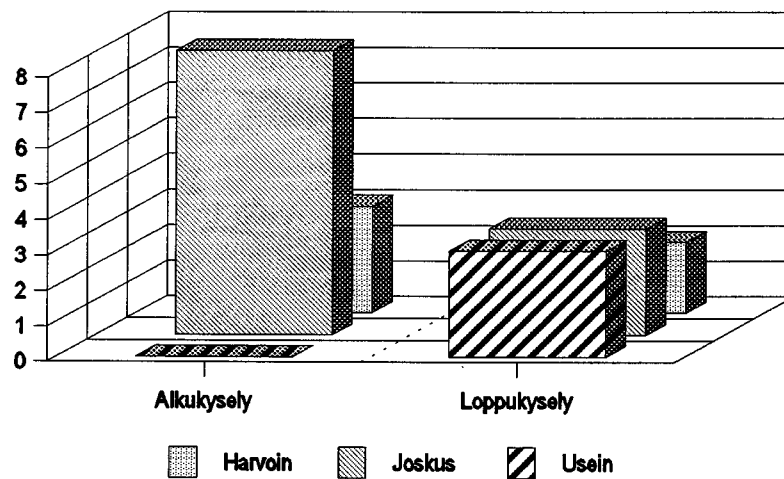


**Kuvio 2. Asukkaiden depressiivisyys alku- ja loppukyselyssä**

ilmennyttä depressiivisyyttä ei havaittu alku eikä loppukyselyssä. Kuviosta voidaan nähdä, että kaikilta niiltä asukkailta, joilla alkukyselyssä oli merkitty harvoin esiintynyttä depressiivisyyttä, depressiivisyys oli loppunut. Viideltä jonkin verran depressiosta kärsineeltä kahdella tilanne ei ollut muuttunut, kahdella depressiota esiintyi harvoin ja yhdellä ei lainkaan.

### *Vaeltelu*

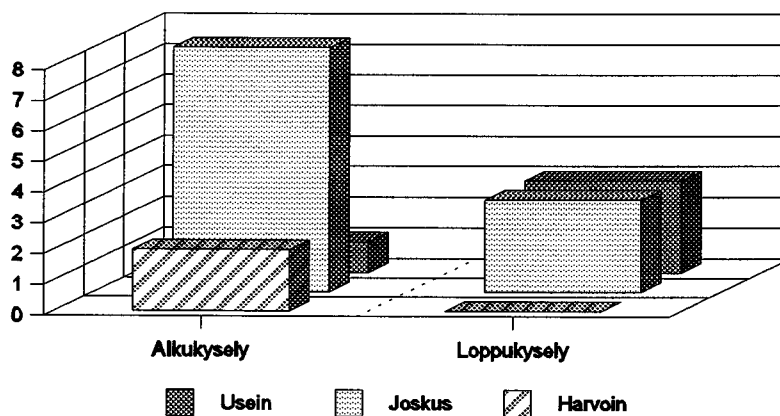
Kuvion 3 mukaan vaeltelevien asukkaiden kokonaismäärä on alkukyselyssä ollut 11, kahdeksalla joskus ja kolmella harvoin, eli kaikki tarkastelussa mukana olevat. Lopussa vaeltelua ilmeni kahdeksalla asukkaalla. Aleneva kehitys on ollut harvoin (vähentynyt kolmesta kahteen) ja joskus (kahdeksasta kolmeen) vaeltelevilla, yhteensä neljällä asukkaalla. Usein vaeltelevien määrä on lisääntynyt kolmella asukkaalla (alussa nolla).



**Kuvio 3. Vaeltelun esiintyvyys alku- ja loppukyselyssä**

### *Levottomuus*

Kaikilla tutkittavilla on ollut myös levotonta käyttäytymistä (Kuvio 4) alkukyselyssä (11 asukasta). Lopussa levottomuutta ilmeni kuudella asukkaalla. Aleneva kehitys on



**Kuvio 4. Levottomuus alku- ja loppukyselyssä**

ollut harvoin ja joskus levottomasti käyttäytyneillä, viidellä asukkaalla. Usein levottomien määrä on lisääntynyt yhdestä kolmeen.

#### 6.1.2 Videoanalyysit

Toinen terapiatilanteita tarkasteleva tiedonkeruumenetelmä oli videointi, jolloin tutkimusjakson alussa ja lopussa taltioitiin molemmissa terapiaryhmissä kolme terapiaker-  
taa. Videonauhoja oli tarkoitus käyttää arvioitaessa ilmaisu- ja vuorovaikutusta terapiati-  
lanteissa. Näitä arvioitiin tarkkailemalla ryhmäläisten puhe- ja tunneilmaisua, laulua ja  
fyysisiä ilmiöitä yleensä. Havainnot kirjataan erikseen sen mukaan, tapahtuuko ko. ilmiö  
musiikin vai muun toiminnan aikana.

Toimintoja havaitaan terapiaistunnon alussa (alusta ensimmäisen laulun loppuun), kahdesta kohtaa terapiatilanteen aikana (n. 15 ja 30 minuutin kohdalla) sekä viimeisen laulun alusta terapiahetken loppuun. Havaintohetkessä on oltava vähintään yksi keskusteluosuus ja yksi yhteislaulu. Alku- ja loppuhetkessä on erityisenä tapahtumana kädestä pitäen tervehdys, johon liittyy alkutervehdyksen yhteydessä lisäksi lyhyt kuulumisten tiedustelu.

Nauhat on koodattu tunnuksilla L1...L6 (Lievestuoreen palvelukeskus) ja M1...M6 (Mathilda-koti). Alkujakson videoinnit (L1...L3 ja M1...M3) ovat tammi-helmikuulta ja loppujakson (L4...L6 ja M4...M6) elo-syyskuulta.

### **Arviointiperusteet**

Videoaineiston autenttisuus ja havainnointimahdollisuuksien monipuolisuus tarjoaa mahdollisuuden tarkastella terapian sisältöä objektiivisemmasta näkökulmasta. Lopullisten tulosten yhteydessä on lisäksi mahdollista arvioida yksittäisen ilmiön merkitystä terapian kokonaistavoitteiden kannalta. Erilaisten vaiheiden jälkeen päädyin lopulta melko karkeaan, osallistujien erilaatuisten ilmaisujen kartoittamiseen eri terapiavaiheissa.

Videohavaintojen luotettavuuden lisäämiseksi itseni (R) lisäksi myös toinen tarkkailija (P) teki havainnot videoaineistosta. Henkilö P ei tunne asukkaita tai kyseistä hoitokontekstia ennestään.

Videonauhojen analyysissä päädyttiin monien vaiheiden jälkeen lopulta kolmeen pääluokkaan ilmaisujen arvioimisessa, verbaali- 1. sanallisten ilmaisujen, tunneilmaisujen

ja muiden fyysisten toimintojen luokkaan. Esimerkiksi verbaali-ilmaisujen yksityiskohtaisempi kirjaaminen olisi huomattavasti lisännyt työn laajuutta ja suunnannut fokusta eri suuntaan kuin terapeuttisessa toiminnassa tapahtui (puheen osuus vähentyi). Vielä laadullisista kriteereistä riisuttuna näinkin karkea jako tuotti aika-ajoin tulkintaongelmia.

Ilmiöiden, kuten esimerkiksi puheen ja tunneilmaisun samanaikaisuus, merkitään jokaiseen ao. kohtaan. Täten ilmaisun mahdollinen kokonaisvaltaisuus tulee esiin määrällisenä tuloksena.

Verbaali-ilmaisujen luokka jaetaan neljään alaluokkaan, musiikin herättämä ilmaus, puhuminen, kysyminen ja vastaaminen. Näistä ensimmäiseksi luetaan puheilmaisu, joka liittyy juuri laulettavana olevaan tai laulettuun musiikkiin (tai sanoitukseen). Kysyminen tarkoittaa tässä yhteydessä kysymyksen tai ehdotuksen esittämistä, toisin sanoen muille esitetty puheilmaus, joka jättää odottamaan muilta jonkinlaista vastausta tai muuta toimintaa. Vastaaminen on edellä kuvailun "kysymyksen" herättämä toiminto tai sanallinen vastaus. Puhumiseksi luokitellaan mikä tahansa muu puheilmaus.

**VERBAALI-ILMAISUT**

***(Painotuskerroin: 1)***

- MUSIIKIN HERÄTTÄMÄ
- PUHUMINEN
- KYSYMINEN
- VASTAAMINEN

**TUNNE**

***(Painotuskerroin: 4)***

**FYYSISET TOIMINNOT**

***(Painotuskerroin: 4/3)***

- LAULAMINEN
- KATSE
- ILME

**Videohavaintojen luokitus painotuskertoimieen**

Tunneilmaisukategoriaan kuuluvat itku, nauru tms. ei-sanalliset ilmaisut tai sanallista tunneilmaisua, jolloin merkintä tehdään lisäksi verbaali-ilmaisuun. Kasvojen ilmeeseen voidaan myös tulkita liittyvän tunneilmaisua.

Fyysisiin toimintoihin luetaan videolta havaittavissa olevat laulaminen, katse ja kasvojen ilmeet. Laulamiseksi luokitellaan toiminto, jossa suu tapailee laulun sanoja riippumatta siitä, kuuluuko ääni vai ei.

### **Arviointitulokset**

Videonauhojen tarkastelu täydentää merkittävästi omia muistiinpanoja. Tulokset on koottu taulukoiksi, joista on nähtävissä asukkaiden ilmaisulliset aktiviteetit neljässä terapiaistunnon kohdassa (0', 15', 30' ja 45'). Kummankin havaitsijan (P ja R) saamista tuloksista on esitetty alku- (1-3) ja loppujaksojen (4-6) osalta keskiarvo myös asukaskohtaisesti (101-213). Alku- ja loppujaksojen vertailu on esitetty taulukkomuodossa (LIITE 5), alkujakso (LIITE 6) ja loppujakso (LIITE 7). Koska puheilmaisuu on luettu neljää erityyppistä ilmaisua (musiikin herättämä, puhuminen, kysyminen, vastaaminen), fyysisiin toimintoihin kolmea (laulaminen, katse ja ilme) ja tunneilmaisuu pelkästään ao. ilmiöt olen esittänyt mainitut taulukot myös painotuskertoimilla korjattuna (liitteet 5b, 6b ja 7b). Näissä tunneilmaisut on kerrottu luvulla neljä ja fyysiset toiminnot luvulla 4/3. Tällä tavalla korjattujen taulukoiden yhteydessä on myös merkintä 'painotettu'. Tulosanalyysit ja tekstin yhteydessä esitetyt kuviot on esitetty myös painotetuista tuloksista.

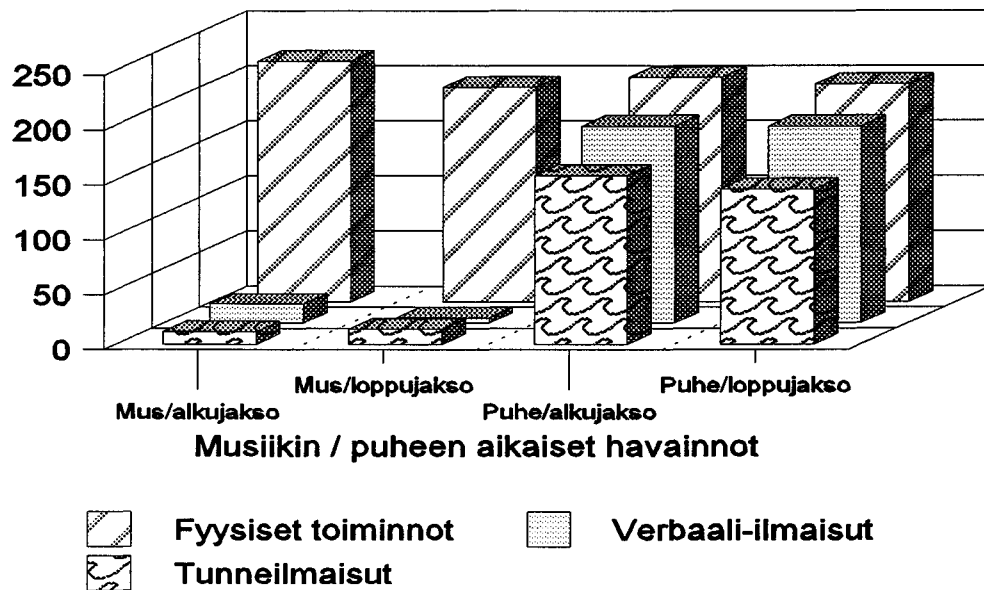
Alku ja loppujakson vertailutaulukkoon (LIITE 5a ja 5b) on esitetty keskiarvo kaikista videohavainnoista kummaltakin havaitisijalta. Taulukko jakautuu kolmeen blokkiin, joista ylin sisältää verbaalit (musiikin herättämä tai muu puhe, kysyminen, vastaaminen), keskimäinen tunne- ja alin fyysisiin toimintoihin luettavat ilmaisut (laulaminen, katse ja kasvojen ilme). Vasemmalta oikealle luettaessa edetään istunnon tarkasteluhetket alusta (0') välihavaintojen (15', 30') kautta loppuun (45'). Ilmiöt on edelleen jaettu kahteen luokkaan sen mukaan, ovatko ne tapahtuneet musiikin vai muun toiminnan (verbaali) aikana. Musiikin aikaiset havainnot on esitetty taulukossa selvyuden vuoksi harmaalla pohjalla. Sarakkeet 1-3 viittaavat alkujakson ja 4-6 loppujakson havaintoihin. Lisäksi taulukossa on oikeassa reunassa sarakkeet, joihin on laskettu yhteen kaikki musiikin ja puhetoiminnan aikaiset havainnot alku- ja loppujaksolta.

Alku- ja loppujaksojen vertailu viittaa kaikkien mainittujen ilmiöiden vähenemiseen 7-8 kuukauden pituisella tarkastelujaksolla arvioituna. Erityisesti näyttää vähentyneen musiikkitoiminnan aikaiset verbaalit ilmaisut, 17,5:sta 5:een (keskimäärin 71%) ja fyysiset toiminnot, 165:stä 147:ään (11%) sekä musiikkitoimintojen väliset (puheen aikaiset) tunneilmaisut, 38,5:sta 35,5:een (8%) ja edelleen fyysiset toiminnot, 154:stä 148:aan (4%).

Joidenkin kohdalla tämä selittyy tilan yleisenä heikkenemisenä, jolloin myös interaktiivisuus vähenee. Musiikkitoimintojen aikaiset verbaalit ilmaisut ovat toisaalta merkki hajanaisesta, ei varsinaiseen toimintaan keskittyneestä olemisesta, joka on saattanut "korjaantua" tarkastelujakson aikana. Myös terapeutin tanakampi ote yhteislaulun vetäjänä, ryhmän pienempi koko ja tiiviimpi muoto saattaa osaltaan selittää



loppujakson tulosta. Fyysisten toimintojen väheneminen sekä musiikkitoiminnan aikana että välillä viittaa eräiden tutkittavana olevien huomattavaan taantumiseen, jolloin tulos



**Kuvio 5. Ilmaisut alku- ja loppujaksolla. Painotettu**

on esimerkiksi kahdella asukkaalla (103 ja 108) laskenut 13:sta kahteen, eli ollut lopussa vain 15% alkujakson tuloksesta. Näin ollen fyysiset toiminnot ovat muiden osalta jopa keskimäärin lisääntyneet tarkkailujaksolla. Silmiinpistävää on musiikin aikaisten tunne- ja puheilmaisujen vähäisyys suhteessa muihin. Alku- ja loppujaksojen tuloksia on havainnollistettu graafisesti kuviossa 5.

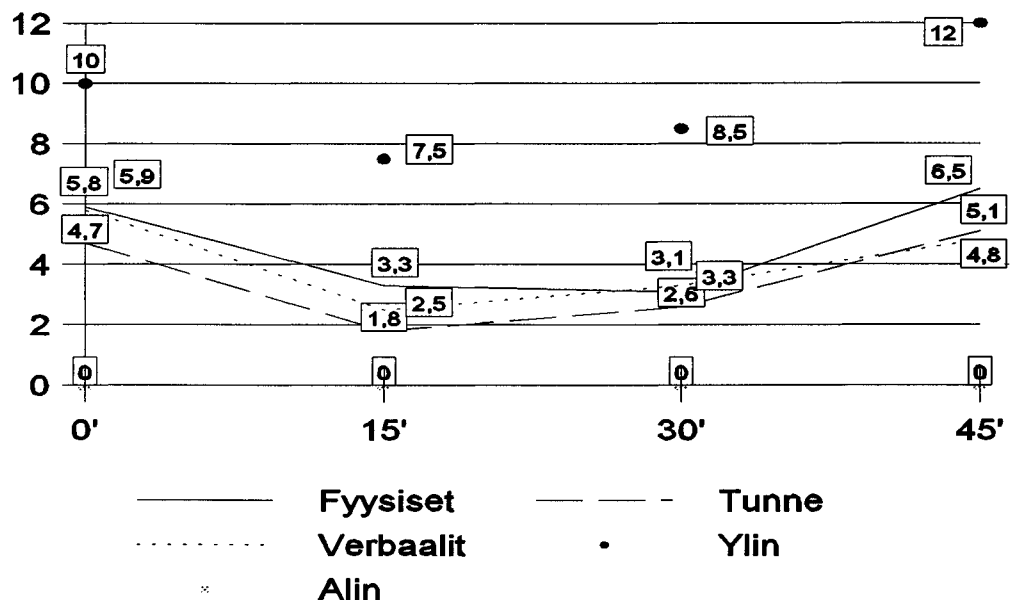
Terapiakohtaisesti tarkasteltuna aktiivisuuden muutokset antavat käsitystä toiminnan lyhytaikaisista vaikutuksista. Tällöin asukkaan tilassa tapahtuvat muutokset eivät selitä muutoksia yhtä kattavasti kuin pitkän jakson vertailussa, vaan istunnon alun ja lopun eroja selittävät itse toiminnon lisäksi asukkaan osallistumisesta ja sen hetkisestä tilasta

johtuvat seikat. Esimerkiksi alussa aktiivinen ja innokas voi väsyä ennen istunnon loppua. Yleisenä terapiahetken rakenteesta johtuvana ilmiönä aktiivisuus lisääntyi aina istuntojen alku- ja lopputilanteissa, jolloin kävin tervehtimässä vuorollaan jokaista kädestä pitäen.

## Alkujakso

### *Puheen aikaiset havainnot*

Liitteissä 6a ja 6b on esitetty alkujakson videohavainnot taulukkomuodossa. Kuviosta 6 näkyy, miten havaitut ilmiöt keskimäärin jakautuvat terapian neljänä tarkasteluhetkenä puheen aikana (laulujen välillä). Luvut on summattu alkujaksolta (3 kertaa), joten neljän havaintoluokan maksimimäärä on 12. Vertailu osoittaa ilmiöiden lisääntymistä terapiaistunnon aikana muilta osin paitsi verbaali-ilmaisujen osalta terapiahetken alussa



**Kuvio 6. Puheen aikaiset ilmaisut alkujaksolla. Painotettu**

ja lopussa vähennystä (5,8 - 4,8). Fyysisen toiminnan havainnot ovat istunnon puolivälissä jonkin verran (3,3 - 3,1) vähentyneet, mutta lopussa lisääntyneet (5,9-6,5).

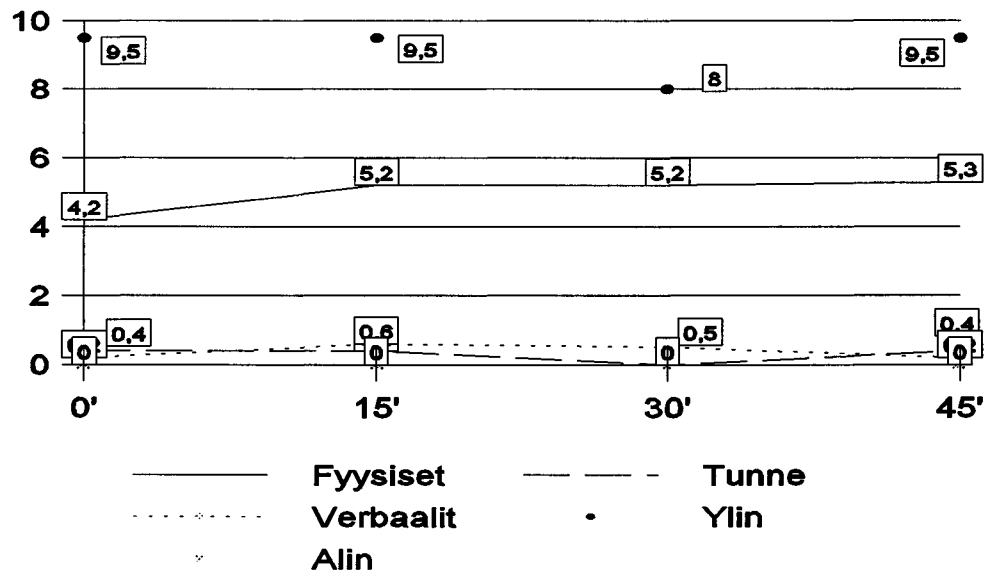
Alku- ja loppuhetkinä tapahtuva verbaali-ilmaisujen väheneminen koskee kahdeksaa asukasta. Yhdellä asukkaalla ilmaisu lisääntyi ja kahdella pysyi samana. Istunnon puolivälin tarkasteluhetkinä verbaali-ilmaisu lisääntyi keskimäärin (2,5 - 3,3), jolloin viiden asukkaan kohdalla se lisääntyi, kolmen kohdalla väheni ja säilyi kolmen kohdalla muuttumattomana.

Tunneilmaisuihin tapahtui jonkinasteista lisääntymistä keskimäärin sekä istunnon puolivälissä ja lopussa. Lisäys jakaantui viidelle asukkaalle, neljällä muutosta ei tapahtunut ja kahdella tunneilmaisut vähenivät. Fyysisten toimintojen lisääntyminen jakautui seitsemälle ja väheneminen neljälle asukkaalle.

Kuvioon on merkitty myös pienin ja suurin arvo jokaisena terapiahetkenä, mikä viittaa havaintoihin aktiivisimpien asukkaiden kohdalla. Näyttää, että ryhmän vireimmät asukkaat aktivoituvat istunnon aikana selvästi muita (keskimääräistä) enemmän.

#### *Musiikin aikaiset havainnot*

Musiikkitoiminnan aikana selvimmät muutokset on todettavissa fyysisten toimintojen lisääntymisessä varsinkin alku-loppuistuntoja vertailtaessa (4,2...5,3). Lisääntyminen jakaantui kuuden asukkaan osalle. Neljän kohdalla ilmaisut vähenivät ja yhden kohdalla pysyivät muuttumattomana. Muita, verbaali- ja tunneilmaisuja oli musiikkitoiminnan aikana huomattavasti vähemmän ja niiden määrässä tapahtui pientä vähenemistä



**Kuvio 7. Musiikin aikaiset havainnot, alkujakso. Painotettu**

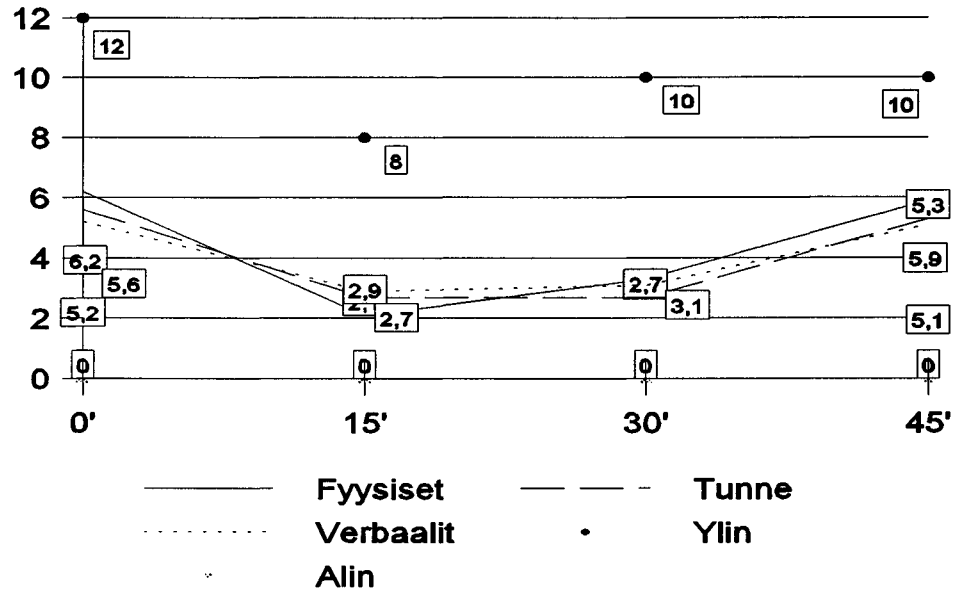
toiminnan aikana. Alkujakson musiikkitoiminnan aikaiset ilmiöt on esitetty painotettuna oheisessa kuviossa 7.

Merkille pantavaa on verbaali- ja tunneilmaisujen vähäisyys varsinkin laulutilanteissa. Kertoimilla painotettuina ne jäävät n. kymmenenteen osaan fyysisten toimintojen osuudesta.

## Loppujakso

### *Puheen aikaiset havainnot*

Loppujakson tulokset on esitetty vastaavanlaisina taulukoina (LIITE 7a ja 7b) ja kuvioina kuin alkujaksoltakin. Kuviossa 8 on esitetty loppujakson puheen aikaiset ilmaisut, joista vain fyysisten toimintojen osalla tapahtui selvää lisääntymistä istuntojen keskiosalla (2,1...3,3). Lisääntyminen keskittyi kuuden asukkaan kohdalle. Kahden tulos ei

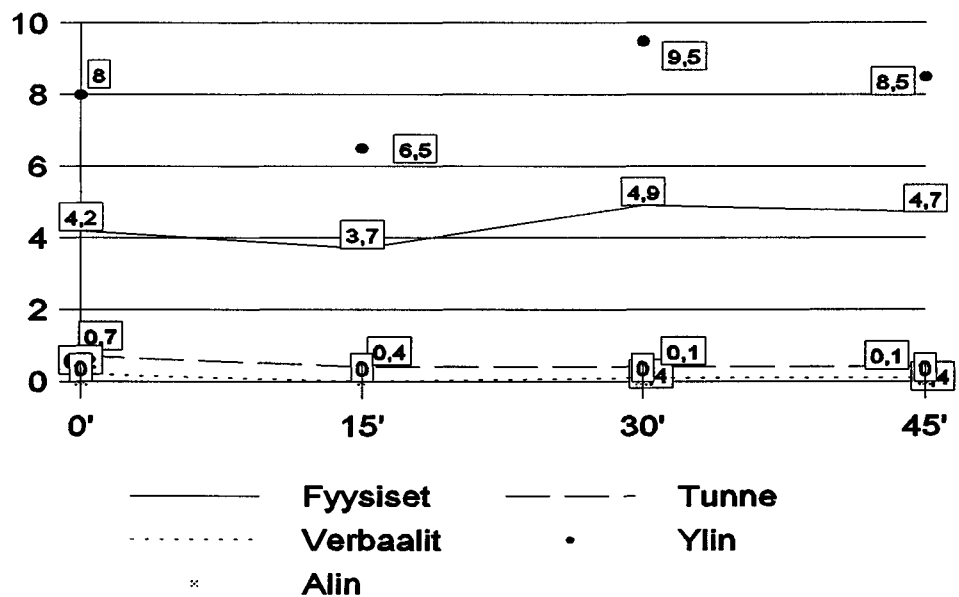


**Kuvio 8. Puheen aikaiset havainnot, loppujakso. Painotettu**

muuttunut ja kolmen osalta ilmiöt vähenivät. Verbaali- ja tunneilmaisujen määrien muutos kompensoituu joidenkin asukkaiden kasvuna ja vastaavasti toisten vähenemisenä.

#### *Musiikin aikaiset havainnot*

Loppujakson musiikin aikaiset havainnot noudattelevat pääosin alkujakson tuloksia, joskin fyysisten toimintojen lisääntyminen on yhä selvempää (4,2...4,7 ja 3,7...4,9). Muiden aktiviteettien osalta havaintojen määrä on ollut vähäinen ja muutos varsinkin verbaali-ilmaisujen osalta lievästi laskuvoittoista. Musiikkitoiminnan aikaiset havainnot on esitetty oheisessa kuviossa 9.



**Kuvio 9. Musiikin aikaiset havainnot, loppujakso. Painotettu**

### **Päätelmät**

Tuloksista silmiinpistävää on ollut puheenaikaisten toimintojen suhteellisen pienet määrälliset erot sen jälkeen kun ne on kerrottu painotuskertoimella. Lähes kaikissa vaiheissa näyttää fyysisten toimintojen (laulaminen, katse, ilme) osuus olevan muita suurempi. Samoin fyysisten toimintojen osalla tapahtui muita enemmän terapiakohtaista lisääntymistä. Asian mielenkiintoisuutta lisää se, että puheen aikana (laulujen välillä) laulamiset ovat olleet marginaalisen vähäisiä, n. 7% kaikista havaituista fyysisiin toimintoihin luettavista ilmiöistä. Tämä merkitsee katseen ja ilmeiden sitäkin suurempaa osuutta havaituista ilmiöistä.

Musiikkitoiminnan aikana laulaminen esiintyy luonnollisesti muita ilmiöitä enemmän (52% laulunaikaisista fyysisistä toiminnoista). Lähes samansuuruisiin lukemiin laulamisen

kanssa nousi katse (44%). Ilmeen vähäinen osuus (4%) selittynee sanavihkojen käytöllä, jolloin muuten ilmeikkäät asukkaat keskittyivät laulamaan sanoja vihosta lukien.

Asukas- ja havaitsijakohtaiset videohavainnot on liitetty työn loppuun erillisiksi taulukoiksi, havaitsija P:n tekemät havainnot liitteiksi 8/P101...213 ja R:n tekemät liitteiksi 8/R101...213. On huomattava, että näissä taulukoissa tuloksia ei ole kerrottu painotuskertoimilla, vaan ovat "raakoja" havaitsijoiden tekemiä tuloksia.

## 6.2 Laadulliset analyysit

### 6.2.1 Muistiinpanot

Muistiinpanot edustavat terapeutin subjektiivista näkökulmaa terapiahetkien tapahtumista niiden jälkeen. Merkintöjen analyysillä luokittelin havainnot kolmeen pääluokkaan: puhe- ja tunneilmaisuuksiin sekä muihin havaintoihin. Merkinnöistä tunneilmaisuihin viittasi 18%, puheilmaisuihin 36% ja muihin ilmiöihin 46% kaikista merkinnöistä. Osa merkinnöistä saattaa kuulua samanaikaisesti useampaan kategoriaan. Voidaanhan esim. puheilmaisuuksiin liittää tunnetta tai kehonkieltä.

Ilmaisujen sisällöllinen aines liittyi yleensä suoraan laulettaviin lauluihin. Laulu saattoi olla tuttu lapsuudesta tai nuoruudesta, jolloin se herätti muistoja menneistä ajoista. Laulun tarina (sanat) saattoi myös aktivoida voimakkaaseen "tässä-ja-nyt" tunne-elämykseen (Tuoll' on mun kultani) (*[T. vihaisesti nyrkillä polveaan iskien]* "Luulis tuon jo osaavan tulla"). Laulujen virittämät "maailmat" ja tunnelmat tavallaan olivat se matkareitti, jonka läpi terapeutti ryhmän kulloinkin ohjaili.

Tunneilmaisuihin kohdistui suurin piirtein yhtä paljon terapeutteihin (20%) kuin muihin ryhmäläisiin (17%) tai lauluihin (17%). Merkille pantavaa on, että kaikki terapeutteihin kohdistetut tunneilmaisut ovat tulkittavissa myönteisiksi. Esimerkiksi terapeutille todettu: *“Sinä oot mukava mies”* lienee tulkittavissa myönteiseksi palautteeksi, kun taas *“Pui joskus nyrkkiä S:lle, jos tämä laulaa liian kuuluvasti”* on aggressiivisuudeksi tulkittava ilmaus. Toiminnan dynaamisuuden kannalta tunneilmaisujen etumerkkisyys ei ole niin oleellista kuin niiden esiintyvyys sinänsä. Toisaalta positiivinen transferenssi, mihin ensimmäinen esimerkki viittaa, on psykoterapeuttisen käsityksen mukaan onnistuneen supportiivisen terapiasuhteen edellytys (Tähkä 1993, 87).

Muistiin merkityistä puheilmaisuihin suurin osa viittaa asukkaan orientaatioon tai muistamiseen. Sanomiset ovat viitanneet yleensä juuri muistamattomuuteen, kuten *“kävin juuri lypsämässä lehmät”*, kysyttäessä, mistä asukas oli tulossa (omasta huoneestaan) ryhmään. Lähes yhtä suuri määrä muistiin merkityistä repliikeistä liittyvät laulettuihin lauluihin. Laulujen sanat herättivät muistoja menneisyydestä (*“tätä lauloi isäni, kun oltiin järvellä kalassa”*), viittasivat ryhmätilanteeseen (*“tämä pitäisi miesten laulaa naisille”*), saivat pohtimaan oman elämänsä hengellisiä kysymyksiä (*“entäs jos minä en kelpaakaan, sitten kun joudun viimeiselle tuomiolle?”*) tai saivat muuten melko puhumattoman asukkaan osuvasti kommentoimaan (Heilani kotiin kulki kaksi tietä) laulun sanoja (*“Ei kai”*). Puheilmaisuihin osa koski terapeutteja (*“Mistäs oot kotoisin?”*) ja osa muita asukkaita (*“Mitäs tuo tuossa mulkoilee?”*). Melko suuri osa merkinnöistä ei kerro asiasisällöstä, vaan puhe on ollut joko epäselvää tai sitten aiheeltaan harvinaisen.



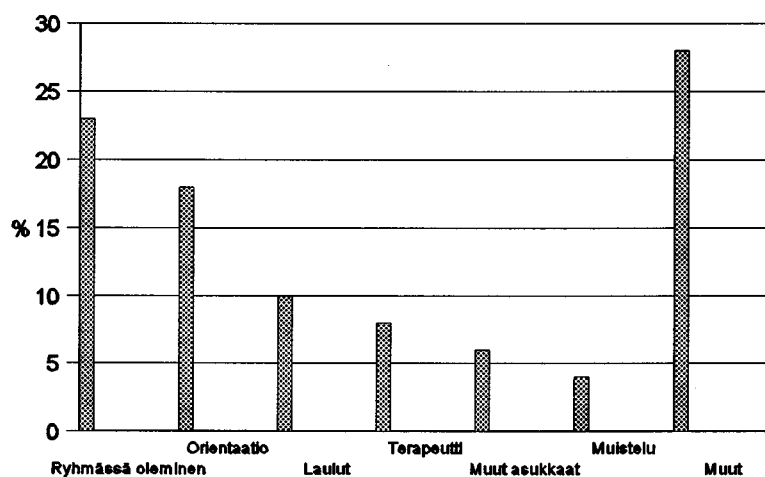
Tyypillisiä ryhmässä havaittuja ilmiöitä olivat tiettyjen asioiden muistaminen ja niiden sananmukainen, toistuva kertaaminen. Myös tietyt, kerta kerralta toistuvat käyttäytymispiirteet leimaavat joidenkin asukkaiden olemista ryhmässä.

Esimerkkinä terapiaprosessissa tapahtuneesta muutoksesta on erään asukkaan (S) kertoma vanha tapaus, jossa naapurin poika oli tehnyt vanhaan kansanlauluun kertojan mukaan niin rumat sanat, ettei halunnut koko laulua enää laulaa. Vielä vuosikymmeniä tapauksen jälkeen S:n äänessä kuului paheksunta ja kun varovasti edeten ja pohjustaen lopulta ehdotin tuota laulua laulettavaksi poistui S. loukkaantuneena ryhmästä. Aika ajoin tuo sama laulu tuli terapiahetkissämme vastaan ja S. muisteli vanhaa tapausta, mutta vähitellen juttuun alkoi tulla huumoria mukaan. Viimeisillä kerroilla hän jo kertoi naureskellen, kuinka naapurin poika oli tehnyt tuohon lauluun niin hassut sanat. Mahdollinen selitys esimerkin tapaukselle voisi olla holding-asette ja musiikin aikana tapahtunut sisäinen, tiedostamaton prosessi. Pyrin kaikin tavoin osoittamaan S:lle, että hänen paheksuntansa oli ollut hyväksyttävää, kuten myös loukkaantuminen ryhmästä poistumisineen. Musiikki puolestaan sisältää sisäiseen rakenteeseen kuuluvaa "ongelman ratkaisua", jännitteitä ja purkauksia, jonka on sanottu olevan isomorfisia ihmismielen prosessien kanssa (mm. Lehtonen 1996, 22-25). Tuon laulun merkityksen muuttuminen reilun vuoden aikana, ehkä noin viisi-kuusi kertaa ryhmässä laulettuna, tavallaan tiivistää sen muutoksen, joka S:ssä tapahtui ilman asian verbaalia psykoterapeuttista käsittelyä. S. ei poistunut vuoden 1997 aikana kertaakaan ryhmästä kesken.

Ilmaisun tulkinnallisuudesta tai jopa ristiriitaisuudesta hauskana esimerkkinä on erään asukkaan toteamus, kun hoitaja ei millään meinannut saada häntä tulemaan ryhmään

mukaan. Nähdessään sitten terapeutin hän totesi nauraen *“Voi helevetti”* ja tuli tyytyväisen näköisenä istumaan paikoilleen.

Muuta kuin tunne- tai puheilmaisua koskevia merkintöjä oli muistiinpanoissa eniten. Näistä suurin osa käsitteli yleensä ryhmässä olemista (*“Istuu muista erillään”* tai *“tavallista virkeämmän oloinen, laulaa”*). Toinen suuri ryhmä viittasi taas orientaatioon (*“Ei meinannut millään luovuttaa sanavihkoa, vaan väitti omistavansa sen”*). Muihin ilmiöihin viittaavat merkinnät ovat huomattavasti vähäisempiä.



**Kuvio 10. Muistiinpanojen jakautuminen**

Kuviossa 10 on esitetty kaikkien muistiinpanojen jakautuminen eri luokkiin. Kuuteen suurimpaan luokkaan kuuluu yli 70% kaikista muistiinpanoista. Luokittelemattomia (Muut) merkintöjä on vajaat 30% muistiinpanoista.

### 6.2.2 Arviointilomakkeet

Asukkaan ominaispiirteitä kuvaavia, kuten esimerkiksi ilmaisun laatua ja riittävyttä on alkukyselyn määrällisen arvioinnin jälkeen painotettu tiedustelemaan loppukyselyssä laadullisemmin.

#### *Muistitoiminnot*

Muistitoiminnot ja orientaatio ovat luonnollisesti olleet kaikilla tarkasteltavilta eriasteisesti heikentynyt. Alkukyselyllä heikkeneminen kuitattiin rastilla, sekä joidenkin kohdalla yksisanaisella lisähuomautuksella. Loppukyselyssä hoitajia pyydettiin kuvailemaan muistitoimintoja, jolloin vastauksista tuli monipuolisempia. Pelkkä rasti asukkaan huomattavasti heikenneistä muistitoiminnoista ei ole terapeutin kannalta kovin informatiivinen verrattuna esimerkiksi kuvailuun: *'Valikoiva muisti. Sosiaaliset tilanteet vaikuttavat muistamiseen'*.

#### *Puheilmaisu*

Puheilmaisun osalta tiedusteltiin alussa lähinnä puheen ymmärrettävyyttä ja riittävyttä. Kuvailevat vastaukset antavat monipuolista tietoa asukkaiden verbaali-ilmaisusta (*'Sanoja täytyy etsiä, vastaukset tulevat terävinä'*), oireiluista (*'Masentuneena hokee samoja sanoja'*) ja luonteenpiirteistä (*'Härnäa vieraita muistillaan'*).

### *Tunneilmaisu*

Tunneilmaisun laatua tiedustelevat kysymykset tuottivat lisäksi myös luonteenpiirteitä (*'Herkästi loukkaantuva'*) ja sosiaalisuutta (*'Pitää etäisyyttä toisiin, vihamielinen tarpeen mukaan'*) ilmentäviä vastauksia. Varsinaista tunneilmaisun laatua kuvailevat vastaukset vaihtelivat yksisanaisista toteamuksista (*'On'*) monisanaisiin kuvailuihin asukkaan tunneilmaisuskaalasta (*'Ilmaisee iloa ja ärtymystä selkeästi. Pyrkii halailemaan ja näyttämään tunteita - hoitajia kohtaan etenkin iltaisin. Nauraa herkästi tilanteen mukaan. Ymmärtää viisit'*).

### *Sosiaaliset taidot*

Suhtautuminen muihin asukkaisiin voi auttaa terapeuttisten tavoitteiden arvioimisessa. Esimerkiksi muiden arvostelun sietäminen (*'...ei kestä toisen asukkaan arvostelua'*) muodostui eräälle asukkaalle terapiatoiminnan yhdeksi tavoitteeksi. Yleensä sosiaalisuuden parantaminen on vaikea tavoite, jonka harjoittelemista ja seuraamista voi musiikkiterapiaan liitettävillä harjoituksilla helpottaa.

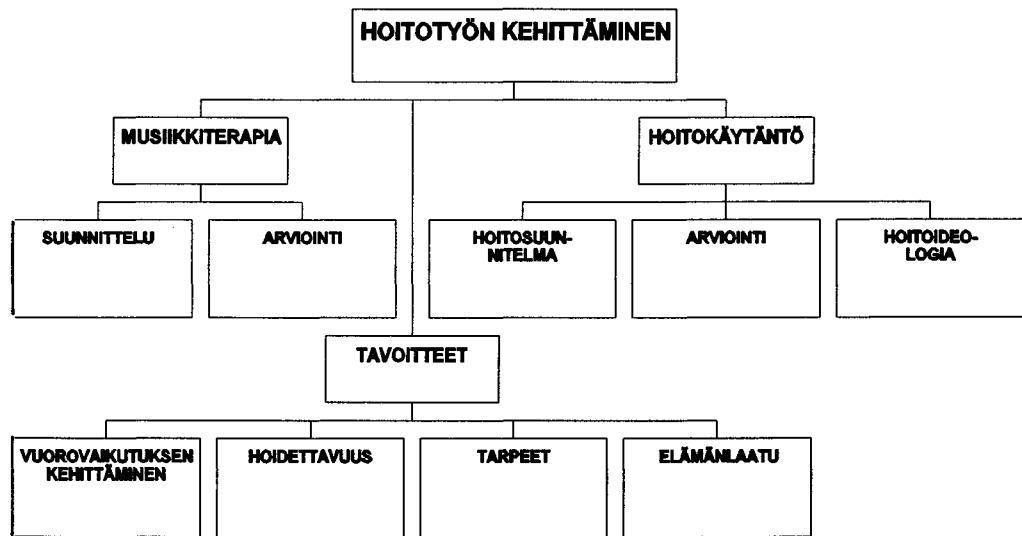
### *Tavoitteet*

Loput laadullisen vastauksen kohdat liittyivät hoitotyön kehittämiseen ja sen alaluokkaan tavoitteet (ks. LIITE 4). Näistä ensimmäiseen, 'vuorovaikutuksen kehittäminen' liittyi yhdeksän merkintää. Suurin joukko vastauksista sisälsi itseilmaisun ja tunneilmaisun kehittämisen. Alaluokka 'hoidettavuus' sisälsi kymmenen kohtaa, joista enimmät viittasivat erilaisiin aktivoimistarpeisiin (*'Hereillä pysyminen. On jotain, mitä seurata'*). Myös sopeutuminen ja suvaitsevaisuuden lisääntyminen nähtiin joidenkin kohdalla

hoidettavuuden kannalta toivottavana kehityksenä. Erilaisten tarpeiden huomioimiseen viitattiin 15:ssä vastauksessa. Erotuksena elämänlaadun kriteereille tähän kohtaan luettiin esimerkiksi viittaukset sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen (*'Yhdessäoloa'*), aikaisempiin harrastuksiin (*'On soittanut aikaisemmin haitaria'*) tai toiminnan kokeminen mieluisana (*'Pitää musiikista ja yhdessäolosta'*). Elämänlaatuun luettiin kuuluvaksi 16 kohtaa, mm. itsetunnon kohentaminen (*'Itsetunnon kohentaminen'*), toiminnan tarjoamat elämykset (*'Elämyksiä'*) ja onnistumiset (*'Muistamisen tuottama mielihyvä'*). Käytännössä elämänlaatu ja tarpeiden huomioiminen olivat luokkina lähellä toisiaan ja niiden yhdistäminen siten voisi olla perusteltua.

### 6.2.3 Haastattelut

Loppukyselyn herättämien keskustelujen myötä järjestimme haastattelutilanteen hoitokotien vastuuhoitajien kanssa. Tarkoituksena oli arvioida kehiteltyä lomaketta sekä sen käyttökelpoisuutta liittyen musiikkiterapian lähetekäytäntöön. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluperiaatteella tutkimuksen aikana kehitellyn arviointilomakkeen pohjalta. Haastattelut käytiin hoitolaitosten tiloissa ja ne olivat kestoltaan noin tunnin pituisia. Haastattelut nauhoitettiin ja muunnettiin myöhemmin kirjalliseen muotoon, minkä jälkeen analysoin aineiston NUD\*IST-ohjelmalla, jonka avulla laadin esiintyneistä aiheista hierarkisen puumallin (LIITE 4).



**Kuvio 11. Haastattelujen aiheet**

Pääaiheeltaan haastatteluissa käsiteltiin hoitotyön kehittämistä, joka jakautui kolmeen pääkategoriaan, tavoitteet, musiikkiterapia ja hoitokäytäntö. Selvästi suurin osa aiheista liittyi tavoitteisiin, toiseksi eniten musiikkiterapiaan ja vähiten hoitokäytäntöihin.

### **Tavoitteet**

‘Tavoitteet’ -alakategorioita löytyi neljä, vuorovaikutus, (asukkaiden) hoidettavuus, tarpeiden huomioiminen ja elämänlaatu.

### *Vuorovaikutus*

Vuorovaikutuksen tärkeimpänä ongelmana nähtiin puheilmaisuun vaikeudet sinällään

(L: “Ei välttämättä tota noin, kykene ottamaan...ymmärtääkö sanotun sanan. ... Voi olla, että puhutaan

*eri kieltä. Meidän sanat ei kohtaa toinen toistaan*”). Myös tunneilmaisun puutteet ilmenivät haastatteluissa (L: *“Niin sairauden ja pahan olon, tuskat ja kaikki. Ei he pysty sitä sanomaan, vaan se näkyy heidän käytöksessään”*), jolloin viitataan myös tunneilmaisun puutteiden liittyvän käyttäytymiseen.

Aistien, erityisesti kuuloaistin merkitystä kommunikoinnin kannalta kuvailtiin erään asukkaan kannalta (S: *“...ja Reinolla jotenkin tällä hetkellä se tilanne on sitte, että se tällä hetkellä hyvin vähän edes käyttää niitä aistejaan”*). Pohdittiin mahdollisuuksia, miten musiikkiterapiassa voitaisiin pyrkiä ylläpitämään ja mahdollisesti myös kohentamaan kuuloaistia. Kuuloaistin heikkeneminen johtaa usein “omaan maailmaan” vetäytymiseen (S: *“...jos sillä voisi estää jonkun Ilonan tai Liisan kohdalla hyvin pitkälle omaan maailmaan menemisen. Ett sitä aktiivisesti käytettäisi sitä”*).

Kommunikaatiovaikeuksien seurausilmiöitä ovat usein juuri vetäytyminen kommunikaatiosta tai “omiin maailmoihinsa tai muistoihinsa jämähtäminen” (S: *“...sillä tavalla just kuvaa, että sen puheen takia on vaikea saada niistä muistitoiminnoista tietoa, mutta että sitte välillä toiminnoista voidaan päätellä, että sotamuistoissa elää”*). Hoitoyhteisössä sekä asukkaiden, että hoitajien kannalta erityisen hankalia ovat myös erilaiset ei-toivotun käytöksen ongelmat (S: *“Ei muuta ku että kova tarve puhua... Reinolla on kova tarve, mutta siitä ei tuu mitään ... ei tuu ymmärretyksi. Sen takia hän käyttääki semmosia negatiivisia konsteja, että hän vääntelee naisia nokasta ja käy haastamassa riitaa miesten kanssa, kun ei häntä ymmärretä. Ett ...vois aatella, että tästäkin kohtaa nousis Reinon kohalla semmoinen todellinen hoidon ongelma”*). Toistuvien traumojen kokeminen johtaa vähitellen välinpitämättömyyteen ja vetäytymiseen (S: *“...mutta niin traumaattista se on, kun ei tuu ymmärretyks eikä saa vastakaikua tunteilleen. ... Kyllä se mun käsityksen mukaan voi olla hyvin traumaattista ja johtaa sitte todellakin täydelliseen välinpitämättömyyteen”*).

### *Hoidettavuus*

Omahoitajasuhteen merkitys dementiatyössä näyttää erityisesti, juuri kommunikaatiovaikeuksien vuoksi korostuvan (L: “...Nimenomaan. Niin että se vuorovaikutussuhde siinä nimenomaan ratkasee. Se ei oo taidoista kiinni ollenkaan vaan, se on ihan sitä, miten ne kemiat pelaa”). Hoidettavuuden kannalta ilmeni uusi, hoitajan oman äänen mahdollisesti hoitotilannetta vaikeuttava merkitys (L: “Kyllä se vaihtelee....Ja tuota huomataan sillälaillaki, ... ja ihan hyväksytään se, että jos ... on kaks henkilöä töissä ja toisen kanssa joku yhteistyö ei toimi, niin ihan voidaan kysyä, että kokeileppa, että lähtiskö sinun mukaan. Niinku esimerkiks syömään taikka pesulle. Ja ei sitä henkilökohtasena loukkauksena kukaan ota vaan se...esimerkiks ääni on semmonen. Mullakin on korkeempi kimakka ääni, niin se ärsyttää hirveesti”). Terapian yksi periaate on, ettei asiakkaan tarvitse toimia oman tahtonsa vastaisesti. Asian merkitystä ehkä kuvaa seuraava kommentti, jossa kuvataan epämieluisan tapauksen jäävän loppupäiväksi dementoituneenkin mieleen (L: “...Jos sitt joskus käy niin, että kuitenkin niin tehään vastoin sen asiakkaan tahtoa hän on sitte koko iltapäivän hyvin levoton. Äänen ja kiukkunen”).

Työn palkitsevuuden arviointi osoittautui jonkin verran ongelmalliseksi kaavakkeen täyttäjille. Tultiin hoitotyön etiikan alueelle (L: “Niin tätä me mietittiin ... että miltä kantilta, että “kiittämätön - raskas - kiitollinen - palkitseva - asiallinen. Että, mikä se on tuo kiitollinen - palkitseva, että onko, että kiittää meitä vai.... Varmaan meillä tuli kaikkiin toi, että kiitollinen, palkitseva kun nähtiin, että sillä asiakkaalla oli se hyvä olo, niin sillon se oli myös meitä palkitseva”). Asiakkaista johtuva työn raskaus nähtiin ammatillisesti (L: “... Se raskas voi olla semmonen, joka kiukkuilee ja tuskalee, mutt että mää käsitän, että hän on tuskanen omaan oloonsa”). Kuvaavan esimerkin asiakkaiden hyvän olon merkityksestä työn palkitsevuuden kannalta tarjoaa seuraava kuvaus, (S: “...että ku ne on sitten jotakuinkin sen ne iltatoimet saatu tehtyä, niin ei niinku oo



*palkitsevampaa hoitajalle sitten ku vie Reinon omalle petille ja pistää nukkumaan. Niin sitt se nostaa peiton tähän ja hyrisee ku kissa ja se on niin ihanan näkönenki kuule --- Kun suu on korvissa ja sitten se saattaa vielä vähän silittää hoitajaa kädestä ja palkitsee sen, että tätä hän halusi. Tänne hän halusi.”). Vaikka hoitotyön palkitsevuuden arvioiminen osoittautui lähinnä erilaisen näkökulman vuoksi ongelmalliselta pidettiin kysymystä kuitenkin aiheellisena (S: “Siinä mielessä tää on vallan perusteltua ja hirveän arvokas näkökanta mun mielestä. Että antaa mahdollisuuden ajatella asukkaita ja jaotella, että tää on kiittämätön ja raskas ja toinen on kiitollinen ja palkitseva. Kun se on realiteetti kuitenkin”). Omaiskontaktien merkitys muuttuu hoitokodissa asumisen myötä. Arjen kokemusten jakaminen merkitsee hoitohenkilökunnan asettumista vähitellen omaisten rinnalle (L: “...johonkihan heidän pitää purkaa ja nimenomaan meihin, ketkä on tässä lähinnä. Usein hei omaisilleenkaan niitä kaikkeista pahimpia asioita juttele vaan meille”).*

### *Tarpeet*

Hoitotyön kehittäminen asukkaiden tarpeiden huomioimisen kannalta tuotti 27 mainintaa, joista ryhmään kuulumisen koettiin yleiseksi tavoitteeksi (L: “... jonku kohdalla varmaan tuleeki joku semmonen just että ryhmään kuuluminen esimerkiksi.”). Samoin fyysinen läheisyys perusturvaa tuovana (S: “...sitte niin joo se fyysinen läheisyys on aika tärkeä tekijä siinä vaiheessa...”) on dementiahoitoon juurtunut periaate. Ilmiö näkyy musiikkiterapiassakin, jossa levoton asukas on selvästi aktiivisemmin mukana, jos toimintaan aktivoiva hoitaja istuu hänen vieressään.

Tyydyttämätön puhumisen tarve, mihin viitattiin jo edellä, on pääteltävissä joidenkin asukkaiden käyttäytymisestä. Esimerkkinä sosiaalisista tarpeista ja valikoivuudesta (S: “...suhtautuminen muihin asukkaisiin ... ett se on hyvin kontaktinhaluinen. Hakee hyvin paljon

*seuraa. Tarttis seuraa ja kuuntelijaa ja naisen seuraa nimenomaan. Miehet se kokee pikemminkin uhkana. Se joutuu konfliktiin miesten kanssa.”)* panee miettimään miehen vetämän musiikkiterapiatoiminnan mielekkyyttä kyseiselle asukkaalle.

Pidin musiikkiterapiatoiminnan yleisen tason tavoitteina onnistumisen kokemuksen ja ymmärretyksi tulemisen tarjoamista. Hengelliset tarpeet ja niihin liittyvät vaikeatkin kysymykset ovat osa dementiahoitajan työtä (S: *“Nämä ihmiset kuitenkin elävät sitä elämän ehtoota ja ne elämän, kuoleman ja hengellisyysasiat tulee vääjäämättä. Se kuuluu varmaan jotenkin ihmisen biologiseen kelloon, että ihminen muuttuu. Minusta on vaarallista ajatella, että tää dementikkokin on muuttumaton.”*). Tässä hoitajan rooli voi keskustelua tai kysymyksiin vastaamista enemmän tarkoittaa juuri ymmärtävää rinnalla kulkijaa, kuuntelijaa.

### *Elämänlaatu*

Elämänlaadun luokka ei ollut yksiselitteisesti rajattavissa. Ovathan esimerkiksi tarpeet ja niiden huomioiminen ole myös elämän laatua. Mainituista, ehkä hieman teknisistä syistä kyseinen luokka jäi muita pienemmäksi. Seuraavassa joitakin kommentteja, jotka eivät sopineet edellisiin luokkiin, mutta liittyvät kuitenkin oleellisesti elämän laatuun. Päivittäistoimintojen merkitys toistuvina arkisina rutiineina voi merkitä asukkaalle paljon asukkaan itsetunnon ja mielen hyvinvoinnin sekä myös hoitajalle työn palkitsevuuden kannalta (L: *“Koska tavallaan niinku palkitseva niin sehän on, jos päivä on menny hyvin ja että asukas lähtee hyvällä mielellä esimerkiks nukkumaan. Minusta se on jo palkitsevaa. Tai jos hän jonku työvaiheen pystyy tekemään, esimerkiksi jos hän pystyy syömään itse. Että ennen ei oo pystyny syömään....Tietysti sillon se on kiitollinen.”*).

Itsetunto nähtiin myös joillakin asukkaina sopivana hoitotavoitteena (L: "...Tavallaan varmaan semmonen hyvänolon tunne tulee sen jälkeen taikka voisko sanoa, että itsetunnon kehittäminen..."). Samoin yleinen aktivoituminen, mikä näkyi myös terapian jälkeen (L: "...He eivät sitä sillä lailla tietysti koe, mutta että monta kertaa kun täällä on ollut tämä musiikkiterapia, niin he laulaa koko loppuillan. Että se jää sellanen mukava vaihe heille päälle ja "lauletaanko vielä"..."). Toiminnan tuottamat elämykset kuten myös mielihyvän kokeminen (S: "...Sen kautta saatettu mielihyvän ylläpitäminen. Niinku musiikkiterapian laajempänä tavoitteena. Mutta Reinon kohdalla vielä erityisessti.") kuuluvat elämänlaadun piiriin.

## **Musiikkiterapia**

### *Suunnittelu*

Musiikkiterapian suunnittelussa huomioon otettavia seikkoja olivat eräät asukkaiden yksilölliset ongelmat. Heikentynyt kuuloaisti rajoittaa vuorovaikutusta, mutta sen erityisellä huomioimisella ja voitaisiin pyrkiä tavoitteellisesti hidastamaan eristäytymistä (S: "...kuuloaisti on kumminkin ...Että jos miettis sitä, että musiikkiterapiahan perustuu kuuloaistin hyväksikäyttöön...").

### *Arviointi*

Terapian tuloksellisuuden arviointi oli yksi haastattelujen pääkysymyksiä. Nimettäviä ilmiöitä on kuitenkin vaikea löytää. (L: "...A. just kerto siitä, että tosissaan suurta muutosta on tullu siinä [laulaminen terapian jälkeen] ... Ja usein perjantai-iltana sitte vielä myöhemminki, että eikö vielä laulettais ja siellä joku ottaa sen johtajan paikan ja ..."). Laulutoiminnan mieleen jäämistä

on verrattu lukuhetkiin (L: *“Ett se on semmonen yhdessäolohetki varmaan, koska musiikki on semmonen lähes kaikille, mikä aiheuttaa sitä hyvää oloa. Ei niinkään lukuhetket, ne unohtuu nopeammin.”*). Mutta miten pitkään vaikutus näkyy? (L: *“Ei sitä näykkään ja sitte ku aatellaan, että kun se kerran viikossa on se terapiaryhmä tai musiikkiryhmä niin senhän näkee ihan ajan kanssa. Mutt se näkyy just sinä iltana ja sen jälkeen, että heillä on hyvä mieli. Ja just nimenomaan ku ne on siellä - miten se ryhmä rupee laulamaan ja laulamaan enempi ja ne on niinku mukana vaikkei laulakkaan mutt elää sinä hetkessä.”*). Muistamiselämyksiin viittaa seuraava kommentti (L: *“...just semmosia ahaa-elämyksiä heillekki, että muistanpa, muistanpa. Vaikka he ei tiedosta, että he eivät muista. Mutta jotaki sieltä rupee pulppuamaan.”*).

Muutosten vaikea kuvailtavuus (S: *“...kun ne on melkein ..suurennuslasilla aistittava tai etsittävä ne vaikutukset niin pitäisi pystyä keskittymään siihen, että tapahtuuko tässä ihmisessä joku muutos.”*) liittyy useissa lähteissä (ks. esim. Gfeller 1990, 50-59, Lehtonen 1996, 71-72) mainittuun ongelmaan musiikkikokemusten verbalisoinnissa. Terapian merkityksellisyys lienee hyvin yksilöllistä ja myös sen arviointi edellyttää kyseisen henkilön hyvää tuntemista.

Terapian ei-haitallisuudesta olivat molemmat haastateltavat kuitenkin yksimielisiä (S: *“Mun mielestä kaikkien kohalla voi vastata, että musiikkiterapiatyöstä dementiatyössä ei voi olla haittaa. ...”*). Tässä yhteydessä hyötynä pidettiin sitäkin, että terapiassa saadaan synnytettyä ilmiöitä ja merkityskokemuksia (S: *“Mutta minä koulutuksestanikin johtuen ajattelen, että jos se herättää aggressioita, niin parempi sekin, että jotain tapahtuu. Se voi olla ahdistava ja hankala tilanne, mutta en sanoisi, että siitä on ainakaan haittaa.”*). Myös terapian eräs edellytys, muutos, nähtiin tärkeänä ilmiönä, jolloin hoidossa ei pitäisi liiaksi nojata omaisilta saatuun “tietoon asukkaasta” (S: *“Nekin ovat helposti käsityksiä, mitä esimerkiksi omaisilla ja muillakin on, mutta tämän päivän tilanne voi olla erilainen. Senkin takia on vaarallista yleistää ja musiikkiterapialla on mahdollista kokeilla näitä vaikutuksia.”*).

## **Hoitokäytäntö**

Hoitokäytäntö oli selvästi pienin haastattelujen aihepiiri, jonka olen kuitenkin jakanut kolmeen alaluokkaan. Näistä ensimmäinen, hoitosuunnitelma sai kahdeksan, hoitotyön arviointi neljä ja hoitoideologia kuusi mainintaa.

### *Hoitosuunnitelma*

Musiikkiterapeutin on tarpeellista myös jossain määrin tuntea ao. hoitoyhteisön hoitokäytäntöä, voidakseen arvioida musiikkiterapian asemaa osana kokonaisuhoitoa. Hoitosuunnitelman tueksi tehdään asukkaan aikaisempaa elämää kartoittavia toimia, kuten elämänkaaritutkimus tai omaisille suunnattu kysely asukkaan taustoista. Hoitosuunnitelman yhteydessä voidaan myös miettiä asukkaalle tarjottavia muita palveluja (L: "...kävis sen omaisen kanssa vielä tavallaan läpi. Sillon siinä tulovaiheessa jo. Koska siinä tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma muutenki..."). Myös voimavarojen kartoitus voidaan liittää osaksi hoitosuunnitelmaa.

### *Hoitotyön arviointi*

Hoitotyön arviointi ja hoitoideologia liittyivät haastatteluissa läheisesti toisiinsa. Dementian viimeiseen vaiheeseen (sikiövaihe) joutumista pidettiin jopa hoitovirheenä (S: "...sehän on varmaan sitte hoitovirhe, jos tämmöseen mennään. Jos näin ajatellaan. Että tällaisilla konsteilla päästäis siihen, ettei mentäiskään siihen viimeiseen vaiheeseen, mikä kuvaillaan kirjallisuudessa. Että tavallaan voitaski kuolla suorilta jaloilta eikä sikiöasennossa...tulee semmonen

*olo, että se olis jo niinku hoitovirhe, että semmoseen mennään. Kun aikaisemmin on hyväksyty ihan, että se tauti itessään tekee tämmösen...”).*

### *Sitoutuminen*

*Sitoutuminen poikkeaa yleisistä hoidon periaatteista (S: “Niin, se on tavallaan semmonen hoitomuoto, johonka tässä dementiatapauksessa vastuuhoitaja ja terapeutti yhdessä sitoutuvat. Asukkaalta ei voi semmoista sitoutumista vaatia. Se on sillä tavalla aika erikoinen systeemi...”).*

*Hoidettavan ja hoitajan roolit ja tarpeet on tärkeä pitää erillään (S: “...että tässä mielessä aika hyvin osataan erottaa asukkaan tarve ja hoitajan tarve...”).*

### 6.3 Yhteenveto tuloksista

Oletin tutkimuksen alussa määrällisten tarkastelujen muodostavan keskeisen osan tulosten arvioimisessa. Laadulliset tarkastelut muodostivat kuitenkin käytännössä suurimman osan työstäni tarkentaen tutkimuksen fokusta ja tuoden uusia tarkastelumahdollisuuksia työhöni. Karkeasti jakaen määrälliset tulokset antoivat viitteitä toiminnan tuloksellisuudesta kun taas laadulliset tarkastelut palvelivat toimintamuotojen suunnittelua, tavoitteiden asettelua, sanalla sanoen sisällöllistä puolta.

Tuloksista silmiinpistävintä oli muutosten vähäisyys sekä pitkällä jaksolla että istuntokohtaisesti tarkasteltuna. Asukkaiden aktiivisuudessa oli pääsääntöisesti huomattava lisääntyminen alku- ja lopputilanteissa, jolloin käyn tervehtimässä vuorollaan jokaista kädestä pitäen. Varsinaisen laulutoiminnan aikana (tai laulujen välillä) muutenkin vähemmän kommunikoivat asukkaat istuvat paikoillaan, mahdollisesti sanavihkoa

katsellen ja sanoja seuraten. Huomiota saavat aktiivisemmat, toivomuksia, kommentteja ja katseita heittävät osallistujat.

Muistiinpanoihin merkityt havainnot itse terapiatilanteesta ovat jääneet vähiin luultavasti siksi, että istuntoon mahtuu hyvin paljon toimintaa, emootioita, havaintoja kuten myös vastuuta kokonaistilanteesta. Ilmiöiden suuresta määrästä johtuen kirjasin ainoastaan uudet ilmiöt ja muutokset. Istunnon tapahtumista on usein vaikea löytää olennaisia tapahtumia, koska dementiaryhmälle tyypillisesti tapahtumat eivät yleensä seuraa loogisesti, juonen mukaisesti toisiaan. Tyypillistä on pikemminkin tapahtumien fragmentaarisuus ja yksilölliset ilmaisut, jotka ovat enemmänkin vetäjän, musiikin ja kunkin yksilön välisiä kuin varsinaisesti ryhmädynaamisia, asukkaiden toisiinsa viittaavia ilmauksia. Tällöin musiikki toimii eräänlaisena kronologisena siteenä tapahtumien ketjussa.

Muistiinpanot keskittyvät terapeutille paremmin jäsentyneiden ilmiöiden kirjaamiseen, kuten tapahtumat ennen ja jälkeen terapian tai alku- ja lopputervehdyksen yhteydessä syntyneet vaikutelmat. Huomattava osuus on ryhmässä olemiseen tai orientaatioon viittaavia merkintöjä. Lauluihin viittasi 11% merkityistä havainnoista. Kuitenkin juuri laulujen aiheet ja sisällöt olivat ilmiöiden ja tunnelmien kannalta dominoivassa roolissa.

Helpompaa on ollut merkitä konkreettisia tapahtumia. Tunneviestejä on usein vaikeasti havaita ja arvioida niiden merkitystä. Tällöin terapeutin tulkinnasta on vaara tulla itse tapahtumaa merkityksellisempi. On ollut vaikea ilmaista sanallisesti jotain sellaista, mitä ei oikeastaan ole vielä voinut ymmärtää.

Videoanalyysistä saadut tulokset, pätevän aineiston valitsemisen vaikeus ja monimuotoisuus selittää osaltaan dementoituneiden kanssa työskentelevien työn raskautta. Suuresta informaatiomäärästä olisi osattava "kuoria pois" epäolennainen, useimmiten puheen verbaali sisältö, joka ns. terveiden parissa on viestinnän keskeisintä osaa. Suurin osuus vastaan otetusta viestistä perustuu hoitajan (tai terapeutin) tulkintaan sen sijaan, että sen voisi vastaanottaa ja ymmärtää sellaisenaan. Lisäksi terapeutin orientoituminen toisaalta ryhmäprosessiin ryhmässä, joka ei koskaan ryhmäydy, toisaalta yksilöllisiin tarpeisiin samanaikaisesti edellyttää yleensä kompromissia jonkin em. osa-alueen kustannuksella. Ammattitaitoa olisi osata napsauttaa osa kognitiivisesta tietoisuudestaan pois valppauden ja analyttisyyden silti sammumatta.

Merkille pantavaa on fyysisten toimintojen lisääntyminen terapiatilanteissa. Kaikista ilmiöistä juuri laulaminen, katse ja ilme ulkoisesti havaittavina merkeinä ovat osoituksena toiminnan tuloksellisuudesta. Puhe- ja tunneilmaisujen lisääntyminen voi olla merkinä levottomuudesta ja prosessien jäämisestä "päälle". Vähentäminen taas tukee ajatusta musiikista yksilön puolesta puhuvana ja tuntevana terapian elementtinä.

Huolimatta vaikea-asteisesta dementiaasta eräillä asukkailla oli edelleen hyvät kielelliset kyvyt jäljellä. Puheen tuottamisen vaikeuteen tai sisällön epäadekvaattisuuteen ei yleensä puututa muiden ryhmäläisten toimesta. Keskustelut tai -yritykset käydään yleisesti vieressä istuvan tai terapeutin kanssa.

Arviointilomakkeilla saadut tulokset viittaavat asukkaiden oireilun (depressio, vaeltelu ja levottomuus) huomattavaan lievenemiseen. Sen sijaan dementiaoireilu on lisääntynyt jonkin verran tarkastelujaksolla. Loppukyselyn laadullisuus antaa rastikysymyksiin verrattuna huomattavasti monipuolisempia ja terapeuttia palvelevaa tietoa asukkaista



helpottaen asukkaiden persoonallisten piirteiden huomioimista. Laadullisesti painotetut vastaukset helpottavat yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja tavoitteiden asettamista. Toisaalta ilmiöitä pienempiin osailmiöihin erittelevä arviointikaavake helpottaa osaltaan asiansyhteyksien ymmärtämistä ja sitä kautta niihin vaikuttamista.

Haastattelujen tuloksena ilmeni useampia seikkoja, joita on syytä ottaa huomioon ohjattaessa asukasta musiikkiterapiaan. Pääteemaksi osoittautui 'hoitotyön kehittäminen' ja keskeisiä alaluokkia olivat yleiset hoitotavoitteet, musiikkiterapian käyttömahdollisuudet ja hoitokäytäntö. Erityisinä luokkina esiintyi mm. vuorovaikutus, hoidettavuus, elämänlaatu ja asukkaan tarpeet tavoitteiden näkökulmasta sekä musiikkiterapian suunnittelu ja arviointi.

## 7 LOPPUPÄÄTELMÄT

Musiikkiterapian mahdollisuudet dementoituneen elämänlaatua parantavana toimintamuotona liittyvät sairauden aiheuttamien erilaisten deprivatioiden lieventämiseen. Persoonallisten ominaisuuksien ja elämäntaustojen yksilöllisten eroavaisuuksien huomioiminen mahdollistaa tavoitteellisemmän terapeuttisen kohtelun ja siten myös toiminnan paremman tuloksellisuuden.

Halusin tarkastella yhteislauluja vakiintuneena toimintamuotona ilman tarkoituksellisia “varman päälle” tuloksiin tähtääviä musiikillisia tekniikoita. Nyt käytetty toimintamuoto on käytäntönä yleistä ja useimmissa paikoissa myös helposti toteutettavissa. Suuria resursseja ei tarvita ja ryhmän koko voi vaihdella muutamasta asukkaasta kymmeneen, jopa viiteentoista. Eron terapian ja viihdetoiminnan välille tekee vetäjän koulutus, toiminnan säännöllisyys ja tavoitteellisuus sekä tulosten seuranta.

Ryhmien kokoonpanon vaihtelun merkitystä ryhmässä esiintyvän vuorovaikutuksen ja ilmaisuuden laatuun on saatujen tulosten perusteella vaikea arvioida. Mahdollisimman ahdistuksettomana ilmapiirin synnyttäminen riippuu dementoituneiden ryhmässä monesta muustakin tekijästä kuin kokoonpanon pysyvyydestä. Monet asukkaat eivät esimerkiksi aina näytä tuntevan terapeuttia, vaikka ryhmä on kokoontunut kymmeniä kertoja samoissa merkeissä. Ryhmän koko tai yksittäisten asukkaan levottomuus on huomattavan tärkeä tekijä vetäjältä vaadittavaa työpanosta ajatellen. Avustajan (omahoitajan) mukana olo helpottaa tällöin vetäjän roolia mahdollistaen usein levottomankin asukkaan osallistumisen.

Mitä vaikeammin dementoituneiden musiikkiterapiasta on kyse, sitä enemmän toiminnassa on syytä painottaa direktiiviseen, ohjattuun ja musiikkipainotteiseen suuntaan. Terapeutin viestinnässä verbaalin sisällön osuutta tärkeämpää on mahdollisimman kokonaisvaltainen, kohdennettu ilmaus.

Terapeutin käytössä olevat interventiomahdollisuudet riippuvat asiakkaan kognitiivisista valmiuksista. Kaiken perustana on “terapeuttinen kiinnipitäminen” (holding), hyväksyvä läsnäolo ja empaattisuus. Musiikki toimii terapeuttisena stimulusena ja eheyttäjänä. Sen läsnäolo stabiloi levotonta tai kiihtynyttä mieltä ja toisaalta synnyttää mielikuva- ja tunne-elämyksiä. Tällöin musiikin valinnan merkitys korostuu.

Terapiatilanteen vaikutusta arvioitaessa kokemukset viittaavat siihen, että tilaa tärkeämpi tekijä on terapiatilanteen luonteva liittyminen muihin päivittäistoimintoihin. Joidenkin levottomuus saattaa lisääntyä, jos terapiaa varten on siirryttävä erilliseen, suljettuun tilaan. Tässä näyttää toimivan eräänlainen terapian verbaalisuuden ja terapiatilanteen avoimuuden käänteisen verrannollisuuden periaate: Mitä verbaalisempaa terapia on, sitä vähemmän avoin (ts. suljettu) tila tarvitaan.

Tutkimusjakson perusteella muutokset tarkasteltavien ilmiöiden osalta osoittavat toisaalta dementiaoireilun lievää lisääntymistä, toisaalta depression, levottomuuden ja vaeltelun vähenemistä. Aukkaiden ikään on tyypillistä pitkätkin tasaiset jaksot ilman suuria muutoksia ja toisaalta yksittäiset dramaattiset fyysisen ja/tai henkisen tilan muutokset ovat mahdollisia. Myös muutoksen suunta voi olla toivottua.

Terapiatilanteista saadut havainnot viittaavat yhteislaulutoiminnan lisäävän fyysistä aktiivisuutta. Sen sijaan tunne- ja puheilmaisuus näyttää lievästi vähenevän istuntojen

aikana. Tämä viittaa toiminnan rauhoittaviin ja jäsentäviin vaikutuksiin. Laulut ja varsinkin niiden sanat synnyttävät mielikuvia ja tunteita tuoden sitä kautta mukanaan terapeuttisia merkityksiä. Jatkossa lienee tuloksellista kiinnittää huomiota juuri tunnelmaltaan ja sanoituksiltaan erilaisten laulujen vaikutukseen ja käyttökelpoisuuteen erilaatuisten tunnelmien luomisessa ja terapeuttisten tavoitteiden palveluksessa. Laulujen sanoitukset viittaavat yleensä tiettyihin tuttuihin teemoihin ja asiayhteyksiin sekä yleisellä että henkilökohtaisella tasolla. Musiikin rooli kuten myös sen, miten musiikki esitetään näyttää vaikuttavan siihen, minkä laatuinen kokemus syntyy ao. aiheen puitteissa.

Terapiaistuntojen jälkeen ilmennyt lisääntynyt vireys on näkynyt lisääntyneenä aktiivisuutena. Henkilökunnalta saatujen tietojen mukaan innokas laulaminen voi jatkua vielä tunteja terapiaistunnon jälkeen.

Laulujen valinta on varsinkin ryhmän alussa enemmän tai vähemmän intuitiivinen tapahtuma, jolloin on ratkaistava millaiset laulut palvelevat sillä kerralla parhaiten ryhmälaisten tarpeita. Erilaisista tunnelmista voisi mainita esimerkkinä laulut "Pikku Inkerin laului" (Tiu tau tilhi) ja "Matalan torpan balladi" (Suomessa olen minä syntynyt). Yleisesti ottaen levottoman ryhmän kyseessä ollen saattaa olla tarpeellista pyrkiä rauhoittamaan tilanteen ilmapiiriä. Tällöin lastenlaulut tai hengelliset laulut tarjoavat tietynlaisen sallitun regressiivisyyden ja toimivat rauhoittavasti. Toisella kerralla sama ryhmä voi olla valmiiksi reippaalla mielellä ja laulaa jo ennen terapiahetkeä reipasta kansanlaulua.

Puheilmaisun laatuun ei tällä musiikkiterapialla ole ollut tarkoitus suoranaisesti vaikuttaa. Ahdistavien tunnepatoutumien väheneminen saattaa vaikuttaa puheilmaisun selkeyteen ja sisältöön. Myös muita häiritsevää, liiallinen puhe liittyy tunne-elämän häiriöihin.

Kokemukset hyväksytyksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä kohtaamiset toisen ihmisen kanssa luovat pohjaa jäsentyneemmälle tunteiden ilmaisulle ja vähentävät yllättävien ja epämielekkäiden tunneilmaisujen tarvetta. Ilmaisun sisällöllisen laadun kehittyminen mahdollistaa myös oikeammansisältöisen palautteen antamisen hoitohenkilökunnalle ja voi siten parantaa asukkaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen laatua.

Tämänkaltaisella musiikkiterapiatoiminnalla tuskin on merkittävää terapiatilanteen ulkopuolelle ulottuvaa vaikutusta muistitoimintoihin. Terapioiden aikana sitä vastoin saattaa ilmetä yksittäisiä, esimerkiksi meneillään olevan laulun sanoihin liittyviä muistoja ja tunne-elämyksiä. Mahdollinen depressiivisyyden väheneminen liittyy uudelleen läpi elettyihin, traumaattisiin tunnekokemuksiin. Kokemus ymmärretyksi tulemisesta vähentää lisäksi yksinäisyyden tunnetta.

Ryhmädynaamiset ilmiöt olivat pääsääntöisesti heikkoja ja keskittyivät muutamien, paremmin verbalisoimaan kykenevien ryhmäläisten osalle. Joidenkin levottomimpien käyttäytyminen vaikutti ajoittain muuhunkin ryhmään, vaikka levottomuus tyypillisesti ei kohdistu tiettyyn yksilöön. Toiminnan ensisijaisena tavoitteena ei ollut ryhmädynamiikan tukeminen, vaan esim. istumajärjestyksellä ja muilla järjestelyillä pyrittiin lähinnä mahdollisimman tuttuun ja ahdistusvapaaseen asetelmaan.

Kokemukseni yhteislauluryhmien vetämisestä dementoituneille vahvistavat käsitystäni ei-sanallisen viestinnän, terapian aikaisten pienten hetkien ja emotionaalisen ilmapiirin tärkeydestä. Koska silmin ja korvin havaittavat ilmiöt ovat paitsi vähäisiä, myös laadultaan vaikeasti tulkittavia terapiatoimintoja ajatellen, voi dementoituneiden parissa työskentelevä musiikkiterapeutti vapautua niiden epätoivoisista havaitsemisyrityksistä ja heittäytyä ohikiitäviin hetkiin. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, että em. aistihavainnot

olisivat vähemmän merkityksellisiä - päinvastoin, mutta niiden vähyden ei tarvitse välttämättä merkitä terapeutin tehneen havaintonsa puutteellisesti.

Olen entistä vakuuttuneempi terapeutin mahdollisimman välittömän ja vaistoavan läsnäolon merkityksestä. Empaattis-kognitiivinen tulkitseva prosessointi vie hoitajalta voimia eikä välttämättä anna hoidon kannalta parasta mahdollista tulosta. Sanallisia viestejä merkityksellisempää näyttää olevan hetkien tavoittaminen ja kontaktin saavuttaminen. Musiikki ja tässä kontekstissa nimenomaan yhteislaulut tarjoavat monitasoisena toimintamuotona mahdollisuuden tavoittaa vaikeatasoisestikin dementoituneen maailma.

Musiikkiterapia voi olla apuna dementoituneen ei-sanallisessa eheytymisprosessissa. Tämä voi näkyä kohonneena mielialana ja levottomuuden vähenemisenä. Tulosten havaitseminen edellyttää kuitenkin videoaineiston analyysia, joka käytännön musiikkiterapiatoimintaan liitettynä on liian työlästä toteuttaa. Tällöin henkilökunnan tekemät havainnot asukkaista korostuvat. On myös vaikea päätellä, missä määrin mahdolliset muutokset johtuvat juuri musiikkiterapiasta tai sen jostain osasta. Se on kuitenkin kysymys, joka seuraa tavallisesti kaikkia ei-lääkinnällisiä hoitomuotoja.

Videonauhoitusten perusteella olisi voinut kuvailla muutamien asukkaiden tapaa osallistua musiikkiterapiaryhmään. Tämä tutkimus keskittyi - ehkä liiaksikin - ilmaisujen tarkasteluun, mikä toisaalta antaa dementoituneiden kyseessä ollen niukasti havaintoja eikä toisaalta anna tietoa kulloisenkin ilmaisui mpulssin alkuperästä ja subjektiivisesta merkityksestä. Toisaalta videoanalyysien tarjoamat suuret havaintomäärät antavat viitteitä ilmiöistä, jollaisia terapian "normaaleilla" kirjaamistavoilla ei voisi lainkaan havaita.

Kerran tehty työläs rupeama saattaa näin helpottaa oman työn arvioimista tulevaisuudessa.

Uskon, että tuloksetkaampia ja helpommin hallittavampia tutkimuksia voisi tehdä strukturoidummissa olosuhteissa, jolloin hallitsemattomien muuttujien määrää voitaisiin vähentää. Ryhmän kokoonpano voisi olla pienempi ja stabiilimpi, samoin toimintamuodot vakiintuneempia. Esimerkiksi sama alku- ja loppulaulu ja joka kerralla toistuva laulusikermä voisi helpottaa tulosten vertailua. Erilaisten musisointimahdollisuuksien tarjoamat lupaavat toimintavaihtoehdot kannattaisi myös ottaa rohkeasti ohjelmaan.

Tuloksina saatu runsas aineisto helpottaa kuitenkin musiikkiterapiatyön tekemistä tulevaisuudessa ja antaa mahdollisesti vinkkejä seuraaville, kehitellymmille tutkimushankkeille. Laadullisten menetelmien viimeaikainen kehittyminen tarjoaa monia mahdollisuuksia tarkastella dementoituneiden musiikkiterapiaa. Aikaisemmilla kliinisillä tutkimuksilla on todistettu musiikin muistia tukevat mahdollisuudet.

Koska dementoituneen maailmassa emotionaaliset merkitykset näyttävät korostuvan, olisi näiden ilmiöiden syvempi tutkiminen paikallaan. Voitaisiin tarkastella lähemmin vaikkapa asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutusta myös vastatransferenssitunteiden näkökulmasta.

**LÄHTEET**

- Aikio, A.(toim.)& Vornanen, R. (1982). Uusi sivistyssanakirja. Suomen kielen sanakirjat 1. Keuruu: Otava
- Aldridge D.(1996).Music Therapy Research and Practice in Medicine. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers
- Bengtsson I.(1982).Musiikin ymmärtämisestä. Teoksessa Tarasti E. Musiikin soivat muodot. Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielmia ja raportteja, no 2
- Dunderfelt, T.(1992).Elämänkaaripsykologia. Juva:WSOY
- Erdonmez, D.(1997).Music. A Mega Vitamin for the Brain. Teoksessa Heal M. and Wigram T.(1997).Music Therapy in Health and Education. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd
- Erikson E. H.(1962).Lapsuus ja yhteiskunta. Jyväskylä 1982:Gummerus
- Erkkilä J. (1996).Musiikki ja tunteet musiikkiterapiassa. Hankasalmi: Hankasalmen kirjapaino
- Erkkilä J. (1997).Musiikin merkitystasot musiikkiterapian teorian ja kliinisen käytännön näkökulmista (Väitöskirja). Jyväskylä Studies in the Arts Nr. 57
- Feil N.(1993).Validaatio. Menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon.Helsinki: Vanhustyön keskusliitto
- Gfeller 1990, Music as Communication. Teoksessa Unkefer R.F. Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders. New York. Schirmer Books
- Jorm A.F.(1987).Understanding Senile Dementia. Sydney:Croom Helm
- Lehtonen K.(1992).Teoreettisia lähtökohtia vanhusten musiikkiterapiaan.Gerontologia 1992/4
- Lehtonen K.(1993).Musiikki sitomisen välineenä.Psychiatria Fennican julkaisusarja no 106. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Lehtonen K.(1996).Musiikki kieli ja kommunikaatio. Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielmia ja raportteja 17
- Lehtonen K. & Niemelä M.(1997).Kielikuvista mielikuviin. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja A:177
- Leijala M.(1992).Musiikkiterapiaa terveystieteiden vuodeosastolla.(Raisa Saloheimon haastattelu).Gerontologia 1992/4



- Levine, E.(1994). *Tending the Fire. Studies in Art, Therapy and Creativity.* Toronto. Palmerston Press
- Louhivuori, J.(1990). *Kognitiivinen psykologia ja musiikin opetus.* Teoksessa Louhivuori, J. *Musiikin tutkimuksen rajoilla.* Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielmia ja raportteja, no 4
- Paajaste K.(1997). *Dementia muuttaa koko perheen sisäisiä rooleja.*(Petteri Viramon haastattelu). *Keskisuomalainen* 15.2.1997
- Pavlicevic, M.(1997). *Music Therapy in Context. Music, Meaning and Relationship.* London: Jessica Kingsley Publishers Ltd
- Päivärinta, E.(1988). *Hoidollinen vuorovaikutus vanhustyössä.* Luentoreferaatti. Vanhustyön keskusliitto
- Raitanen A.(1997). *Vireyttä vuosiin.*Lehtiartikkeli. *Vanhustyö* 1/97.
- Rubin, D.C. & Rahhal, T.A. & Poon, L.W.(1998). *Things Learned in Early Adulthood Are Remembered Best .Memory & Cognition, Vol 26, N:o 1, 3-19.*
- Ruth J-E.(1993).*Persoonallisuus, elämänhallinta ja elämäntapa vanhuudessa.* Teoksessa Isohanni M., Tienari P., Achte' K.*Vanhuus ja mielenterveys.*Juva:WSOY
- Saarela T.(1993).*Dementian psykiatrisen hoidon mahdollisuudet.* Teoksessa Isohanni M., Tienari P., Achte' K.*Vanhuus ja mielenterveys.*Juva:WSOY
- Stenbäck A.(1982).*Vanheneminen - tapahtuma ja tehtävä.*Teoksessa: Auvinen,R., Hirsjärvi E., Kumpulainen M., Stenbäck A., Vauhkonen M-L. *Vanhenemisen voimavarat.*Hämeenlinna:Karisto
- Sulkava R., Eloniemi U., Erkinjuntti T., Hervonen A.(1994). *Dementia.* Helsinki. Kirjayhtymä
- Thaut M. (1990a). *Neuropsychological Processes in Music Perception and Their Relevance in Music Therapy.* Teoksessa Unkefer R.F. *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders.* New York. Schirmer Books
- Thaut M. (1990b). *Physiological and Motor Responses to Music Stimuli.* Teoksessa Unkefer R.F. *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders.* New York. Schirmer Books
- Thomae H.(1983).*Altersstile und Altersschicksale.*Bern:Verlag Hans Huber
- Tilvis R.(1993). *Vanhenemismuutokset.* Teoksessa Tilvis R. ja Sourander L. *Geriatría* Helsinki. Kustannus Oy Duodecim
- Tähkä V.(1993). *Psykoterapian perusteet.* Juva. WSOY

**LIITTEET:**

LIITE 1: Alkuarviointiin (arviointilomake) liittyvä kirje

LIITE 2: Arviointilomake (alkuarviointi)

LIITE 3: Arviointilomake (loppuarviointi)

LIITE 4: Haastattelujen aiheet

LIITE 5a: Videohavainnot. Alku- ja loppujakson vertailu

LIITE 5b: Videohavainnot. Alku- ja loppujakson vertailu. Painotettu

LIITE 6a: Videohavainnot. Alkujakso

LIITE 6b: Videohavainnot. Alkujakso. Painotettu

LIITE 7a: Videohavainnot. Loppujakso

LIITE 7b: Videohavainnot. Loppujakso. Painotettu

LIITE 8/P101...P218: Asukaskohtaiset videohavainnot. Havaitsija P

LIITE 8/R101...P218: Asukaskohtaiset videohavainnot. Havaitsija R

## HYVÄ VANHUSTENHOIDON AMMATTILAINEN

Olen tekemässä musiikkiterapian pro gradututkimusta, jolla pyrin laadullisesti kehittämään vanhusten musiikkiterapiaa ja sen arviointia sekä selvittämään terapian mahdollisuuksia vanhusten hoidossa. Työtäni varten tulen vetämään n. 26 viikon pituisen tutkimusjakson ajalla 1.1. ... 30.6.1997.

Tutkimustani varten pyytäisin Teiltä vaivannäköä. Teen nimittäin jakson alussa ja lopussa hoitajille kyselyn, jolla pyydän arvioimaan musiikkiterapiassa käyvien vanhusten tilannetta hoidon näkökulmasta. Saamani tiedot tulen käsittelemään luottamuksellisesti ja kaikki nimitiedot tulen muuttamaan ulkopuolisille tunnistamattomiksi.

Risto Jukkola, musiikkiterapeutti

**LIITE 1: Alkuarviointiin (arviointilomake)liittyvä kirje**

**LÄHTÖTIETO-/ARVIOINTIKAAVAKE****DEMENTIA** Pvm: \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_

1. Asukkaan syntymävuosi: \_\_\_\_\_ As.Nro: \_\_\_\_\_

2. Syntymäpaikkakunta: \_\_\_\_\_

3. Tullut hoitokotiin: \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_ 4.  Pitkäaik. as.

5. Todetut sairaudet: \_\_\_\_\_

6. Säännöllinen lääkehoito: \_\_\_\_\_

7. Oireilun vaikeusaste: Lievä-Keskivaikea-Vaikea  
(Harvoin-Jonkin verran-Usein)7.1. Depressiiv.   7.2. Dementia   7.3. Vaeltelu   7.4. Levoton   7.5. \_\_\_\_\_   8. Aistitoiminnot (kuulo, näkö):  Normaalit  
Heikentyneet: \_\_\_\_\_9. Muistitoiminnot:  Normaalit  
Heikentyneet: \_\_\_\_\_10. Orientaatio:  Normaalit  
Heikentynyt: \_\_\_\_\_

11. Päivittäistoiminnot Tarvitsee apua

11.1. Liikkuminen: 11.2. WC:ssä käynti: 11.3. Pukeutuminen/riisuutuminen: 11.4. Ruokailu: 12. Verbaali itseilmaisu (puhe): (kuvaile viivalle  
tarvittaessa) Ei lainkaan \_\_\_\_\_ Ei puhu ymmärrettävästi \_\_\_\_\_ Puhue osittain ymmärrettävää \_\_\_\_\_ Puhue ymmärrettävää \_\_\_\_\_ Liikaa, häiritsevästi \_\_\_\_\_

13. Tunteiden ilmaisu:

 Ei lainkaan \_\_\_\_\_ Yllättävästi, tilanteesta riippumatta \_\_\_\_\_ Rajoittuneesti, hillitysti \_\_\_\_\_ Riittävästi \_\_\_\_\_ Liikaa, häiritsevästi \_\_\_\_\_

14. Suhtautuminen muihin asukk. (yleensä):

Vaihtelee  \_\_\_\_\_ Vihamielinen \_\_\_\_\_ Torjuva \_\_\_\_\_ Välinpitämätön \_\_\_\_\_ Myönteinen passiivinen \_\_\_\_\_ Myönteinen aktiivinen \_\_\_\_\_ Takertuva \_\_\_\_\_14.1. Miten suhtautuminen muihin asukkaisiin  
vaihtelee? Henkilön mukaan \_\_\_\_\_ Tilanteen mukaan \_\_\_\_\_ Ei selvää henkilö- tai tilannesidonnaisuutta**MUSIIKKITERAPIA**

15. Suhtautuminen henkilökuntaan yleensä:

Vaihtelee  \_\_\_\_\_ Torjuva \_\_\_\_\_ Välinpitämätön \_\_\_\_\_ Myönteinen passiivinen \_\_\_\_\_ Myönteinen aktiivinen \_\_\_\_\_ Takertuva \_\_\_\_\_15.1. Miten suhtautuminen henkilökuntaan vaih-  
telee? Henkilön mukaan \_\_\_\_\_ Tilanteen mukaan \_\_\_\_\_ Ei selvää henkilö- tai tilannesidonnaisuutta

16. Miten kuvailisit asukasta hoidettavana?

 Kiittämätön, raskas \_\_\_\_\_ Asiallinen \_\_\_\_\_ Kiitollinen, paikitseva \_\_\_\_\_17. Mihin edellisten kohtien ominaisuuteen ha-  
luaisit ensisijaisesti vaikuttaa?

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

18. Mihin edellisten kohtien ominaisuuteen ar-  
vioisit hoitotoimenpiteillä voitavan vaikuttaa?

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

19. Mm. Erikson ja Feil puhuvat eheytyksen ja  
elämän ongelmien ratkaisemisen tärkeydestä  
vanhuuden kehitystehtävänä. Minkä laatuista ne  
voisivat olla kyseisellä vanhuksella?20. Liittyvätkö em. tehtävät hoitotavoitteisiin? Mi-  
ten? \_\_\_\_\_21. Mitä em. tai muita tavoitteita voisi asettaa  
musiikkiterapialle? \_\_\_\_\_22. Mitä muuta hyötyä voisi asukkaalle olla mu-  
siikkiterapiasta? \_\_\_\_\_23. Entä voisiko musiikkiterapiasta olla jotain  
haittaa /vaaraa? Millaista? \_\_\_\_\_

KÄÄNNÄ!

file...nutkkysely

## LÄHTÖTIETO-/ARVIOINTIKAAVAKE

DEMENTIA Pvm: \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_

1. Asukkaan syntymävuosi: \_\_\_\_\_ As.Nro: \_\_\_\_\_

2. Syntymäpaikkakunta: \_\_\_\_\_

3. Tullut hoitokotiin: \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_ 4. [ ] Pitkäaik.as.

5. Todetut sairaudet: \_\_\_\_\_

6. Oireilun vaikeusaste: Lievä-Keskivaikea-Vaikea  
(Harvoin-Jonkin verran-Usein)

6.1. Depressiiv. [ ] [ ] [ ]

6.2. Dementia [ ] [ ] [ ]

6.3. Vaeltelu [ ] [ ] [ ]

6.4. Levoton [ ] [ ] [ ]

6.5. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ]

7. Aistitoiminnot (kuulo, näkö): [ ] Normaalit  
Heikentyneet: \_\_\_\_\_

8. Kuvaile asukkaan muistitoimintoja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Päivittäistoiminnot Tarvitsee apua

9.1. Liikkuminen: [ ]

9.2. WC:ssä käynti: [ ]

9.3. Pukeutuminen/riisuutuminen: [ ]

9.4. Ruokailu: [ ]

10. Kuvaile asukkaan puheilmaisua

Puhuuko asukas ymmärrettävästi? Kykeneekö keskustelemaan asiallisesti? jne...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Kuvaile asukkaan tunteiden ilmaisu

Onko tunteiden ilmaisu tilanteeseen sopivaa tai tarkoituksenmukaista? Onko riittävää?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Kuvaile suhtautumista muihin asukkaisiin

Ilmeneekä jotain tiettyä asennetta (vihamielinen, torjuva, avulias...)? Vaihtelee ko henkilöistä tai tilanteesta riippuen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MUSIIKKITERAPIA

80

13. Kuvaile suhtautumista henkilökuntaan

Ilmeneekä jotain tiettyä asennetta (vihamielinen, torjuva, avulias...)? Vaihtelee ko henkilöistä tai tilanteesta riippuen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Miten kuvailisit asukasta hoidettavana?

[ ] Kiittämätön, raskas \_\_\_\_\_

[ ] Asiallinen \_\_\_\_\_

[ ] Kiitollinen, palkitseva \_\_\_\_\_

15. Mihin edellisten kohtien ominaisuuteen

haluaisit ensisijaisesti vaikuttaa? Jos ei mihinkään, siirry kohtaan 17.

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

16. Mihin edellisten kohtien ominaisuuteen

arvioisit ei-lääkinnällisillä hoitotoimenpiteillä voitavan vaikuttaa?

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

Kohdan \_\_\_\_\_ Miten?: \_\_\_\_\_

17. Mitä em. tai muita tavoitteita voisi asettaa

musiikkiterapialle?

Itseilmaisu

Sosiaaliset taidot

Tunteiden ilmaisu

Jokin muu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Mitä muuta hyötyä voisi asukkaalle olla

musiikkiterapiasta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Entä voisiko musiikkiterapiasta olla jotain

haittaa /vaaraa? Millaista?

\_\_\_\_\_

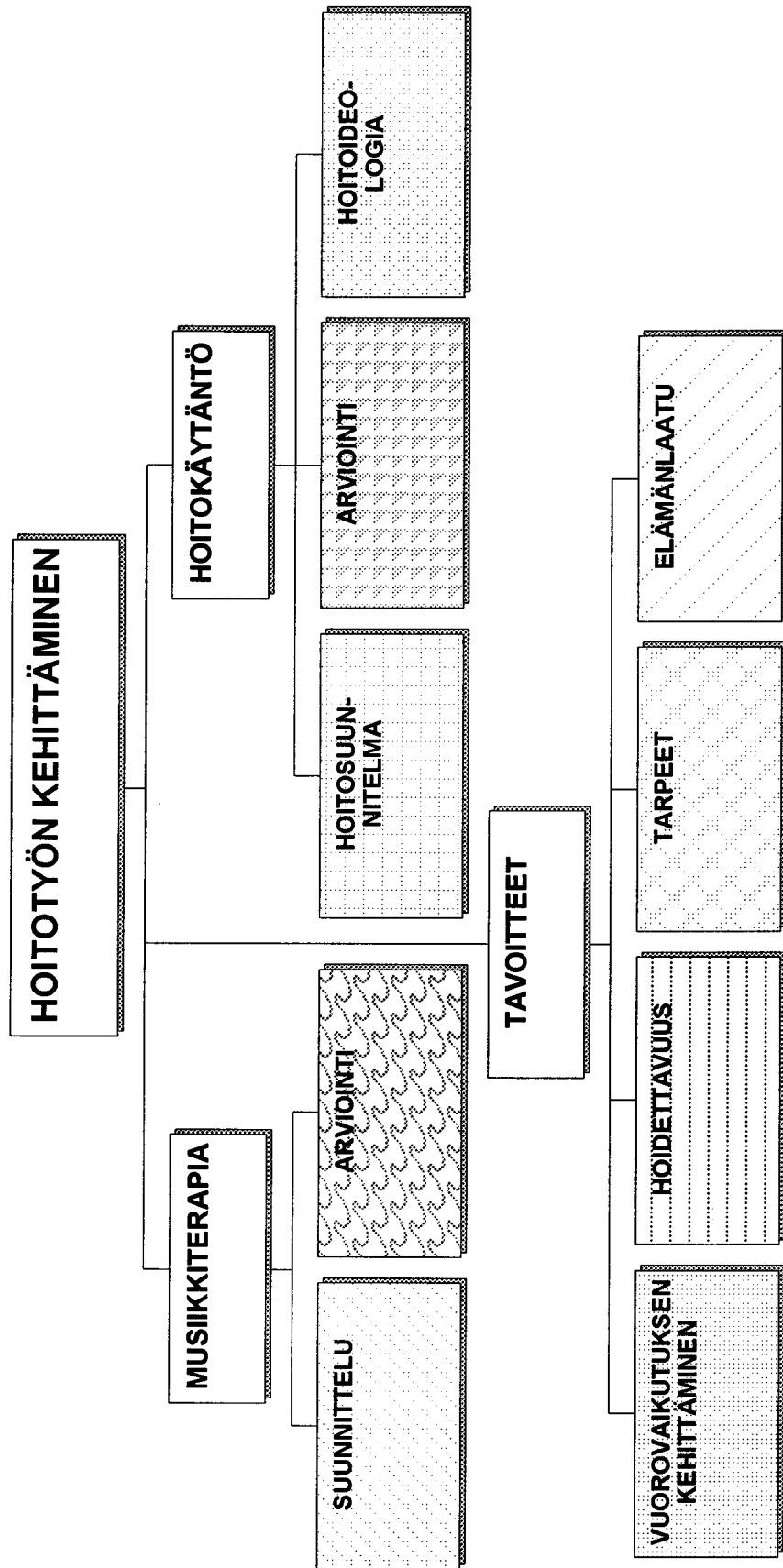
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[ ] JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI!

file:...lmtelkaavakeldem



**LIITE 4: Haastattelujen aiheet**

VIDEO:	VIDEOHAVAINNOT																				
	VERTAILU:						ALKU-LOPPU														
ASUKAS:																					
HAVAITSIJA:	P + R																				
FILE:P+R-101-213 A-L																					
0'																					
VERBAALILMAIS	MUS			PUH			MUS			PUH			YHT								
	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	ERO	YHT				
MUS.HERÄTTÄMÄ	4	1	3	4	0	0	1	7	13	3	0	6	11	12	5	7	22	28	6	-1	
PUHUMINEN	47	35	2	1	6	0	29	32	27	11	2	34	30	21	5	-16	132	124	-8	-24	
KYSYMINEN	20	23	0	0	0	0	13	8	11	0	0	16	13	0	0	0	70	55	-15	-15	
VASTAAMINEN	57	56	0	0	2	0	8	21	17	0	0	49	57	2	0	-2	134	151	17	15	
K.A. 1	64	57,5	2,5	2,5	7	0	27,5	32	34	5,5	1,5	35	34	2,5	1	52,5	55,5	17,5	179	0	381
%	16,8	15,1	0,66	0,66	1,84	0	7,23	8,41	8,94	1,45	0,39	9,2	14,6	4,6	1,31	-7,1	47	47	0	100	
K.A. 2	5,82	5,23	0,23	0,23	0,64	0	2,5	2,91	3,09	0,5	0,14	3,18	5,05	1,59	0,45	1,14	16,3	16,3	0	34,6	
TUNNE:																					
TUNNE	MUS			PUH			MUS			PUH			YHT								
	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	ERO	YHT				
K.A. 1	26	24	2	4	2	0	10	13	11	2	2	28	23	6	7	1	77	71	-6	-5	
%	16,1	14,9	1,24	2,48	1,24	0	6,21	8,07	6,83	1,24	1,24	17,4	14,3	3,73	4,35	17	47,8	44,1	-8	100	
K.A. 2	1,18	1,09	0,09	0,18	0,09	0	0,45	0,59	0,5	0,09	0,09	1,27	1,05	0,27	0,32	0,05	3,5	3,23	0,27	7,32	
FYS. TOIMINTO:																					
LAULAMINEN	MUS			PUH			MUS			PUH			YHT								
	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	1-3	4-6	1-3 4-6	ERO	YHT				
KATSE	6	12	34	41	42	35	6	7	8	44	44	38	7	5	165	158	-7	23	32	9	2
ILME	53	57	30	28	37	27	34	22	39	39	39	56	52	145	129	-16	175	170	-5	-21	
K.A. 1	37	37	7	0	6	0	13	5	8	3	4	16	8	19	6	-13	109	94	-15	-28	
%	48	53	35,5	34,5	42,5	31	26,5	17	27,5	43,5	39,5	53	50,5	165	147	-18	154	148	-5,5	613	
K.A. 2	7,84	8,65	5,8	5,63	6,94	5,06	4,33	2,78	4,49	7,1	6,45	8,65	8,24	26,9	23,9	-11	25,1	24,2	-4	100	
%	4,36	4,82	3,23	3,14	3,86	2,82	2,41	1,55	2,5	3,91	3,77	4,82	4,59	15	13,3	1,64	14	13,5	-0,5	55,7	

LIITE 5a: Videohavainnot. Alku- ja loppujakson vertailu

VIDEO:	VIDEOHAVAINNOT																				
	VERTAILU:																				
	ALKU-LOPPU (Painotettu)																				
	15'			30'			45'			YHT			YHT								
	MUS			MUS			MUS			MUS			MUS								
	PUH			PUH			PUH			PUH			PUH								
	1-3	4-6	YHT	1-3	4-6	YHT	1-3	4-6	YHT	1-3	4-6	YHT	1-3	4-6	YHT						
FILE:PAR-101-213 A-L																					
0'																					
YERBAALI-ILMAIS																					
MUS.HERÄTTÄMÄ	4	1	3	4	6	0	5	3	7	13	0	6	11	12	5	-7	22	28	6	-1	
PUHUMINEN	47	35	2	1	6	0	29	32	2	27	11	2	34	30	21	5	-16	132	124	-8	-24
KYSYMINEN	20	23	0	0	0	0	13	8	0	11	0	0	16	13	0	0	0	70	55	-15	-15
VASTAAMINEN	57	56	0	0	2	0	8	21	0	17	0	0	49	57	2	0	-2	134	151	17	15
K.A. 1	64	57,5	2,5	2,5	7	0	27,5	32	5,5	34	2,5	1	52,5	55,5	17,5	5	12,5	179	179	0	381
%	16,8	15,1	0,66	0,66	1,84	0	7,23	8,41	1,45	8,94	0,66	0,26	13,8	14,6	4,6	1,31	-7,1	47	47	0	100
K.A. 2	5,82	5,23	0,23	0,23	0,64	0	2,5	2,91	0,5	3,09	0,23	0,09	4,77	5,05	1,59	0,45	1,14	16,3	16,3	0	34,6
TUNNE:																					
TUNNE	104	96	8	16	8	0	40	52	0	44	8	8	112	92	24	28	4	308	284	-24	-20
K.A. 1	52	48	4	8	4	0	20	26	0	22	4	4	56	46	12	14	2	154	142	-12	322
%	16,1	14,9	1,24	2,48	1,24	0	6,21	8,07	0	6,83	1,24	1,24	17,4	14,3	3,73	4,35	17	47,8	44,1	-8	100
K.A. 2	4,73	4,36	0,36	0,73	0,36	0	1,82	2,36	0	2,36	0,36	0,36	5,09	4,18	1,09	1,27	0,18	14	12,9	1,09	29,3
FYS TOIMINTO:																					
LAULAMINEN	8	16	45	53	56	47	8	9	59	59	5	11	60	51	60	210	-10	30	43	13	3
KATSE	71	76	40	37	49	36	45	29	52	47	43	52	75	69	193	172	-21	234	226	-8	-29
ILME	49	49	9	0	8	0	17	7	4	5	21	11	57	59	25	8	-17	144	126	-18	-35
K.A. 1	64	70,5	47	45	56,5	41,5	35	22,5	57,5	55,5	34,5	37	58	53	70,5	67,5	-24	204	198	-6,5	816
%	7,85	8,65	5,76	5,52	6,93	5,09	4,29	2,76	7,05	6,81	4,23	4,54	7,11	6,5	26,9	23,9	-11	25	24,2	-3	100
K.A. 2	5,82	6,41	4,27	4,09	5,14	3,77	3,18	2,05	5,23	5,05	3,14	3,36	5,27	4,82	19,9	17,7	2,18	18,5	18	0,59	74,1

LIITE 5b: Videohavainnot. Alku- ja loppujakson vertailu. Painotettu



VIDEO:	1-3																<b>VIDEOANALYYSI</b>			
ASUKAS:	ALL																<b>ALKUJAKSO (1-3)</b>			
FILE:	ALKUJAKSO P+R																<b>HAVAITSI: P + R</b>			
MUSIIKIN AIKANA												PUHEEN AIKANA								
0'			45'			MUUT.			15'			30'			MUUT.			YHT.		
<b>VERBAALI-ILMAISU:</b>																				
101	1	0	-1	1	0	-1	-2	8	7	-1	6,5	6,5	0	-1						
103	1	0	-1	1	2	1	0	8	9	1	4,5	7,5	3	4						
104	0,5	0,5	0	5	1	-4	-4	8,5	8,5	0	5	8,5	3,5	3,5						
106	0	0	0	0	0	0	0	5,5	5,5	0	0	0	0	0						
107	0	1	1	0	1	1	2	5	4	-1	2,5	4	1,5	0,5						
108	0	0	0	0	1,5	1,5	1,5	7,5	5	-2,5	0	3	3	0,5						
109	0	0	0	0	0	0	0	6,5	6	-0,5	4	5	1	0,5						
205	0	1	1	0	0	0	1	6	3,5	-2,5	2	1	-1	-4						
207	0	0	0	0	0	0	0	3	1	-2	2	0	-2	-4						
208	0	0	0	0	0	0	0	4	3	-1	0	0	0	-1						
213	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-2	1	0,5	-0,5	-3						
<b>YHT</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5,5</b>	<b>-1,5</b>	<b>-2</b>	<b>64</b>	<b>52,5</b>	<b>11,5</b>	<b>27,5</b>	<b>36</b>	<b>8,5</b>	<b>-3</b>						
<b>K.A.</b>	<b>0,23</b>	<b>0,23</b>	<b>0</b>	<b>0,64</b>	<b>0,5</b>	<b>0,14</b>		<b>5,82</b>	<b>4,77</b>	<b>1,05</b>	<b>2,5</b>	<b>3,27</b>	<b>0,77</b>							
MUSIIKIN AIKANA												PUHEEN AIKANA								
0'			45'			MUUT.			15'			30'			MUUT.			YHT.		
<b>TUNNE:</b>																				
101	0	0	0	0	0	0	0	1,5	2,5	1	2	1,5	-0,5	0,5						
103	0	0	0	0	0	0	0	0	1,5	1,5	0	0	0	1,5						
104	1	1	0	0	0	0	0	2,5	3	0,5	1	2	1	1,5						
106	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5	0,5	0	0,5	0,5	1						
107	0	0	0	0	0	0	0	2	1,5	-0,5	0,5	2	1,5	1						
108	0	0	0	1	0	-1	-1	2	1	-1	0	1	1	0						
109	0	0	0	0	0	0	0	1,5	0,5	-1	0,5	0	-0,5	-2						
205	0	0	0	0	0	0	0	2,5	2,5	0	1	0	-1	-1						
207	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
208	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
<b>YHT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-1</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>						
<b>K.A.</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0</b>	<b>0,09</b>	<b>0</b>	<b>0,09</b>		<b>1,18</b>	<b>1,27</b>	<b>0,09</b>	<b>0,45</b>	<b>0,64</b>	<b>0,18</b>							
MUSIIKIN AIKANA												PUHEEN AIKANA								
0'			45'			MUUT.			15'			30'			MUUT.			YHT.		
<b>FYYS. TOIMINTO:</b>																				
101	4	6	2	6	6	0	2	6	6	0	4	2	-2	-2						
103	2	3	1	3,5	4	0,5	1,5	3	6	3	0	0	0	3						
104	7	7	0	6	5,5	-0,5	-1	7	8	1	4,5	5	0,5	1,5						
106	2,5	3,5	1	7	4	-3	-2	5	4,5	-0,5	0	2	2	1,5						
107	5	4	-1	4	4	0	-1	4	4	0	2,5	4	1,5	1,5						
108	2	3,5	1,5	2	4,5	2,5	4	5,5	6	0,5	4	4	0	0,5						
109	3,5	6	2,5	4	6	2	4,5	5,5	4	-1,5	2,5	2	-0,5	-2						
205	5	5,5	0,5	5,5	5	-0,5	0	7,5	7	-0,5	5,5	5	-0,5	-1						
207	2	2,5	0,5	3	3	0	0,5	3	2	-1	2,5	1	-1,5	-3						
208	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0,5	4	3,5	0	0	0	3,5						
213	2	1,5	-0,5	1	0,5	-0,5	-1	1	1,5	0,5	1	1	0	0,5						
<b>YHT</b>	<b>35,5</b>	<b>43,5</b>	<b>8</b>	<b>42,5</b>	<b>43</b>	<b>0,5</b>	<b>8,5</b>	<b>48</b>	<b>53</b>	<b>5</b>	<b>26,5</b>	<b>26</b>	<b>-0,5</b>	<b>4,5</b>						
<b>K.A.</b>	<b>3,23</b>	<b>3,95</b>	<b>0,73</b>	<b>3,86</b>	<b>3,91</b>	<b>0,05</b>		<b>4,36</b>	<b>4,82</b>	<b>0,45</b>	<b>2,41</b>	<b>2,36</b>	<b>0,05</b>							

VIDEO:	1-3													VIDEOANALYYSI			
ASUKAS:	ALL													ALKUJAKSO (1-3)			
FILE:	ALKUJAKSO P+R													HAVAITSI: P + R			
	MUSIIKIN AIKANA							PUHEEN AIKANA						(Painotettu)			
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>VERBAALI-ILMAISU:</b>																	
101	1	0	-1	1	0	-1	-2	8	7	-1	6,5	6,5	0	-1			
103	1	0	-1	1	2	1	0	8	9	1	4,5	7,5	3	4			
104	0,5	0,5	0	5	1	-4	-4	8,5	8,5	0	5	8,5	3,5	3,5			
106	0	0	0	0	0	0	0	5,5	5,5	0	0	0	0	0			
107	0	1	1	0	1	1	2	5	4	-1	2,5	4	1,5	0,5			
108	0	0	0	0	1,5	1,5	1,5	7,5	5	-2,5	0	3	3	0,5			
109	0	0	0	0	0	0	0	6,5	6	-0,5	4	5	1	0,5			
206	0	1	1	0	0	0	1	6	3,5	-2,5	2	1	-1	-4			
207	0	0	0	0	0	0	0	3	1	-2	2	0	-2	-4			
208	0	0	0	0	0	0	0	4	3	-1	0	0	0	-1			
213	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-2	1	0,5	-0,5	-3			
<b>YHT</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5,5</b>	<b>-1,5</b>	<b>-2</b>	<b>64</b>	<b>52,5</b>	<b>11,5</b>	<b>27,5</b>	<b>36</b>	<b>8,5</b>	<b>-3</b>			
<b>K.A.</b>	<b>0,23</b>	<b>0,23</b>	<b>0</b>	<b>0,64</b>	<b>0,5</b>	<b>0,14</b>		<b>5,82</b>	<b>4,77</b>	<b>1,05</b>	<b>2,5</b>	<b>3,27</b>	<b>0,77</b>				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
<b>PUHEEN AIKANA</b>																	
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>TUNNE:</b>																	
101	0	0	0	0	0	0	0	6	10	4	8	6	-2	2			
103	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	0	0	6			
104	4	4	0	0	0	0	0	10	12	2	4	8	4	6			
106	0	0	0	0	0	0	0	4	6	2	0	2	2	4			
107	0	0	0	0	0	0	0	8	6	-2	2	8	6	4			
108	0	0	0	4	0	-4	-4	8	4	-4	0	4	4	0			
109	0	0	0	0	0	0	0	6	2	-4	2	0	-2	-6			
206	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	4	0	-4	-4			
207	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
208	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
<b>YHT</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>-4</b>	<b>-4</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>12</b>			
<b>K.A.</b>	<b>0,36</b>	<b>0,36</b>	<b>0</b>	<b>0,36</b>	<b>0</b>	<b>0,36</b>		<b>4,73</b>	<b>5,09</b>	<b>0,36</b>	<b>1,82</b>	<b>2,55</b>	<b>0,73</b>				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
<b>PUHEEN AIKANA</b>																	
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>FYYS. TOIMINTO:</b>																	
101	5,5	8	2,5	8	8	0	2,5	8	8	0	5,5	2,5	-3	-3			
103	2,5	4	1,5	4,5	5,5	1	2,5	4	8	4	0	0	0	4			
104	9,5	9,5	0	8	7,5	-0,5	-1	9,5	10,5	1	6	6,5	0,5	1,5			
106	3,5	4,5	1	9,5	5,5	-4	-3	6,5	6	-0,5	0	2,5	2,5	2			
107	6,5	5,5	-1	5,5	5,5	0	-1	6	5,5	-0,5	3,5	5,5	2	1,5			
108	2,5	4,5	2	2,5	6	3,5	5,5	7,5	8	0,5	5,5	5,5	0	0,5			
109	4,5	8	3,5	5,5	8	2,5	6	7,5	5,5	-2	3,5	2,5	-1	-3			
206	6,5	7,5	1	7,5	6,5	-1	0	10	9,5	-0,5	7,5	6,5	-1	-2			
207	2,5	3,5	1	4	4	0	1	4	2,5	-1,5	3,5	1,5	-2	-4			
208	0,5	1,5	1	0,5	0,5	0	1	0,5	5,5	5	0	0	0	5			
213	2,5	2	-0,5	1,5	0,5	-1	-2	1,5	2	0,5	1,5	1,5	0	0,5			
<b>YHT</b>	<b>46,5</b>	<b>58,5</b>	<b>12</b>	<b>57</b>	<b>57,5</b>	<b>0,5</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>36,5</b>	<b>34,5</b>	<b>-2</b>	<b>4</b>			
<b>K.A.</b>	<b>4,23</b>	<b>5,32</b>	<b>1,09</b>	<b>5,18</b>	<b>5,23</b>	<b>0,05</b>		<b>5,91</b>	<b>6,45</b>	<b>0,55</b>	<b>3,32</b>	<b>3,14</b>	<b>0,18</b>				

LIITE 6b: Videohavainnot. Alkujakso. Painotettu

VIDEO:	4-6													VIDEOANALYYSI			
ASUKAS:	ALL													LOPPUJAKSO (4-6)			
FILE:	LOPPUJAKSO P+R													HAVAITSI: P+R			
MUSIIKIN AIKANA						PUHEEN AIKANA											
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>VERBAALI-ILMAISU:</b>																	
101	1,5	0	-1,5	0	0	0	-2	9,5	8	-1,5	5	6	1	-1			
103	0	0	0	0	1	1	1	5,5	4,5	-1	1	0	-1	-2			
104	0	0	0	0	0	0	0	7,5	9	1,5	8,5	8,5	0	1,5			
106	0	1	1	0	0	0	1	3	4	1	0	0	0	1			
107	0	0	0	0	0	0	0	5	4	-1	2	0,5	-1,5	-3			
108	0,5	0	-0,5	0	0	0	-1	4	4	0	0	0	0	0			
109	0,5	0	-0,5	0	0	0	-1	8	6	-2	5	7	2	0			
205	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	5,5	5,5	0	7,5	6	-1,5	-2			
207	0	0	0	0	0	0	0	3	3,5	0,5	0	0	0	0,5			
208	0	0	0	0	0	0	0	2	2,5	0,5	0	1	1	1,5			
213	0	0	0	0	0	0	0	4,5	4,5	0	3	4,5	1,5	1,5			
<b>YHT</b>	<b>2,5</b>	<b>1</b>	<b>-1,5</b>	<b>0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>	<b>57,5</b>	<b>55,5</b>	<b>-2</b>	<b>32</b>	<b>33,5</b>	<b>1,5</b>	<b>-1</b>			
<b>K.A.</b>	<b>0,23</b>	<b>0,09</b>	<b>0,14</b>	<b>0</b>	<b>0,14</b>	<b>0,14</b>		<b>5,23</b>	<b>5,05</b>	<b>0,18</b>	<b>2,91</b>	<b>3,05</b>	<b>0,14</b>				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
MUSIIKIN AIKANA						PUHEEN AIKANA											
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>TUNNE:</b>																	
101	1	0	-1	1	0,5	-0,5	-2	2	2	0	2	1	-1	-1			
103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
104	0	0	0	0	0	0	0	3	1,5	-1,5	2	2,5	0,5	-1			
106	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	2	1,5	0	0,5	0,5	2			
107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
108	0	0	0	0	0	0	0	2	1	-1	0	0	0	-1			
109	1	0	-1	0	0	0	-1	2	2	0	0,5	0,5	0	0			
205	0	1	1	0	0	0	1	2,5	2	-0,5	1	1	0	-1			
207	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1			
208	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	-0,5	-1			
<b>YHT</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>12</b>	<b>11,5</b>	<b>-0,5</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>	<b>-0,5</b>	<b>-1</b>			
<b>K.A.</b>	<b>0,18</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0</b>		<b>1,09</b>	<b>1,05</b>	<b>0,05</b>	<b>0,55</b>	<b>0,5</b>	<b>0,05</b>				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
MUSIIKIN AIKANA						PUHEEN AIKANA											
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>FYYS. TOIMINTO:</b>																	
101	6	4	-2	4	6	2	0	6,5	5,5	-1	2,5	2,5	0	-1			
103	0	1	1	0	1	1	2	1	3	2	1	0	-1	1			
104	4,5	5	0,5	3,5	7	3,5	4	8	7,5	-0,5	2,5	3	0,5	0			
106	3	5	2	3	4	1	3	3	3,5	0,5	0	1	1	1,5			
107	1,5	2,5	1	1,5	1,5	0	1	3,5	4	0,5	1	3	2	2,5			
108	0	0,5	0,5	1	0	-1	-1	3	2	-1	0	1	1	0			
109	5,5	4	-1,5	3,5	6,5	3	1,5	6,5	6	-0,5	2	4	2	1,5			
205	5	6,5	1,5	5	5	0	1,5	8	5	-3	5	6,5	1,5	-2			
207	5	4	-1	4,5	5	0,5	-1	6	5	-1	0	3	3	2			
208	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	1,5	0	-1,5	-1			
213	4	6	2	4,5	4	-0,5	1,5	4	4	0	1	2,5	1,5	1,5			
<b>YHT</b>	<b>34,5</b>	<b>38,5</b>	<b>4</b>	<b>30,5</b>	<b>40</b>	<b>9,5</b>	<b>14</b>	<b>51,5</b>	<b>48,5</b>	<b>-3</b>	<b>16,5</b>	<b>26,5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>			
<b>K.A.</b>	<b>3,14</b>	<b>3,5</b>	<b>0,36</b>	<b>2,77</b>	<b>3,64</b>	<b>0,86</b>		<b>4,68</b>	<b>4,41</b>	<b>0,27</b>	<b>1,5</b>	<b>2,41</b>	<b>0,91</b>				

VIDEO:	4 - 6													<b>VIDEOANALYYSI</b>			
ASUKAS:	ALL													<b>LOPPUJAKSO (4-6)</b>			
FILE:	LOPPUJAKSO P+R													<b>HAVAITSI: P + R</b>			
	<b>MUSIIKIN AIKANA</b>						<b>PUHEEN AIKANA</b>						<b>Painotettu</b>				
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>VERBAALI-ILMAISU:</b>																	
101	1,5	0	-1,5	0	0	0	-2	9,5	8	-1,5	5	6	1	-1			
103	0	0	0	0	1	1	1	5,5	4,5	-1	1	0	-1	-2			
104	0	0	0	0	0	0	0	7,5	9	1,5	8,5	8,5	0	1,5			
106	0	1	1	0	0	0	1	3	4	1	0	0	0	1			
107	0	0	0	0	0	0	0	5	4	-1	2	0,5	-1,5	-3			
108	0,5	0	-0,5	0	0	0	-1	4	4	0	0	0	0	0			
109	0,5	0	-0,5	0	0	0	-1	8	6	-2	5	7	2	0			
205	0	0	0	0	0,5	0,5	0,5	5,5	5,5	0	7,5	6	-1,5	-2			
207	0	0	0	0	0	0	0	3	3,5	0,5	0	0	0	0,5			
208	0	0	0	0	0	0	0	2	2,5	0,5	0	1	1	1,5			
213	0	0	0	0	0	0	0	4,5	4,5	0	3	4,5	1,5	1,5			
YHT	2,5	1	-1,5	0	1,5	1,5	0	57,5	55,5	-2	32	33,5	1,5	-1			
K.A.	0,23	0,09	0,14	0	0,14	0,14		5,23	5,05	0,18	2,91	3,05	0,14				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>TUNNE:</b>																	
101	4	0	-4	4	2	-2	-6	8	8	0	8	4	-4	-4			
103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
104	0	0	0	0	0	0	0	12	6	-6	8	10	2	-4			
106	0	0	0	0	2	2	2	2	8	6	0	2	2	8			
107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
108	0	0	0	0	0	0	0	8	4	-4	0	0	0	-4			
109	4	0	-4	0	0	0	-4	8	8	0	2	2	0	0			
205	0	4	4	0	0	0	4	10	8	-2	4	4	0	-2			
207	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	4			
208	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-2	-2			
YHT	8	4	-4	4	4	0	-4	48	46	-2	24	22	-2	-4			
K.A.	0,73	0,36	0,36	0,36	0,36	0		4,36	4,18	0,18	2,18	2	0,18				
<b>MUSIIKIN AIKANA</b>																	
	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.	0'	45'	MUUT.	15'	30'	MUUT.	YHT.			
<b>FYYS. TOIMINTO:</b>																	
101	8	5,5	-2,5	5,5	8	2,5	0	8,5	7,5	-1	3,5	3,5	0	-1			
103	0	1,5	1,5	0	1,5	1,5	3	1,5	4	2,5	1,5	0	-1,5	1			
104	6	6,5	0,5	4,5	9,5	5	5,5	10,5	10	-0,5	3,5	4	0,5	0			
106	4	6,5	2,5	4	5,5	1,5	4	4	4,5	0,5	0	1,5	1,5	2			
107	2	3,5	1,5	2	2	0	1,5	4,5	5,5	1	1,5	4	2,5	3,5			
108	0	0,5	0,5	1,5	0	-1,5	-1	4	2,5	-1,5	0	1,5	1,5	0			
109	7,5	5,5	-2	4,5	8,5	4	2	8,5	8	-0,5	2,5	5,5	3	2,5			
205	6,5	8,5	2	6,5	6,5	0	2	10,5	6,5	-4	6,5	8,5	2	-2			
207	6,5	5,5	-1	6	6,5	0,5	-1	8	6,5	-1,5	0	4	4	2,5			
208	0	0	0	0	0	0	0	2,5	4	1,5	2	0	-2	-1			
213	5,5	8	2,5	6	5,5	-0,5	2	5,5	5,5	0	1,5	3,5	2	2			
YHT	46	51,5	5,5	40,5	53,5	13	19	68	64,5	-3,5	22,5	36	13,5	10			
K.A.	4,18	4,68	0,5	3,68	4,86	1,18		6,18	5,86	0,32	2,05	3,27	1,23				

LIITE 7b: Videohavainnot. Loppujakso. Painotettu





VIDEO:		L1-6																				P-104	
ASUKAS:		104																					
HAVAITSIJA:		P																					
FILE:P-104																							
ALKU																							
		15'		30'																			
VERB		MUS		MUS		VERB		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		YHT	
1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6	
VERBAALI-ILMAISU:		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MUS.HERÄTT.ILMAU		3	2	0	0	2	0	3	3	1	0	2	3	0	0	0	0	3	0	3	0	3	
PUHUMINEN		1	3	0	0	0	0	1	2	0	0	2	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	
KYSYMINEN		3	2	0	0	1	0	0	3	0	0	2	1	0	0	0	3	2	1	0	1	8	
VASTAAMINEN		7	7	1	0	5	0	5	8	1	0	8	8	0	0	0	8	8	7	0	7	28	
YHT		10,6	10,6	1,52	0	7,58	0	7,58	12,1	1,52	0	12,1	12,1	0	0	0	12,1	12,1	10,6	0	10,6	42,4	
%																							
TUNNE:		VERB		MUS		VERB		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		YHT	
1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6	
2		3		1		0		0		1		2		2		2		2		2		8	
2		3		1		0		0		1		2		2		2		2		2		8	
10,5		15,8		5,26		0		0		5,26		10,5		0		10,5		10,5		0		42,1	
%																							
FYS.TOIMINTO:		VERB		MUS		VERB		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		MUS		VERB		YHT	
1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6		1-3		4-6	
0		1		3		2		3		2		0		0		1		3		1		3	
3		3		3		2		2		1		2		1		2		3		3		10	
3		3		1		0		1		0		2		1		1		4		5		10	
6		7		7		4		6		3		4		2		7		5		7		22	
6,98		8,14		8,14		4,65		6,98		3,49		4,65		2,33		8,14		5,81		8,14		25,6	
%																							













VIDEO:		L1-6												P-205																								
ASUKAS:		205																																				
HAVAITSIJA:		P																																				
FILE:P-205																																						
ALKU		15'						30'						LOPPU						YHT																		
VERB	MUS	1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		YHT								
1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-6	1-6							
VERBAALI-ILMAISU:		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
MUS.HERÄTT.ILMAU		3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
PUHUMINEN		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
KYSYMINEN		3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
VASTAAMINEN		6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
YHT		18,2	15,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
%																																						
TUNNE:																																						
VERB	MUS	1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		YHT								
1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-6	1-6							
2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16,7	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FYS. TOIMINTO:																																						
VERB	MUS	1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		VERB		MUS		1-3		4-6		YHT								
1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-6	1-6							
1	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	
2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6,82	9,09	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
%																																						

VIDEO:		L1-6 (1,3-6)												P-207																							
ASUKAS:		207																																			
HAVAITSIJA:		P																																			
FILE:P-207																																					
		16'												30'																							
ALKU		MUS				VERB				MUS				VERB				MUS				VERB				MUS				VERB							
VERB		1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6				
VERBAALI-ILMAISU:		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUS.HERÄTT.ILMAU		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUHUMINEN		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KYSYMINEN		2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VASTAAMINEN		3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YHT		25	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%																																					
TUNNE:																																					
VERB		1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6				
1-3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4-6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YHT		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%																																					
FYS. TOIMINTO:																																					
VERB		1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6				
1-3		0	0	1	3	1	2	1	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0
4-6		0	0	1	3	1	2	1	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0
YHT		0	0	2	6	2	4	2	0	4	6	0	0	4	6	0	0	4	6	0	0	4	6	0	0	4	6	0	0	4	6	0	0	4	6	0	0
%																																					
LAULAMINEN		2	3	1	2	2	2	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0	3	4	1	0
KATSE		1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILME		3	6	2	5	3	4	2	0	5	6	3	1	6	7	4	2	7	8	5	1	8	9	6	3	9	10	7	4	10	11	8	5	11	12	9	6
YHT		6	12	4	10	6	8	4	0	10	13	4	0	13	16	7	2	16	19	7	2	19	22	7	2	22	25	11	7	25	28	14	10	28	31	14	10
%																																					
YHT																																					
MUS		1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6				
1-3		6	9	9	15	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13	6	9	9	13
4-6		1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
YHT		7	9	10	15	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13	7	9	10	13
%																																					
YHT																																					
MUS		1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6	1-3	4-6				
1-3		20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56	20	36	20	56
4-6		16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28	16	28
YHT		36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84	36	64	36	84
%																																					

