

Tanja Jäske, Laura Kosonen

Psykososiaaliset menetelmät muistisairaiden ihmisten hoidon tukena

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi

Vanhustyö

Opinnäytetyö

31.10.2016

Tekijät Otsikko	Tanja Jäske, Laura Kosonen Psykososiaaliset menetelmät muistisairaiden ihmisten hoidon tukena: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	53 sivua + 5 liitettä 31.10.2016
Tutkinto	Geronomi
Koulutusohjelma	Vanhustyö
Suuntautumisvaihtoehto	Vanhustyö
Ohjaaja	Lehtori Mari Heitto
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia erilaisia psykososiaalisia menetelmiä on olemassa ja millaisia tuloksia niiden käytöllä on saatu muistisairaiden ikäihmisten kohdalla. Tavoitteena oli koota menetelmistä ja niiden vaikutuksista selkeää tietoa helposti luettavaan muotoon, sillä tällä hetkellä tieto psykososiaalisista menetelmistä on hajanaista. Työelämän yhteistyökumppanina toimi Suomen Muistiasiantuntijat ry.</p> <p>Opinnäytetyö on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Haimme tutkimuksia kuudesta tietokannasta, joita olivat Cochrane, Cinahl, Medic, Melinda, PubMed ja Science Direct. Tutkimukset valittiin katsaukseen lukemalla ensin otsikot ja abstraktit. Tämän jälkeen jäljelle jääneet tutkimukset luettiin kokonaan läpi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan 17 tutkimusta, joista kaksi oli suomenkielisiä ja loput englanninkielisiä. Tutkimukset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä soveltaen. Lisäksi teimme tutkimuksille CASP-tarkastuslistoja hyödyntäen laadunarvioinnit.</p> <p>Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi useita erilaisia psykososiaalisia menetelmiä, joista osa oli yksilökeskeisiä ja osa ryhmäkeskeisiä menetelmiä. Jotkin menetelmistä hyödynsivät teknologiaa. Tutkimuksissa menetelmiä oli hyödynnetty niin hoivakodeissa kuin kotona asuville muistisairaille ikäihmisille.</p> <p>Tutkimuksista löytyi monenlaisia vaikutuksia, joiden hyödyt koskivat niin muistisairaita ikäihmisiä, hoitajia/omaishoitajia kuin hoitoyhteisöjäkin. Yleisimpiä vaikutuksia olivat käytöshäiriöiden väheneminen, elämänlaadun paraneminen, masennuksen lievittyminen, osallisuuden lisääntyminen, kognitiivisen kyvyn paraneminen, vuorovaikutuksen lisääntyminen ja hoitajien/omaishoitajien stressin ja ahdistuksen lieventyminen.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että myös hoitohenkilökunnan sitoutuminen menetelmän käyttöön johtaa positiivisiin tuloksiin. Osa tutkimuksista tarkasteli, vaikuttiko menetelmien käyttö lääkehoitoon. Menetelmiä hyödyntämällä lääkkeiden käytön määrä väheni. Muistisairaiden parissa työskentelevien tietoisuutta psykososiaalisista menetelmistä tulisi lisätä, jotta lääkkeettömiä hoitomuotoja osattaisiin hyödyntää paremmin. Jatkossa tutkimuksia olisi hyvä tehdä enemmän myös Suomessa.</p>	
Avainsanat	psykososiaaliset menetelmät, muistisairaudet, ikääntyneet, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Tanja Jäske, Laura Kosonen Psychosocial Methods as a Support for People with Dementia and Their Care: Systematic Review
Number of Pages Date	53 pages + 5 appendices Autumn 2016
Degree	Bachelor of Social Services and Health Care
Degree Programme	Elderly Care
Specialisation option	Elderly Care
Instructor	Mari Heitto, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to find out what kinds of psychosocial methods there are available and what the effects of those methods are with elderly people with dementia. The aim was to collect information about the methods and their effectiveness into an easily read form. The work partner of our study was Society for Memory Disorders Expertise in Finland.</p> <p>This study was carried out as a systematic review. We searched for researches in six databases including Cochrane, Cinahl, Medic, Melinda, PubMed and Science Direct. 17 studies were chosen by excluding studies that did not meet our inclusion criteria. We used inductive analysis to analyze the contents of the studies and assessed the quality of the studies with CASP checklists.</p> <p>The results showed that there are many different psychosocial methods available for people with dementia, including group-based and individual-based interventions. Psychosocial methods have effects on older people with dementia, their caregivers, nurses and the care communities. The most common effects included decline in disturbing behavior or in depression, increased quality of life, participation and interaction, improved cognitive capability and decrease in the stress and anxiety of caregivers or nurses.</p> <p>As a conclusion we state that more research on psychosocial methods needs to be done especially in Finland. This would increase the knowledge of psychosocial methods within the care staff and within the people with dementia and their close ones. Increased knowledge would enable carers to utilize psychosocial methods and change the care towards even more person-centered care.</p>	
Keywords	Psychosocial methods, dementia, elderly people, systematic review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Muistisairaudet	3
2.1	Muistisairauden vaikutukset yksilöön	3
2.2	Muistisairauden hoito	4
2.2.1	Lääkkeellinen hoito	5
2.2.2	Lääkkeetön hoito	5
3	Psykososiaalisuus ja psykososiaaliset menetelmät	7
3.1	Psykososiaalisuus käsitteen monipuolisuus	7
3.2	Psykososiaaliset menetelmät	9
4	Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset	11
5	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	12
5.1	Aineiston haku	12
5.2	Aineiston valinta	17
5.3	Aineiston laadun arviointi	18
5.4	Aineiston sisällönanalyysi	19
6	Tutkimustulokset	21
6.1	Elämänlaadun paraneminen	28
6.2	Toimintakyvyn paraneminen	32
6.3	Käyttöoireiden väheneminen	33
6.4	Hyödyt hoitajille ja hoitoyhteisölle	35
6.5	Hyödyt omaishoitajille	36
6.6	Omaishoitajan tyytyväisyyden heikentyminen	37
7	Johtopäätökset	38
8	Pohdinta	41
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	42
8.2	Tulosten hyödynnettävyys	44
8.3	Jatkotutkimusehdotukset	47
	Lähteet	49

Liitteet

Liite 1. Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten laadun arviointi

Liite 2. Laadullisten tutkimusten laadun arviointi

Liite 3. Tapaustutkimusten laadun arviointi

Liite 4. Kirjallisuuskatsauksien laadun arviointi

Liite 5. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

1 Johdanto

Kahden tulevan vuosikymmenen aikana ikäihmisten määrä tulee kasvamaan huomattavasti. 65 vuotta täyttäneiden määrä tulee kasvamaan yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistumaan. (Sainio – Koskinen – Sihvonen – Martelin – Aromaa 2013: 50.) Ikäihmisten määrän kasvaessa myös muistisairaudet yleistyvät (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Muistisairauteen sairastuu vuosittain noin 13 000 henkilöä, ja on arvioitu, että vuoteen 2020 mennessä 130 000 ihmistä sairastaa vähintään keskivaikeaa muistisairautta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 7). Muistisairaiden ihmisten määrän kasvaessa on tärkeää laatia klinisiin ja kustannustehokkain hoitokeino muistisairaiden ihmisten hoitoon. Muistisairauden hoito voidaan jakaa kahteen pääkategoriaan 1) lääketieteelliseen hoitomalliin ja 2) ei-lääkkeellisiin, psykososiaalisiin ja muihin vaihtoehtoisiin menettelytapoihin, jotka edustavat holistisempaa näkemystä aidosta yksilöllisestä muistisairaahan hoidosta (*person-centred care*). (Bates – Boote - Beverley 2003: 645.)

1990- ja 2000-luvuilla psyykenlääkkeiden eli psykoosi-, neuroosi-, uni- ja masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Psyykenlääkkeiden käyttö on yleistä kotona asuvien ikäihmisten keskuudessa, mutta erityisesti pitkäaikaishoidossa asuvien keskuudessa. Kahta useamman psyykenlääkkeen käyttö samanaikaisesti on haitallista, mutta ei harvinaista. Runsas psyykenlääkkeiden käyttö kertoo siitä, että ikäihmisten hoidossa käytetään yhä epäasianmukaisia keinoja. (Kivelä 2013: 341 – 342.)

Vaikka lääkehoito kuuluu hyvään muistisairauksien hoitoon, myös lääkkeettömät hoidot ovat vähintään yhtä tärkeitä (Muistiliitto 2016). Lääkkeettömiä hoitomuotoja käytetään etenkin käytöshäiriöiden hoidossa. Lääkkeettömiä hoitoja ovat muun muassa psykososiaaliset menetelmät. (Käypä hoito 2010.)

Psykososiaaliset menetelmät ovat interventioita, jotka voivat auttaa muistisairasta ihmistä elämään hyvää elämää muistisairauden diagnoosin saatuaan. Menetelmät voivat auttaa sosiaalisen elämän ja suhteiden ylläpitämisessä, elämään itsenäisesti ja diagnoosin saamisen hyväksymisessä. Lisäksi menetelmien avulla voidaan tukea ajattelua

ja muistia, vähentää stressiä ja parantaa mielialaa. Menetelmät parantavat myös elämänlaatua tukemalla terveyden, onnellisuuden ja elämänhallinnan ylläpitämistä. Menetelmät tukevat muistisairaahan ihmisen lisäksi myös muuta perhettä ja puolisoa. (Guss ym. 2014: 2.) Psykososiaaliset menetelmät ovat varteenotettavia tukimuotoja lääkkeiden lisäksi, koska niiden käyttö ei rajoitu tiettyihin muistisairauksiin ja vakavista sivuvaikutuksista ei tähän mennessä olla raportoitu (Vasse ym. 2012: 41). Psykososiaalisiin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi vertaistukiryhmät, erilaiset terapiat ja muistelu, mutta nämä ovat vain osa laajaa kirjoa (Guss ym. 2014: 4 – 5).

Opinnäytetyömme lähtökohtana on psykososiaalisten menetelmien vähäinen tunnettuuus Suomessa verrattuna muuhun Eurooppaan, jossa tietoa ja tutkimusta on tehty enemmän. Esimerkiksi Vasse ym. (2012) tekemä tutkimus osoitti, että Suomi kuului kolmen muun maan kanssa (Belgia, Tanska, Ruotsi) ryhmään, joiden muistisairausten hoidonsuosituksissa ei suositeltu ollenkaan psykososiaalisia menetelmiä hoitomenetelminä. Tutkimuksessa vain viidessä Euroopan maan muistisairaiden hoitosuosituksessa suositeltiin hoitomenetelmänä psykososiaalisia menetelmiä. (Vasse ym. 2012: 45.) Tämä tutkimustulos on selkeä näyttö siitä, että Suomessa on tarvetta lisätä tietoa psykososiaalisista menetelmistä.

Opinnäytetyön tavoitteenamme on kerätä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muodossa tietoa psykososiaalisista menetelmistä. Tarkastelemme, millaisia erilaisia psykososiaalisia menetelmiä on olemassa ja millaisia vaikutuksia menetelmien käytöllä on ollut muistisairaiden ikäihmisten hyvinvointiin.

Työelämän yhteistyökumppanimme on Suomen muistiasiantuntijat ry (SUMU), joka on vuonna 1990 perustettu koko Suomessa toimiva moniammatillinen vapaaehtois- ja asiantuntijajärjestö. Järjestö toimii muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämiseksi muun muassa kehitys- ja vaikutustyön kautta. Toimintaa ohjaavat arvot kuten asiantuntijuus, eettisyys, idealismi, riippumattomuus, yhteistyö ja vapaaehtoisuus. Suomen Muistiasiantuntijat ry järjestää erilaisia seminaareja, koulutuksia ja projekteja, julkaisee kannanottoja ja pyrkii herättämään yhteiskunnallista keskustelua muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnista. SUMU:n tavoitteena on kehittää erityisesti muistisairaahan ihmisen osallisuutta, ihmislähtöistä kanssakäymistä sekä vahvistaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Järjestö julkaisee neljä kertaa vuodessa MEMO-nimistä asiantuntija lehteä, jossa käsitellään uutta ja ajankohtaista tutkimustietoa muistisairauteen liittyvistä asioista. (Suomen muistiasiantuntijat ry n.d.)

2 Muistisairaudet

Muistisairaus määritellään sairaudeksi, joka vaikuttaa heikentävästi sekä muistiin että muihin tiedonkäsittelyn osa-alueisiin, kuten toiminnanohjaukseen, kielellisiin toimintoihin ja näönvaraiseen hahmottamiseen. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti – Alhainen – Rinne – Huovinen 2006: 20-21.)

Muistisairauksiin liittyy usein haitallisia käyttäytymisen muutoksia. Tutkimuksien mukaan noin 90% muistisairaista kärsii jossain vaiheessa muistisairautta käytösoireista. Yleisimpiä käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet sekä syömishäiriöt. Käytösoireiden hoitaminen on tärkeää, sillä juuri ne kuormittavat yleensä eniten omaisia ja hoitajia ja aiheuttavat useimmiten potilaan laitoshoidon joutumisen. (Vataja – Koponen 2015: 90 –91.)

Ihmisen ikääntyessä muistissa tapahtuu monia ikääntymiseen liittyviä normaaleja muutoksia. Muistamisen vaikeutuminen ei siis aina automaattisesti tarkoita, että kyseessä olisi muistisairaus. Esimerkiksi nimien muistaminen vaikeutuu yleensä jo noin 40 ikävuoden jälkeen. Muistin heikentymisestä on syytä huolestua vasta silloin, jos asioiden unohtelu alkaa olla päivittäistä ja haittaa arkielämää. (Erkinjuntti – Alhainen – Rinne – Huovinen 2006: 22 –23, 31.)

2.1 Muistisairauden vaikutukset yksilöön

Muistin heikentymisen lisäksi muistisairaus heikentää myös muilla tavoin toimintakykyä. Arki ja kotona pärjääminen hankaloituvat, kun aiemmin osatut taidot heikkenevät ja kyky huolehtia asioista vaikeutuu. Esimerkiksi lääkkeet voivat jäädä ottamatta, laskut maksamatta tai pyykit pesemättä. Myös omasta hygieniasta huolehtiminen ja syöminen voivat unohtua ja kotona saattaa tapahtua monenlaisia vaaratilanteita. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 192 – 194.)

Muistisairauden alkuvaiheessa tiedonkäsittelyyn liittyvien vaikeuksien ollessa vielä lieviä tai keskivaikeita myös masennus on yleistä (Koponen – Vataja 2015: 481). Tiedostaessaan oman heikentyneen toimintakyvyn, asioiden jatkuvan unohtelun sekä läheisten ja omaisten kasvaneen roolin huolenpidossa, muistisairas voi alkaa välttää tilanteita, joissa heikentyneitä taitoja tarvitsisi. Seurauksena on usein sosiaalisten tilanteiden välttäminen ja harrastuksista luopuminen. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 192 – 196.)

Muistisairauden vuoksi havaintokyky heikentyy ja reaktionopeus hidastuu. Nämä aiheuttavat sen, että esimerkiksi autolla ajaminen voi käydä haastavaksi ja jopa vaaralliseksi. Monille autolla ajaminen ja ajokortti merkitsevät itsenäisyyttä, sillä silloin ei ole riippuvainen muista, vaan pääsee itse liikkumaan paikasta toiseen silloin kun haluaa. Tästä syystä ajokortista luopuminen voi olla kova paikka. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 196.)

Toinen itsenäisyyttä symbolisoiva asia on kyky huolehtia omasta taloudesta ja raha-asioistaan. Kuitenkin yleensä jo muistisairauden alkuvaiheessa raha-asioista huolehtiminen vaikeutuu. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 197.) Myös edunvalvonta voi tulla ajankohtaiseksi. Edunvalvoja määrätään vasta siinä vaiheessa, kun muistisairas ei enää itse kykene päättämään omista asioistaan ja turvaamaan omia etuuksiaan. Edunvalvojan tehtävänä on huolehtia raha-asioden lisäksi myös asianmukaisen hoidon, huolenpidon ja kuntoutuksen järjestämisestä. (Suhonen – Juva – Nikumaa – Erkinjuntti 2015: 548.)

2.2 Muistisairauden hoito

Muistisairauksia voidaan hoitaa lääkkeillä ja lääkkeettömillä hoidoilla. Suomessa on käytössä useita muistisairauslääkkeitä, joiden teho on tutkittua. Siksi lääkehoitoa suositellaan kaikille muistisairaus diagnoosin saaville. Eloniemi-Sulkava (2009) kuitenkin muistuttaa, että muistisairaahan ihmisen hoidon jakaminen psykososiaaliseen hoitoon ja lääkehoitoon on ontuvaa, sillä hoidon tulee olla kokonaisuus, jossa kumpiakin keinoja käytetään (Eloniemi-Sulkava 2009: 237).

Myös Koponen ja Vataja (2015) kirjoittavat, että psykososiaalisia hoitokeinoja ei tulisi asettaa vastakkain lääkehoidon kanssa vaan ne tulisi nähdä toisiaan tukevinä hoitoina.

Tärkeintä on perehtyä muistisairaahan yksilölliseen tilanteeseen ja tutkia, mitkä asiat aiheuttavat hänelle esimerkiksi käytösoireita, jonka jälkeen hoitokeinoista täytyy valita ne, jotka juuri kyseiselle ihmiselle soveltuvat kaikkein parhaimmin. Käytännössä tämä usein tarkoittaa sitä, että muistisairaalle määrätään sekä lääkehoitoa että psykososiaalisia menetelmiä. (Koponen – Vataja 2015: 474, 478.)

2.2.1 Lääkkeellinen hoito

Muistisairauslääkkeet ovat olennainen osa muistisairaahan ihmisen hoitoa, johon lääkeshoidon lisäksi kuuluu kuntoutus ja muut toimintakykyä ylläpitävät toimenpiteet. Mikäli muistisairaus on diagnosoitu, lääkeshoidon varhaisella aloittamisella on yleensä positiivinen ja taudin kulkua hidastava vaikutus. Tarpeeksi varhaisessa vaiheessa aloitetulla lääkeshoidolla voidaan vähentää Alzheimerin tautia sairastavan ihmisen tiedonkäsitteilyssä ilmeneviä oireita sekä hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä jopa yli vuoden ajan. Lisäksi lääkeshoidolla voidaan helpottaa käytösoireiden hoitoa ja vaikuttaa niiden ilmaantuvuuteen. (Rinne – Hallikainen – Suhonen – Rosenvall – Erkinjuntti 2015: 455.)

Muistisairauslääkkeistä Suomessa ovat käytössä donepetsiili, galantamiini, rivastigmiini ja memantiini. Donepetsiiliä, galantamiinia ja rivastigmiinia eli niin kutsuttuja AKE:n estäjä lääkkeitä käytetään Alzheimerin taudin hoitoon. Lisäksi rivastigmiinia käytetään Parkinsonin taudin lievän ja keskivaikean muistisairaahan hoidossa. Memantiinia käytetään keskivaikean ja vaikean Alzheimerin taudin hoitoon. Lääkkeiden yleisimmät vaikutukset ovat vireystason, yleisen aktiivisuuden, keskittymisen ja aloitekyvyn kohentuminen, rauhattomuuden ja käytösoireiden lievittyminen sekä arkitoimien joustavampi sujuminen. Oleellista muistisairaahan potilaan hoidossa on kokonaisvaltainen seuranta, jossa myös lääkeshoidon tehoa arvioidaan ja seurataan. (Rinne ym. 2015: 455, 463, 466 – 467.)

2.2.2 Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan sitä, että muistisairasta ihmistä hoidetaan hänen tarpeet ensisijaisesti huomioon ottaen, toimintakykyä tukien ja käytösoireita ehkäisten. Lääkkeetöntä hoitoa ovat erilaiset psykososiaaliset menetelmät, opastus ja ohjaus sekä vuorovaikutukseen ja ympäristöön vaikuttaminen. Tutkimusten mukaan lääkkeet-

tömillä psykologisilla hoidoilla voidaan vaikuttaa tehokkaasti muun muassa muistisairaiden henkilöiden masennukseen ja ahdistukseen. (Koponen – Vataja 2015: 475.) Lääkkeettömillä auttamismenetelmillä voidaan myös tukea muistisairaahan vanhuksen kognitioita ja tunteita sekä tuottaa päivittäiseen elämään toimintoja, jotka vahvistavat vanhuksen myönteistä kuvaa itsestään sekä edistävät hänen itsenäisyyttään ja kunnioittamistaan (Cohen-Mansfield 2005: 130).

Tom Kitwood, joka on ollut vanhustyön alan pioneereja, on kehittänyt aidon yksilöllisen hoitamisen (*person-centred dementia care*) -lähestymistavan muistisairaahan hoitoon. Muistisairaahan ihmisen aito yksilöllinen hoitaminen tarkoittaa hoitoa, jossa ihmistä hoidetaan kokonaisuutena, keskittymällä jäljellä oleviin kykyihin ja tunteisiin. Perimmäisenä ajatuksena hoidossa on, että jokainen yksilö ansaitsee kunnioitusta ja on arvokas sairaudesta huolimatta. (Epp 2003:14 – 15.)

Etenkin käytöshäiriöitä hoidettaessa hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja tukeminen person-centred care hoitomenetelmän käyttöön on yhä lisääntyvässä määrin osoittautunut tärkeäksi lähestymistavaksi. Kyseisellä hoitomenetelmällä voidaan luoda vaihtoehto psykiatrisien lääkkeiden käytölle. Muita käytöshäiriöiden lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat muun muassa käyttäytymisterapiat, ryhmätoiminnot sekä tunne- ja virikeorientoituneet terapiat. (Koponen – Vataja 2015: 475.)

3 Psykososiaalisuus ja psykososiaaliset menetelmät

Psykososiaalisuus termin tarkka määrittely on haastavaa, mutta esimerkiksi Oxfordin sanakirja määrittelee sen olevan "sosiaalisten tekijöiden tai ihmisten vuorovaikutuksellisen kanssakäymisen vaikutusta". Toisaalla taas termin kerrotaan merkitsevän terapeutin ja potilaan välistä ihmisten vuorovaikutuksellista kanssakäymistä. (Bates ym. 2003: 645 – 646.)

Psykososiaaliset menetelmät käsittävät monia erilaisia tapoja, joilla tuetaan ihmistä pääsemään yli haasteista ja pitämään yllä hyvää mielen terveyttä. Psykososiaalisissa menetelmissä tuetaan ihmisten välisellä vuorovaikutuksella muistisairaana kognitiota, tunteita, ihmissuhteita ja kontrollin tunnetta. (Guss ym. 2014: 2; Moniz-Cook 2011: 190.)

3.1 Psykososiaalisuus käsitteen monipuolisuus

Psykososiaaliseen ympäristöön kuuluu koko yhteiskunta ja sen rajoitukset ja mahdollisuudet. Psykososiaaliseen ympäristöön kuuluu myös kulttuuri, mikä tarkoittaa arvoja, asenteita, normeja ja opittuja ja omaksuttuja käyttäytymis- ja tulkintamalleja. (Ihalainen – Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä 2009: 13.)

Psykologiassa psykososiaalinen näkökulma on yksi näkökulmista, joka ohjaa ihmisen elämänkaarta. Psykososiaalisessa näkökulmassa ihminen kehittyy sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Kuuluisimpia elämänkaaren teorioista on psykososiaalinen kehitysteoria, jonka kehitti Erik H. Erikson. Psykososiaalisessa kehitysteoriassa on kahdeksan eri kehitysvaihetta, joissa yksilö käy läpi erilaisia kehitystehtäviä ja haasteita. Vanhuuden kehitystehtävänä Erikson määrittelee minän eheyden ja vastakohtana katkeruuden ja epätoivon. (Dunderfelt 2011: 224 – 235.)

Käsite psykososiaalinen työ ilmenee usein sosiaalityön keskusteluissa. Kuitenkin se on sisällöltään ja käsitteellisesti melko epämääräinen käsite. Laajimmillaan psykososiaalisella työllä voidaan tarkoittaa kaikkea sosiaali- ja terveysalan työtä, jossa työskennellään yksilöiden, perheiden tai ryhmien kanssa ja jossa työn kohteena ovat sosiaaliset ja psyykkiset kysymykset. (Granfelt – Jokiranta – Synnöve – Matthies – Pohjola 1999: 177.)

Psykososiaalista työtä hyödynnetään yleensä syrjäytymisvaarassa oleville ihmisille, tai jo syrjäytyneille. Syrjäytymisvaarassa olevilla ihmisillä on vielä kiinnikkeitä yhteiskuntaan ja heidän kohdallaan psykososiaalinen työ on ennaltaehkäisevää työtä. Jo syrjäytyneiden kohdalla psykososiaalisen työn tavoitteena on rakentaa kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan elämäntilanteesta ja pyrkiä vaikuttamaan siihen. (Granfelt ym. 1999: 207.)

Psykososiaalisen työtavan edelläkävijänä voidaan pitää sosiaalityön pioneeria Mary Richmondia, jonka 1917 ilmestyneestä teoksesta "*Social Diagnosis*" on luettavissa psykososiaalisen työn perusidea. Muita tärkeitä henkilöitä psykososiaalisen työn kehitykselle ovat olleet muun muassa Gordon Hamilton ja Florence Hollis. (Granfelt ym. 1999: 177 - 179.)

Psykososiaalista toimintakykyä kuvataan teoksessa Kuntoutumisen mahdollisuudet (2009) seuraavasti:

Ihminen, jolla on hyvä psykososiaalinen toimintakyky, kykenee olemaan vuorovaikutuksessa elämäänsä liittyvien ihmisten ja sosiaalisten toimintaympäristöjen kanssa. Lisäksi hän on laajemminkin aktiivinen yhteiskunnan jäsen: hän seuraa yhteiskunnallista ja yhteisöllistä elämää, ottaa kantaa, keskustelee. Hän pystyy käyttämään omia oikeuksiaan ja hoitamaan erilaiset yhteisölliset velvoitteensa. Hyvään psykososiaaliseen toimintakykyyn kuuluu myös kokemus riippumattomuudesta ja oman elämänsä hallinnasta. (Ihalainen ym. 2009: 47-48.)

Psykososiaalinen toimintakyky on myös vahvasti sidoksissa koettuun identiteettiin, johon sisältyvät sekä sosiaalinen identiteetti (mitä odotuksia ja käsityksiä muut kohdistavat yksilöön) että persoonallinen identiteetti (mikä yksilössä on yksilöllistä ja ainutlaatuista suhteessa muihin). (Ihalainen ym. 2009: 47 – 49.)

Monilla ihmisillä on myös olemassa psykososiaalinen tukiverkosto, johon voivat kuulua esimerkiksi sukulaiset, ystävät, työkaverit tai sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Muistisairaalle psykososiaalinen tukiverkosto on tärkeä ja sen toimiessa hyvin, se voi auttaa muistisairasta ja hänen läheistään jaksamaan ja selviytymään uuden elämäntilanteen kanssa. (Mönkäre 2014: 82.)

Viime vuosina psykososiaalisten ryhmäkuntoutusmenetelmien käyttö on lisääntynyt ja niitä on myös alettu tutkia enemmän. Myös myönteisistä hyvinvointi- ja terveysvaikutuksista on jo jonkin verran tieteellistä ja rohkaisevaa näyttöä. Asiakaslähtöisyys, tavoitteellisuus ja voimaantumisen tukeminen ovat keskeisiä asioita psykososiaalisessa ryhmätoiminnassa. Siksi menetelmä onkin käyttökelpoinen yksinäisten ikäihmisten tukemiseksi. (Jansson 2012: 8.)

3.2 Psykososiaaliset menetelmät

Tutkimuksessa, jossa verrattiin eri Euroopan maiden muistisairauksien hoidon suosituksia, ja tarkasteltiin mainittiinko ja suositeltiinko niissä psykososiaalisia menetelmiä, psykososiaalisiksi menetelmiksi listattiin: hoitajiin kohdistuvat auttamismenetelmät, fyysinen aktiivisuus, muistelu, multisensorinen stimulaatio/snoezelen, hieronta/kosketus, käyttäytymishoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, virkistys/vapaa-ajan aktiviteetit, ympäristön suunnittelu, kognitiivinen stimulaatio, musiikkiterapia, aromaterapia, eläintherapie, realiteetti orientaatio, muistin harjoitukset, validaatio -menetelmä ja tunteisiin keskittyvä hoito. (Vasse ym. 2012: 43.)

Tieteellinen näyttö psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuudesta muistisairaiden hoidossa on kasvanut. Menetelmät ovat osoittaneet positiivisia vaikutuksia kognitioon, elämänlaatuun ja omaishoitajille. Lisäksi ne ovat osoittautuneet tehokkaiksi neuropsykiatristen oireiden ja niihin liittyvän ahdistuksen vähentymisessä. Menetelmät ovat olleet tehokkaimpia tukemaan omaishoitajia ja neuropsykiatristen oireiden hallitsemista, kun ne ovat yksilöllistetty ja räätälöity potilaan ja hoitajan erityisiä tarpeita varten. (Vasse ym. 2012: 40 – 46.)

Hyödyllisimpien psykososiaalisten menetelmien kolme keskeisintä elementtiä muistisairaille ovat seuraavat: 1) menetelmä antaa mahdollisuuden muistisairaalle ihmiselle olla yhteydessä muihin ihmisiin, 2) menetelmä mahdollistaa ihmisille tunteen, että heidän osallistumisellaan on merkitystä ja 3) menetelmä antaa mahdollisuuden muisteluun. (Lawrence – Fossey – Ballard – Moniz-Cook – Murray 2012: 346.)

Hoitohenkilökunnalle hyödyllisimpien psykososiaalisten menetelmien elementtejä taas ovat: 1) menetelmä auttaa henkilökuntaa näkemään ihmisen muistisairauden takaa ja laajentamaan hoitajan roolia ja 2) menetelmä auttaa hoitajia tarkastelemaan kriittisesti

omaa menettelytapaansa hoitotilanteissa ja miten se saattaa vaikuttaa asiakkaan käytökseen ja reaktioihin. (Lawrence ym. 2012: 347.)

Menetelmiä pohdittaessa on tärkeää ottaa huomioon muun muassa milloin menetelmiä on hyvä ajallisesti tarjota ja mihin asioihin halutaan keskittyä, eli esimerkiksi yksilön hyvinvointiin, henkilökunnan ammattitaitoon, ammatilliseen käytökseen tai palvelujen uudelleenmuokkaukseen. Lopuksi täytyy pohtia, miksi asioihin on tärkeää puuttua ja millaisia tuloksia menetelmien käytöllä tahdotaan. (Moniz-Cook – Vernooij-Dassen 2006: 312.)

4 Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena on selkeyttää psykososiaalisuutta käsitteenä ja lisätä vanhustyössä työskentelevien tietoisuutta erilaisista olemassa olevista psykososiaalisista menetelmistä. Tällä hetkellä tietoa psykososiaalisista menetelmistä löytyy kyllä, mutta se on hajanaista. Tarkoituksenamme on kerätä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muodossa tietoa eri menetelmistä ja niiden käytöstä sekä kertoa millaisia vaikutuksia menetelmien käytöllä on ollut muistisairaisiin ikäihmisiin. Pitkällä aikavälillä parempi tieto eri menetelmistä ja niiden käytöstä voi näyttäytyä vanhustyön asiakkaille kokonaisvaltaisesti parempana hoitona ja yksilöllisempänä kohtaamisena.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisia eri psykososiaalisia menetelmiä on käytössä muistisairaiden ikäihmisten hoidossa?
2. Minkälaisia tuloksia menetelmien käytöllä on saatu?

5 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen toimintaan. Kirjallisuuskatsausten avulla on mahdollista perehtyä kattavasti aihealueeseen ja muodostaa siitä kokonaiskuva, kuvata tarkasti eri tutkimuksia ja sijoittaa oma tutkimus aikaisemmin tehtyjen tutkimusten muodostamaan kenttään. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten lähtökohtana ovat tarkasti muotoillut tutkimuskysymykset, joihin katsauksen avulla halutaan saada kattava vastaus useita tutkimuksia hyödyntäen. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet on tärkeää kirjata tarkasti ylös, sillä katsauksen täytyy olla toistettavissa. (Suhonen – Axelin – Stolt 2016: 7 – 14.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen voi jaotella karkeasti kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa suunnitellaan katsausta, jolloin tarkastellaan aiempaa tutkimustietoa aiheesta ja määritellään katsauksen tarve, sekä tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa ilmenee tutkimuskysymykset, joiden pitää olla mahdollisimman selkeät. Tämän jälkeen mietitään ja valitaan hakutermit ja tietokannat, joista tieto haetaan. Tietokantojen lisäksi suositellaan manuaalista tiedonhakuja. Tutkimusten valintaa varten tehdään tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Toisessa vaiheessa hakuprosessin jälkeen valikoidaan mukaan otettavat tutkimukset, analysoidaan ne sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaisesti sekä laadukkuuden mukaan, ja syntetisoidaan tutkimusten tulokset yhdessä. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan, tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson 2007: 5 – 7.)

5.1 Aineiston haku

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisenä vaiheena on aineiston haku. Hakuprosessi on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkein vaihe, sillä jos siinä tekee virheitä, ne vaikuttavat myös johtopäätösten vääristymiseen. Hakuprosessi alkaa hakusanojen määrittämisellä. Hakusanojen määrittämistä varten tutkijan täytyy olla perehtynyt aihealueeseen niin, että kykenee muodostamaan keskeiset käsitteet, jotka toimivat hakusanoina. (Niela-Vilén – Hamari 2016: 23 – 24.)

Hakusanojen määrittämisen jälkeen tutkijan täytyy tutustua kaikkiin niihin tietokantoihin, joista päättää etsiä tutkimuksia. Eri tietokannoissa on erilaiset tavat muodostaa hakulausekkeita, joten jokaisen tietokannan kohdalla täytyy perehtyä juuri kyseisen tietokannan ohjeisiin. (Lehtiö – Johansson 2016: 38.)

Aloitimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakujen tekemisen tutustumalla Metropolian sivuilta löytyvään aakkoselliseen luetteloon sosiaali- ja terveysalan tietokannoista ja valitsimme mielestämme oleelliset tietokannat. Teimme hakuja kuudesta tietokannasta, joita olivat Cochrane, Cinahl, Medic, Melinda, PubMed ja Science Direct. Seuraavassa taulukossa on nähtävillä tutkimusten haku- ja valintaprosessimme.

Taulukko 1. Tutkimusten haku ja valinta

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Osumia	Valitaan otsikon perusteella	Valitaan tiivistelmän perusteella	Valitaan koko tekstin perusteella
Cochrane	aged AND dementia AND "psychosocial method?"	1	1	1	1. Verkaik - Van Weert - Franck: <i>The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.</i>
	psychosocial AND method? AND dementia OR cognitive impairment AND aged OR elder? OR geriatric OR old?	85	10	5, joista 1 löydetty jo aiemmin (Verkaik - Van Weert - Franck: <i>The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.</i>)	1. Brodaty – Low – Liu – Fletcher – Roast – Goodenough - Chenoweth: <i>Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care</i> 2. Laakkonen – Savikko – Hölttä – Tilvis – Strandberg – Kautiainen - Pitkälä: <i>Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility.</i> 3. Garland – Beer – Eppingstall - O'Connor: <i>A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: Simulated family presence and preferred music.</i> 4. George - Houser: <i>"I'm a Storyteller!": Exploring the Benefits of TimeSlips Creative Expression Program at a Nursing Home.</i>

					5. Verkaik - Van Weert - Franck: <i>The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.</i>
	aged AND dementia AND "non medical"	2	1	1	1. Günther – Hartmann – Kemmler - Sturz: <i>Influence of a Relaxation Program, Cognitive Training and a Combination of Both Intervention Forms On Neuropsychological and Affective Parameters in Elderly Care Home Residents.</i>
Science Direct	aged AND dementia AND "psychosocial method"	4	2	0	0
	aged AND dementia AND psychosocial AND method	20	5	2, joista molemmat jo löydetty Cochranesta	1. Brodaty – Low – Liu – Fletcher – Roast – Goodenough - Chenoweth: <i>Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care</i> 2. Laakkonen – Savikko – Hölttä – Tilvis – Strandberg – Kautiainen - Pitkälä: <i>Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility</i>
	aged AND dementia AND psychosocial AND therapy	4	0	0	0
	elder* AND dementia AND psychosocial AND method*	17	2, joista 1 löytynyt aiemmin (SMILE study)	1, SMILE study	1
	Psychosocial AND dementia AND "non medical" AND elder* OR aged	0	0	0	0

Melinda	vanh? OR ikä? AND dementia OR muistisairau? AND psykososiaali? menetelm?	0	0	0	0
	vanh? OR ikä? AND dementia OR muistisairau? AND psykososiaali? metodi?	0	0	0	0
	vanh? OR ikä? AND dementia OR muistisairau? AND psykososiaali?	6	0	0	0
	vanh? OR ikä? AND dementia OR muistisairau? AND lääkkeettö? hoi?	0	0	0	0
Cinahl (Ebsco)	dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss AND psychosocial methods AND elderly or aged or older or elder or geriatric	37	12	6, joista 1 löydetty jo aiemmin Cochranesta (Verkaik - Van Weert - Francke: <i>The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bird - Llewellyn-Jones - Korten: <i>An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia.</i> 2. Robinson – Hutchings – Corner – Beyer – Dickinson – Vanoli – Finch – Hughes - Ballard, - May - Bond: <i>Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review.</i> 3. Dugmore – Orrell - Spector: <i>Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review.</i> 4. Boersma - Van Weert – Lakerveld - Dröes: <i>The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework.</i> 5. Verkaik - Van Weert - Francke: <i>The effects of psychosocial methods on depressed,</i>

					<p><i>aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.</i></p> <p>6. Levin-Madori: <i>Uses of therapeutic thematic arts programming, TTAP Method©, for enhanced cognitive and psychosocial functioning in the geriatric population.</i></p>
	gerontologic care OR gerontologic nursing OR aged OR health services for the aged AND memory disorders OR alzheimer's disease OR dementia AND support, psychosocial OR rehabilitation, psychosocial	305	26	6	<p>1. Dhaliwala – Hyer – Lyles – McKenzie - Scott: <i>Memory intervention: the value of a clinical holistic program for older adults with memory impairments.</i></p> <p>2. Burgener – Yang – Gilbert - Marsh-Yant: <i>The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia</i></p> <p>3. Adams – Kerssens – Knott – Kumar – Matalenas – Rogers - Sanford: <i>Personalized Technology to Support Older Adults With and Without Cognitive Impairment Living at Home</i></p> <p>4. Mitsue – Mari – Kyoko – Hiroshi – Satoshi - Kenichi: <i>Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaki-Tajiri Project</i></p> <p>5. Hanser - Butterfield-Whitcomb – Kawata - Collins: <i>Home-Based Music Strategies with Individuals who have Dementia and their Family Caregivers</i></p>
PubMed	psychosocial AND method* AND dementia AND old* OR aged OR elder*	41	9	1	<p>1. Johnston – Lawton – Munro – Murray – Gibb – Rodriguez - Law: <i>Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy.</i></p>
	aged AND dementia AND "non medical"	22	0	0	0
Medic	vanh* OR ikä* AND dementia OR muistisairau* AND psykososiaali*	19	2	2	<p>1. Hohenthal-Antin: <i>Muistellaan: Luovat menetelmät muistisairaiden tukena</i></p> <p>2. Ravelin: <i>Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä.</i></p>

	AND menetelm*				
	vanh* OR ikä* AND dementia OR muistisairau* AND lääkkeettö* AND hoi*	103	1	1, Ravelin (sama kuin edellisessä haussa)	1. Ravelin: <i>Tanssiesitys auttamisen menetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä.</i>
	aged AND "memory disorders" OR dementia OR "Alzheimer disease" AND "geriatric nursing"	55	3	1, (Ravelin)	1. Ravelin: <i>Tanssiesitys auttamisen menetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä.</i>

5.2 Aineiston valinta

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen toisena vaiheena on aineiston valinta. Aineiston valintaa varten täytyy ensimmäiseksi muodostaa sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden mukaan tutkimuksia valitaan katsaukseen mukaan. (Valkeapää 2016: 57.)

Sisäänottokriteereiksemme muodostui:

1. Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen.
2. Tutkimus on julkaistu vuosina 2005–2016.
3. Tutkimus liittyy psykososiaalisiin menetelmiin ja siinä on tutkittu ikääntyneitä muistisairaita.
4. Tutkimus on saatavilla ilmaiseksi.

Tutkimusten haun ja sisäänottokriteereiden muodostamisen jälkeen alkaa varsinainen tutkimusten valinta. Valinta etenee seuraavasti: ensimmäiseksi luetaan pelkät otsikot ja valitaan niiden perusteella sopivat tutkimukset, seuraavaksi luetaan valittujen tutkimusten tiivistelmät ja edelleen valitaan sisäänottokriteerien mukaiset tutkimukset ja viimeiseksi luetaan vielä tiivistelmien perusteella valitut tutkimukset kokonaan läpi ja karjetaan tarvittaessa ne tutkimukset, jotka eivät ole sisäänottokriteerien mukaiset. Tämän

jälkeen kasassa on kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset. (Valkeapää 2016: 62.)

Tutkimuksia löytyi yhteensä 20, jotka jaoimme luettavaksi keskenämme. Päätökseen tutkimusten jaosta vaikutti rajallinen aika ja löydettyjen tutkimusten suuri määrä. Suurimman osan tutkimuksista löysimme helposti internetistä, mutta osan etsimme Helsingin Yliopiston e-aineistoista. Kahta tutkimusta emme löytäneet ja ne hylättiin. Kyseiset tutkimukset olivat:

1. V. Günther, S. Hartmann, G. Kemmler, K. Sturz: *Influence of a Relaxation Program, Cognitive Training and a Combination of Both Intervention Forms On Neuropsychological and Affective Parameters in Elderly Care Home Residents*
2. Otilie Dugmore, Martin Orrell, Aimee Spector: *Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review*

Suurin osa tutkimuksista oli englanninkielisiä, joten lukemisen lisäksi käänsimme jokaisen englanninkielisen tutkimuksen tärkeimmät kohdat suomeksi ja teimme samalla niistä laadun arvioinnin. Tutkimuksista yksi hylättiin lukemisen jälkeen, sillä se oli enemmänkin artikkelimainen eikä kertonut mistään tietystä tutkimuksesta tarkemmin. Kyseessä oli Meghan L. McGonigal-Kenney, Debra L. Schutte, Susan Adams, Marita G. Titler: *Evidence-Based Guideline: Nonpharmacologic Management of Agitated Behaviors in Persons with Alzheimer Disease and Other Chronic Dementing Condition*. Loppujen lopuksi jäljelle jäi 17 tutkimusta.

5.3 Aineiston laadun arviointi

Kolmas vaihe systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tutkimusten laadun arviointi. Laadun arvioinnin tarkoituksena on muun muassa tarkastella, kuinka relevanttia tietoa alkuperäistutkimuksissa on omien tutkimuskysymysten kannalta ja kuinka luotettavasti tutkimukset on toteutettu. (Niela-Vilén – Hamari 2016: 28.)

Laadun arvioinnin alussa täytyy tarkastella, millaisia tutkimuksia katsaukseen on valikoitunut eli ovatko tutkimukset esimerkiksi määrällisiä vai laadullisia tutkimuksia. Tämän jälkeen tutkimusten laatua voidaan arvioida esimerkiksi hyödyntäen valmiita tar-

kistuslistoja. Valmiiden laadun arviointi työkalujen käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta ne voivat olla etenkin aloittelijoille vaikeita käyttää ja vaativat paljon aikaa. (Niela-Vilén – Hamari 2016: 28 – 29.)

Tutkimusten laadun arvioinnissa on huomioitava monia eri asioita. Arviointikriteerejä ovat tutkimusraportin selkeys, metodologian yhtäpitävyys, analyyttinen tarkkuus, teoreettinen yhdistäminen ja hyvä relevanssi. Jokainen arviointikriteeri koostuu monesta asiasta ja kysymyksestä, jotka on otettava huomioon laatua arvioitaessa. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 160 – 164.)

Tutkimuksen laatua arvioitaessa on syytä huomioida myös, kuinka tutkimuksessa on otettu huomioon eettiset asiat. Tuottaakseen laadukasta ja luotettavaa tutkimusta, tutkijan täytyy huolehtia muun muassa tutkimussuunnitelman huolellisesta tekemisestä, tutkimusasetelman sopivuudesta sekä raportoinnin selkeydestä. Hyvässä tutkimuksessa eettinen sitoutuneisuus ohjaa koko tutkimusprosessia. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 127.)

Internetistä on löydettävissä erilaisia laadun arviointiin tehtyjä valmiita työkaluja ja taulukoita. Käytimme tutkimusten laadun arviointiin CASP-Checklistejä eli laadun arviointi taulukoita, joita saa käyttää ja ladata ilmaiseksi, kunhan taulukoita ei käytetä kaupalliseen toimintaan. CASP tulee sanoista *Critical Appraisal Skills Programme*. Taulukoita löytyy erilaisille tutkimuksille. Tekemässämme kirjallisuuskatsauksessa löysimme neljää erilaista tutkimustyyppiä: satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, laadullisia tutkimuksia, tapaustutkimuksia ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Teimme jokaiselle tutkimukselle laadun arvioinnin tutkimustyyppiä vastaavalla CASP-laadun arviointi taulukolla. Taulukot ovat englanniksi, joten alkuun suomensimme ne. Tekemämme laadun arvioinnit löytyvät opinnäytetyön liitteistä. (Liitteet 1-4)

5.4 Aineiston sisällönanalyysi

Kirjallisuuskatsauksen neljäntenä vaiheena toteutetaan sisällönanalyysi (Niela-Vilén – Hamari 2016: 30). Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa aineistoa pyritään kuvaamaan sanallisesti. Analyysin tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä selkeästi ja järjestää aineisto tiiviiseen, helposti ymmärrettävään muotoon. Sisällönanalyysin avulla aineistoa voidaan selkeyttää ja olennainen tieto kiteyttää selkeään muotoon, jotta johtopäätösten teko on helpompaa ja luotettavampaa. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 104 – 108.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen (Tuomi – Sarajärvi 2013: 107). Opinnäytetyössämme käytimme induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet (Tuomi – Sarajärvi 2013: 108). Pelkistäminen tarkoitti opinnäytetyössämme tutkimusten auki kirjoittamista ja muistiinpanojen tekemistä. Ryhmittelyssä etsimme tutkimuksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja kirjoitimme löytämämme käsitteet ylös post-it lapuille. Lopuksi loimme teoreettiset käsitteet, jotka ovat yläotsikoita löytämillemme käsitteille ja kuvaavat aineistoa kattavasti.

Sisällönanalyysissä tutkimusaineisto täytyy luokitella, teemoitella tai tyypitellä (Tuomi – Sarajärvi 2013: 93). Opinnäytetyömme kannalta parhaimmaksi vaihtoehdoksi koimme teemoittelun. Teemoittelussa aineistosta etsitään tiettyjä toistuvia aihepiirejä, joiden mukaan aineisto pilkotaan teemojen mukaisiin ryhmiin (Tuomi – Sarajärvi 2013: 93).

Lähdimme tekemään teemoittelua tutkimuskysymystemme mukaisesti. Tutkimuskysymyksiämme olivat: 1) Millaisia eri psykososiaalisia menetelmiä on olemassa? ja 2) Millaisia tuloksia menetelmillä on saatu muistisairaiden kohdalla?

Aloitimme teemoittelun tekemisen käsittelemällä yhdessä jokaisen tutkimuksen vuorolaan. Tarkastelimme tutkimuksia ja etsimme niistä psykososiaaliset menetelmät, joita tutkimuksissa oli käytetty sekä menetelmien vaikuttavuuden. Kirjoitimme ensiksi yhdelle post-it lapulle tutkimuksen nimen, mitä menetelmää tutkimuksessa oli käytetty ja millaisia vaikutuksia menetelmällä oli muistisairaisiin. Toistimme tämän jokaiselle tutkimukselle.

Tämän jälkeen erittelimme menetelmiä ja vaikutuksia tarkemmin. Kirjoitimme kaikki menetelmät keltaisille post-it lapuille ja vaikutukset vihreille lapuille niin, että yhdelle post-it lapulle tuli vain yksi menetelmä tai vaikuttavuus. Näin ollen meillä oli tämän tehtyämme 47 kappaletta keltaisia lappuja ja 79 kappaletta vihreitä lappuja. Seuraavaksi ryhmittelimme saman aiheisia asioita peräkkäin niin, että meille muodostui eri kategorioita. Toistimme tämän sekä menetelmä lapuille että vaikuttavuus lapuille. Viimeiseksi katsoimme muodostamiamme kategorioita ja muodostimme niitä kuvaavat otsikot eli teemat.

6 Tutkimustulokset

Seuraavissa taulukoissa on nähtävillä sisällönanalyysimme tulokset. Ensimmäinen taulukko vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme eli millaisia erilaisia psykososiaalisia menetelmiä on olemassa ja toinen taulukko vastaa toiseen tutkimuskysymykseemme eli millaisia vaikutuksia menetelmillä on saatu. Jokaisen otsikon alle on lueteltu, mistä sanoista tai lauseista otsikko on muodostettu eli mitä asioita otsikko kuvaa.

Taulukko 2. Tutkimuksista löytyneet menetelmät

MENETELMÄT	
Hoitoa tukevat menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Hoitajien tuki ja koulutus • Hoitokäytäntöjen muutos • Hoitajien kommunikointikyvyn lisääminen • Feeding skills -program • Rajoittamiskeinojen minimaalinen käyttö 	Luovat terapiamenetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Huumoriterapia • Taideterapia • Luova tarinankerronta-ohjelma (TimeSlips) • Taideterapia/Virkistysmenetelmä (TTAP)
Kognitiivis-käyttäytymisterapia	Käytösterapia
Liikuntaa hyödyntävät menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Taiji-liikunta • Liikunta • Psykomotorinen terapia • Tanssiesitys auttamismenetelmänä 	Person-centred care-menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Person-centred care • Tunteisiin keskittyvä hoito • Voimaannuttava hoito • Hellä hoito • Elämäntarinan tunteminen
Omaishoitajia tukevat menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Omaishoitajien tuki ja koulutus 	Omanarvontuntoterapia (<i>Dignity Therapy</i>)
Muistelu	Realiteetti orientaatio
Teknologiaa hyödyntävät menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Companion - kosketusnäyttölinen tietokone • Simuloitu läsnäolo 	Musiikkia hyödyntävät menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Musiikkiterapia • Mielimusiikin käyttö • Musiikki
Snoezelen	Validaatio
Ryhmäkuntoutusmenetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Ryhmäkuntoutus • Tukiryhmä • Muisteluryhmät • Muistiohjelma 	Tietoa lisäävät menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaus • Tietoa lisäävä koulutusohjelma
Ympäristön muutokseen liittyvät menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalisen ympäristön muutos • Fyysisen ympäristön muutos 	

Taulukko 3. Tutkimuksista löytyneiden menetelmien vaikutukset

VAIKUTUKSET
ELÄMÄNLAADUN PARANEMINEN
<p><u>Elämänlaadun paraneminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paransi elämänlaatua • Elämän rikastuminen • Helpotti rutiinien toteutumista • Tuki elämänlaatua • Elämänlaadun paraneminen • Hyöty elämänlaatuun • Sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen • Hoidettavan tiedon lisääminen • Mahdollisti osallistumisen mielekkääseen toimintaan <p><u>Hyvinvoinnin lisääntyminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarkoituksellisuuden tunteen lisääntyminen • Itsetunnon lievä paraneminen • Rentoutumisen lisääntyminen • Onnellisuuden lisääntyminen • Nosti esiin voimavaroja • Turvallisuuden tunteen lisääntyminen • Tukee minän eheyttä • Paransi muistisairaana vointia • Tukee hyvinvointia <p><u>Sosiaalisuuden lisääntyminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Läheisyyden tunteen lisääntyminen • Hoidettava sai vertaistukea • Vuorovaikutus lisääntyi • Tukee osallisuutta • Loi uusia sosiaalisia suhteita • Yhteisöllisyyden tunteen lisääntyminen <p><u>Eletyn elämän käsittelemisen mahdollistuminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mahdollisuus reflektoida elämäänsä • Auttoi itsetutkiskelussa • Mahdollisuus muisteluun <p><u>Mielen hyvinvoinnin paraneminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Masennuksen lievä paraneminen • Vähensi masennusta • Oli hyötyä masennukseen
TOIMINTAKYVYN PARANEMINEN
<p><u>Toimintakyvyn paraneminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lisäsi asiakkaan luovuutta • Fyysisen toimintakyvyn paraneminen (tasapaino) • Antipsykoottisten lääkkeiden käytön määrän väheneminen <p><u>Kognitiivisen toimintakyvyn paraneminen</u></p>

- Kognitiivinen toimintakyky parani
- Paransi kognitiivista kykyä
- MMSE-pisteet paranivat lievästi

KÄYTÖSOIREIDEN VÄHENEMINEN

- Vähensi aggressiota
- Muutti positiivisesti käytöstä
- Apatian väheneminen
- Vähensi vaeltelua vähän
- Ahdistuksen lieventyminen
- Merkittävä rauhattomuuden väheneminen
- Fyysisen levottomuuden väheneminen
- Hyöty käytösoireisiin
- Käytöshäiriöiden merkittävä väheneminen
- Sanallisen levottomuuden väheneminen

HYÖDYT HOITAJILLE JA HOITUYHTEISÖLLE

Positiiviset muutokset hoitoyhteisössä

- Kehitti hoitokodin ihmissuhteita
- Paransi hoitokodin ilmapiiriä
- Aikataulun muuttuminen joustavammaksi
- Ajan säästyminen
- Johdon ja henkilökunnan sitoutuneisuus
- Hyvän johtajuuden positiivinen vaikutus asiakkaisiin

Hoitajien hyvinvoinnin paraneminen

- Hoitajien stressin väheneminen
- Hoitajien ahdistuksen väheneminen
- Mahdollisti hoitajien osallistumisen mielekkääseen toimintaan

Hoitosuhteen paraneminen

- Kommunikointitavat lisääntyivät
- Helpotti sitoutumista hoitoon
- Hoidon vastustamisen vähentyminen
- Henkilökunnan ymmärrys asiakkaista syveni
- Asukkaan tuntemaan oppiminen
- Hoitajat oppivat huomioimaan hoidettavan tarpeet paremmin
- Hoitajat saivat arvokasta tietoa muistisairaasta

Hoitajien ammattitaidon lisääntyminen

- Hoitajien kärsivällisyys kasvoi
- Hoitajien tieto muistisairaudesta lisääntyi
- Yleinen asenne parani
- Positiivinen muutos hoitajien asenteissa
- Henkilökunta oppi uusia käytäntöjä
- Henkilökunta oppi ongelmanratkaisutaitoja
- Positiiviset muutokset hoitajien taidoissa

HYÖDYT OMAISHOITAJILLE

Omaishoitajien hyvinvoinnin paraneminen

- Auttoi omaishoitajia arjessa
- Antoi omaishoitajalle työkaluja helpottamaan arkea kotona
- Omaishoitaja sai vertaistukea
- Omaishoitajan turvallisuuden tunne, onnellisuus ja rentoutuminen lisääntyivät
- Omaishoitajien mielen hyvinvoinnin paraneminen
- Lievitti omaishoitajien stressiä
- Vähensi omaishoitajan huolta omaisestaan

Omaishoitajien tiedon lisääntyminen

- Omaiset saivat arvokasta tietoa muistisairaasta
- Omaishoitajan tiedon lisääntyminen

OMAISHOITAJIEN TYYTYVÄISYYDEN HEIKENTYMINEN

- Omaishoitajien tyytyväisyys laski kuormittuneisuuden vuoksi

Kirjallisuuskatsauksessamme nousi esiin useita eri menetelmiä. Näitä olivat hoitoa tukevat ja luovat menetelmät, terapiamenetelmät, person-centred care ja liikuntaa hyödyntävät menetelmät, omaishoitajia tukevat menetelmät, teknologiaa ja musiikkia hyödyntävät menetelmät, tietoa lisäävät ja ympäristön muutokseen liittyvät menetelmät, validaatio, snoezelen, *Dignity Therapy*, muistelu ja realiteetti orientaatio.

Tärkeimmät kirjallisuuskatsauksessamme esille nousseet menetelmien käytöllä saadut vaikutukset olivat elämänlaadun paraneminen, toimintakyvyn paraneminen, käytöshäiriöiden väheneminen, hyödyt hoitajille ja hoitoyhteisölle, hyödyt omaishoitajille ja omaishoitajan hyvinvoinnin heikentyminen. Vaikutukset olivat positiivisia lukuun ottamatta yhtä tutkimusta, jossa menetelmän käyttö laski omaishoitajan tyytyväisyyttä.

Seuraavassa taulukossa on nähtävissä tarkemmin eri tutkimuksissa käytetyt menetelmät ja niiden vaikuttavuudet.

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset, niissä käytetyt menetelmät ja niiden vaikutukset

Tutkimus	Käytetty menetelmä	Vaikutukset					
		Elämänlaadun paraneminen	Toimintakyvyn paraneminen	Käyttösoireiden väheneminen	Hyödytti hoitajia ja hoitoyhteisöä	Hyödytti omaishoitajia	Omaishoitajien tyytyväisyyden heikentyminen
Bird – Llewellyn-Jones – Korten 2009. An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia.	Yksilöllisesti räätälöity menettelytapa		X	X	X	X	
Boersma – Van Weert – Lakerveld – Dröes 2014. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (useita menetelmiä)				X		
Burgener – Yang – Gilbert – Marsh-Yant 2008. The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia.	Taiji-liikunta, kognitiiviskäyttötymisterapia ja vertaistukiryhmä	X	X				
Brodsky – Low – Liu – Fletcher – Roast – Goode – Chenoweth 2014. Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care.	Huumoriterapia	X		X			
Garland – Beer – Eppingstall – O'Connor 2007. A Comparison of Two	Mielimusiikki ja simuloitu perheen läsnäolo	X		X			

Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music							
Tutkimus	Käytetty menetelmä	Vaikutukset					
George – Houser 2014. "I'm a storyteller!": Exploring the Benefits of TimeSlips Creative Expression Program at a Nursing Home.	TimeSlips - luova tarinankerronta-ohjelma	X		X	X		
Hanser – Butterfield-Whitcomb – Kawata 2011. Home-based Music Strategies with individuals who have Dementia and their Family Caregivers.	Musiikkiterapia	X				X	X
Hohenthal-Antin 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena.	Luova muistelu	X				X	
Hyer – Scott – Lyles – Dhabliwala – McKenzie 2014. Memory intervention: the value of a clinical holistic program for older adults with memory impairments.	Muistiohjelma	X	X				
Johnston – Lawton – Munro – Murray – Gibb – Rodriguez – Law 2014. Living Well with Dementia: Enhancing Dignity and Quality of Life, Using a Novel Intervention, Dignity Therapy.	Omanarvontunto-terapia (Dignity Therapy)	X			X	X	
Kerssens – Kumar – Adams – Knott – Matalenas – Sanford – Rogers 2015. Personalized Technology to Support Older Adults	Companion - kosketusnäyttölinen tietokone	X		X		X	

With and Without Cognitive Impairment Living at Home.							
Tutkimus	Käytetty menetelmä	Vaikutukset					
Laakkonen – Savikko – Hölttä – Tilvis – Stradberg – Kautiainen – Pitkälä 2013. Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers.	Ryhmäkuntoutus	X				X	
Levine-Madori 2009. Uses of therapeutic thematic arts programming, TTAP Method©, for enhanced cognitive and psychosocial functioning in the geriatric population.	TTAP		X				
Mitsue – Mari – Kyoko – Hiroshi – Satoshi – Kenichi 2008. Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaki-Tajiri Project.	Muistelu ja realiteetti orientaatio	X					
Ravelin 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä.	Muisteluihin perustuva tanssiesitys	X					
Robinson – Hutchings – Corner – Beyer – Dickinson – Vanoli – Finch – Hughes – Ballard – May – Bond 2006: Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (useita menetelmiä)			X			

Tutkimus	Käytetty menetelmä	Vaikutukset					
Verkaik – Van Weert – Francke 2005. The effects of of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (useita menetelmiä)	X		X			

Seuraavaksi avaamme, millaisia vaikutuksia eri menetelmillä saatiin ja kerromme hie man tutkimuksista. Olemme tehneet tutkimuksista liitteisiin myös erillisen taulukon, jossa on nähtävillä tarkempaa tietoa tutkimuksien aineiston keruusta, tavoitteista ja tuloksista. (Liite 5)

6.1 Elämänlaadun paraneminen

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että useat psykososiaaliset menetelmät tukivat elämänlaadun paranemista erilaisin keinoin. Elämäntapojen, kuten ruokavalion, unenmäärän, päih- teiden käytön ja sosiaalisten suhteiden on todettu vaikuttavan merkittävästi elämänlaatuun. Lisäksi on tutkittu, että muistiharjoitteista saa parhaimman hyödyn, kun ne yhdistää muihin terveellisiin elämäntapoihin, jotka vaikuttavat elämänlaatuun ja terveyteen. (Hyer – Scott – Lyles – Dhaliwala – McKenzie 2014.)

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että kokonaisvaltaisella hyvinvoinnilla voidaan vaikuttaa positiivisesti kognitiiviseen kyvykkyyteen ja muistisairauden lykkääntymiseen. Etenkin tukiryhmät sekä älyllisesti ja sosiaalisesti stimuloivat aktiviteetit, kuten kirjojen luke- minen, palapelit, vapaaehtoistyö, matkustaminen ja korttipelit tehostavat ajattelua ja muistia ja voivat näin viivästyttää muistisairauden syntyä. (Hyer ym. 2014.)

Osallistumisen luoviin taiteisiin joko omien luovien töiden seuraajana tai alullepanijana on tutkittu voivan parantaa mielialaa ja sitä kautta vaikuttaa elämänlaatuun. Etenkin *Creative Expression*- ohjelmat ovat olleet tehokkaita parantamaan elämänlaatua. Ryh- mämuotoiset luovan ilmaisun ryhmät antavat muistisairaalle ihmiselle kannustavan ympäristön, jossa hän voi luoda jotain uutta, jolla on merkitystä joko itselle tai toisille. (George – Houser 2014.)

Useat tutkimukset vaikuttivat elämänlaadun paranemiseen lisäämällä sosiaalista kanssakäymistä ja osallistumista mielekkääseen toimintaan. George ja Houser (2014) tutkivat tutkimuksessaan *TimeSlips* nimisen luovan ilmaisun ohjelman hyötyjä muistisairaille ihmisille ja heidän hoitajilleen sekä sitä, vähentääkö ohjelmaan osallistuminen mielialan ja käytöksen oireita tai psykotrooppisten lääkkeiden käyttöä.

TimeSlips on tarinankerronta-ryhmä, jossa ohjaaja näyttää ryhmälle lavastettuja, surrealistisia kuvia ja rohkaisee ryhmää antamaan palautetta kuvasta esittämällä avoimia kysymyksiä kuvaan liittyen. Kaikki sanalliset ilmaisut hyväksytään, mikä antaa osanottajille vapauden virheiden tekemisen pelosta. Vastauksista tehdään kirjurin toimesta kertomus, joka luetaan tietyn välein ryhmälle takaisin. (George – Houser 2014.)

Aiemmissä tutkimuksissa muistisairaajat, jotka osallistuivat ohjelmaan, kokivat suurempia positiivisia vaikutuksia kuin kontrolliryhmä. George ja Houser (2014) tekemässä tutkimuksessa muistisairaiden potilaiden elämänlaatu parani, he olivat sosiaalisempia kuin aiemmin ja ohjelma mahdollisti heille osallistumisen mielekkääseen toimintaan. (George – Houser 2014.)

Laakkonen ym. (2013) tutkivat tutkimuksessaan psykososiaalisen ryhmäintervention tehokkuutta muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoitensa oman elämänhallinnan taitojen lisäämisessä ja huomasivat myös sosiaalisuuden ja vertaistuen parantavan elämänlaatua. Ryhmäkuntoutuksessa annettiin tietoa muistisairaudesta, aktiivisesta elämäntyylistä, ravitsemuksesta, liikunnasta ja opetettiin esimerkiksi jokapäiväisen elämän hallitsemistaitoja ja ongelmienratkaisukykyä. Niiden pyrkimyksenä oli lisätä osanottajien luottamusta omaan kykyihinsä, ongelmanratkaisukykyä ja vertaistukea. Ryhmä loi toivoa osallistujien yhteenkuuluvuudella, rohkaisulla ja opettamalla armollisuutta itseä kohtaan. 88 % muistisairaista koki kuntoutuksen hyödylliseksi ja saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa. Ryhmäterapia antoi heille myös mahdollisuuden tavata vertaisiaan ja keskustella huolistaan. (Laakkonen ym. 2013.)

Myös Ravelin (2008) raportoi tutkimuksessaan sosiaalisista hyödyistä. Ravelin tutki laadullisessa tutkimuksessaan tanssiesitystä auttamismenetelmänä muistisairaille. Tanssiesitykset koostuivat neljästä eri vuoden aikaan sijoittuvasta esityksestä, jotka perustuivat iäkkäiden muisteluryhmissä kerättyihin muistoihin. Tutkimuksen avulla arvioitiin ja kuvattiin tanssiesityksen käyttöä auttamismenetelmänä muistisairaiden iäkkäiden hoitotyössä

hoitajien, omaisten, lähihoitajaopiskelijoiden ja vanhusten näkökulmasta. Esitykseen osallistuminen antoi kokemuksen liikkumisesta ja loi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Myös läheisyyden tunne lisääntyi toiminnallisella osallistamisella ja hoitokodin asukkaiden välinen vuorovaikutus lisääntyi. Tanssiesitykseen osallistuminen tuki minän eheytymistä muistelun avulla ja tarkoituksellisuuden tunnetta tanssiesityksiin liittyvillä keskusteluilla. Tanssiesitykseen osallistuminen nosti esiin myös muistisairaiden olemassa olevia voimavaroja ja tuki hyvinvointia antamalla mahdollisuuden hetkeen, jossa pystyi unohtamaan sairautensa. (Ravelin 2008.)

Kaksi tutkimusta raportoivat tuloksissaan elämänlaadun parantuneen rentoutumista lisäämällä. Hanser, Butterfield-Whitcomb, Kawata ja Collins (2011) tutkivat musiikkiterapian vaikuttavuutta omaishoitajille ja muistisairaille omaishoidettaville. Musiikkiterapia oli omaishoitajan johtamaa musiikkiterapiaa kotona, johon saatiin tarkat ohjeet. Musiikkiterapia lisäsi hoidettavan rentoutumista ja turvallisuuden tunnetta merkittävästi ja onnellisuutta kohtalaisesti. (Hanser – Butterfield-Whitcomb – Kawata – Collins 2011.)

Myös kosketusnäytöllisen tietokoneen Companionin käyttö rentoutti muistisairaita ja auttoi heitä nauttimaan elämästään. Companion hyödyntää erilaisia psykososiaalisia menetelmiä kuten simuloitua läsnäoloa, aikaan ja paikkaan orientoitumista ja muistelua. Tutkimuksessa tuli ilmi, että muistisairaot osanottajat nauttivat Companionin esityksistä ja käyttivät sitä ajanvietteenä. Teknologia pystyi kannustamaan ja motivoimaan muistisairaita osanottajia terveys- ja hyvinvointi-rutiineissa kuten suuhygieniassa, nesteytyksessä ja kuntoilussa. (Kerssens ym. 2015.)

Merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä on ahdistuksen ja masennuksen lievittyminen. Näistä raportoi muutama tutkimus. Garland, Beer, Eppingstall ja O'Connor (2007) tekemässä tutkimuksessa verrattiin mielimusiikin, simuloidun läsnäolon, lume-tilan (neutraali ääninauhoite) ja normaalin hoidon tehokkuutta muistisairaiden ihmisten sanallisen ja fyysisen levottomuuden vähenemiseen. Kyseisessä tutkimuksessa huomattiin, että lume-tila toimi melkein yhtä hyvin kuin yksilöllistetyt hoidot, mikä viittasi siihen, että mikä tahansa ihmisen puhe rikastuttaa asukkaan elämää ja lievittää hänen ahdistustaan. (Garland – Beer – Eppingstall – O'Connor 2007.)

Myös kognitiivis-käyttäytymisterapialla voidaan vaikuttaa positiivisesti ahdistuksen lievittymiseen ja sopeutumiseen. Lisäksi terapialla voidaan vaikuttaa masennuksen lievittymiseen ja levottomuuden vähenemiseen. Masennuksen lievittymiseen voidaan vaikuttaa myös liikunnalla. (Burgener – Yang – Gilbert – Marsh-Yant 2008.)

Liikunnalla on masennuksen lievittymisen lisäksi myös muita hyötyjä. Burgener ym. (2008) tutkivat moniosaisen menetelmän, johon kuului Taiji-liikunta, kognitiivis-käyttäytymisterapia ja tukiryhmä, vaikuttavuutta muistisairaiden toimintakykyyn ja havaitsivat menetelmän parantavan tutkittavien itsetuntoa. (Burgener ym. 2008.)

Koska Alzheimerin tautiin ei ole keksitty parantavaa hoitoa, psykososiaalisin menetelmiin on kiinnitetty enemmän huomiota, sillä ne voivat parantaa potilaan toimintakykyä ja tukea perheitä. Yksi yleisimmistä menetelmistä on muistelu. Muistelun päätarkoituksena on helpottaa vanhojen kokemusten mieleen palauttamista tukeakseen ihmisten välistä toimintaa ja parantaakseen elämänlaatua. (Mitsue ym. 2008.)

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu muisteluohjelmien parantavan merkittävästi etenkin elämänlaatua. Mitsue ym. (2008) toteuttivat tutkimuksen, jossa tutkittiin donepezil muistisairauslääkkeen ja muistelun yhteisvaikutuksia. Tutkimukseen muodostui kolme ryhmää, joista yksi ryhmä sai pelkkää muistisairauslääkitystä, yksi ryhmä sai muistisairauslääkitystä sekä osallistui muisteluohjelmaan ja yksi ryhmä osallistui pelkkään muisteluohjelmaan. Tutkimuksen lopussa tutkittavien kokemusta elämänlaadustaan mitattiin ja verrattiin tutkimuksen alussa tehtyihin mittauksiin. Tulokset osoittivat, että ryhmällä, joka sai sekä muistisairauslääkitystä että osallistui muisteluohjelmaan, elämänlaatu oli parantunut enemmän kuin pelkkää muistisairauslääkitystä saavalla ryhmällä. (Mitsue ym. 2008.)

Luovalla muistelulla sen sijaan voidaan aktivoida muistisairaan omia voimavaroja ja auttaa muistamaan ja käsittelemään vaikeitakin asioita. Erilaisilla muistiherättäjillä voidaan stimuloida aisteja ja tarjota keskustelunaiheita, jolloin muistisairas voi tuntea olevansa yhä lähihistoriansa asiantuntija. Muistiherättäjinä voivat toimia esimerkiksi esineet, kuvat, materiaalit, tuoksut tai musiikki. Luova muistelu tuo iloa ja onnistumisen elämystä arkeen. (Hohenthal-Antin 2013.)

Omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*) on lyhyt psykoterapeuttinen menetelmä, jossa koulutettu terapeutti vie yksilön läpi ohjatun ja nauhoitettavan haastatteluprosessin, jonka jälkeen haastattelu litteroidaan ja editoidaan. Kirjoitettu versio haastattelusta luetaan ääneen haastateltavalle ja annetaan hänelle. Tuloksena on dokumentti, joka jää pysyvästi osanottajan, hänen omaistensa ja hoitoyhteisön käyttöön, jos osanottaja näin haluaa. Omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*) ei liity pelkästään muisteluun, mutta myös sen avulla voidaan auttaa muistisairaita itsetutkiskelussa ja sen kautta antaa mahdollisuus reflektoida omaa elämäänsä. (Johnston ym. 2014.)

6.2 Toimintakyvyn paraneminen

Tutkimustuloksista käy ilmi, että useat menetelmät paransivat kognitiivista toimintakykyä ja jotkin myös fyysistä toimintakykyä. Luovan ilmaisun ohjelmalla TimeSlipsillä voidaan lisätä luovuutta ja siten vaikuttaa kognitiivisen toimintakyvyn paranemiseen (George – Houser 2014). Toinen katsauksessa löytynyt kognitiivista toimintakykyä parantava menetelmä oli TTAP (*Therapeutic Thematic Arts Programming for Older Adults*). TTAP on yhdeksän askeleen interventio, joka keskittyy jäljellä olevien vahvuuksien vahvistamiseen ja hyödyntämiseen. Askeliin kuuluvat ryhmäkeskustelu, musiikki, piirtäminen, kuvanveisto, liike, runous, valokuvaus ja teemallinen tapahtuma. TTAP-menetelmään osallistuminen parantaa kognitiivista toimintakykyä ja se saattaa olla tehokas menetelmä hidastamaan lievän muistin alenemisen etenemistä Alzheimerin taudiksi. (Levine-Madori 2009.)

Tutkimuksissa on havaittu, että liikunnalla voidaan vaikuttaa positiivisesti kognitiiviseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Liikunta voi parantaa muistisairaahan henkistä hyvinvointia, sanallista sujuvuutta sekä mieleen palauttamista ja muistamista. Liikunta parantaa muistisairaahan voimakkuutta, fyysistä kuntoa, toimintakykyä ja notkeutta. Lisäksi liikunta ylläpitää sydämen ja verisuonten kuntoa. (Burgener ym. 2008.)

Taiji-liikuntaa suositellaan hyödyllisimpänä liikuntamuotona kaatumisten ehkäisyyn. Taiji-liikunta lisää lantion ja polvien liikkuvuutta, lihasvoimaa sekä parantaa tasapainoa ja vähentää kaatumisen pelkoa. Lisäksi Taiji-liikunta yhdistettynä kognitiivis-käyttäytymisterapiaan ja vertaistukiryhmään voi parantaa tasapainoa ja MMSE-pisteitä. (Burgener ym. 2008.)

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu kognitiivisten harjoitteiden vaikuttavan positiivisesti iäkkäiden muistiin. Tulokset osoittavat, että etenkin episodinen muisti paranee harjoitteiden myötä ja vaikutukset säilyvät hyvin. Kognitiivisesti stimuloivat aktiviteetit varjelevat henkistä toimintakykyä ja ehkäisevät kognitiivista heikentymistä ikääntyessä. Kokonaisvaltaisella hyvinvoinnilla, johon liittyy ruokavalio, liikunta, sosiaalisuus, stressin välttäminen ja henkinen stimulaatio, voidaan viivästyttää muun muassa muistisairauden syntyä. (Hyer ym. 2014.)

Hyer ym. (2014) tutkivat kokonaisvaltaisen ohjelman vaikutuksia kognitiiviseen toimintakykyyn ja kokonaisvaltaiseen sopeutumiseen. Ohjelma kohdentui keskittymiseen, mindfulnessiin, liikuntaan, stressin vähentämiseen, sosialisatioon, ruokavalioon ja arvo tekniikoihin. Tutkimuksen tuloksena havaittiin, että ihmiset, jotka ovat sosiaalisesti, henkisesti ja fyysisesti innostettuja, omaavat paremman kognitiivisen toimintakyvyn ja ikäistään nuoremmat aivot. (Hyer ym. 2014.)

6.3 Käyttöoireiden väheneminen

Creative Expression- ohjelmat ovat näyttäneet olevan tehokkaita muistisairaiden neuropsykiatristen oireiden hoidossa ja vähentäneet muistisairaiden ihmisten apatiaa. Eräs *Creative Expression*- ohjelma on TimeSlips, jonka on tutkittu muuttavan muistisairaiden käytöstä positiivisesti lisäämällä keskittymistä ja tarkkuutta yksityiskohtiin sekä lisäämällä aiemmin passiivisten asukkaiden osallistumista aktiviteetteihin. (George – Houser 2014.)

Aiemmin on tutkittu, että hoitokodin asukkaat, joiden perheenjäsenet vierailevat useammin heidän luonaan ovat levollisempia ja heidän tyytyväisyys elämäänsä on suurempaa. Lisäksi on tutkittu, että musiikki, johon liittyy positiivisia muistoja saattaa lievittää levottomuutta muistisairailta, joiden puhekyky on rajoittunutta. Rentouttavan musiikin on taas todettu vähentävän häiritsevää käytöstä, kun musiikkia on soitettu suihkun ja ruokailun yhteydessä sekä musiikkiterapia-hetkissä. (Garland ym. 2007.)

Garland ym. (2007) vertailivat tutkimuksessaan mielimusiikkia ja simuloitua läsnäoloa. Simuloidussa läsnäolossa omainen nauhoitti yhdessä tutkijan avustuksella 15 minuutin pituisen ääninauhan, joka oli editoitu tarkasti kuulostamaan aidolta puhelimesta käytävältä keskustelulta. Ennen ääninauhan nauhoittamista psykologi haastatteli omaista hoi-

dettavan menneestä elämästä. Omaisia pyydettiin kertomaan nauhalla yhteisistä positiivisista hetkistä ja kokemuksistaan hoidettavan läheisensä kanssa. Ääninauhassa oli tarkoin mietityt tauot, jotka mahdollistivat kuuntelijan vastaamisen kuulemaansa. Tutkijat havaitsivat, että simuloitu läsnäolo oli musiikkia tehokkaampi menetelmä sekä fyysisen että sanallisen levottomuuden vähentämiseen. Simuloitu läsnäolo vähensi fyysistä levottomuutta 30 prosentilla ja musiikki 25 prosentilla. Sanallinen levottomuus väheni simuloitulla läsnäololla 33 prosentilla ja musiikilla 18 prosentilla. (Garland ym. 2007)

Myös huumoriterapialla voidaan vaikuttaa rauhattomuuden vähenemiseen. Brodaty ym. (2014) tutkivat huumoriterapian vaikutuksia hoivakodin muistisairaiden koettuun elämäntilaan, mielialaan, sosiaaliseen sitoutumiseen ja asukkaiden käyttäytymiseen. Huumoriterapia koostui yksilöllisestä lähestymistavasta, joka yhdisteli huumoria, sosiaalista kanssakäymistä, muistelua, musiikkia ja liikuntaa. Odotettavissa oli, että huumoriterapialla voitaisiin vaikuttaa etenkin asukkaiden masennuksen lievittymiseen, mutta tuloksista kävi ilmi, että se vaikutti merkittävästi ainoastaan rauhattomuuden vähenemiseen. (Brodaty ym. 2014.)

Käytösoireiden väheneminen voi helpottaa muistisairaiden lisäksi myös hoitajia. Bird, Llewellyn-Jones ja Korten (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että yksilöllisesti räätälöidyillä menetelmillä voidaan vähentää merkittävästi muistisairaana käytöshäiriöitä ja sitä kautta vähentää myös hoitajien ahdistusta. (Bird – Llewellyn-Jones – Korten 2009.)

Katsauksemme valikoitui mukaan myös muutama systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Yksi niistä tutki lääkkeettömien hoitojen vaikutusta vaeltelun vähenemiseen muistisairaiden hoivakodeissa. Katsaukseen valikoituneet tutkimukset käsittelivät useita eri menetelmiä, joita olivat: multisensorinen ympäristö, musiikkiterapia, eteeriset öljyt, erityisen hoidon tarpeet, fyysinen aktiivisuus, yksilöllistetyt käyttäytymisohjelmat, käsin koskettava stimulaatio tai aktiiviset tuokiot, lukuterapia, perinteiset tarpeet ja tavanomainen hoito. Katsaukseen valikoituneista menetelmistä yksikään ei näyttänyt vaikuttavan merkittävästi vaeltelun vähenemiseen. (Robinson ym. 2006.)

Toinen katsaukseen valittu systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutki miten vaikuttavia psykososiaaliset menetelmät olivat olleet muistisairailta esiintyvään apatiaan, masennukseen ja aggressioon. Katsauksen tutkimukset käsittelivät eri menetelmiä, joita olivat: validaatio, integroitu tunteisiin keskittyvä hoito, realiteetti orientaatio, snoezelen, muistelu, psykomotorinen terapia, kognitiivisten taitojen harjoittaminen, käytösterapia, taideterapia

ja hellä hoito. Kirjallisuuskatsauksesta ilmeni, että on olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että snoezelen vähentää apatiaa ihmisillä, joiden muistisairaus on myöhäisessä vaiheessa. On myös olemassa rajoittunutta näyttöä siitä, että käytösterapia vähentää masennusta ihmisillä, jotka asuvat omaishoitajan kanssa kotona ja joilla on Alzheimerin tauti. Rajoittunutta näyttöä löytyi myös psykomotorisen terapian vaikuttavuudesta vähentää aggressiota tietyn hoitokodin asukkailla, joille oli diagnosoitu Alzheimerin tauti. Muista menetelmistä ei ollut näyttöä tai näyttö oli liian rajallista. (Verkaik – Van Weert – Francke 2005.)

6.4 Hyödyt hoitajille ja hoitoyhteisölle

Psykososiaalisten menetelmien on tutkittu tuovan muistisairaiden lisäksi hyötyjä myös hoitajille. Menetelmien avulla hoitajien tiedot muistisairauksista lisääntyvät, asenteet ja taidot paranevat sekä kärsivällisyys kasvaa. Hoitajat oppivat myös tuntemaan asukkaat ja heidän tarpeensa paremmin. Lisäksi aikataulu voi muuttua joustavammaksi ja aikaa säästyä, hoidettavien hoidon vastustaminen vähentyä ja kommunikointitavat hoitoyhteisössä parantua. (Boersma – Van Weert – Lakerveld – Dröes 2014.)

George ja Houser (2014) ovat tutkineet luovan ilmaisun ohjelman TimeSlipsin vaikuttavan muistisairaisiin ja hoitajiin muuttamalla positiivisesti hoitoyhteisöä, kehittämällä hoitokodin ihmissuhteita ja parantamalla sen ilmapiiriä. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että TimeSlips paransi hoitajien hyvinvointia mahdollistamalla heille osallistumisen mielekkääseen toimintaan. TimeSlips myös paransi hoitajan ja potilaan suhdetta syventämällä henkilökunnan ymmärrystä asiakkaista ja heidän kyvyistään osallistua aktiviteetteihin. Lisäksi hoitokodin työntekijöiden ongelmanratkaisukyky parani ja he oppivat uusia käytäntöjä. Aiemmissa tutkimuksissa luovan ilmaisun ohjelma TimeSlips on lisännyt henkilökunnan ja asukkaiden välistä vuorovaikutusta ja muuttanut hoitohenkilökunnan näkemystä muistisairaista potilaista positiivisemmaksi. (George – Houser 2014.)

Omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*) on koettu hyödyllisenä, sillä terapiasta tuloksena tuotettu dokumentti voi mahdollistaa yksilöön keskittyvän hoidon ylläpitämisen ja auttaa hoitajia saamaan yhteyden hoidettavaan henkilöön antamalla arvokasta tietoa muistisairaasta ihmisestä. Aiemmat tutkimukset omanarvontunto-terapiasta ovat osoittaneet, että tuloksena tuotettu dokumentti voi antaa mahdollisuuden parempaan kohtamiseen hoidettavan kanssa ja näin tukea muistisairaahan ihmisen yksilöllisyyttä. (Johnston ym. 2014.)

6.5 Hyödyt omaishoitajille

Tutkimuksissa ilmeni useita hyötyjä muistisairaiden lisäksi myös omaishoitajille. Hyödyt liittyivät hyvinvoinnin lisääntymiseen, huolen vähenemiseen, arjen helpottumiseen, sosiaalisten suhteiden lisääntymiseen ja uuden tiedon saamiseen.

Omaishoitajan vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa voidaan helpottaa muun muassa luovalla muistelulla. Euroopassa vuosina 1997 ja 2010 järjestetyissä muistelutyön projekteissa omaishoitajat ja muistisairaathan kokoontuivat yhdessä muistelemaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Jokaisella kerralla oli jokin keskustelua herättelevä teema. Projektien vaikutuksesta muistisairaahan vointi koheni ja sekä omaishoitajat että muistisairaathan muodostivat uusia sosiaalisia suhteita. Omaishoitajat myös kokivat, että heidän stressi oli lievittänyt ja arki kotona helpottunut. (Hohenthal-Antin 2013.)

Arjen helpottumiseen voidaan vaikuttaa hyödyntämällä myös tietotekniikkaa. Kosketusnäyttöinen tietokone Companionin käyttö paransi omaishoitajien hyvinvointia vähentämällä heidän huoltaan omaisestaan, kun he olivat muualla ja se helpotti heidän jokapäiväistä elämäänsä ja omaishoitamista (Kerssens ym. 2015).

Aiemmat tutkimukset ovat viitanneet siihen, että omaishoitajien jaksamiskyvyn harjoittamisella ja omaishoitajien tukiryhmillä saattaa olla positiivisia vaikutuksia omaishoitajan psykologiseen hyvinvointiin. Laakkonen ym. tutkimuksen tulokset tukivat aiempien tutkimusten tuloksia. Psykososiaalinen ryhmämenetelmä juurrutti toivoa osallistujien yhteenkuuluvuudella, rohkaisulla ja opettamalla armollisuutta itseä kohtaan. Puolisot olivat iloisia mahdollisuudesta keskustella huolistaan ja vertaistensa tapaamisesta. 97 % puolisoista koki kuntoutuksen hyödylliseksi ja kaikki puolisoista sanoivat saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa. (Laakkonen ym. 2013.)

Uutta tietoa omaishoitajille tarjosi myös omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*), jossa muistisairaathan luovat dokumentin omasta elämästään ja toiveistaan. Dokumentin on todettu hyödyttävän muistisairaathan läheisiä ja perhettä tulevaisuudessa muistisairaathan edetessä. Aiemmat tutkimukset omanarvontunto-terapiasta tukevat löydöksiä. Aiemmissa tutkimuksissa dokumentin on todettu antavan uutta tietoa perheenjäsenille. (Johnston ym. 2014.)

6.6 Omaishoitajan tyytyväisyyden heikentyminen

Tutkimustuloksissamme nousi esiin myös yksi negatiivinen vaikutus. Hanser ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa, jossa tutkittiin omaishoitajan järjestämän musiikkiterapian vaikutusta omaishoitajaan ja muistisairaaseen hoidettavaan, omaishoitajan tyytyväisyys omaishoitajuuteen laski. Vaikka musiikkiterapialla olikin ollut myös paljon positiivisia vaikutuksia, tutkijat epäilivät, että velvollisuus johtaa musiikkiterapiaa ja raportoida arvioita lisäsi omaishoitajan jo valmiiksi raskasta tehtävää entisestään. (Hanser ym. 2011.)

7 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia erilaisia psykososiaalisia menetelmiä on olemassa ja millaisia vaikutuksia niiden käytöllä on ollut muistisairaisiin ikäihmisiin. Tarkoituksena oli etsiä tietoa mahdollisimman laajasti, joten emme käyttäneet paljon aiheajauksia. Suomessa psykososiaalisista menetelmistä ei ole paljon tietoa, joten toivoimme löytävämme tutkimustietoa myös ulkomailta. Suurin osa löytyneistä tutkimuksista olikin tehty ulkomailla, osa Euroopassa ja osa Euroopan ulkopuolella.

Tekemäämme kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan 17 tutkimusta. Tutkimuksen saturaatiosta eli kylläntymisestä antoi viitteitä se, että osa tutkimuksista alkoi hakujen teon loppuvaiheilla esiintyä yhä uudelleen. Tämä on merkki tutkijalle siitä, että hakuja on tehty riittävästi. Katsaukseen sisältyneet tutkimukset vastasivat kaikki hyvin asettamiimme tutkimuskysymyksiin.

Kirjallisuuskatsauksessa löysimme paljon erilaisia psykososiaalisia menetelmiä. Joistakin menetelmistä löytyi paljon tietoa tai samaa menetelmää koskevia tutkimuksia oli useampia. Tällaisia menetelmiä olivat muistelu, *person-centred careen* pohjautuvat yksilöön keskittyvät hoitomenetelmät ja luovat menetelmät. Muistelua käsitteleviä tutkimuksia oli kahdeksan, *person-centred carea* käsitteleviä tutkimuksia yhdeksän ja luovia menetelmiä käsitteleviä tutkimuksia kahdeksan. Useassa tutkimuksessa ei keskitytty vain yhteen menetelmään, vaan käsiteltiin useaa eri menetelmää.

Kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin myös täysin omia erityisiä menetelmiä kuten TimeSlips, kosketusnäytöllinen tietokone Companion, TTAP ja omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*). Näistä TTAP, omanarvontunto-terapia (*Dignity Therapy*) ja TimeSlips olivat yhden ihmisen kehittämiä menetelmiä. Companionissa taas oltiin hyödynnetty eri alojen osaajia, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin muistisairasta yksilöä ja hänen toimintaympäristöään.

Osa menetelmistä oli yksilökeskeisiä ja osa ryhmämuotoisia menetelmiä. Osa menetelmistä oli myös sellaisia, joita omaishoitajan/hoitajan ja muistisairaana on tarkoitus käyttää kahden kesken. Lisäksi erityisesti yksi menetelmistä oli sellainen, jonka tarkoituksena on lisätä muistisairaana omaoimisuutta, tukea yksin kotona pärjäämistä ja mahdollistaa omaishoitajalle omaa aikaa ja helpotusta omaishoitoon (Companion).

Yleisesti ottaen kaikki katsauksessa löytyneet menetelmät olivat hyödyllisiä, käyttökelpoisia ja niiden käytöllä saatiin aikaiseksi positiivisia muutoksia muun muassa käyttäytymisessä, mielialassa ja kognitiivisessa kyvykkyydessä. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa esiin nousi negatiivinen tulos. Kyseinen tutkimus käsitteli musiikkiterapiaa, jota omaishoitajan oli tarkoitus kotona omatoimisesti toteuttaa. Omaishoitajat kokivat haasteeksi hoidettavan innostamisen ja keskittymään saamisen yhteiseen musiikkihetkeen ja turhautuivat, jos hoidettava ei innostunut ja menetelmän käyttö ei onnistunut suunnitellusti. Yhtenä tutkimuksen tuloksena ilmeni, että omaishoitajien tyytyväisyys oli laskenut menetelmän käytön vuoksi ja lisännyt näin omaishoitajan taakkaa.

Menetelmien lisäksi katsauksessa nousi esiin myös useita erilaisia vaikutuksia, joita menetelmien käytöllä oltiin saavutettu. Eniten tutkimuksessa esiin nousseet vaikutukset olivat käytösoireiden väheneminen (8 tutkimusta), elämänlaadun paraneminen (6 tutkimusta), masennuksen lievittyminen (3 tutkimusta), osallisuuden lisääntyminen (3 tutkimusta), kognitiivisen kyvyn paraneminen (3 tutkimusta), vuorovaikutuksen lisääntyminen (3 tutkimusta) ja hoitajien/omaishoitajien stressin ja ahdistuksen lieventyminen (3 tutkimusta). Vaikutukset koskettivat muistisairaiden lisäksi myös hoitajia, omaishoitajia ja osassa tutkimuksia löydettiin jopa koko hoitoyhteisöä koskevia vaikutuksia.

Osassa tutkimuksista painotettiin myös menetelmän räätälöimisen ja yksilöllistämisen tärkeyttä muistisairaalle ihmiselle, jotta vaikuttavuus olisi mahdollisimman hyvä. Räätälöityjä tutkimuksia oli kuusi kappaletta. Eloniemi-Sulkavan mukaan menetelmien käyttöön otossa tuleekin ottaa huomioon muistisairaahan ihmisen nykyinen tilanne, elämäntilanne, mieltymykset ja persoonallisuus (Eloniemi-Sulkava 2010).

Katsauksessa löytyneitä vaikutuksia, kuten elämänlaadun paranemista, ja psykososiaalisten menetelmien räätälöinnin tärkeyttä tukee myös Juvan ja Eloniemi-Sulkavan (2015) teoria siitä, että psykososiaalisissa tutkimuksissa elämänlaatu on ollut kiinnostuksen kohteena jo pitkään. Elämänlaatuun liittyy ihmiskeskeisyys eli niin sanottu *person-centeredness* sekä tarvelähtöisyys. Tämä tarkoittaa sitä, ettei muistisairasta nähdä ainoastaan sairautensa kautta vaan yksilönä ja kykeneväisenä yhä kertomaan omasta elämästään, jolloin muistisairaahan ihmisen tarpeet voidaan huomioida laaja-alaisesti. Pitkäaikaishoitopaikoissa on tehty tutkimuksia, jotka ovat osoittaneet, että muistisairaahan psykososiaaliin tarpeisiin vastataan kaikkein heikoimmin. Tarpeisiin vastaamattomuus heijastuu psyykkisinä oireina ja vaikuttaa enemmän kuin itse muistisairauden vaikeusaste. Lisäksi

tutkimuksista on käynyt ilmi, että käytösoireet ovat usein yhteydessä heikkoon elämänlaatuun. (Juva – Eloniemi-Sulkava 2015: 523.)

Kirjallisuuskatsauksemme valikoituneissa tutkimuksissa monissa haettiin myös ratkaisua siihen, kuinka käytösoireita voitaisiin vähentää ja kuinka muistisairaiden ihmisten tarpeisiin kyettäisiin vastaamaan paremmin ja sitä kautta parantamaan elämänlaatua. Muistisairaana ihmisen elämänlaadun parantaminen onkin yksi psykososiaalisten menetelmien tarkoituksista (Vasse ym. 2012: 40).

Nykypäivänä teknologia kehittyy nopeasti ja sitä hyödynnetään yhä enemmän. Teknologian käyttöön liittyy varjopuolia ja sen hyöty ikäihmisille ei näytä olevan aivan yhtä suuri kuin muulle väestölle, mutta teknologia tuo mukanaan myös paljon hyvää. Ikäihmisille teknologian kehitys voi tuoda uusia mahdollisuuksia muun muassa sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja omassa kodissa selviytymiseen heikentyneestä toimintakyvystä huolimatta. (Topo 2013: 526.)

Kirjallisuuskatsauksemme valikoituneessa simuloitua perheen läsnäoloa ja mielimusiikkia tutkivassa tutkimuksessa teknologian hyöty näkyi hyvin. Tutkimuksessa hyvin yksinkertaisella teknologialla onnistuttiin rikastuttamaan vaikeasti muistisairaiden asukkaiden elämää ja lievittämään heidän kokemaansa ahdistusta (Garland ym. 2007). Myös Kerssens ym. (2015) tekemä tutkimus hyödynsi teknologiaa. Tutkimuksessa yksilöllistetty kosketusnäyttöinen tietokone lisäsi hoidettavien elämänlaatua ja helpotti jokapäiväisten rutiinien toteutumista, ja tätä kautta omaishoitajan työtä. Teknologialla on siis potentiaalia vaikuttaa vaikeasti muistisairaisiin ihmisiin sekä omaishoitajuuden haasteisiin. (Kerssens ym. 2015.)

8 Pohdinta

Psykososiaalisten menetelmien parempi tunnettavuus olisi tärkeää aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Viramo ja Sulkava (2015) kirjoittavat, että joka seitsemäs sekunti jossain päin maailmaa joku sairastuu muistisairauteen. Vuosittain muistisairauteen sairastuneiden määrä koko maailmassa on noin 4,6 miljoonaa ihmistä. Määrä on enemmän, kuin esimerkiksi aivoinfarktiin tai diabetekseen sairastuvien määrä. Yli 65-vuotiaista suomalaisista noin 8,1 prosentilla on keskivaikea tai vaikea muistisairaus ja vuosittain sairastuneiden määrä on noin 14 500 yli 64-vuotiasta. Valtaosa muistipotilaista on kuitenkin yli 80-vuotiaita. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kolmella neljästä on jokin muistisairaus. (Viramo – Sulkava 2015: 35.)

Vanhusten määrän lisääntyessä lähivuosina radikaalisti myös muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2014). Lisäksi nykypäivänä tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikäihminen kykenisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Psykososiaalisilla menetelmillä voidaan tukea ikäihmisen parempaa ja pidempää kotona pärjäämistä ja näin tukea ja toteuttaa vanhuspoliittista strategiaa siitä, että yhä useampi ikäihminen asuisi mahdollisimman pitkään omassa kodissaan.

Toivoisimme opinnäytetyömme avartavan lukijoiden näkemystä siitä, mitä kaikkea psykososiaaliset menetelmät voivat olla. Termi on jo itsessään niin monimuotoinen, että sen ymmärtäminen on hankalaa. Se taas voi luoda mielikuvan siitä, että psykososiaaliset menetelmät ovat jotain erikoista ja vaikeaa, ja että niiden toteuttaminen vaatii paljon suunnittelua ja aikaa, vaikka tosiasiasa iso osa menetelmistä on aivan yksinkertaisia, helposti toteutettavia eivätkä vaadi välttämättä paljon aikaa tai suunnittelua. Esimerkiksi simuloitua läsnäoloa tutkivassa tutkimuksessa tarvittiin ainoastaan ääninauhointi, jossa omaisen oli äänittänyt kertomuksen, sekä nappikuulokkeet, joilla hoidettava kuunteli kertomusta. Erikoiselta kuulostava menetelmä olikin aivan yksinkertainen toteuttaa, mutta silti tehokas. Psykososiaaliset menetelmät eivät usein vaadikaan huipputeknologiaa tai spesifiä asiantuntijuutta (Bird 2013: 153).

Kirjallisuuskatsausta tehdessä huomasimme, että joistakin menetelmistä löytyi enemmän tietoa kuin toisista. Esimerkiksi muistelusta löytyy paljon tietoa sekä suomeksi että englanniksi. Tiettyjen menetelmien korostuminen voi luoda ihmisille tietynlaisia mielikuvia psykososiaalisista menetelmistä. Esimerkiksi muistelu on menetelmänä sellainen,

joka osataan ehkä muita menetelmiä helpommin yhdistää psykososiaaliseksi menetelmäksi.

Erilaisten psykososiaalisten menetelmien tunteminen ja vaikutukset on tärkeää ymmärtää muistityössä. Työelämässä on tärkeää ymmärtää myös lääkkeettömien menetelmien hyödyllisyys ja kehittää uusia toimintatapoja, jotta hyöty voi välittyä vanhustyön asiakkaille. Kansainvälisiin tutkimuksiin tutustuminen voi laajentaa käsitystä menetelmien laajuudesta ja tuoda uutta näkökulmaa.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys ja uskottavuus kulkevat käsi kädessä. Uskottavuus perustuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössään, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien täytyy olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden tekemän työn, eli antavat muiden tutkijoiden saavutuksille niille kuuluvan arvon ja kunnioittavat niitä omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia esitellessään. Lisäksi tutkimuksen täytyy olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu huolellisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkimusryhmän aseman, oikeuksien ja velvollisuuksien sekä tutkimustuloksien omistajuuden täytyy olla määritelty ja kirjattu kaikkien tutkimuksen osapuolten hyväksymällä tavalla. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 133.)

Harmaan kirjallisuuden käyttö on nykypäivänä suositeltavaa muun muassa sen vuoksi, että positiivisilla tuloksilla voi olla todennäköisempi mahdollisuus tulla julkaistuksi kuin negatiivisilla, joka taas luo julkaisuharhaa. Harmaan kirjallisuuden käytöllä voidaan ehkäistä julkaisuharhan syntymistä, mutta toisaalta se on ristiriidassa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden kanssa, joiden mukaan kirjallisuuskatsauksen vaiheiden tulee olla täysin toistettavissa. (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 53.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, joka koostuu jo tehdyistä korkealaatuisista tutkimuksista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen erityisen tarkan tutkimusprosessin vuoksi, jossa huolellisuus ja tarkkuus ovat avainasemassa heti alkumetreiltä saakka. Katsauksen avulla voidaan saada tarkka vastaus tutkimusongelmaan, sillä katsaukseen valitaan vain tutkimusongelman kannalta relevantteja tutkimuksia. (Johansson 2007: 3.)

Kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta pyritään lisäämään laadun arvioinnilla (Kontio – Johansson: 101). Tutkimuksemme arvoa lisää CASP-laadun arvioinnit, jotka teimme jokaiselle tutkimukselle. CASP-laadun arviointien mukaan katsaukseen sisällyttämämme tutkimukset ovat olleet laadultaan keskimäärin hyviä. Laadun arvioinnin tarkastelu oli mielestämme tärkeää ja lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että tutkijat ovat olleet aiheesta aidosti kiinnostuneita ja saattaneet työnsä loppuun motivoituneina. Mikäli tutkijoilla on aiheesta joitain ennako-oletuksia, ne on tärkeää tiedostaa ennen tutkimuksen aloittamista, jotta saatu tieto olisi mahdollisimman objektiivista. Myös toive tietynlaisista tuloksista voi vääristää tutkimustuloksia. (Niela-Vilén – Hamari 2016: 25.)

Kriittinen arviointi katsauksen eri vaiheista on tärkeää kirjallisuuskatsauksen tiedon luotettavuuden arvioimiseksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden varmistamiseksi suositellaan ottamaan huomioon myös muun kieliset tutkimukset englanninkielisten lisäksi, jotta vältettäisiin kieliharhan syntymistä. (Pudas-Tähkä – Axelin 2007:53.) Kirjallisuuskatsauksemme luotettavuuteen on voinut vaikuttaa aikataulun rajallisuus suhteutettuna tutkimusten lukumäärään. Lähes kaikki katsauksemme sisältyneet tutkimukset olivat englanninkielisiä, mikä lisäsi haastetta aineiston läpikäymiseen. Lisäksi joidenkin tieteellisten termien suomentaminen oli vaikeaa, ja se on voinut vaikuttaa myös luotettavuuteen. Aikataulun rajallisuuden vuoksi meillä ei ollut mahdollisuutta ottaa kirjallisuuskatsauksemme mukaan muita kuin suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia, sillä muun kielisten tutkimuksien kääntäminen olisi ollut liian aikaa vievää.

Joidenkin tutkimusten tutkimusasetelma oli sellainen, että jouduimme pohtimaan tarkkaan täyttävätkö kyseiset tutkimukset kirjallisuuskatsauksemme sisäänottokriteereitä. Esimerkiksi RE-AIM tutkimus tutki menetelmien käyttöönottoa hoivayksikössä. Koimme kuitenkin saavamme näistäkin tutkimuksista oman työemme kannalta tärkeää tietoa, vaikka oleellisen tiedon löytäminen olikin hieman haastavampaa. TTAP:sta kertova teksti taas oli artikkelimainen, ja kertoi menetelmästä sellaisenaan eikä niinkään mistään tietystä tutkimuksesta. Päätimme sisällyttää artikkelin, koska koimme menetelmän toteuttamiskelpoiseksi, ja artikkelissa mainittiin tutkimustuloksista, jotka puoltavat menetelmän hyödyllisyyttä.

Opinnäytetyötä aloittaessamme emme vielä tienneet mitä kaikkea psykososiaaliset menetelmät voivat pitää sisällään ja psykososiaalisuus käsitteenä tuntui laajalta. Lisäksi meillä ei myöskään ollut kokemusta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teosta. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme syventäneet gerontologista tietämystämme, oppineet uuden tutkimusmenetelmän käyttöä, tieteellisten tekstien lukemista ja niiden arviointia.

8.2 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimustuloksemme ovat hyvin hyödynnettävissä vanhustyön kentällä. Erilaisia psykososiaalisia menetelmiä pystyy hyödyntämään niin kotona kuin palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai muunlaisessa laitoshoidossa. Menetelmistä osa on sellaisia, joiden käyttäminen ei vaadi erikoisia välineitä, tarkkaa etukäteissuunnittelua tai koulutuksen käymistä. Näin ne ovat helposti kaikkien hyödynnettävissä. Tutkimuksista löydettyistä menetelmistä voi lukea lisää esimerkiksi tietyistä kirjoista, kuten Hilary Leen ja Trevor Adamsin kirjasta *“Creative Approaches in Dementia Care”*, jossa käsitellään ainakin huumoriterapiaa ja TimeSlips -menetelmää syvemmin. TTAP-menetelmästä taas on olemassa suomenkielinen kirja.

Kehittämistyössä olisi hyvä hyödyntää hoitajien ja omaishoitajien kokemusta käytännön työstä, sillä heillä on näkemys nimenomaan arjen asioista. Hoivayksiköissä voi olla monia hyviä käytäntöjä tai hoitajien keksimiä omia arkea helpottavia menetelmiä. Näitä menetelmiä olisi tärkeää hyödyntää ja koota tietoa yhteen, etteivät arjen apukeinot jäisi vain yhden yksikön tai yhden kodin tietoisuuteen. Omaisten osallistaminen psykososiaalisten menetelmien toteuttamiseen on myös asia, johon etenkin hoivakodeissa on hyvä panostaa. Omaisilla on usein olemassa tietoa, joka saattaa helpottaa psykososiaalisten menetelmien, kuten musiikin käytön toteuttamista. Omaisten tiedolla ja etenkin elämäntarina-tiedoilla psykososiaalisia menetelmiä voitaisiin kohdentaa paremmin.

Psykososiaalisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa muistisairaahan ihmisen merkityksellisyden ja pystyvyyden tunteen lisääntymiseen. Menetelmien ansiosta muistisairaahan omat kyvyt ja taidot pääsevät esiin. Psykososiaaliset menetelmät ovat luonteeltaan sellaisia, ettei niissä voi joko onnistua tai epäonnistua. Menetelmien on tarkoitus ainoastaan tukea ja nostaa ihmisen omia voimavaroja esiin. Pystyvyyden tunteen lisääntyessä myös muistisairaahan itsetunto voi kohota.

Menetelmät lisäävät ja tukevat muistisairaana itsenäisyyttä. Menetelmien tavoitteena on löytää ja kannustaa ihmistä käyttämään omia kykyjään. Ne voivat parantaa itsenäisyyttä myös muistia stimuloimalla, jolloin arjen askareet ehkä sujuvat paremmin. Itsenäisyyden tukemiseen on kehitetty myös omia erityisiä menetelmiään, joista osa on teknologisia. Teknologian avulla voidaan rauhoittaa muistisairasta tai muistuttaa häntä tärkeistä asioista.

Etenkin ryhmämenetelmillä voidaan lisätä myös muistisairaana ihmisen ryhmään kuulumisen tunnetta ja osallisuutta. Ihmisille on tärkeää kuulua joukkoon ja olla osa jotakin ryhmää. Ryhmän jäsenet tuntevat usein tasavertaisuuden tunnetta. Ryhmämenetelmissä myös muistisairas voi tuntea olevansa tasavertainen muiden ryhmän jäsenten kanssa. Muistisairas voi kokea olevansa merkityksellinen ja tuovansa ryhmään oman panoksensa. Hän pääsee osallistumaan muiden jäsenten kanssa ryhmän toimintaan ja toimimaan omana itsenään, joka voi olla voimaannuttava kokemus.

Omaishoitotilanne voi muuttua sellaiseksi, että omaishoitaja ja hoidettava viettävät lähes kaiken ajan yhdessä ja kahdestaan. Joidenkin omaishoitajien on kuultu kuvaavan tilannetta jopa symbioosin kaltaiseksi, jossa kahdesta ihmisestä tulee yksi. Ei ole enää aina kahta erillistä oman persoonan omaavaa ihmistä, vaan omaishoitotilanteen synnyttämä ”me” henkilö.

Psykososiaalisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa siihen, ettei nähdä pelkkää sairautta vaan muistisairaana oma persoona pääsee esiin. Menetelmien avulla muistisairas voi kyetä yllättäviinkin suorituksiin, joihin esimerkiksi omaishoitaja ei ole uskonut muistisairaana enää kykenevän. Tämä taas voi herättää omaishoitajassa muistoja, jotka palauttavat muistisairaana persoonallisuuden kykyineen ja taitoineen mieleen. Menetelmät voivat siis aiheuttaa voimaantumista myös omaishoitajassa ja syrjäyttää ehkä hetkeksi omaishoitotilanteen tiedostavuutta sivummalle.

Lisäksi etenkin ryhmämenetelmillä omaishoitajat voivat saada uusia sosiaalisia suhteita ja vertaistukea. Vertaistuki on useille omaishoitajille korvaamaton apu. Kukaan, joka ei ole itse kokenut omaishoitotilannetta, ei voi täysin samaistua sen herättämiin tunteisiin ja aiheuttamiin kokemuksiin. Vertaistukiryhmissä kaikki osallistujat ovat tasavertaisessa asemassa ja heillä on samankaltaisia kokemuksia. Omaishoitajien ei myöskään tarvitse

välttämättä sanoittaa kaikkea, vaan muut voivat ymmärtää jo paljon ilman tarkkaa kertomustakin. Samassa tilanteessa oleville ihmisille omien kokemusten jakaminen voi näin ollen olla huomattavasti helpompaa ja mielekkäämpää.

Ryhmään osallistuminen voi myös parhaassa tapauksessa kasvattaa tukiverkostoa ja lisätä uusia kontakteja. Omaishoidon tukeminen olisi tärkeää, sillä se hyödyttää myös yhteiskuntaa. Ilman omaishoitajuutta kaikki apua tarvitsevat olisivat kuntien ja kaupunkien hoidettavana. Omaishoidon avulla resursseja vapautuu ja rahaa säästyy. Omaishoito voi olla monelle myös huomattavasti inhimillisempi ja miellyttävämpi hoitovaihtoehto kuin koko loppuelämän viettäminen hoitolaitoksessa.

Psykososiaalisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa myös tiedon lisääntymiseen. Esimerkiksi hoitohenkilöstön kohdalla tämä voi tarkoittaa sitä, että hoitajat oppivat tuntemaan asukkaita paremmin. Tämänhetkistä ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa ajatellen olisi äärimmäisen tärkeää, että hoitajat tunsivat asukkaat ja potilaat hyvin, sillä sillä voi olla merkittävä vaikutus hoidon helpottumiseen. Esimerkiksi kuntouttavan työotteen noudattaminen olisi hoitajille helpompaa, mikäli he tunsivat myös asiakkaiden historiaa paremmin ja osaisivat etsiä sieltä muistisairaille mieluisia asioita, joita voisivat hyödyntää hoitotilanteissa. Asiakkaiden tunteminen vaikuttaisi myös siihen, että muistisairaat saisivat yksilöllisempää hoitoa.

Muistisairaiden yksilöllisempi kohtaaminen voisi vaikuttaa myös hoidon vastustamisen vähenemiseen. Kaikki hoitoa helpottavat tekijät taas vaikuttavat suoraan siihen, kuinka paljon ja mihin hoitajilla on resursseja käytettävänä. Vanhustenhoidossa on tapahtunut ja tulee varmasti tulevaisuudessakin tapahtumaan merkittäviä säästöjä, joten kaikki keinot ja menetelmät, jotka hyödyttävät jokaista osa-puolta, olisi ehdottomasti otettava käyttöön.

Hoitohenkilökunnan epäileväisyyteen psykososiaalisia menetelmiä kohtaan tulee puuttua, jotta psykososiaalisia menetelmiä voidaan ottaa käyttöön hoitoyhteisöissä. Menetelmien käyttöönotossa on myös kyse resursseista ja ajasta. Johtajille ja henkilökunnalle on tärkeää perustella, miksi psykososiaaliin menetelmiin kannattaa panostaa, esimerkiksi opettamalla, miten menetelmät ovat olleet hyödyllisiä asukkaiden käyttäytymisen ja mielialan paranemisessa ja tehokkaiden hoitokäytäntöjen luomisessa. (Lawrence ym. 2012: 348.)

Koska psykososiaalisia menetelmiä on olemassa monipuolisesti, niitä voidaan varmasti hyödyntää tehokkaasti eri muistisairauksien vaihetta sairastavien parissa. Menetelmien monipuolisuus voi siis mahdollistaa vielä paremman ja yksilöllisemmän hoidon saamisen ja näin muistisairaana oman äänen kuulemisen.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Alun perin suunnittelimme tekevämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lisäksi myös oppaan eri menetelmistä. Opas olisi tarkoitettu hoitajille ja siitä olisi tehty helppolukuinen, selkeä ja ytimekäs paketti, josta hoitaja olisi voinut nopeasti lukea eri menetelmistä ja ottaa niitä sitten käyttöön omassa työssään. Oppaan tekeminen ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä opinnäytetyöstämme olisi tullut aivan liian laaja eikä aika olisi riittänyt kaiken tekemiseen. Tekemämme kirjallisuuskatsauksen pohjalta työelämän yhteistyökumppanimme Suomen Muistiasiantuntijat ry pystyy nyt kuitenkin itse tekemään oppaan näin halutessaan tai siinä voisi olla hyvä opinnäytetyön aihe muille opiskelijoille.

Jatkossa olisi tärkeää myös se, että eri alojen edustajat tekisivät ennakkoluulottomasti yhteistyötä kehittääkseen vanhustyötä. Katsaukseen sisältyneistä tutkimuksista osa käsittelee sellaisia menetelmiä, joiden kehittämisessä on varmasti hyödynnetty eri alojen osaamista. Tällaisia olivat muun muassa teknologiaa hyödyntävät menetelmät. Eri alojen yhteistyöllä voidaan tulevaisuudessa kehittää uusia, innovatiivisia ja luovia ratkaisuja vanhustyötä tukemaan.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöä Suomessa olisi tärkeää tutkia enemmän, sillä tällä hetkellä Suomessa kerättyä ja suomenkielistä tutkimustietoa on vielä kovin vähän. Hoitosuosituksissa olisi hyvä olla laajempaa ja tarkempaa tietoa psykososiaalisista menetelmistä ja niiden käyttömahdollisuuksista. Erityisen tärkeää olisi myös ottaa muistisairaajat ihmiset aktiivisemmin mukaan tutkimuksiin. Tutkimuksissa olisi hyvä kuulua ja näkyä enemmän muistisairaiden oma ääni ja heidän kokemuksensa psykososiaalisten menetelmien hyödyllisyydestä. Olisi tärkeää tutkia, miten menetelmiä voitaisiin kehittää, jotta ne vastaisivat vielä paremmin muistisairaana ihmisen tarpeisiin? Ovatko he tietoisia psykososiaalisista menetelmistä ja suositellaanko heille niitä sosiaali- ja terveyspalveluissa?

Tutkimusta voisi myös kohdentaa esimerkiksi erilaisiin hoitoa ja hoivaa tarjoaviin paikkoihin. Tunnetaanko siellä psykososiaalisia menetelmiä ja tiedostaako henkilökunta hyö-

dyntävänsä niitä? Myös omaishoitajia voisi haastatella ja näin tutkia menetelmien hyödyntämistä kotioloissa. Miten esimerkiksi teknologiaa voitaisiin hyödyntää omaishoidossa vielä enemmän?

Lisäksi menetelmien käytettävyyttä voisi tutkia enemmän. Kokeeko henkilökunta menetelmien hyödyntämisen vaikeaksi? Minkälaiset menetelmät hyödyttävät mitäkin muistisairauden vaihetta? Koetaanko jotkin menetelmät helpommaksi kuin toiset ja miksi? Mitä haasteita menetelmien käytössä koetaan olevan, mitkä asiat mahdollistavat niiden käytön ja mitkä estävät? Minkälaista tukea omaishoitajat tai hoitajat kaipaisivat menetelmien käytössä ja hyödyntämisessä? Kehittämiseen liittyvän kokemustiedon pohjalta menetelmien käyttöönottoa voitaisiin lähteä kehittämään ja etsimään erilaisia ratkaisuja vaikeiksi koettuihin asioihin, jotta menetelmiä voitaisiin alkaa hyödyntää yhä enemmän lääkehoidon rinnalla. Jos Suomessa tehtäisiin enemmän tutkimusta psykososiaalsiin menetelmiin liittyen, voitaisiin samalla myös lisätä ihmisten tietoisuutta menetelmistä ja niiden hyödyistä ja näin mahdollistaa parempi elämä muistisairaille ihmisille ja heidän omaisilleen ja läheisilleen.

Lähteet

Bates, Jane – Boote, Jonathan – Beverley, Catherine 2003. Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (6), 644 – 658.

Bird, Michael 2013. *Psychiatric and Behavioral Problems: Psychosocial Approaches*. Teoksessa Reinhild, Mulligan – Martial Van der Linden, Anne-Claude Juillerat (toim): *The Clinical Management of Early Alzheimer's Disease - A Handbook*. New York: Psychology Press. 143 – 167.

Bird, Michael – Llewellyn-Jones, Robert H. – Korten, Ailsa 2009. An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia. *Aging & Mental Health* Vol.13, No. 1, January 2009, 73 – 83.

Boersma, Petra – C.M. van Weert, Julia – Lakerveld, Jeroen – Dröes, Rose-Marie 2014. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics* (2015), 27:1, 19 – 35.

Brodaty, Henry – Low, Lee-Fay – Liu, Zhixin – Fletcher, Jennifer – Roast, Joel – Goode-nough, Belinda – Chenoweth, Lynn 2014. Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 22:12, December 2014. 1427 – 1437.

Burgener, Sandy C. – Yang, Yang – Gilbert, Ruth – Marsh-Yant, Sara 2008. The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia. *American Journal of Alzheimer's Diseases & Other Dementias* 2008; 23(4): 382 – 394.

Cohen-Mansfield, Jiska 2005. Nonpharmacological Interventions for Persons With Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2005; 6(2): 129 – 145.

Dunderfelt, Tony 2011. *Elämänkaaripsykologia*. 14 – 15. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Eloniemi-Sulkava, Ulla 2010. Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypähoito-suositus. Verkkoartikkeli. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>> Luettu 20.8.2016.

Eloniemi-Sulkava, Ulla – Juva, Kati – Mäkelä, Matti 2015: Kotona asuvan muistisaira-an hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Epp, Timothy D. 2003. Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*. 14 – 18. <http://www.livingdementia.com/downloads/newsletters/2010/sep_oct/person-centered_dementia_care.pdf> Luettu 8.3.2016

Erkinjuntti, Timo – Alhainen, Kari – Rinne, Juha – Huovinen, Maarit 2006. *Muistihäiriöt*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 22-23, 31.

Erkinjuntti, Timo – Hallikainen, Merja – Rinne, Juha – Rosenvall, Ari – Suhonen, Jaana 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, Timo - Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 20-21.

Garland, Kathryn – Beer, Edwina – Eppingstall, Barbara – O’Connor, Daniel W. 2007. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. Australia. American Journal of Geriatric Psychiatry 15:6, June 2007. 514 – 521.

George, Daniel R. – Houser, Winona S. 2014. “I’m a storyteller!”: Exploring the Benefits of TimeSlips Creative Expression Program at a Nursing Home. USA. American Journal of Alzheimer’s Disease & other Dementias 2014, Vol. 29 (8) 678 – 684.

Granfelt, Riitta - Jokiranta, Harri - Synnöve, Karvinen - Matthies, Aila-Leena - Pohjola, Anneli 1999. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Guss, Reinhard – Middleton, James – Beanland, Tim – Slade, Lewis – Moniz-Cook, Esme – Watts, Sue – Bone, Alex 2014. A Guide to Psychosocial Intervention in Early Stages of Dementia. 2014. The British Psychological Society 2014. United Kingdom. 2 – 3.

Hanser, Suzanne B. – Butterfield-Whitcomb, Joan – Kawata, Mayu – Collins, Brett E. 2011. Home-based Music Strategies with individuals who have Dementia and their Family Caregivers. USA. Journal of Music Therapy, 48(1), 2011, 2 – 27.

Hohenthal-Antin Leonie 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Juva: PS-kustannus.

Hyer, Lee – Scott, Ciera – Lyles, Jessica – Dhaliwala, Jason – McKenzie, Laura 2014. Memory intervention: the value of a clinical holistic program for older adults with memory impairments. USA. Aging & Mental Health, 2014. Vol.18, No. 2, 169 – 178.

Ihalainen, Jarmo – Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Jansson, Anu 2012. Psykososiaalinen ryhmätoiminta ikäihmisten yksinäisyyden lievittäjänä. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 3, 5-7.

Johnston, Bridget – Lawton, Sally – Munro, Gillian – Murray, Joyce – Gibb, John – Rodriguez, Cesar – Law, Emma 2014. Living Well with Dementia: Enhancing Dignity and Quality of Life, Using a Novel Intervention, Dignity Therapy.

Juva, Kati – Eloniemi-Sulkava, Ulla 2015. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kerssens, Chantal – Kumar, Renu – Adams, Anne E. – Knott, Camilla C. – Matalenas, Laura – Sanford, Jon A. – Rogers, Wendy A. 2015. Personalized Technology to Support Older Adults With and Without Cognitive Impairment Living at Home. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2015, Vol. 30 (1) 85 – 97.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2013. Lääkkeet. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 341 – 342.

Koponen, Hannu – Vataja, Risto 2015. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 474 – 475, 478, 481.

Kontio, Elina - Johansson, Kirsi 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 101.

Käypä hoito 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635#T1>>. Luettu 23.10.2016.

Laakkonen, M.-L. – Savikko, N. – Hölttä, E. – Tilvis, R. – Strandberg, T. – Kautiainen, H. – Pitkälä, K. 2013. Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility. European Geriatric Medicine 4 (2013) 389 – 393.

Lawrence, Vanessa – Fossey, Jane – Ballard, Clive – Moniz-Cook, Esme – Murray, Joanna 2012. Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work. The British Journal of Psychiatry. 201, 344 – 351.

Lehtiö, Leeni – Johansson, Elise 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 38.

Levine-Madori, Linda 2009. Uses of therapeutic thematic arts programming, TTAP Method©, for enhanced cognitive and psychosocial functioning in the geriatric population. USA. American Journal of Recreation Therapy, Volume 8, Number 1. 25 - 31.

Marshall, Melody J. – Hutchinson, Sally A. 2001. A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: a systematic literature review. Journal of Advanced Nursing, 35 (4), 488 – 496.

Mitsue, Meguro – Mari, Kasai – Kyoko, Akanuma – Hiroshi, Ishii – Satoshi, Yamaguchi – Kenichi, Meguro 2008. Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaka-Tajiri Project. *Age & Ageing* (2008) 37 (4): 469 - 473.

Moniz-Cook, Esme – Vernooij-Dassen, Myrra 2006. Timely psychosocial intervention in dementia: a primary care perspective. *Dementia* vol. 5 (3) 307 – 315.

Muistiliitto 2016. Lääkkeetön hoito. Verkkodokumentti. <<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito/>>. Luettu 23.10.2016.

Mönkäre, Riitta 2014. Psykososiaalisen tukiverkoston merkitys muistisairaalle. Teoksessa Hallikainen, Merja – Mönkäre, Riitta – Nukari, Toini – Forder, Marjo (toim.): Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 82.

Niela-Vilén, Hannakaisa – Hamari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 23 – 25, 28 – 30.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari - Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 46 – 57.

Ravelin, Teija 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Oulu: Oulun Yliopiston julkaisuja.

Rinne, Juha - Hallikainen, Merja - Suhonen, Jaana - Rosenvall, Ari - Erkinjuntti, Timo 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 455, 463, 466 – 467.

Robinson, L. – Hutchings, D. – Corner, L. – Beyer, F. – Dickinson, H. – Vanoli, A. – Finch, T. – Hughes, J. – Ballard, C. – May, C. – Bond, J: Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Health Technology Assessment* 2006; Vol. 10: No. 26

Sainio, Päivi – Koskinen, Seppo – Sihvonen, Ari-Pekka – Martelin, Tuija – Aromaa, Arpo 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 50.

Soininen, Hilikka – Kivipelto, Miia 2015. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Verkkodokumentti.<<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.3.2016.

Suhonen, Jaana – Juva, Kati – Nikumaa, Henna – Erkinjuntti, Timo 2015. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 548.

Suhonen, Riitta – Axelin, Anna – Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 7 – 14.

Suomen muistiasiantuntijat ry 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.muistiasiantuntijat.fi/index.php>>. Luettu 3.10.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Muistisairauksien yleisyys. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>>. Luettu 24.10.2016.

Topo, Päivi 2013. Ikääntyminen ja teknologia. Teoksessa Heikkinen, Eino - Jyrkämä, Jyrki - Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 526 - 533.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valkeapää, Kirsi 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 57, 62.

Vasse, E. – Vernooij-Dassen M. – Cantegreil, I. – Franco, M. – Dorenlot, P. – Woods, B. – Moniz-Cook E. 2012. Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2012: 27: 40 – 48.

Vataja, Risto – Koponen, Hannu 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 90 –91.

Verkaik, Renate – Van Weert, Julia C. M. – Francke, Anneke L. 2005. The effects of of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*: 20, 2005, 301 – 314.

Viramo, Petteri – Sulkava, Raimo 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 35.

Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten laadun arviointi

	Brody - Low - Liu - Fletcher - Roast - Goodenough - Chenoweth 2014. Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care. Australia.	Burgener - Yang - Gilbert - Marsh-Yant 2008. The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia. USA.	Laakkonen – Savikko – Hölttä – Tilvis – Strandberg – Kautiainen – Pitkälä 2013: Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. Suomi.	Mitsue - Mari - Kyoko - Hiroshi - Satoshi - Kenichi 2008. Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaki-Tajiri Project. Japani.	Garland – Beer – Eppingstall – O'Connor 2007: Agitated Behavior in Nursing Home Residents with Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. Australia.
Tutkimuksen pätevyys					
1. Oliko tutkimuksessa osoitettu selkeä tutkimusaihe?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
2. Oliko tutkittavien jako ryhmiin satunnaistettu?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
3. Olivatko tutkittavat, työntekijät ja tutkimuksen henkilöstö sokkoutettu?	kyllä	ei kerrota	kyllä	ei	kyllä
4. Olivatko ryhmät tutkimuksen alussa samankaltaisia?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
5. Lukuun ottamatta kokeellista interventiota, kohdeltiinko ryhmiä tasavertaisesti?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
6. Olivatko kaikki kokeisiin osallistuneet otettu huomioon johtopäätöksissä?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä

<p>7. Kuinka tehokasta hoito oli?</p>	<p>Tutkimuksessa kävi ilmi, että huumoriterapia vaikutti merkittävästi ainoastaan rauhattomuuden vähenemiseen. Huumoriterapiasta oli myös hyötyä masennukseen, käytösoireisiin ja itsearvioituun elämänlaatuun.</p>	<p>Hoitoryhmän MMSE -pisteissä tapahtui lievää paranemista (+0,4), kun taas kontrolliryhmän MMSE pisteet huononivat ensimmäisen 20 viikon aikana (-0,5). 20 viikon kohdalla ryhmien MMSE -pisteet poikkesivat toisistaan merkittävästi, kun taas alkumittauksissa pisteissä ei ollut eroa. Fyysisessä toimintakyvyssä hoitoryhmällä tapahtui paranemista tasapainossa ensimmäisen 20 viikon aikana. Ryhmien välillä ei kuitenkaan tapahtunut merkittäviä eroja tasapainon kehittymisen suhteen. Silmät auki yhdellä jalalla seisomisessa hoitoryhmän tulos parani 4,5 sekunnilla, kun taas kontrolliryhmän tulos huononi 2,3 sekunnilla. Ryhmien välillä löytyi joitakin eroavaisuuksia myös käyttäytymisen suhteen. Alussa ryhmien</p>	<p>Omaishoitajista 97 % ja muistisairaista 88 % koki ryhmäkuntoutuksen hyödylliseksi. Etenkin vertaistuki koettiin hyväksi. Muistisairaista 85 % ja omaishoitajista kaikki kokivat saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa.</p>	<p>MMSE-pisteissä ei tapahtunut merkittävää paranemista missään ryhmässä. Ryhmien kesken tapahtui ajallisesti merkittävä ryhmä efekti elämänlaadun paranemisessa. Lopputuloksena on se, ettei donepezilin tehokkuutta voi kiistää ja ettei pelkillä psykososiaalisilla menetelmillä voida päästä samoihin tuloksiin, mutta niiden yhteiskäytöllä voidaan saada positiivisia tuloksia.</p>	<p>Fyysisen levottomuuden oireet vähenivät simuloitulla läsnäololla 30 %, musiikilla 25 % ja lume-tilalla 15 %. Sanallisen levottomuuden käytös väheni simuloitulla läsnäololla 33 %, musiikilla 18 % ja lume-tilalla 29 %.</p>
---------------------------------------	---	---	---	---	---

		välillä ei ollut eroja itsetunnossa. 20 viikon aikana hoitoryhmän itsetunto parani lievästi, kun taas kontrolliryhmän itsetunto huononi. Masennuksen suhteen tapahtui myös muutosta, josta ei tilastollisesti merkittävää. Hoitoryhmän GDS pisteet nousivat 0,4 pisteellä, kun kontrolliryhmän pisteet nousivat 0,9 pisteellä.			
8. Kuinka tarkka hoidon tehokkuuden arvio oli?	Tutkimuksessa käytettiin Mplus V6.12 ohjelmaa osoittamaan, millä tavalla huumoriterapia vaikutti asukkaisiin. Lisäksi käytettiin myös χ^2 testiä, keskineliön neliöjuuren likiarvoa (<i>root mean square approximation</i> (RMSEA)) sekä vertailuun sopivaa indexiä (<i>comparative fit index</i> (CFI)). Merkittävyyden rajaksi merkittiin kaikkiin analyyseihin $p=0.05$.	Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen SPSS-ohjelmaa ja t-testejä, joiden avulla vertailtiin ryhmien välisiä eroja ja intervention tehokkuutta.	Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen NCSS ja SPSS-ohjelmia. Kontrolli- ja interventioryhmiä vertailtiin keskenään käyttäen χ^2 testiä. Jatkuvia muuttujia testattiin Mann-Whitney U-testillä. $P < 0.05$ valittiin tarkoittamaan tilastollisesti merkittävää.	Yksi-suuntaista kovarianssi analyysiä ANCOVAA käytettiin tulosten analysointiin. MMSE -pisteissä ei tapahtunut merkittävää ryhmäefektiä välillä, $p=0.831$, mutta merkittävä ryhmävaihtelu oli havaittavissa, $p=0.012$. Alku- ja loppu MMSE-pisteiden eroa ryhmissä mitattiin käyttäen ANCORAA: Psykososiaalinen interventio ryhmällä oli suurempi ero pisteissä verrattuna kahteen muuhun ryhmään, $p=0.012$.	Käytössä oli SPSS 11.5, jolla analysoitiin kaksisuuntaisen toistomittauksen monimuuttujien varianssia kahden muuttujan välillä (fyysinen ja sanallinen levottomuus). Analyysi tehtiin ennen, hoidon aikana ja hoidon jälkeen ja jokaisen hoidon aikana. Sitten muuttujia analysoitiin, ja määriteltiin jokaisen hoidon täs-

4 (4)

				Elämänlaadussa tapahtui merkittävää ryhmäefektiä, $p=0.044$.	mälliset vaikutukset kumpaankin levottomuuden tyyppiin.
Tulosten hyödynnettävyys					
9. Ovatko tulokset hyödynnettävissä omassa kontekstissa (tässä tapauksessa vanhustyössä)?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
10. Olivatko kaikki kliinisesti tärkeät tulokset otettu huomioon?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
11. Olivatko hyödyt mahdollisten haittojen ja kulu- jen arvoisia?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä

Laadullisten tutkimusten laadun arviointi

	Hyer - Scott - Lyles - Dhabliwala - McKenzie 2014. Memory intervention: the value of a clinical holistic program for older adults with memory impairments. USA.	Ravelin 2008: Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Suomi.	Johnston - Lawton - Munro - Murray - Gibb - Rodriguez - Law 2014: Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. Iso-Britannia.	George - Houser 2014: "I'm a Storyteller!": Exploring the benefits of TimeSlips Creative Expression Program at a Nursing Home. USA.
1. Oliko tutkimuksen tavoite esitetty selkeästi?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
2. Oliko laadullinen menetelmä sopiva kyseeseen tutkimukseen?	ei	kyllä	kyllä	kyllä
3. Vastasiko tutkimuksen suunnitelma tutkimuksessa asetettuihin tavoitteisiin?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
4. Olivatko tutkimukseen osallistuvien rekrytointi sopiva ottaen huomioon tutkimuksen tavoitteet?	en osaa sanoa	kyllä	kyllä	kyllä
5. Oliko tieto kerätty tavalla, joka vastasi tutkimusongelmaan?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
6. Oliko tutkijan ja osallistujien välistä suhdetta tarkasteltu riittävästi?	kyllä	kyllä	en osaa sanoa	kyllä
7. Oliko eettiset kysymykset otettu huomioon?	ei	kyllä	kyllä	kyllä
8. Oliko tiedon analysointi riittävän tarkkaa?	ei	kyllä	ei	kyllä
9. Oliko tutkimuksen tulokset esitetty selkeästi?	ei	ei	kyllä	kyllä
10. Kuinka hyödyllinen tutkimus on?	Tutkimus tuki aiemmin tehdystä tutkimuksista saatuja tietoja muistiohjelmien hyödyllisyydestä, mutta ei tuottanut varsinaisesti uutta tietoa.	Tutkimus havainnollisti menetelmän vaikuttavuutta auttamismenetelmänä.	Tutkimus osoitti, että omanarvontunto-terapia (<i>Dignity Therapy</i>) on toteutettavissa, hyväksytty ja potentiaalisesti vaikuttava iäkkäille muistisai-	Tutkimuksessa tehdyt haastattelut tukivat menetelmän hyödyllisyyttä asukkaille, hoitajille ja koko yhteisölle.

2 (2)

			raille. Tutkimus antoi hyvän pohjan jatkotutkimuksille.	
--	--	--	---	--

Tapaustutkimusten laadun arviointi

	Bird - Llewellyn-Jones - Korten 2009. An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia. Australia.	Hanser – Butterfield-Whitcomb – Kawata – Collins 2011. Home-Based Music Strategies with individuals who have dementia and their family caregivers. USA.	Kerssens – Kumar – Adams – Knott – Matalenas – Sanford - Rogers 2015. Personalised technology to support older adults with and without cognitive impairment living at home. USA.
Tutkimuksen pätevyys			
1. Oliko tutkimuksessa selkeästi osoitettu tutkimusaihe?	kyllä	kyllä	kyllä
2. Käyttivätkö tutkijat asianmukaista metodia vastataksaan tutkimuskysymyksiinsä?	kyllä	kyllä	kyllä
3. Oliko tapaukset valittu asianmukaisella tavalla?	kyllä	kyllä	kyllä
4. Oliko vertailuryhmään valitut valittu hyväksyttävällä tavalla?	vertailuryhmää ei ollut	vertailuryhmää ei ollut	vertailuryhmää ei ollut
5. Oliko altistuminen mitattu täsmällisesti puolueellisuuden minimoimiseksi?	kyllä	Protokollassa suositeltiin musiikkitapahtumien järjestämisen lukumääriä, mutta järjestämisestä oli vastuussa omaishoitaja. Tapahtumien määrät vaihtelivat eri parien välillä.	Companionin käyttö oli yksilöllistetty jokaisen parin haasteiden ja toiveiden mukaan, mutta suurin vastuu käytöstä jäi parille.

6a. Mitä yllättäviä tekijöitä tutkijat saivat selville?	Osallistujien käyttäytymisessä tapahtui merkittävää paranemista, mutta seuranta 2 (2kk) ja seuranta 3 (5kk) välisenä aikana paranemista ei enää tapahtunut merkittävästi. Erikoista oli myös se, että niillä osallistujilla, jotka pystyivät tekemään MMSE-testin, pisteet huononivat tutkimuksen aikana lievästi.	Interventiolla oli suurempaa vaikutusta omaishoitajiin kuin hoidettaviin. Vaikka rentoutuminen, mukavuuden tunne ja onnellisuus lisääntyivät omaishoitajilla, tyytyväisyys omaishoitamiseen laski.	Omaishoitajat kokivat, että Companion helpotti heidän omaisensa hoitamista ja helpotti jokapäiväistä elämää, mutta tämä ei välttämättä näkynyt siinä, että omaishoitajilla olisi ollut enemmän aikaa itselleen. Companion ei myöskään tehnyt hoidettavista niin itsenäisiä kuin omaishoitajat halusivat.
6b. Olivatko tutkijat ottaneet huomioon mahdolliset yllättävät tekijät suunnitelmassa ja/tai analyysissä?	kyllä	ei	kyllä
7. Mitkä ovat tutkimuksen tulokset?	Häiritseväenä pidetty käyttäytyminen väheni tutkimuksen aikana 42 %. Hoitajien ahdistus väheni merkittävästi ja hoitajana toimivien läheisten mielen hyvinvointi parani. Interventioiden kokonaisvaltainen tehokkuus oli 65,9 %.	Kummankin, omaishoitajien ja hoidettavien rentoutuminen, mukavuuden tunne ja onnellisuus paranivat, kun keskiarvoja verrattiin lähtökohdan ja musiikki olosuhteiden välillä. Omaishoitajat näyttivät saavan eniten hyötyä. Vaikka poisjääminen oli korkeaa (6 perhettä lopetti), ja tyytyväisyys omaishoitamiseen ei parantunut ajan kanssa, omaishoitajat ilmaisivat nauttineensa muistelusta ja osallistumisesta musiikki-aktiiviteettiin rakkaidensa kanssa.	Intervention jälkeen, 44 % tavoitteista oli "kuten aiemmin" tai "paremmin kuin oli odotettu", kun taas 32 % tavoitteista olivat tasolla "vähemmän kuin oli odotettu" omaishoitajien silmissä. Kaikki kuusi paria raportoivat, että merkittävä sitoutuminen oli odotetulla tasolla tai paremmin kuin oli odotettu. Positiiviset kokemukset sisälsivät muistelu-toiminnon käyttämistä ja nauttimista yhdessä. Muita positiivisia kokemuksia oli intervention kyky auttaa omaishoitajia muistuttamalla lääkkeen otosta ja tuntemaan olonsa turvallisemmaksi ja rennommaksi kun he olivat ulkona tietäen, että Companion oli päällä kotona. Kaikista vakuuttavin oli kysymys "Kaipaisin Companionia, jos minulla ei enää olisi sitä", johon omaishoitajista 86

			% vastasi positiivisesti, mikä viittaa järjestelmän merkitykseen kotona.
Tutkimuksen tulokset			
8. Kuinka tarkkoja tulokset ovat? Kuinka tarkka on riskin arvio?	Ryhmän paraneminen oli tilastollisesti merkittävää, $p=0,009$. Paraneminen aikojen 2 ja 3 välillä ei ollut merkittävää, $p=0,362$. Asumispalveluissa ja yhteisöasumisessa asuvien välillä ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää eroa paranemisen suhteen, $p=0,945$. Myöskään asuinpaikka ei vaikuttanut tilastollisesti merkittävästi paranemiseen, $p=0,636$. GHQ28-kyselyyn vastanneiden läheistään hoitavien ahdistuksessa tapahtui merkittävää paraneamista, $p=0,017$.	Suurin osa näistä positiivisista muutoksista todettiin tilastollisesti merkittäviksi Wilcoxon Mathed-Pairs Signed Ranks testissä. Kokonaisuudessaan omaishoitajuuden tyytyväisyys laski ajan kanssa; kuitenkin, nämä muutokset eivät ole tilastollisesti merkittäviä, perustuen Wilcoxon Mathed-Pairs Signed Ranks testeihin.	Ennen interventiota parit täyttivät kyselylomakkeet ja mittaukset tehtiin seuraavilla mittareilla: MMSE, Barthel Index, Lawton Scale, Cornell Scale for Depression in Dementia, Neuropsychiatric Inventory, Caregiver Strain Index (CSI) ja Zarit Caregiver Burden Scale. Intervention jälkeen parit täyttivät vielä saman kyselylomakkeen kun alussa. Tilastollista merkittävyyttä ei ole mitattu.
9. Uskotko tutkimustuloksiin?	kyllä	kyllä	kyllä
Auttavatko tulokset paikallisesti?			
10. Voiko tuloksia soveltaa paikalliseen väestöön?	kyllä	en osaa sanoa	en osaa sanoa
11. Sopivatko tutkimustulokset yhteen muun saatavilla olevan näytön kanssa?	kyllä	kyllä	kyllä

Kirjallisuuskatsauksien laadun arviointi

	Verkaik - Van Weert - Francke 2005: The Effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. Hollanti.	Boersma - Van Weert - Lakerveld - Dröes 2014. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. Hollanti.	Robinson – Hutchings – Corner – Beyer – Dickinson – Vanoli – Finch – Hughes – Ballard – May – Bond 2006: Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. Iso-Britannia.
Katsauksen pätevyys			
1. Keskittyikö katsaus selkeästi tarkennettuun kysymykseen?	kyllä	kyllä	kyllä
2. Etsivätkö tekijät oikean tyyppisiä tutkimuksia?	kyllä	kyllä	kyllä
3. Olivatko kaikki tärkeät ja olennaiset tutkimukset sisällytetty katsaukseen?	kyllä	kyllä	kyllä
4. Arvioivatko katsauksen tekijät tarpeeksi mukaan otettujen tutkimusten laadukkuutta?	kyllä	kyllä	kyllä
5. Jos katsauksen tuloksia on yhdistelty, oliko se perusteltua?	kyllä	kyllä	kyllä
Tutkimuksen tulokset			

<p>6. Mikä on katsauksen kokonaisvaltainen tulos?</p>	<p>Tutkijat löysivät jonkin verran tieteellistä näyttöä siitä, että Snoezelen vähentää apatiaa myöhäisvaiheen muistisairaudessa. Käytösterapia-ryhmät vähensivät masennusta ihmisillä, joilla oli Alzheimerin tauti ja jotka asuivat omaishoitajansa kanssa kotona. On myös olemassa rajoitunutta näyttöä, että psykomotorinen terapia vähentää aggressiota tietyssä ryhmässä hoitokodin asukkaita, joille on diagnosoitu Alzheimerin tauti. Muista menetelmistä ei ollut näyttöä tai näyttö oli liian rajallista.</p>	<p>Katsaukseen sisällytettiin 54 tutkimusta, jotka raportoivat 47 erilaisesta tutkimuksesta sekä psykososiaalisista menetelmistä. Noin puolet psykososiaalisista interventioista käsitelivät ihmisen yksilöllistä kohtaamista yleisesti tai kertoivat koulutusohjelmista, joiden avulla lisätään hoitajien tietoisuutta käytöshäiriöisen muistisairaana ihmisen kohtaamisesta. Kun tutkittiin hoitajien tietoisuuden lisääntymistä muistisairauksista, usean intervention samanaikainen käyttö johti parempaan tietoisuuden lisääntymiseen kuin yhden intervention käyttö. Sen sijaan hoitajien asenteisiin ja taitoihin näytti vaikuttavan paremmin vain yhden intervention samanaikainen käyttö. Hoitajien asenteita ja taitoja tutkivissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa löydettiin useita positiivisia muutoksia, joita olivat muun muassa kärsivällisyyden lisääntyminen, asukkaan oppi tuntemaan paremmin ja hänen tarpeensa osasi huomioida paremmin, päivittäinen aikataulu muuttui joustavammaksi ja aikaa säästy, asukkaiden hoidon vastustaminen väheni, kommunikaatio hoitajien ja asukkaiden välillä parani sekä yleinen asenne parani.</p>	<p>Tuloksista ilmeni, että liikunnalla ja multisensorisella ympäristöllä voitiin vaikuttaa lievästi vaeltelun vähenemiseen, mutta mikään menetelmä ei ollut varsinaisesti suositeltava vähentämään muistisairaiden vaeltelua. Yksikään tutkimuksista ei määrittänyt interventioiden kustannustehokkuutta. Avainhenkilöt kokivat liikunnan ja "<i>distraction therapy</i>" sopivimpana interventioina eivätkä ne herättäneet eettistä huolta. Kaikki muut interventiot koettiin sopivina paitsi fyysisen rajoituksen keinot.</p>
---	--	---	---

7. Kuinka tarkkoja tulokset ovat?	Tulokset on esitelty tarkasti eri menetelmien kautta. Tutkimuksen tulokset syntetisoitiin "Best Evidence Synthesis"-menetelmällä.	20 kvantitatiivisesta tutkimuksesta kahdeksan käsitteli yksittäisen intervention käyttöönottoa, jolloin 38 % tutkimuksista hoitajien tietoisuus muistisairauksista parani tilastollisesti merkittävästi. Vastaava luku usean intervention samanaikaisella käyttöönotolla oli 67 %. Hoitajien asenteita ja taitoja tutkivista tutkimuksista 28 kvantitatiivisesta tutkimuksesta yhdeksän käsitteli yksittäisen intervention käyttöönottoa, jolloin 56 % tutkimuksista intervention käyttöönotto johti merkittävään asenteiden tai taitojen paranemiseen. Vastaava luku usean intervention samanaikaisella käytöllä oli 48 %.	Osalle tutkimuksista syntetisoitiin meta-analyysillä ja osa metsikkökuviolla (<i>forest plot</i>).
Tulosten hyödynnettävyys			
8. Voiko tutkimusten tuloksia soveltaa paikalliseen väestöön?	kyllä	kyllä	en osaa sanoa
9. Olivatko kaikki tärkeät tulokset otettu huomioon?	kyllä	kyllä	kyllä
10. Olivatko hyödyt mahdollisten haittojen ja kulujen arvoisia?	kyllä	kyllä	kyllä

Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Bird – Llewellyn-Jones – Korten 2009. An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia.	Tutkia asumispalveluissa ja kotona omaishoitajan kanssa asuvien muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä ja kuinka siihen voitaisiin vaikuttaa.	N=44, havainnointi	Kahden kuukauden jälkeen tutkimuksen alusta psyykenlääkkeiden käyttäjien määrä oli pudonnut 66 prosentista 51 prosenttiin. Osallistujien käyttäytyminen parani ensimmäisen kahden kuukauden aikana noin 42,9 prosenttia. Hoitohenkilökunnan mielestä käyttäytymisen aiheuttamat häiriöt olivat vähentyneet merkittävästi. Tutkimuksen lopussa sekä hoitajien että omaishoitajien stressi ja ahdistus olivat vähentyneet merkittävästi.
Boersma – Van Weert – Lakerveld – Dröes 2014. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework.	Suunnata katse psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon muistisairaiden asumisyksikössä RE-AIM mallia tarkastellen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, tutkimuksia 54 (N=54)	Hoitajien tietoisuus muistisairauksista lisääntyi. Hoitajien asenteet ja taidot paranivat. Hoitajat oppivat tuntemaan asukkaan paremmin ja huomioimaan asukkaan tarpeet paremmin, hoitajien kärsivällisyys kasvoi, aikataulu muuttui joustavammaksi ja aikaa säästyi, hoidettavien hoidon vastustaminen väheni, kommunikointitavat lisääntyivät ja yleinen asenne parani.
Burgener – Yang – Gilbert – Marsh-Yant 2008. The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia.	Testata moniosaisen intervention käyttökelpoisuutta ja tehokkuutta muistisairaille ikäihmisille.	N=43, joista 19 kontrolliryhmässä. Tutkittaville tehtiin MMSE-testi, GDS-masennustesti ja itsetunto testi sekä testattiin fyysistä toimintakykyä (yhdellä jalalla seisominen)	Hoitoryhmän MMSE-pisteissä tapahtui lievää paranemista (+0,4), kun taas kontrolliryhmän MMSE-pisteet huononivat ensimmäisen 20 viikon aikana (-0,5). Fyysisessä toimintakyvyssä hoitoryhmällä tapahtui paranemista tasapainossa ensimmäisen 20 viikon aikana. Ryhmien välillä ei kuitenkaan tapahtunut merkittäviä eroja tasapainon kehittymisen suhteen. Silmät auki yhdellä jalalla seisomisessa hoitoryhmän tulos parani 4,5 sekunnilla, kun taas kontrolliryhmän tulos huononi 2,3 sekunnilla. 20 viikon aikana hoitoryhmän itsetunto parani lievästi, kun taas kontrolliryhmän itsetunto huononi. Masennuksen suhteen ta-

			pahtui myös muutosta, joskaan ei tilastollisesti merkittävää. Hoitoryhmän GDS-pisteet nousivat 0,4 pisteellä, kun taas kontrolliryhmän pisteet nousivat 0,9 pisteellä.
Brodsky – Low – Liu – Fletcher – Roast – Goodenough – Chenoweth 2014. Successful Ingredients in the SMILE Study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care.	Tutkimus tarkasteli huumoriterapian vaikutuksia mielialaan, elämänlaatuun, sosiaaliseen sitoutumiseen sekä hoitokodin asukkaiden käyttäytymiseen.	N=186, mittarit (The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), The quality of life in dementia population scale (DEMQOL), Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES), Barthel, GDS – Global Deterioration Scale)	Odotettavissa oli, että huumoriterapialla voitaisiin vaikuttaa pääasiassa masennuksen vähenemiseen, mutta tutkimuksessa kävi ilmi, että se vaikutti merkittävästi ainoastaan rauhattomuuden vähenemiseen.
Garland – Beer – Eppingstall – O'Connor 2007. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music	Tutkimuksessa verrattiin simuloitua perheen läsnäoloa ja mielimusiikin vaikuttavuutta lumetilaan ja normaaliin hoitoon muistisairaiden ihmisten fyysisen ja sanallisen levottomuuden vähenemiseen	N=30, havainnointi, Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	Fyysisen levottomuuden käytösoireet vähenivät huomattavasti simuloitun läsnäolon aikana, musiikki suoriutui paremmin kuin normaali hoito, lumetila taas ei. Sanallisen levottomuuden käytösoireet vähenivät huomattavasti enemmän simuloitun perheen läsnäolon ja lumetilan aikana kuin normaalin hoidon. Yhdellätoista 30:stä fyysinen ja/tai sanallinen levottomuus väheni 50 prosentilla, kun simuloitua perheen läsnäolo-nauhoitetta soitettiin, viidellätoista osallistujalla 30:stä levottomuus väheni saman verran kuunneltaessa mielimusiikkia.
George – Houser 2011. "I'm a Storyteller!": Exploring the Benefits of TimeSlips Creative Expression Program at a Nursing Home.	Tutkia TimeSlips tarinankerronta-ryhmämenetelmän tehokkuutta mieliala- ja käyttösoireiden sekä psykotrooppisten lääkityksen käytön vähentämisessä.	N=20 (10 kontrolliryhmässä ja 10 vertailuryhmässä), puolistrukturoitu kvalitatiivinen haastattelu,	Ryhmien välinen vertailu ei paljastunut tilastollisesti merkittäviä eroja mielialassa ja käyttäytymisoireissa tai eroja psykotrooppisten lääkkeiden määräyksissä. Tutkimuksen laadullinen osa havainnollisti menetelmän hyödyllisyyttä asukkaille, henkilökunnalle ja hoitokodin yhteisölle.
Hanser – Butterfield-Whitcomb – Kawata 2011. Home-based Music Strategies with individuals who have Dementia and their Family Caregivers.	Tutkia musiikkiterapian vaikuttavuutta omaishoitajille ja muistisairaille omaishoitajille	N=28 (14 paria), VAS-mittari/Caregiver Satisfaction Scale ja haastattelu	Omaishoitajat ja hoidettavat kokivat lisääntyntä rentoutumista hoito-ajan aikana keskimäärin hyvin. Hoidettavat ja omaishoitajat näyttivät merkittävää nousua mukavuuden tunteessa. Onnellisuus kasvoi kohtalaisesti hoidettavilla ja hyvin omaishoitajilla.

			Kaiken kaikkiaan, omaishoitajat kokivat suurempaa hyötyä kuin hoidettavat. Suurin osa positiivisista muutoksista todettiin tilastollisesti merkittäviksi. Vaikka rentoutuminen, turvallisuuden tunne ja onnellisuus lisääntyivät, omaishoitajan tyytyväisyys laski.
Hohenthal-Antin 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena.	Helpottaa omaishoitajien raskasta arkea ja luoda muistisairaiden perheisiin iloista ja luovaa vuorovaikutusta muisteluprojektien muodossa.	Kirjassa esitellään kaksi muistelutyönprojektia, joista molempiin osallistui usea pariskunta. Projekteissa kysyttiin osallistujien kokemuksia pitkin projektia ja sen lopussa. Lisäksi toisessa projektissa omaishoitajat vastasivat kirjalliseen kyselyyn toiveista ja täyttivät päiväkirjaa tapaamisista ja jokaisella tapaamiskerralla yksi ohjaajista toimi havainnoijana. Tapaamiset arvioitiin tarkoin kriteerein yksityiskohtaisten kaavakkeiden pohjalta.	Projektit kohensivat muistisairaana vointia ja lievittivät omaishoitajan stressiä. Lisäksi ne antoivat työkaluja helpottamaan arkea kotona ja loivat uusia sosiaalisia suhteita.
Hyer – Scott – Lyles – Dhahliwala – McKenzie 2014. Memory intervention: the value of a clinical holistic program for older adults with memory impairments.	Parantaa osallistujien kognitiivista toimintakykyä ja kokonaisvaltaista sopeutumista.	N=112, ryhmämuotoiseen muistiohjelmaan osallistuminen, jonka jälkeen tehtiin parilliset t-testit ja regressioanalyysi	Tulokset puhuvat sen suuntaisesti, että muistiharjoitteet ovat hyödyllisiä ja voivat vaikuttaa parempaan elämänlaatuun. Myös omaisen tai hoitajan sitoutuminen voi olla merkittävää hoidon ja kognitiivisen harjoittelun kannalta.
Johnston – Lawton – Munro – Murray – Gibb – Rodriguez – Law 2014. Living Well with Dementia: Enhancing Dignity and Quality of Life, Using a Novel Intervention, Dignity Therapy.	Arvioida muunnellun omanarvontunto-terapian toteutettavuutta, sopivuutta ja potentiaalista vaikuttavuutta elämänlaadun parantamisessa ja henkisen ja psykologisen ahdistuksen vähenemisessä muistisairauden aikaisessa vaiheessa oleville ikäihmisille.	N=27, mittarit (The Herth Hope Index, The Patient Dignity Inventory, Perceived Quality of Life, Satisfaction with Quality of Life Ratings) ja haastattelu	Omanarvontunto-terapia antoi osanottajille mahdollisuuden reflektoida elämäänsä ja osallistuneet pitivät omanarvontunto-terapian tuloksena tuotettua dokumenttia hyödyllisenä tulevaisuudessa, jolloin se voisi auttaa perhettä ja hoitajia saamaan paremman yhteyden hoidettavaan henkilöön. Tutkimus osoitti, että omanarvontunto-terapia on toteutettavissa, hyväksyttävä ja potentiaalisesti vaikuttava iäkkäille muistisairaille.
Kerssens – Kumar – Adams – Knott – Matalenas – Sanford –	Tutkittiin Companionin (yksilöllistettävä kosketusnäyttöinen tietokone) käyttöön-	N=7 paria, elämäntarina- ja hoidon tarve-haastattelut, mittarit (MMSE, Lawton Scale, Cornell Scale for	Suurin osa hoidettavista kertoi nauttineensa Companionin esityksistä ja käyttäneen sitä ajanvietteenä. Se toi takaisin mieleen hyviä muistoja ja auttoi heitä

Rogers 2015. Personalized Technology to Support Older Adults With and Without Cognitive Impairment Living at Home.	otettavuutta ja soveltuvuutta kotiolosuhteissa omaishoitajille ja muistisairaille hoitettaville.	Depression in Dementia, Neuropsychiatric Inventory, Caregiver Strain Index, Zarit Caregiver Burden Scale), päiväkirjan kirjoittaminen ja puolistrukturoitu haastattelu	rentoutumaan ja nauttimaan elämästä tekemättä heille tunnetta, että heitä monitoroidaan tai katsotaan. Omaishoitajat kokivat, että Companion helpotti heidän jokapäiväistä elämäänsä, ja teki heidän puolisonsa auttamisen helpommaksi.
Laakkonen – Savikko – Hölttä – Tilvis – Stradberg – Kautiainen – Pitkälä 2013. Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers.	Tutki psykososiaalisen ryhmäinterventio tehokkuutta ja käyttönotettavuutta muistisairaiden ihmisten ja heidän puolisoitensa oman elämän hallinnan taitojen lisäämisessä.	N=136, mittarit (Clinical Dementia Rating Scale, MMSE, sanallinen sujuvuus (verbal fluency), kello-taulu-testi, ADL, IADL, MNA, Cornell Depression Test, Psychosocial Well-Being Scale, CES-D, SCQ), kyselylomake	97 % puolisoista ja 88 % muistisairaista potilaista kokivat kuntoutuksen hyödylliseksi. Kaikki puolisoista ja 88 % potilaista sanoivat saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa. Molemmissa ryhmissä oltiin iloisia siitä, että he tapasivat vertaisiaan ja saivat keskustella huolistaan.
Levine-Madori 2009. Uses of therapeutic thematic arts programming, TTAP Method®, for enhanced cognitive and psychosocial functioning in the geriatric population.	Artikkeli TTAP:sta	Ei aineiston keruuta	Aiemman tutkimuksen tulokset näyttivät, että kognitiivisen suorituksen pisteet korreloivat positiivisesti ja merkittävästi TTAP-menetelmään osallistumisen kanssa. Myös aiemmat pilottitutkimukset osoittavat vahvasti, että TTAP-menetelmä saattaa olla tehokas interventio hidastamaan lievän muistin alenemisen etenemistä Alzheimerin taudiksi.
Mitsue – Mari – Kyoko – Hiroshi – Satoshi – Kenichi 2008. Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaki-Tajiri Project.	Tutkia donepetsiili muistisairauslääkkeen ja psykososiaalisten interventioiden vaikutuksia Alzheimerin tautia sairastavien kognitiiviseen kyvykkyyteen ja elämänlaatuun.	N=36. Tutkittavien MMSE-pisteet ja elämänlaatua mitattiin tutkimuksen alussa ja lopussa.	Ryhmällä, joka sai pelkkää psykososiaalista tukea ilman donepetsiili lääkitystä, MMSE-pisteet laskivat eniten. Elämänlaatu parani enemmän sillä ryhmällä, joka sai sekä lääkitystä että psykososiaalista tukea, kuin sillä ryhmällä, joka sai pelkkää lääkitystä. Myös hyvät suhteet potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä voivat vaikuttaa positiivisesti tuloksiin. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan sanoa, että psykososiaaliset menetelmät eivät voi korvata muistisairauslääkitystä, mutta molempien samanaikaisella käytöllä voidaan saada aikaiseksi parhaimpia tuloksia.
Ravelin 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä.	Kuvata ja arvioida tanssiesityksen käyttöä auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä vanhusten, omaisten, hoitajien ja lähihoitajaopiskelijoiden näkökulmasta	N=27 (13 iäkästä, 4 omaista, 7 hoitajaa ja 3 opiskelijaa), haastattelu, havainnointi, videoaineisto/sykeaineisto	Tanssiesitys mahdollisti yhteisyyden kokemuksen muiden katsojien kanssa ja sen arvioitiin virkistävän vanhuksen aivotointoja, vaikuttavan tunnemaailmaan sekä tunteisiin ja tunnemuistiin. Esitykseen osallistuminen antoi kokemuksen liikkumisesta ja toi

			yhteenkuuluvuuden tunnetta. Esitys tuki minän eheytymistä muistelun avulla ja keskustelujen yhteydessä antoi mahdollisuuden identiteetin sanalliseen jäsentämiseen.
Robinson – Hutchings – Corner – Beyer – Dickinson – Vanoli – Finch – Hughes – Ballard – May – Bond 2006: Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review.	Tutkia lääkkeettömien hoitojen vaikutusta vaeltelun vähenemiseen muistisairaiden hoivakodeissa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 10 tutkimusta (N=10)	Tuloksista ilmeni, että liikunnalla ja multisensorisella ympäristöllä voitiin vaikuttaa lievästi vaeltelun vähenemiseen, mutta mikään menetelmä ei ollut varsinaisesti suositeltava vähentämään muistisairaiden vaeltelua
Verkaik – Van Weert – Francke 2005. The effects of of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review.	Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin, missä määrin on olemassa tieteellistä näyttöä 13:sta psykososiaalisen menetelmän tehokkuudesta muistisairaiden ihmisten masennuksen, aggressiivisuuden tai apatian vähentämisessä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 19 tutkimusta (N=19)	Tutkijat löysivät jonkin verran tieteellistä näyttöä siitä, että Snoezelen vähentää apatiaa myöhäisvaiheen muistisairaudessa. Käytösterapia-ryhmät vähensivät masennusta ihmisillä, joilla oli Alzheimerin tauti ja jotka asuivat omaishoitajansa kanssa kotona. On myös olemassa rajoittunutta näyttöä, että psykomotorinen terapia vähentää aggressiota tietyssä ryhmässä hoitokodin asukkaita, joille on diagnosoitu Alzheimerin tauti. Muista menetelmistä ei ollut näyttöä tai näyttö oli liian rajallista.