

**Muistisairaahan ihmisen mielen  
hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa**  
Kirjallisuuskatsaus

Heini Lukkari

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2020  
Terveys- ja hyvinvointialat  
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Lukkari, Heini	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Joulukuu 2020
	Sivumäärä 32 + 8	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa</b> kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Matilainen, Irmeli & Räsänen, Riitta		
Toimeksiantaja(t) -		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Muistisairaudet lisääntyvät maailmanlaajuisesti väestön ikääntyessä. Eurooppalaisen enusteen mukaan muistisairaiden määrä moninkertaistuu vuoteen 2050 mennessä. Suomessa on arvioitu, että muistisairauteen sairastuu vuosittain 14 500 ihmistä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, miten muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvointia voidaan tukea kotihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota kotihoidossa työskentelevä hoitotyöntekijä voi hyödyntää muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisessa ja oman osaamisen edistämässä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa käytettiin sähköisiä tietokantoja; Cinahl, Medline, Medic ja ProQuest. Opinnäytetyöhön valikoitui viisi tutkimusta, joista jokaisesta löytyi vastaus tutkimuskysymykseen. Aineisto käsiteltiin sisällysanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustuloksena aineistosta ilmeni kolme pääluokkaa ”Selviytyminen muistisairauden haitoista huolimatta”, ”Muistisairaahan ihmisen pyrkimys minuuden varmentamiseen ja elämän jatkuvuuteen” ja ”Vuorovaikutus ja kommunikaatio muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa”.</p> <p>Omaehtoinen fyysinen aktiviteetti, ulkoilu, yksilöllinen musiikki-interventio ja tietyn AAC-menetelmän käyttö keskustelun tukena edistivät muistisairaahan ihmisen selviytymistä muistisairaudesta aiheuttamista haitoista. Pyrkimystä minuuden varmentamiseen ja elämän jatkuvuuteen tukivat ulkoilu, omaehtoinen fyysinen aktiivisuus ja musiikki-interventio. Muistisairaahan ihmisen kohtaamista saattoi edistää hoitotyöntekijän vuorovaikutustaitojen lisääminen ja tietyn AAC-menetelmän käyttäminen keskustelun tukena.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Mielen hyvinvointi, muistisairaus, kotihoito, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot ( <a href="#">Salassa pidettävät liitteet</a> )		

Author(s) Lukkari, Heini	Type of publication Bachelor's thesis	Date December 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 32 + 8	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Supporting the mental wellbeing of people living with dementia in home care</b> Literature review		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen, Irmeli & Räsänen, Riitta		
Assigned by -		
Abstract  <p>The number of people living with memory disorders is increasing worldwide. According to a European forecast the amount of memory disorders is going to multiply until the year 2050. It has been estimated in Finland that the number of people diagnosed with dementia is increasing yearly by 14 500 cases.</p> <p>The purpose of the thesis was to conduct a literature review and as a result to describe the support of the mental wellbeing of people living at home with dementia. The aim was to produce information, so that caregivers in home care units could support mental wellbeing of person with dementia (PWD) and in addition to provide information to improve professional competence of the home care staff.</p> <p>The thesis was conducted as a narrative literature review. In search for the original research articles, reliable databases were used, including Cinahl, Medline, Medic and ProQuest. Five research articles were included in the review. Every selected article answered to the presented research question. Content analysis was used to interpret the data.</p> <p>Three sub-themes emerged from the analysis. "Coping despite of barriers caused by memory disorder" included the benefits of voluntary physical activity, outdoor activities, music-intervention and using a specific AAC -method as means to support communication. The second sub-theme "To strive for the confirmation of self and carrying on with life" was described as resulting from out-doors activities, voluntary physical activities and music-intervention. In third sub-theme "Interaction and communication in approaching the PWD" was suggested that improving care-givers communication skills could enhance patient's wellbeing and using a specific AAC-method could increase involvement of PWD.</p>		
Keywords/tags Mental wellbeing, dementia, home care, literature review		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa .....</b>	<b>4</b>
2.1	Yleisimmät etenevät muistisairaudet.....	4
2.2	Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvointi ja sen tukeminen.....	7
2.3	Hyvät hoitokäytännöt muistihoidotyössä.....	13
<b>3</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön toteutus .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>21</b>
5.1	Selviytyminen muistisairaahan aiheuttamista haitoista huolimatta .....	21
5.2	Muistisairaahan ihmisen pyrkimys minuuden varmentamiseen ja elämän jatkuvuuteen.....	23
5.3	Vuorovaikutus ja kommunikaatio muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa	24
<b>6</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>25</b>
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu.....	25
6.1.1	Hoitotyöntekijöiden kommunikaatiotaitojen edistäminen muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisena.....	27
6.1.2	Ulkoilu, fyysinen aktiivisuus ja musiikki-interventio muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisena.....	28
6.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	30
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	31
	<b>Lähteet .....</b>	<b>33</b>
	<b>Liitteet.....</b>	<b>38</b>
	Liite 1 Hakulausekkeet, mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	38
	Liite 2 Alkuperäistutkimusten valintaprosessi.....	39
	Liite 3 Taulukko alkuperäistutkimuksista ja tutkimusten laadun arviointi.....	40

# 1 Johdanto

Muistisairaudet yleistyvät maailmanlaajuisesti väestön ikääntyessä. Eurooppalaisten ennusteiden mukaan muistisairaudet yleistyvät moninkertaisiksi vuoteen 2050. Suomessa arvioidaan olevan tällä hetkellä 190 000 muistisairauteen sairastunutta ihmistä ja arvion mukaan joka vuosi 14 500 ihmistä sairastuu dementoivaan sairauteen. Heistä yli 80 -vuotiaita on valtaosa, yli 7 000 työikäisellä (35-65-vuotiaista) on todettu etenevä muistisairaus. Ikääntyneen väestön määrän lisäksi muistisairauksien lisääntyvään määrään vaikuttavat omalta osaltaan muistisairauksien riskitekijöiden yleisyys, sekä muistisairauksien diagnostiikan ja hoidon kehitys. (Muistisairauksien yleisyys 2019.)

Maailman terveysjärjestön muistisairauksiin liittyvässä maailmanlaajuisessa toimintasuunnitelmassa vastataan kansalaisten terveyden edistämisen vaatimuksiin. Toimintasuunnitelmassa tärkeänä pidetään, että muistisairaahan ihmisen, hänen hoitajansa ja perheensä saavuttaisivat fyysisen, psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Maailman terveysjärjestössä toimintasuunnitelmaa pidetään yksilön, yhteisön ja jäsenvaltioiden mahdollisuutena ymmärtää näkemystä, jossa muistisairauksia ennaltaehkäistään ja muistisairaahan ihmiset ja omaishoitajat saavat tarpeisiin vastaavaa hoitoa ja tukea voidakseen elää merkityksellistä ja arvokasta elämää. (Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 2017, 2.)

Muistisairaahan ihmisen psyykinen hyvinvointi on tärkeä osa hänen kokonaisvaltaista hyvinvointiansa. Opinnäytetyössä tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemista kotihoidossa. Valitun aineiston käsittelyn avulla päädytään tuloksiin ja niiden tarkasteluun. Tuotetun tutkitun tiedon

avulla kotihoidon hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus reflektoida omaa osaamistaan muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa ja mielen hyvinvoinnin tukemisessa.

## 2 Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukeminen kotihoidossa

### 2.1 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Alzheimerin tauti (AT) on etenevistä muistisairauksista yleisin, muistisairautta sairastavista ihmisistä 70%:lla on Alzheimerin tauti. Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä muistisairaus ja sen esiintyvyys lisääntyy ikääntymisen myötä. Alzheimerin taudin oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Alzheimerin tauti alkaa yleisimmin muistioireella, muisti on Alzheimerin taudissa vaikeimmin heikentynyt tiedonkäsittelyn osa-alue koko sairauden ajan. Epätavallisessa Alzheimerin taudissa ensioireina voivat olla näönvaraisen hahmottamisen, kielellisten toimintojen ja toiminnanohjauksen heikentyminen ennen selvää muistioireen havaitsemista. Muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen on yhteydessä muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden laskemiseen, käytösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. (Erkinjuntti, Hallikainen & Remes 2015.)

Alzheimerin tauti etenee hitaasti ja tasaisesti taudille tyypillisissä vaiheissa. Tautiin liittyvät aivomuutokset ja kliiniset oirekuvat ovat yhteneväisiä oli kyseessä sitten alle tai yli 65-vuotias sairastunut ihminen, lukuun ottamatta niin sanottuja epätavallisia tapauksia. Amnestisen eli muistipainotteisen Alzheimerin taudin perustyyppiin kliininen oirekuva on sairastuneilla samanlainen, vain sairastumisen ajankohta vaihtelee. (Erkinjuntti ym. 2015.)

Alzheimerin taudin edetessä aivomuutokset lisääntyvät ennustettavassa järjestyksessä, kliininen oirekuva voidaan jakaa eri vaiheisiin. Nämä vaiheet ovat prekliininen eli oireeton vaihe, varhainen AT, lievä AT, keskivaikea AT ja vaikea AT. Taudin kuvaa hallitsevat koko sairastamisen ajan lisääntyvät tiedonkäsittelyssä ilmenevät oireet. Alzheimerin taudin tyyppitapauksissa muisti on tiedonkäsittelyn osa-alueista vaikeim-

min vaurioitunut taudin joka vaiheessa. Käyttöoireita ilmenee ja omatoimisuus vähe-  
nee taudin edetessä, muutokset ovat vahvasti yhteydessä tiedonkäsittelyssä esiinty-  
viin oireisiin. Oireettoman Alzheimerin taudin vaiheessa voidaan osalla todeta alkavia  
lieviä tiedonkäsittelyyn liittyviä oireita, suurin osa potilaista tässä vaiheessa on kui-  
tenkin oireettomia. Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa ilmaantuvia oireita ovat  
uuden muistiaineksen oppimisen työläys ja unohtamisen korostuminen. Viivästetty  
mieleen palauttaminen on selvästi heikentynyt opitun aineksen suhteen, vihjeiden  
antaminen ei paranna suoritusta odotetusti. (Erkinjuntti ym. 2015.)

Lievässä Alzheimerin taudin vaiheessa muistin ja tiedonkäsittelyn laajempialainen  
heikentyminen vaikeuttaa omatoimisuutta. Muistin lisäksi erityisesti myös toimin-  
nanohjaus, kielelliset toiminnot ja havaintotoiminnot heikkenevät. Sanojen löytymi-  
nen vaikeutuu, toiminnanohjaus ja prosessointi hidastuu, sujuvuus ja aloitekyky heik-  
kenevät, tämä näkyy suoriutumisessa monimutkaisissa arjen toimissa, esimerkiksi ta-  
loudellisten asioiden hoidossa. Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudin vai-  
heessa aivojen vaurioituminen johtaa toiminnanohjauksen, hahmotuksen ja kätevyyy-  
den häiriöihin. Toimintakyvyn laskemisessa keskeinen tekijä on toiminnanohjauksen  
heikkeneminen. Keskivaikeassa ja vaikeassa muistisairauden vaiheessa ihmisen arki-  
toiminnoista selviytyminen heikkenee, psyykkisten toimintojen säätely muuttuu,  
käyttäytymisen muutoksia esiintyy. Sairastuneen toiminnassa nämä oireet aiheutta-  
vat apraktista kävelyn ja pukeutumisen vaikeutta, sekä orientaation ja havaintotoi-  
mintojen heikkenemistä. Alzheimerin tautia sairastava säilyttää sairauden etenemi-  
sistä huolimatta aikuisen arvokkuuden, elämänhistorian ja hyvin pitkään kyvyn yllä-  
pitää emotionaalisesti ja sosiaalisesti asianmukaiseen käyttäytymiseen. (Erkinjuntti  
ym. 2015.)

Aivoverenkiertosairauteen liittyy suuri riski tiedonkäsittelytoimintojen heikkenemi-  
seen ja muistisairauden kehittymiseen. Aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisai-  
raus sisältää oirekuvaltaan laaja-alaiset, etenevät, vaikeaan muistisairauteen johtavat  
tilat ja toisaalta tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella ilmenevät rajal-  
liset oireet. Tähän muistisairauden ryhmään kuuluvat myös ne Alzheimerin tautia

sairastavat, joilla on myös kliinisesti merkittävä aivoverenkiertosairaus. Aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus (vascular cognitive impairment, VCI) on oireyhtymä, jolla on toisistaan poikkeavia syitä ja kliinisiä taudinkuvia ja joka liittyy monen tyyppisiin verisuoniperäisiin tekijöihin ja aivomuutoksiin. Tämän muistisairauden keskeisiä alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä aivoalueella olevat infarktin aiheuttamat tilat. (Muistisairaudet; Käypähoito-suositus 2020.)

Aivojen pienten suonten taudinkuvassa tyypillinen varhainen oire on toiminnanohjauksen heikentyminen ja tiedonkäsittelyn hidastuminen, muistioire on usein vähemmän korostunut kuin Alzheimerin taudissa. Käyttöoireina ilmenee persoonallisuuden muutoksia, masennusta ja psykomotorista hidastumista. Yleisempää on oireiden alkaminen vaivihkaa kuin äkillisesti, oireet etenevät sairastuneilla yleisesti tasaisesti, oireet saattavat kuitenkin vaihdella päivästä toiseen ja pitkiä tasaisia sairauden vaiheita on todettu. Suurten suonten taudissa tiedonkäsittelyn oireet vaihtelevat tapausittain, usein todetaan muistin ja toiminnanohjauksen oireita, sekä kielellisiä ja näönvaraisen hahmottamisen oireita ja huomiotta jättämistä (neglect). Oireet alkavat usein nopeasti, oireet vaihtelevat ja pahenevat asteittain. (Muistisairaudet; Käypähoito-suositus 2020.)

Lewyn-kappale tauti alkaa hitaasti, sen pääpiirteinä pidetään toistuvia yksityiskohtaisia näköharhoja, ekstrapyramidaalioireita (jäähmeys, hitaus, kävelyvaikeus, joskus vapina) ja tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelua. Muistioireet eivät ole sairauden alkuvaiheessa tyypillisiä. Tautiin viittaavia piirteitä ovat myös REM-unen aikaiset käyttöoireet sekä herkkyys psykoosilääkkeille. (Muistisairaudet; Käypähoito-suositus 2020.)

Otsa-lohkorapheetumaan liittyy kaksi tyypillistä oirekuvaa, otsalohkodementia ja primaarinen etenevä afasia. Otsalohkodementiaan sairastutaan yleensä 45-65 vuoden iässä. Oireet alkavat hiipien ja sairauden eteneminen on vähittäistä, ensimmäiset oi-

reet liittyvät usein persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokseen. Muita sairauksille ominaisia piirteitä ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, sosiaalisten taitojen varhainen heikentyminen ja empatiakyvyn heikentyminen, toistava käyttäytyminen, ongelmanratkaisukyvyn heikkeneminen, puheentuottamisen vaikeutuminen, sairauden tunnon heikentyminen, muistin ja avaruudellisen hahmottamiskyvyn säilyminen alkuvaiheessa ja primitiiviheijasteiden tuleminen esille. Primaariset etenevät afasiat alkavat yleensä 50-70 vuoden iässä, paitsi logopeninen afasia, joka alkaa myöhäisemmässä iässä. Primaarisissa etenevissä afasioissa yleistä on sairauden hiipivä alkua ja hidasta etenemistä. Keskeisimpiä sairauden oireita ovat kielelliset vaikeudet. Etenevä sujumaton afasia (yksi primaarisista etenevistä afasioista) alkaa hitaasti ja etenee vähitellen, tyypillistä kielellisissä vaikeuksissa on työläs puheentuottaminen, äänne ja kielioppivirheet, lyhyet lauseet ja lyhyt lauserakenne, yksinkertaisen puheen ymmärtäminen arkikeskustelussa vaikeutuu, mahdolliset luku- ja kirjoittamisvaikeudet ja usein muiden tiedonkäsittelyn alueiden säilyminen alkuvaiheessa. Semanttista dementiaa sairastavalla puhe etenee sujuvasti, mutta sen sisältö on tyhjää, heillä on myös vaikeuksia asioiden nimeämisessä ja puheen ymmärtämisessä ja visuaalisessa havainnoinnissa. Logopenista etenevää afasiaa sairastavilla on vaikeuksia sekä spontaanissa puheessa että nimeämisessä, eivätkä he kykene toistamaan lauseita. (Muistisairaudet; Käypähoito-suositus 2020.)

## 2.2 Muistisairaana ihmisen mielen hyvinvointi ja sen tukeminen

Euroopan komission (2010,1) toteuttamassa konferenssissa todettiin, että kaikilla eurooppalaisilla tulisi olla oikeus ikääntyä omien hyvä mielen terveys ja fyysinen vointi. Tähän oikeuteen sisältyy aktiivisesta ja rikkaasta sosiaalisesta elämästä nauttiminen, osallisuus, tasa-arvoinen pääsy hyvälaatuiseen terveydenhoitoon ja riittävä tuki omaishoitajille. Konferenssin johtopäätöksiä todettiin muun muassa, että ikääntyvä eurooppalainen kasvava väestö tarvitsee seuraavien kymmenien vuosien aikana yhä parempia käytäntöjä hyvän mielen terveyden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi. Mielen terveyden edistämiseksi haavoittuvuuden ja resilienssin tasapainon keskeisyyttä

korostettiin ikääntyneillä, joilla on suurempi riski sairauksien kuormittavuuden takia heikompaan mielenterveyteen. (Euroopan komissio 2010, 1.)

Resilienssi on muistisairaille ihmisille tärkeä, koska se voi auttaa sairauden kanssa selviytymisessä. Resilienssi on määritetty dynaamisena prosessina, jossa keskusteleminen, joustaminen ja selviytyminen merkittävästä stressin aiheuttajasta mahdollistuu. Se voi tuottaa erilaisia lopputulemia, esimerkiksi haavoittuvuus tai kukoistaminen. Sillä on oma paikkansa prosessissa, jossa krooniseen sairauteen sairastunut sopeutuu tilanteeseen, hyväksyy sairastumisen ja saavuttaa kontrollin tunteen sairastumisen suhteen ja integroi sairastumisen elämäntyyliinsä. Muistisairaudessa resilienssi yhdistyy vahvasti siihen, että muistisairas ihminen on sosiaalisessa yhteydessä toisiin ihmisiin ja että hän osallistuu hänelle merkityksellisiin toimintoihin. Ihmisillä, jotka elävät hyvin muistisairaudesta huolimatta, on todettu keskenään yhtenäisiä selviytymiskeinoja. Positiivinen sopeutuminen sisälsi selviytymisen sairastumisen negatiivisista seurauksista ja suojaavat tekijät peittivät alleen riskit ja haavoittuvuuden kokemukset. Muistisairaan ihmisen voimavaroina pidettiin tehokkaita selviytymisstrategioita, muistisairausdiagnoosin hyväksymistä, elämänmuutosten ja avun vastaanottamisen hyväksymistä, tuotteliaisuutta ja positiivista asennetta. Muistisairaan ihmisen suojaaviin tekijöihin kuuluivat positiiviset vuorovaikutussuhteet, jotka tukivat muistisairaan ihmisen persoonallisuutta, ja positiivisten roolimallien tunteminen. Resilienssiä on kuvattu myös jatkuvana prosessina, jossa muistisairas ihminen sopeutuu ja opettelee elämään sairauden aiheuttamien lisääntyvien rajoitusten kanssa. (Casey, Teahan & Whelan 2020, 2.)

Yksi positiivisen psykologian perustajista Martin Seligman on muodostanut hyvinvoinnin teorian, jossa korostuu hyvinvoinnin tavoittelemisen. Hän kuvailee viisi hyvinvoinnin tekijää: positiivinen tunne, sitoutuminen, vuorovaikutussuhteet, merkityksellisyys sekä aikaansaannokset. Lisäksi ihmisen vahvuudet ja hyveet ovat hyvinvoinnin, onnellisuuden ja flow-tilan rakennuspalikoita. (David, 2020.) Frank Martela (2014) toteaa, että onnellisen elämän kolme keskeisintä tekijää olisivat omaehtoisuus, kyvykkyys ja yhteisöllisyys. Tämä toteamus perustuu Edward Deci:n ja Richard

Ryan:n kattavasti empiirisesti tutkitun itseohjautuvuusteorian sisältöön, jossa esitetään omaehtoisuus, kyvykkyys ja yhteisöllisyys ihmisen kolmeksi psykologiseksi perustarpeeksi. (Martela 2014.)

Deci:n ja Ryan:n itseohjautuvuusteoriassa omaehtoisuus (autonomy) on ihmisen kokemus siitä, että hänellä on vapaus päättää itse tekemisistään. Omaehtoisuuden vastakohta on pakotettu ja kontrolloitu tekeminen. Omaehtoisessa tekemisessä yksilön motivaatio lähtee sisältäpäin verrattuna kokemukseen, että tekeminen olisi ulkoa-päin ohjattu. (Martela 2014.) Deci ja Ryan (2020, 254) toteavat omaehtoisuuden sisältävät yksilön tarpeen itsesäätelyyn siten, että hän kykenee ylläpitämään koosapysyvyyttä toisin sanoen koherenssia sisäiset ja ulkoiset olosuhteensa huomioiden. Omaehtoisuuden avulla yksilön on mahdollista muodostaa käsityksiä joustavasti, tarkoituksenaan eheän minuuden ylläpitäminen minuuden pirstoutumisen sijaan. (Deci & Ryan 2000, 254.) Itseohjautuvuusteorian toinen psykologinen perustarve kyvykkyys (competence) tarkoittaa sitä, että yksilö kokee osaavansa sen mitä tekee ja kokee aikaansaannosta. (Martela 2014.) Kyvykkyys ilmenee usein sisäisen motivaation kautta toteutuneessa toiminnassa ja tämän tarpeen avoin ja vuorovaikutuksellinen luonne antaa yksilölle mahdollisuuden adaptaatioon. (Deci & Ryan 2000, 252-253.)

Kolmas psykologinen perustarve itseohjautuvuusteorian mukaan on yhteisöllisyys (relatedness). Tämä tarve kumpuaa ihmisen halusta olla yhteydessä toisiin ihmisiin, haluamme tulla kohdatuksi aidolla ja syvällisellä tavalla. Hyvinvointimme on yhteydessä sosiaalisiin suhteisiimme, voimme hyvin, kun koemme, että lähellä olevat ihmiset välittävät meistä ja olemme heihin syvällisessä yhteydessä. (Martela 2014.)

Lehtinen (2008, 7–8) toteaa edellä esitettyjä aiheita sivuten, että positiivinen mielen-terveys koostuu myönteisestä tunteesta omasta hyvinvoinnista, yksilöllisistä resursseista, kuten itsetunto, optimismi, pystyvyyden ja koherenssin tunteet, edelleen kyvystä olla vuorovaikutussuhteissa aloitteellinen, niitä kehittävä, ylläpitävä ja vastavuoroinen ja vastoinkäymisisistä selviytymisestä (resilienssi). (Lehtinen 2008, 7–8.)

Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2018, 22) esittävät samankaltaisia ajatuksia mielen hyvinvoinnista, jossa heidän mukaansa on kysymys myönteisestä hyvinvoinnin tunteesta, yksilöllisestä hyvinvoinnin kokemuksesta, kyvystä nauttia elämästä ja kyvystä vastata elämässä eteen tuleviin haasteisiin. Yhteiskunnallisilla tekijöillä, ympäristöllä ja sosiaalisilla suhteilla on myös vaikutusta mielen hyvinvointiin. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 22.)

Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2018, 23) tarkastelevat muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin lähtökohtia positiivisen psykologian avulla, jolloin psykologisten perustarpeiden kehikko tuottaa omaehtoisuuden, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden näkökulmat. Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2018, 23) mukaan muistisairaahan eteneminen heikentää toimintakykyä ja siten sairaus vaikuttaa omaehtoisuuden toteutumiseen, kyvykkyyden kokemiseen ja yhteenkuuluvuuden syntymiseen. He tekevät edellä olevista aiheista tulkinnan, jossa toteavat muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytysten liittyvän hänen autonomiaan, toimijuuteen ja osallisuuteensa. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 23–24.)

Seuraavissa kappaleissa syvennetään tietoa Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen esille tuomista muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin lähtökohdista autonomiasta, toimijuudesta ja osallisuudesta. Asiantuntijat määrittelevät näitä käsitteitä hieman eri tavoin, mutta kuitenkin niin, että käsitteiden sisällössä on selvää yhteneväisyyttä.

Topo (2012) määrittelee muistisairaahan ihmisen itsemääräämisoikeutta käsitteenä, jossa tärkeimpinä ulottuvuuksina esille nousee kyvykkyys, oikeus tehdä omia päätöksiä, omata resursseja saattaa päätös toimeksi, kyky saattaa päätös toimeksi ja oikeus yksityisyyden suojaamiseen. Topo korostaa muistisairaahan ihmisen oikeutta osallistua omien asioidensa päätöksentekoon. Muistisairaahan eteneminen vaikuttaa edellä mainittuihin ulottuvuuksiin, sairaudesta huolimatta päätöksentekoon osallistuminen edesauttaa muistisairaahan ihmisen ulkoisen ja sisäisen turvallisuuden kokemista. (Topo 2012.)

Boyle (2014, 1130) on tutkinut muistisairaahan ihmisen toimijuutta arkipäiväisissä tilanteissa. Tutkimuksen tuloksena hän korostaa, että muistisairauden edetessä eteen tuleva harkitsemisen kyvyn väheneminen ei poista toimijuutta, vaan vaatii luovia tapoja sen esille tuomiseen. Vaikeaa muistisairautta sairastava ihminen ilmaisi näkemyksiään, tunteitaan ja halujaan kehollisesti ilmentämällä tottumusten ja tunteiden muodossa. Tällaiset ilmaisut olivat usein heidän persoonallisten ja sosiaalisten rooliensa jatkuvuuden ilmentymiä, esimerkkinä sukupuoli-, aviorooli tai huolenpitäjä. Näin ollen sairauden vaikutuksista (puheen tuottamiseen, harkitsevuuteen ja vuorovaikutukseen) huolimatta, muistisairaalla ihmisellä on kyky ilmaista itseään luovasti. (Boyle 2014, 1139–1140.)

Jyrkämä (2013, 107) toteaa, että muistisairaahan kanssa eläminen on toimijuuden näkökulmasta erityislaatuinen tilanne. Muistisairaahan ihmisen mielessä menneisyyden tapahtumat nousevat yhä tärkeimmiksi samalla kun lähimenneisyys, nykyhetki ja tulevaisuus menettävät merkitystään. Aikaperspektiivi saattaa muuttua hyvin olennaisesti. Jyrkämä (2013, 95) liittyy toimijuuteen olennaisena osana refleksiivisyyden eli pohdinnallisuuden. Refleksiivisyydessä erilaisten vaihtoehtojen ja valintojen tekeminen vaatii niiden arviointia. Etenevä muistisairaus vaikuttaa muovaten ja muuttaen ihmisen refleksiivisyyttä. Jyrkämä (2013, 96) korostaa, että on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa toisen vaikkakin mureneva kyky reflektoida elämää.

Jyrkämän toimijuuden kuvaamisesta mielen hyvinvointiin liittyvät niin sanotut toimijuuden modaaliteetit eli tilanteelliset ulottuvuudet, joita ovat kyvyt osata, voida, täytyä, tuntea, haluta ja kyetä. Tilanteelliset ulottuvuudet ovat esimerkiksi ikäänntyneen ihmisen elämässä arkisia toimintakäytäntöjä, kuten itsestä huolehtiminen, kaupassa käynti, ruuanlaitto, yhteydenpito läheisiin ja harrastukset. Tilanteellinen toimijuus saa taustansa elämäkulusta ja siihen vaikuttavat myös moninaiset asiat kuten ikä, sukupuoli ja kulttuuritausta. (Jyrkämä 2013, 100–103.)

Ammattilaisen näkökulmasta asiakkaan itseohjautuvuuden ja toimijuuden tukemisen edellytyksenä korostuu kyky vastavuoroisuuteen ja asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden huomioiva työote. On tärkeää, että toimijuus nähdään jatkuvana prosessina, joka rakentuu arjessa neuvottelun ja vastavuoroisuuden kautta. (Malinen, Punna, Sevón & Sihvonen 2017, 155–156.) Malinen ja muut (2017, 155–156) toteavat, että yhteistyön lähtökohdaksi asettuu toimijuuden kautta kyky kuulla asiakkaan tarpeita ja aloitteita, vahvistaa asiakkaan orastavaa motivaatiota, tukea ja kannustaa häntä valinnoissaan ja päätöksissään hyvinvoinnin edistämiseksi. Edelleen keskeistä on kohtaamiseen, vuorovaikutukseen ja motivointiin liittyvä osaaminen ja rohkeus kokeilla uusia toimintatapoja (Malinen ym. 2017, 155–156).

Virkola (2014, 278) toteaa, että muistisairaahan ihmisen arjen logiikan ymmärtäminen ja toimijuuden tunnustaminen ovat arjen tukemisen edellytyksiä. Virkola (2014, 278) pitää tärkeänä, että ihmiselle on olemassa muitakin rooleja kuin hoivan tai avun kohteena oleminen. Tunne johonkin yhteisöön kuulumisesta tai toisen hyväksi tekeminen on joillekin hänen tutkimukseensa osallistuneille ollut erityisen tärkeää (Virkola 2014, 278).

Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2018, 23) toteavat osallisuuden muodostuvan yhteenkuulumisen ja osallisuuden tunteesta kuin mahdollisuudesta toimia ja vaikuttaa omassa asiassa, yhteisössä ja yhteiskunnassa. Osallisuuden kokemukseen liittyy myös tunne siitä, että on arvostettu ja tasavertainen yhteisön jäsen (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 23). Muistisairaahan ihmisen arjessa on keskeistä sosiaalisuus ja mahdollisuus sosiaalisiin kontakteihin. Yksinäisyys saattaa olla yksineläville muistisairaille ihmisille erityisesti läsnä oleva haaste. Yksinasuvien muistisairaiden arjen tukeminen on vaativaa ja siinä tarvitaan niin läsnä olevia läheisiä kuin toimivaa palvelujärjestelmää. (Virkola 2014, 279.)

Allan ja Killick (2008, 212) tuovat esille kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkitystä muistisairaahan ihmisen sosiaalisen inklusion näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa

muiden ihmisten kanssa persoonallisuutemme todentuu ja milloin ikinä yritämme lopettaa vuorovaikutuksen ympärillämme olevien ihmisten kanssa niin samalla vetäydymme pitämästä heitä enää persoonina. He pitävät vuorovaikutusta avainasemassa, kun pyrkimyksenä on ymmärtää muistisairaana ihmisen tarpeita. (Allan & Killick 2008, 212-213.) Heimonen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2018,21) toteavat, että tavoitteet tuen, palvelujen ja hoivan käytännöissä tulee sisältää muistisairaana ihmisen mielen hyvinvoinnin vahvistamisen. Mielen hyvinvoinnin edellytysten tunnistamisessa ja määrittämisessä on ammattihenkilöstöllä merkittävä rooli (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 22).

### 2.3 Hyvät hoitokäytännöt muistihoidotyössä

Muistiliitto on laatinut työkirjan työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Tämä Hyvän hoidon kriteeristö -työkirja käsittelee laajasti muistisairaana ihmisen hoitoa, hoivaa ja kuntoutusta. Aikaisemmin esille tuotuun teoriaan peilaten, työkirjan sisällöstä mielen hyvinvoinnin näkökulmasta korostuu erityisesti elämänhistoria, aktiivinen arki, osallisuus, vuorovaikutus ja kohtaaminen, itsemääräämisoikeus ja hoitotahto. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 5.)

Hyvän hoidon kriteeristö -työkirjassa todetaan, että muistisairaana elämänhistorian tunteminen tarjoaa avaimia kohtaamistilanteisiin, ja että toisaalta taustan jättäminen huomiotta aiheuttaa muistisairaalle ahdistuneisuutta ja epävarmuutta. Elämänhistorian tunteminen edesauttaa muistisairaana ihmisen toiveisiin ja tarpeisiin vastaamista, mieluisen toiminnan järjestämistä ja identiteetin säilymisen tukemista. Elämänhistorian kirjaamisessa pyydetään muistisairasta ihmistä ja hänen läheistään kertomaan muistisairaana elämän tapahtumista, mieltymyksistä, harrastuksista, mahdollisista erityisosaamisista tai kyvyistä ja elintavoista. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 10.)

Hyvän hoidon kriteeristön (2016, 25) mukaan muistisairaahan ihmisen aktiivisen arjen tukemiseen kuuluvat turvallinen ympäristö, elämänhistorian tunteminen ja oikein valitut lääkkeettömät hoitokeinot. Muistisairaahan edetessä toimintaan ja harrastuksiin tarvitaan enemmän tukea, mutta voimavaroja on edelleen jäljellä sairauden vaikeassakin vaiheessa. Aktiivisen arjen tukemisessa ensisijaisesti tulisi tukea ja ohjata, eikä niinkään tehdä puolesta. Muistisairaahan ihmisen aktiiviseen arkeen voi kuulua fyysistä toimintaa sisältäen erilaisia liikuntamuotoja tai luovia toimintoja, kuten musiikkia, draamaa, kulttuuria ja tanssia. Lisäksi erityisen tärkeää on, että muistisairaahan ihmisen tulisi olla mukana oman kotinsa arjen suunnittelussa ja yhteisessä tekemisessä voimavarojensa ja mielenkiinnon kohteidensa mukaan. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 25.)

Hyvän hoidon kriteeristössä (2016, 60) muistisairaahan ihmisen itsemääräämisoikeuden toteutumisen tukemisesta todetaan, että henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja arvostaa muistisairaahan ihmisen itsemääräämisoikeutta tukemalla hänen osallistumistaan arjen ja tulevaisuuden suunnitteluun. Hoitotahdon laatimisen avulla muistisairas ihminen ilmaisee hoivaa ja hoitoa koskevan tahtonsa sellaisen tilanteen varalta, jossa hän ei toimintakyvyttömyytensä takia enää kykene tahtoaan ilmaisemaan. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 60, 62.) Läheisten avulla hoidon suunnitteluun osallistuminen onnistuu, silloin kun sairastunut ei pysty tahtoaan ilmaisemaan tai kirjallista hoitotahtoa ei ole ennalta tehty. Sairaahan edetessä ja kokonaisuuksien hahmottamisen heikentyessä, muistisairaalla ihmisellä on edelleen oikeus päätöksen tekoon niissä asioissa, joiden merkitykset ja seuraukset hän kykenee ymmärtämään. (Alastalo, Erhola & Kehusmaa 2017, 4.)

Ihmislähtöisen hoitotyön ytimessä on minuus; keitä me olemme, arvot ja uskomukset. Minuus on paljon muutakin kuin muisti, eikä sitä tulisi tarkastella vain kognitiivisten toimintojen näkökulmasta. Ihmislähtöisen hoitotyön perustana voidaan nähdä minuuden pysyvyyden tunnustaminen, minuuden kokonaisuuden hahmottaminen ja keinojen löytäminen minuuden ylläpitämiseen keskustelun ja vuorovaikutuksen avulla. (Fazio, Flinner, Kallmyer & Pace 2018, 11.) Allan ja Killick (2008, 213) pitävät

aitoa vuorovaikutusta ja kommunikaatiota keskeisenä hyvän hoidon ja tehokkaan tukemisen piirteenä. Muistisairaahan ihmisen osallisuutta vuorovaikutukseen voidaan tahtomasti väheksyä esimerkiksi kommunikoimalla liian nopeasti tai esineellistämällä (toisin sanoen puhumalla ohi) hänet. Näillä tavoin muistisairaahan ihmisen persoona jätetään huomiotta ja vaikutuksia huomataan vuorovaikutussuhteissa ja ahdistuneisuutena. (Allan & Killick 2008, 215.) Muistisairaahan ihmisen ja ammattihenkilökunnan vuorovaikutuksen ja kommunikaation tueksi voidaan käyttää erityisiä menetelmiä tai toimintamalleja. Esimerkiksi vuorovaikutusta tukeva Tunteva-menetelmä on validaatioon perustuva menetelmä, jonka avulla muistisairaahan ihmisen omanarvontuntoa ja identiteettiä voidaan vahvistaa. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 46-47.)

Ihmislähtöisen hoitotyön malleissa ja käytännöissä on löydetty yhteneväisyyksiä keskenään, näitä ovat minuuden ja persoonallisuuden tukeminen vuorovaikutukseen perustuvassa hoidossa ja palvelumuodossa, yksilöllisten aktiviteettien ja merkityksellisen osallisuuden tarjoaminen ja omaishoitajien ohjaaminen. Ihmislähtöisen hoitotyön neljä keskeistä avaintekijää on määritetty; muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa kunnioittaminen ja arvostaminen, muistisairaahan ihmisen kohtelu yksilölliset tarpeet omaavana yksilönä, maailman näkeminen muistisairaahan ihmisen näkökulmasta ymmärtäen käytöksen ja vuorovaikutuksen merkityksen ja arvostaen muistisairaahan ihmisen kokemaa todellisuutta ja positiivisen sosiaalisen ympäristön luominen, jossa muistisairaalla ihmisellä on mahdollisuus kokea suhteellista hyvinvointia vuorovaikutusta tukevan hoitotyön kautta. (Fazio ym. 2018, 12.)

Eloniemi-Sulkava (2011) toteaa kotihoidon palveluista, että asiakasperheen näkökulmasta ihmislähtöisiin tarpeisiin vastaaminen hoitotyössä auttoi perhettä arjessa, toimintakyvyn ja elämän laadun tukemisessa. Suomalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa interventiotutkimuksessa, jossa yhteistyössä asiakkaan tai asiakasperheen kanssa toteutettiin muistisairaalle asiakkaalle yksilöllisesti suunnitellut palvelut ja toteutettiin niiden tukevan kotona asumisen kestoa, vähentävän palveluiden käyttöä ja sen myötä kustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tehtävänä ei ole vastata ihmisen kaikkiin tarpeisiin, mutta muistisairaus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti

muistisairaahan ihmisen ja hänen perheensä elämään. Eloniemi-Sulkava (2011) toteaa-kin, että muistisairaahan ihmisen kotihoidon tukemisessa tarvitaan nykyistä laajempaa ja aidosti ihmislähtöistä lähestymistapaa, jotta asiakkaalla ja hänen perheellään olisi mahdollisuus löytää heidän tilanteeseensa soveltuvat tukimuodot. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemista.

Tavoite: Tutkimus tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä erityisesti kotihoidossa.

Tutkimuskysymys: Miten muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvointia voidaan tukea kotihoidossa?

### **4 Opinnäytetyön toteutus**

#### **4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä**

Kirjallisuuskatsauksen näkökulma voidaan muodostaa jostain tietyn tieteenalan tutkimuskirjallisuudesta, kirjallisuuskatsauksessa keskiössä tulee olemaan hoitotieteen kirjallisuuden näkökulma. Näyttöön perustuva toiminta ja sen vaatimukset ovat lisänneet kirjallisuuskatsausten määrää, koen kirjallisuuskatsauksen tekemisen ammatillista osaamistani edistävänä. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 7.)

Opinnäytetyön menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jonka avulla kuvataan muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemista kotihoitossa. Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä ja Utriainen (2013, 292) tuovat esille artikkelissaan, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jota voidaan soveltaa terveysalan tutkimustyössä niin yliopistossa kuin ammattikorkeakoulussakin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus nähdään itsenäisenä tieteellisiä periaatteita noudattavana tutkimusmenetelmänä. (Ahonen ym. 2013, 293.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksessa tuotetun aineiston eli valittujen tutkimusten käsittely on menetelmän ydintä. Tavoitteena on vastata esitettyyn tutkimuskysymykseen aineiston avulla. Ja siten tuottaa laadullista kuvailua, jossa tuodaan mahdollisesti esille uusia johtopäätöksiä tai uusia tulkintoja ilman, että aiemman tutkimuksen tieto muuttuu. Kuvailussa on tärkeää toimia kriittisesti aineiston yhdistelyssä ja syntetisoinnissa. Aineistoa ei esitellä uudestaan, vaan tavoitteena on aineiston sisäinen vertailu. (Ahonen ym. 2013, 296.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa merkittävää on itse prosessi ja tutkimuksen arvon tai tuotoksen merkityksen osoittamisen analyysi. Sen heikkoutena voidaan pitää sellaista tilannetta, jossa katsauksen tekijät eivät ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen. (Axelin ym. 2016, 9.)

#### 4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Kirjallisuushaku ja aineiston valinta sisältävät varsinaiset haut ja tutkimusongelmaan peilaten valitun relevantin kirjallisuuden. Hakuprosessissa ja tutkimuksia valitessa on hyvä pohtia sitä, että millaiset tutkimukset vastaavat omaan tutkimuskysymykseen. Yleensä kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valitaan ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Tietokantahakuja varten tarvitaan aiheen kannalta keskeisimmät käsitteet, joista johdetuilla hakusanoilla ja muodostetuilla hakulausekkeilla voidaan edetä tiedonhakuun. (Hamari & Niela-Viren 2016, 25.)

Opinnäytetyön keskeisimpien käsitteiden tarkentamiseen käytettiin hyödyksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun henkilökohtaista tiedonhaun opastusta. Aiheesta muodostettiin perushakulauseke (liite 1) ja hakuun käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoilleen tarjoamaa käyttöliittymää.

Tiedonhaussa käytettiin neljää tietokantaa; CINAHL, MEDLINE(PubMed), ProQuest ja Medic. CINAHL on keskeisin tietokanta hoitotieteen tiedonhakuihin, Medic on kotimainen kansainvälisiin tietokantoihin verrattuna pieni terveystieteiden tietokanta, siten haun tuli Medicissä olla hieman laajempi. Perushakulauseketta muokattiin tietokantaan sopivaksi, CINAHL ja MEDLINE-tietokannoissa lauseke pysyi samanlaisena, Medic- ja ProQuest -tietokannoissa muokkausta tehtiin artikkelien määrän hallitsemiseksi. (Johansson & Lehtiö 2016 ,42, 45–46). Tiedonhaku tehtiin syyskuussa 2020.

Kirjallisuuskatsauksen hakusuunnitelmassa oli tärkeää muodostaa mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostamisella voitiin helpottaa fokuksen säilymistä ja esimerkiksi julkaisuvuotta rajaamalla ja vain tietyt kielet mukaan ottamalla voitiin aineiston kokoa hallita. (Hamari & Niela-Viren 2016, 26.) Julkaisuvuosi rajattiin välille 2010–2020, tutkimusartikkelien kieliksi valittiin suomi ja englanti ja muut kuin tutkimusartikkelit rajattiin haun ulkopuolelle. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ovat tarkasti esitettynä liitteessä 1, ne tuotettiin PICOS -tarkastelua mukailleen (Valkeapää 2016, 60).

Tiedonhaku neljästä tietokannasta tuotti yhteensä 511 osumaa. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ohjasivat tutkimusten valitsemista ensin otsikkotasolla, sitten abstraktin tarkastelun tasolla ja viimeiseksi tarkastelussa oli koko teksti (Hamari & Niela-Viren 2016, 26). Ennalta määritetyissä mukaanottokriteereissä tutkimusartikkeleiden valintaan vaikuttivat kohderyhmä, interventio ja tulokset. Koko tekstejä luettaessa tarkasteltiin myös lähdeluetteloita, jolloin yksi tutkimusartikkeli pääsi mukaan tarkasteluun. (Valkeapää 2016, 60, 62.) Liitteessä 2 kuvataan tutkimusartikkeleiden valintaprosessi poissulkukriteerien mukaisesti.

Alkuperäistutkimuksista muodostuvaan kirjallisuuskatsauksen aineistoon valittiin viisi tutkimusta, joista yksi valittiin kokotekstin lukuvaiheessa lähdeluettelosta. Aineisto esitetään osin sanallisesti ja osin taulukoituna, tyypillisesti alkuperäistutkimuksista esitetään julkaisua ja käytettyjä menetelmiä koskevat tiedot (Kangasniemi & Pölkki 2016, 83-84). Tutkimusaineiston laadun arviointi toteutettiin Hoitotyön tutkimussäätiön suomeksi kääntämien Joanna Briggs Instituutin tutkimusten arviointikriteeristöjen avulla (Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) 2018). Valittujen alkuperäistutkimusten esittely ja laadun arviointi on kuvattu taulukoituna liitteessä 3.

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista neljä oli laadullisia tutkimuksia ja yhdessä tutkimuksessa käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Alkuperäistutkimuksien menetelminä olivat; kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta, kaksi syvähaastattelututkimusta ja yksi interventiotutkimus. Tutkimukset olivat sisällöltään heterogeenisiä suhteessa niiden käsitteisiin, kohderyhmiin, käytettyihin menetelmiin ja interventioihin. Ne olivat aikaväliltä 2013-2019 ja kaikki olivat englanninkielisiä.

Kirjallisuuskatsauksen laadulliseksi aineiston käsittelymenetelmäksi valittiin sisälönanalyysi. Laadullisen analyysin muodot jaetaan usein induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin. Tässä kirjallisuuskatsauksessa analyysin muoto on induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi, jonka avulla pyritään tuottamaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Sarajärvi & Tuomi 2018, luku 4.2.)

Aineiston analysointi aloitettiin alkuperäisilmaisujen pelkistämällä eli redusoinnilla. Aineistosta tunnistettiin tutkimuskysymystä sivuavat asiat. Samaa asiaa kuvaavat pelkistykset ryhmiteltiin luokkiin (klusterointi). Näistä luokista syntyivät alaluokat ja ne nimettiin sisältöä kuvaavasti. Analyysi jatkui samansisältöisiä alaluokkia yhdistelemällä ja muodostettiin yläluokat, jotka nimettiin sisältöä kuvaavasti. Aineiston analyysissä päädyttiin kolmeen yläluokkaan, joita yhdistämällä muodostettiin kokoava käsite eli yhdistävä luokka. Abstrahointia eli käsitteellistämistä jatkettiin kolmea yläluokkaa yhdistävään luokkaan asti. Laadullisen aineiston käsittelyssä aineisto hajotet-

tiin osiin, käsitteellistettiin ja muodostettiin uusi johdonmukainen kokonaisuus. Aineistosta muodostui kolme yläluokkaa ja yksi yhdistävä luokka. (Sarajärvi & Tuomi 2018, luvut 4.3, 4.4.4.; Miles & Huberman 1994.)

Taulukko 1. Esimerkki aineiston luokittelusta sisällönanalyysissä

Ilmaisus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä lk.
Current study reports on improved positive interpersonal communication skills by nursing assistants are promising.	Ihmisten välinen positiivinen kommunikointitaito edistyi	Vuorovaikutus Kommunikointi	Vuorovaikutus ja kommunikointi muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa	Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin vahvistuminen
Outdoor activities as a confirmation of self through being and doing.	Ulkoiluun liittyvät toiminnot minuuden varmentamisena	Minuus	Muistisairaahan ihmisen pyrkimys minuuden varmentamiseen ja elämän jatkuvuuteen	
Striving to be physically active, mirrors the concrete approaches used for handling the consequences of having AD in relation to being active	Pyrkimys fyysisen aktiivisuuden muistisairaudesta selviytymisenä	Muistisairauden haitat fyysinen aktiivisuus selviytyminen	Selviytyminen muistisairauden haitoista huolimatta	

Seuraavassa tulosten esittämisessä yläluokan sisällölle keskeiset alaluokat on korostettu tekstiä tummentamalla. Tulokset on tuotu esille muodostettujen yläluokkien mukaisesti ( Hamari & Niela-Viren 2016, 32).

## 5 Tulokset

### 5.1 Selviytyminen muistisairauden aiheuttamista haitoista huolimatta

Tutkimukseen osallistuneet kuvailivat, miten muistisairauteen liittyvät **haitat** estivät heitä olemasta fyysisesti aktiivisia ja miten he pyrkivät arkielämässään **selviytymään haittojen vaikutuksista** (Cedervall, Torres & Åberg 2014, 679). Esille tulleita **haittoja** olivat energiatason vähentyminen, ahdistuneisuuden ja levottomuuden tunteet, alentunut orientaatiokyky, ympäristöstä aiheutuvat esteet ja ruumiintoimintojen vammat. Vastaavasti osallistujat käyttivät erilaisia **keinoja selviytyäkseen** edellä mainituista **haitoista** fyysisen aktiivisuutensa säilyttämiseksi. Käytetyssä mentaalisisä **strategiassa** fyysiseen aktiivisuuteen liittyvät **normit** ja uskomukset kannustivat osallistujia liikkumaan. Avustajan mukaan ottaminen oli käytännön **strategiana** ja liikkuminen vain tutussa ympäristössä puolestaan adaptaatio**strategiana**. (Cedervall ym. 2014, 682-683.)

Ulkoilu fyysisenä aktiviteettina oli **keino** vähentää muistisairauden aiheuttamaa levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Joillekin kävelyillä käyminen vaikutti siirtävän huomiota fyysiseen toimintakyvyn suuntaan pois muistisairaasta ihmisen vähenevistä kognitiivisista toiminnoista, tämä lievensi muistisairauden **negatiivisia seurauksia** ja ylläpiti terveyden tunnetta. (Cedervall ym. 2014, 684.)

Engström, Lampic, Olsson ja Skovdahl (2013, 793) tutkivat, mitä muistisairauden varhaisesta vaiheesta sairastavat ihmiset pohtivat ulkoilmassa olemisesta. Osallistujien esille tuomia muistisairaudesta aiheutuvia **haittoja** olivat fyysiset vammat, orientaatio-ongelmat ja muistisairaudesta eläminen mielen näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneet käyttivät erilaisia sopeutumis**strategioita selvitäkseen** päivittäisistä toimistaan ja tehdäkseen mielekkäitä aktiviteetteja. Osallistujat käyttivät aktiiv-

vista lähestymistapaa, joka sisälsi ongelmanratkaisua ja ennaltaehkäisevää **strategiaa**. Erään osallistujan käyttämät passiiviset **strategiat** perustuivat siihen, että muut ihmiset auttoivat häntä tarvittaessa. (Engström ym. 2013, 797-798.)

Tutkijoiden mielestä oli tärkeää, että läheiset ja hoitohenkilökunta ymmärtävät muistisairaahan ihmisen **strategiat** hänen ulkona liikkumiseensa liittyen. Tämä ymmärrys voi auttaa läheisiä ja hoitohenkilökuntaa ulkoilun tukemisessa ja siihen rohkaisemisessa. (Engström ym. 2013, 798-799.)

Altenmueller, Leo, Sihvonen, Soinila, Särkämö ja Tervaniemi (2017, 6) havaitsivat, että muistisairauden aiheuttamiin kognitiivisten toimintojen **haittoihin** musiikin kuuntelu ja siihen yhdistetyt kognitiiviset (esimerkiksi muistelu) tai fyysiset harjoitteet edistivät muistisairaahan yleistä kognitiivista suoriutumista. Musiikki-interventiolla todettiin olevan pientä tai keskisuurta **vaikutusta** myös tarkkaavaisuuteen ja toiminnanohjaukseen sekä keskisuurta **vaikutusta** orientaatioon, sanalliseen ja episodiseen muistiin. Yhdessä tutkimuksessa omaishoitajan laulamisella oli keskisuurta **vaikutusta** muistisairaahan työmuistin edistämiseen, laulamisella oli myös omaishoitajan kuormittumista lievittävä **vaikutus**. (Altenmueller ym. 2017, 6-7.)

Musiikki-intervention **vaikutus** muistisairauden aiheuttamiin neuropsykiatrisiin oireisiin, mielialaan ja elämänlaatuun oli satunnaistetuissa vertailututkimuksissa tuloksina hyvin vaihtelevia. Osassa tutkimuksista **vaikutus** oli merkittävä ja osassa **vaikutusta** ei voitu osoittaa. Altenmueller:n ja muiden (2017, 7) kirjallisuuskatsauksen yhden tutkimuksen tuloksena todettiin, että muissa muistisairauksissa paitsi Alzheimerin taudissa sairauden keskivaiheessa olevilla ihmisillä musiikin kuuntelu oli erityisen hyödyllistä. Tutkijat totesivat, että kaiken kaikkiaan musiikki-interventioiden **vaikutukset** muistisairauden aiheuttamiin oireisiin saattavat liittyä turvallisuuden ja mukavuuden tunteisiin, jotka väliaikaisesti peittävät alleen hämmennyksen ja disorientaation kokemukset tarkkaavuuden kiinnittyessä tuttuun musiikkiin. (Altenmueller ym. 2017, 7.)

Tutkimuksessa Talking Mats – menetelmän hyödyntämisestä muistisairaahan ihmisen ja hänen puolisonsa yhteisen päätöksen tekemisen **tukemiseksi** havaittiin, että Talking Mats -menetelmän käyttäminen auttoi muistisairasta ihmistä muistamaan mistä puhuttiin ja muistamaan sanoja visuaalisen vihjeen avulla, tämän myötä ilmaisemaan mielipiteensä selkeämmin (Murphy & Oliver 2013, 177.)

## 5.2 Muistisairaahan ihmisen pyrkimys minuuden varmentamiseen ja elämän jatkuvuuteen

Engströmin ja muiden (2013, 793) tutkimuksessa osallistujat kuvailivat ulkona olemista **minuuden** varmentamisena. Sitä seikkaa, että ihminen oli **kykenevä** tekemään mielekkäitä asioita sairaudesta huolimatta, pidettiin keskeisenä. Ulkoilu aistikokemuksena voitiin yhdistää hyvinvoinnin **tunteeseen**. **Sosiaalinen vuorovaikutus** oli osa ulkoilun kokemista, vaikka vain osallistujan havainnoissa muita ihmisiä tai jonkin asian jakamista toisen kanssa. Useat tutkimukseen osallistuneet toivat esille ulkoilun merkitystä vapauden ja itsenäisyyden kokemisenä, se antoi myös tilaisuuden pohtia tulevaisuutta sairaudesta huolimatta. Taitojen menettäminen koettiin surullisena ja **itsevarmuutta** heikentävänä, toisaalta mahdollisuus tehdä ulkoilma-aktiviteetteja koettiin **itsevarmuuden** lähteenä. Ulkoilulla oli usealle osallistujalle **roolien** jatkuvuuden merkitys, esimerkiksi entinen maanviljelijä totesi ulkoilun olevan sellaista, mitä hän on aina tehnyt. (Engström ym. 2013, 795-797.)

Cedervall ja muut (2014, 679) totesivat, että fyysinen aktiivisuus saattaa auttaa lievässä Alzheimerin taudin vaiheessa olevaa ihmistä siirtämään diagnoosikeskeistä käsitystään **minuudestaan** enemmän terveen ja kykenevän **minuuden** suuntaan. Jotkut osallistujat toivat esille, että fyysisesti aktiivisena pysyminen oli keino **elämän ja minuuden jatkuvuuden** ylläpitämisessä. Tutkijoiden mukaan ulkoilulla fyysisenä aktiviteettina oli merkitystä osallistujille aikaisempien taitojen ja terveelliseen elämän tapaan liittyvien **sosiaalisten roolien** ylläpitämisessä. Muistisairaahan ihmisen pyrkiessä

ylläpitämään fyysisen aktiviteetin jatkuvuutta, hänen oli mahdollista siten säilyttää **minuutta** ja **hyvinvointia**. (Cedervall ym. 2014, 684-686.)

Myös musiikki-interventiolla saattaa olla muistisairaahan ihmisen **minuuden** kokemi- seen vaikutusta. Altenmueller ja muut (2017, 7) totesivat, että entuudestaan tuttu musiikki herätti yksilöllisiä **tunteita**, jotka saattoivat hetken edesauttaa muistisairaahan ihmisen elämänkerrallisten muistojen mieleen palautumista ja palauttaa **tunnetta minuudesta**.

### 5.3 Vuorovaikutus ja kommunikaatio muistisairaahan ihmisen kohtaami- sessa

Agronin, Brown ja Stein (2020, 165) tekemässä tutkimuksessa tuli esille, että hoito- henkilökunnan **kommunikaatiotaitojen** edistämisen interventioissa tulokset olivat vaihtelevia. **Empatiaan** tai johonkin muuhun **ihmislähtöisen hoitotyön** tekijään kes- kittyneistä tutkimuksista kolmessa tutkimuksessa viidestä havaittiin merkittävää edis- tymistä. Kuudessa katsaukseen valitussa tutkimuksessa keskityttiin hoitohenkilökun- nan **empaattisen kommunikaation** tai **empaattisen** terapeuttisen **kommunikaation** edistämiseen muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa. Nämä kuusi tutkimusta tuottivat positiivisen tuloksen, terapeuttinen **kommunikaatio** lisääntyi merkittävästi ja lapselli- nen puhetyyli vähentyi, erityisesti Changing Talk- menetelmä edisti **kommunikaation** laatua. (Agronin ym. 2020, 165.)

Agronin ja muut totesivat (2020, 166), että tutkimuksissa, joissa keskityttiin **kommunikaatiotaitojen** edistämiseen, saavutettiin lisääntymistä positiivisessa terapeutti- sessa **kommunikaatiossa**. Positiivista terapeuttista **kommunikaatiota** pidetään **ih- mislähtöisen hoitotyön** ja **empaattisen** ymmärtämisen perustana. Kirjallisuuskat- sauksen tulokset olivat lupaavia ja ne tulisi ottaa huomioon **kommunikaation** harjoit- teluohjelmia kehitettäessä. (Agronin ym. 2020, 165.)

Murphy ja Oliverin (2013, 176) tutkimuksessa puhetta **tukevan** ja korvaavan Talking Mats -menetelmän käyttämisestä muistisairaahan ihmisen ja hänen puolisonsa yhteisten päätösten tekemisen **tukena** todettiin, että osallistujat olivat merkittävästi tyytyväisempiä **osallisuuteensa** keskusteluun Talking Mats -menetelmää käytettäessä verrattuna heidän tavanomaisiin keskustelutapoihinsa. Omaishoitajapuolison tyytyväisyys **osallisuuteensa** keskustelussa oli merkittävästi muistisairasta puolisoaan korkeampi. Tutkimuksen laadullisessa tarkastelussa esille tuli Talking Mats -menetelmän ominaisuus muistisairaahan puolison itseilmaisun **tukemisessa** käsillä olevan aiheen ja sanojen mieleen palauttamisena. Talking Mats-menetelmän **tukema** keskustelu koettiin mielekkäänä aktiviteettina, joka edisti muistisairaahan osallistujan ja hänen omaishoitajansa välistä keskustelua. (Murphy & Oliver 2013, 175-176.)

## 6 Pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen pohdintaosassa alkuperäistutkimuksiin perustuvia tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempaan kirjallisuuteen. Tarkastelu laajenee koskemaan ilmiön kannalta laajempia tai ilmiöön keskeisesti liittyviä näkökohtia. Pohdintaosaan kuuluvat myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta sekä jatkotutkimushaasteet ja johtopäätökset. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91.)

### 6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Casey:n ja muiden (2020, 2) mukaan Harris (2008) toteaa, että muistisairaiden ihmisten positiivinen adaptaatio sisälsi selviytymisen muistisairauden negatiivisista vaikutuksista, voimavaroja ja suojaavia tekijöitä, jotka peittivät alleen uhkat ja haavoittuvuuden. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että muistisairaahan omasta valinnasta lähtevällä fyysisen aktiivisuuden ylläpitämisellä, ulkoilulla, Talking Mats -menetelmän käytöllä ja musiikki-interventiolla saattaa olla muistisai-

raan ihmisen positiivista adaptaatiota edistävää vaikutusta. Muistisairaahan ihmisen resilienssiin liittyy vahvasti hänelle merkityksellisten asioiden tekeminen, joillekin tällaisia toimintoja olivat fyysinen aktiviteetti, ulkoilu ja musiikin kuuntelu. Edellä mainitut toiminnot tuottivat tutkimuksiin osallistuneille positiivisia tunteita ja ajatuksia (vapauden tunne, helpotus, mukavuus, kyvykkyys), jotka ovat yhteydessä resilienssiin sekä hyvinvoinnin kokemiseen. (Casey ym. 2020, 2; Martela 2014.) Muistisairaahan ihmisen resilienssiä voidaan tukea tarjoamalla hänelle mahdollisuuksia merkityksellisten asioiden tekemiseen, tämä edellyttää muistisairaahan ihmisen tuen tarpeen selvittämistä liittyen hänelle merkityksellisten asioiden tekemiseen.

Ihmislähtöisessä hoitotyössä pidetään käytännön suosituksena sitä, että hoitaja tunnustaa ja tukee muistisairaahan ihmisen elämässä mahdollisuuksia osallistua hänelle merkityksellisiin asioihin. Osallistumisen tukemisessa tulisi ottaa huomioon muistisairaahan ihmisen mielenkiinnot ja arvostukset, valinnat ja onnistumiset, sekä osallistumisen tuottamat tunteet ja merkitykset. (Fazio ym. 2018, 18.) Engströmin ja muiden (2013, 793) tutkimuksessa tulivat esille osallistujien ulkoilulle antamat merkitykset ja sen tuottamat tunteet ja he pitävät tärkeänä muistisairaahan ihmisen omasta halusta lähtevän ulkoilemisen mahdollistamista, joko sukulaisten tai hoitohenkilökunnan toimesta. Cedervall ja muut (2015, 679) toteavat, että fyysisen aktiivisuuden minuuden ylläpitämistä edistävä ominaisuus lievää Alzheimerin tautia sairastavalla tulisi ottaa huomioon tarvelähtöisiä käytäntöjä ja palveluita suunniteltaessa.

Toimijuus viittaa ihmisen kykyyn toimia ja tehdä valintoja, sekä arvioida niitä ja niiden perusteita (Jyrkämä 2013, 108). Tuloksista voidaan johtaa, että fyysisellä aktiivisuudella ja ulkoilulla oli lievässä muistisairauden vaiheessa oleville toimijuutta tukeva merkitys; he tiedostivat taitojen heikkenemisen, toisaalta he kokivat ulkoilun olevan itsen arvostusta lisäävää ja (Alzheimerin tautia sairastavilla) fyysisesti aktiivisen elämäntyylin ylläpitämisen minuutta ja hyvinvointia säilyttävää (Engström ym. 2013, 793; Cedervall ym. 2015, 679).

Alastalo ja muut (2017, 1) toteavat, että muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin lähtökohdat ovat oikeus elää omannäköistä elämää, tulla kuulluksi ja saada päättää omista asioistaan. Puhetta tukeva ja korvaava menetelmä Talking Mats lisäsi Murphy:n ja Brown:n (2013, 171) tutkimuksessa muistisairaahan ihmisen ja hänen puolisonsa osallisuutta keskusteltaessa heidän arkitoiminnoistansa suoriutumisesta. Tutkijat toteavat myös, että Talking Mats -menetelmän käyttäminen keskustelun tukemisessa saattaa edistää positiivista adaptaatiota ja muistisairaahan ihmisen hyväksyntää sairauden edessä lisääntyvää hoidon tarvetta kohtaan. Tutkijoiden mielestä on selvää, että Talking Mats -menetelmä tarjoaa tehokkaan tavan muistisairaahan ihmisen ja hänen puolisonsa näkemysten kuulluksi tulemiselle. (Murphy & Brown 2013, 171, 179.) Voidaan todeta, että Talking Mats -menetelmän käyttäminen hoitotyön suunnittelussa muistisairaahan ihmisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen tukena, saattaa edistää muistisairaahan ihmisen osallisuuden ja itsemääräämisen toteutumista hänen omassa hoidossansa ja hoivassa.

Muistisairaajat ihmiset kykenevät ja haluavat reflektoida nykyistä elämäntilannettaan, elämäänsä ja sairauttaan sekä myös tulevaisuutta. Toimijuuden tukemisen perustavana osana voidaan pitää tilan ja mahdollisuuden antamista muistisairaahan ihmisen refleksiivisyydelle. (Jyrämä 2013, 109-110; Virkola 2012.) Hoitotyön näkökulmasta tämä edellyttää muistisairaahan ihmisen hyvää kohtaamista. Hoitohenkilökunnan terapeuttista kommunikaatiota on mahdollista lisätä empaattisen kommunikaation edistämiseen keskittyvillä interventioilla (Agronin ym. 2020, 165).

### 6.1.1 Hoitotyöntekijöiden kommunikaatiotaitojen edistäminen muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisena

Agronin ja muut (2020, 166) totesivat tutkimuksessaan, että kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat lupaavia ja ne tulisi ottaa huomioon kommunikaation harjoitteluohjelmia kehitettäessä hoitohenkilökunnalle, erityisesti kommunikaatiotaitojen edistämisen koulutuksen avulla lisäsi positiivista terapeuttista kommunikaatiota.

Sairaanhoitajan heikot vuorovaikutustaidot voivat hankaloittaa hoitotyötä ja aiheuttaa potilaassa ahdistuneisuutta ja turhautuneisuutta. On keskeistä, että sairaanhoitajat ymmärtävät, kuinka tärkeää on olla vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidoiltaan taitava, jotta potilaan kohtaaminen terapeuttisella tasolla olisi mahdollista. Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikaatiokeinojen käyttäminen on yksi tehokas strategia, jolla voidaan edistää kommunikaatiota muistisairaahan ihmisen kanssa. (Jotuun & McGhee 2011, 41, 44.)

Hanna Ropposen (2016, 2) mukaan puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja voitaisiin käyttää laajemmin muistisairaahan ihmisen kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen tukemiseen, sekä muistivaikeuksien lieventämiseen. Tällaiset tukikeinot voivat lisätä vuorovaikutuksen laatua ja määrää muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välillä (Ropponen 2016, 2). Tähän mennessä vähän teknologiaa sisältäneet menetelmät ovat osoittautuneet hyödyllisiksi, toisaalta enemmän teknologiaan perustuvat menetelmät ovat osoittautuneet muistisairaahan ihmisen käytössä liian vaikeiksi käytön oppimisen ja ohjelman hahmottamisen osalta. (Alm & Arnott 2016, 6.)

### 6.1.2 Ulkoilu, fyysinen aktiivisuus ja musiikki-interventio muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisena

Mielen hyvinvoinnin tukeminen liittyy vahvasti muistisairaahan ihmisen yksilöllisen aktiivisen arjen mahdollistamiseen. Erityisesti kotihoidossa muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvointia voidaan tukea hyvin yksinkertaisin keinoin, kuten tukemalla asiakkaan fyysistä aktiivisuutta ja mahdollistamalla hänen ulkoiluansa.

Käytännössä ulkoilun mahdollisuudet ovat rajalliset, jos kotona asuvalla muistisairaalla ihmisellä ei ole riittävästi tukea ulkoilun mahdollistumiseksi, tämä voi johtaa ihmisen kohdalla sosiaaliseen eristymiseen ja yksinäisyyteen. Ulkoilemisen esteenä voidaan myös pitää negatiivista asennetta tai uskomusta, jonka mukaan muistisairas ihminen tulisi pitää sisätiloissa. (Argyle, Bartlett & Dening 2017, 1005.)

Muistisairaahan ihmisen ulospääsemisessä ovat kyseessä hänen ihmisoikeutensa ja sosiaalinen tasa-arvo. Palveluiden tuottamisessa tulisi lähtökohtaisesti ottaa huomioon muistisairaahan ihmisen tarve päästä ulos ja tulisi pohtia myös, miten ulkoilemisella voisi edistää muistisairaahan ihmisen osallisuutta. (Argyle ym. 2017, 1005-1006.)

Muistisairaahan ihmisen ulkoilemiseen liittyviä uhkia tulisi voida arvioida systemaattisesti. Turvallisuuden arviointi mahdollistaisi yksilöllisesti kohdennetut interventiot turvallisen ulkoilemisen varmistamiseksi. Ennakoivassa hoidon suunnittelussa olisi hyödyllistä selvittää muistisairaahan ihmisen mielipide ulkoilun tärkeydestä, ulkoilun merkitys hänen hyvinvoinnilleen ja asenne teknologisten apuvälineiden käyttämisestä orientaatiovaikeuksien kompensoimiseksi ja kartoittaa tuen tarve. (Bantry & Montgomery 2016, 473; Argyle ym. 2017, 1005.) Teknologiset apuvälineet (muun muassa GPS-seurantalaite ja ovihälytinjärjestelmä) tukevat muistisairaahan ihmisen itsenäisyyttä, niiden avulla on mahdollista viivästyttää asiakkaan hoitolaitokseen siirtymistä, keventää omaishoitajan hoitokuormaa ja parantaa muistisairaahan ihmisen elämänlaatua (Beattie, Bennett, Carney, Freckelton, McDonald, White & Willmott 2017, 749).

Muistisairaahan ihmisen fyysisen aktiivisuuden tukemiseen on olemassa hyviä malleja. Muistisairaiden ihmisten kotikuntoutuksen interventiot ovat sellaisia, joita kotihoiton henkilöstö voi hyvin ohjata; ulkoilu, jumppa, porraskävely, päivittäisten toimintojen harjoittelu, omatoimisuuteen motivointi ja muistitoimintojen harjoittelu. Arkiliikuntasopimuksen tekeminen asiakkaan kanssa soveltuu hyvin kotihoitoon, sen avulla asiakkaan rooli muuttuu passiivisesta vastaanottajasta täysivaltaiseksi toimijaksi. Henkilökunnan tehtävänä on innostaa, antaa palautetta, seurata, arvioida ja kehittää arkiliikuntaohjelmaa. (Kankare & Virjonen 2013, 77-78.)

Mielen hyvinvoinnin näkökulmasta musiikin kuuntelulla saattaa hetkellisesti olla muistisairaalle ihmiselle minuudesta muistuttava merkitys (Altenmueller ym. 2017, 7). Muistisairaahan ihmisen yksilölliset musiikkimieltymykset säilyvät sairauden edessä. Musiikki on läheisessä yhteydessä ihmisen identiteettiin ja elämänhistoriaan,

on tärkeää selvittää muistisairaahan ihmisen yksilölliset musiikkimieltymykset, jotta sairauden myöhäisemmässä vaiheessa mielimusiikilla voisi olla ominaisuus ylläpitää tietoisuutta siitä kuka ihminen on. (McDermott, Orrell & Ridder 2014, 715-716.) Musiikki-interventio soveltuu hyvin kotihoidossa käytettäväksi mielen hyvinvoinnin tukemiseksi.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemisessä korostuu tekijän eettisyys valintojen ja raportoinnin vaiheissa. Subjektivisuus saattaa nousta ongelmaksi, jos tarvittava taustatyö jää liian suppeaksi. Opinnäytetyön tekemisessä eettisyyttä ja luotettavuutta voidaan edistää tutkimusprosessin läpinäkyvällä toteutuksella ja kulkemalla johdonmukaisesti tutkimuskysymyksistä tuloksiin. (Ahonen ym. 2013, 297-298.)

Kirjallisuuskatsaus on tehty Pietarisen (2009) esittämien eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimus on toteutettu rehellisesti ja tunnollisesti. Riskitekijät on eliminoitu ja prosessissa on kunnioitettu ihmisarvoa ja toisten tutkijoiden työtä. (Kuula 2011.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus koostuu Parkkilan ja muiden (2000) mukaan neljästä näkökulmasta; uskottavuudesta, siirrettävyydestä, riippuvuudesta ja vahvistettavuudesta. Uskottavuutta kirjallisuuskatsauksessa edistää se, että alkuperäisaineisto on kuvattu riittävällä tavalla ja aineiston laatu on arvioitu. Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin on näkökulmana kirjallisuuskatsauksessa haastava. Alkuperäistutkimukset olivat heterogeenisiä menetelmien, käsitteiden, taustateorioiden ja kohderyhmien kesken. Esimerkiksi tulokset, jotka on saatu esille muistisairauden lievää vaihetta sairastavaa ihmistä haastatteleamalla eivät välttämättä ole sovellettavissa ihmiseen, joka sairastaa muistisairauden vaikeaa vaihetta. Kirjallisuuskatsauksen osassa alkuperäistutkimuksia oli kohderyhmänä kotona-asuvat muistisairaajat ihmiset, on epätodennäköistä, että tulosten mukaisella mielen hyvinvoinnin tukemisella saataisiin täysin samankaltaisia tuloksia laitosasumisessa toteutettuna. Musiikki-

interventiota tarkastelevassa alkuperäistutkimuksessa intervention toteuttaja oli useimmiten ollut musiikkiterapeutti, vaikka tarkastelun keskiössä oli musiikin vaikutukset, niin intervention toteuttajan merkitystä tulosten kannalta on vaikea arvioida. Tulosten siirrettävyys on näistä näkökulmista kyseenalaista. Luotettavuuden riippuvuuden näkökulmasta voidaan todeta, että kirjallisuuskatsaus on toteutettu tieteellistä tutkimusta yleisesti ohjaavin periaattein. Kirjallisuuskatsauksessa on pyritty vahvistettavuuteen. Tehtyjen valintojen ja päättelyiden perustelu ja avaaminen lukijalle on ollut vaikea tehtävä, johon on vaikuttanut muun muassa aikaresurssi ja tutkijan kokemattomuus. (Haltia & Nieminen 2013.) Kirjallisuuskatsauksen johdonmukaisuutta eli koherenssia olisi voinut kehittää. Tutkijan kokemattomuus vaikutti myös siihen, että aineiston vertailu tulosten synteessissä sisältää puutteita. Tekijä on yksin tehnyt aineiston haun, valinnan ja sisällönanalyysin, mitä voidaan pitää tulosten luotettavuutta vähentävänä. (Valkeapää 2016, 61.) Myös vieraan kielen käänöksissä on voinut tulla virheitä.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on selvittää miten puhetta tukevat ja korvaavat menetelmät (AAC) voivat tukea kotona asuvan muistisairaana ihmisen itseilmaisua? tai kuinka muistisairaana ihmisen osallisuutta hoidon suunnittelussa voidaan tukea AAC-menetelmää käyttäen? Puhetta tukevien ja korvaavien menetelmien käyttö on muistihoidotyössä vähäistä ja näyttöön perustuva tieto saattaisi edesauttaa menetelmän laajempaa käyttöönottoa.

Kotona asuvan muistisairaana ihmisen ulkoilemisen mahdollistaminen on mielen hyvinvoinnin tukemisen näkökulmasta hyödyllinen jatkotutkimuksen aihe. Miten kotihoitoa ja/tai palvelujärjestelmää voidaan kehittää niin, että kotona asuvalla muistisairaalla olisi mahdollisuus ulkoilla niin halutessaan? Miten ulkoilu toimintona voi tukea muistisairaana ihmisen autonomian, osallisuuden ja toimijuuden toteutumista?

Musiikki-interventiota voidaan hyödyntää kotihoidossa muistisairaana ihmisen mielen hyvinvoinnin tukemisena. Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena on edistää positiivisten musiikin vaikutusten hyödyntämistä kotihoidossa aiheen tarkastelun avulla; miten musiikki-interventio tukee kotona-asuvan muistisairaana ihmisen mielen hyvinvointia? Aihe kaipaa lisätutkimuksia erityisesti hoitotyöntekijän toteuttamasta musiikki-interventiosta.

## Lähteet

Agronin M., Brown E. & Stein J. 2020. Interventions to Enhance Empathy and Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 13, 3, 158-168. Viitattu 23.9.2020. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Ahonen S-M, Jääskeläinen P., Kangasniemi M., Liikanen E., Pietilä A-M & Utriainen U. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25, 4, 291-301.

Alastalo H., Erhola K. & Kehusmaa S. 2017. Muistisairaahan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tutkimuksesta tiiviisti 29. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 10.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN\\_ISBN\\_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN_ISBN_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1).

Allan K. & Killick J. 2008. Communication and relationships: an inclusive social world. Excellence in dementia care, research into practice. Open University Press. England.

Alm N. & Arnott J. 2016. How Can We Develop AAC for Dementia? School of Science & Engineering. University of Dundee. United Kingdom. Viitattu 29.9.2020. <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/how-can-we-develop-aac-for-dementia>.

Altenmueller E., Leo V., Sihvonen A., Soynila S., Särkämö T. & Tervaniemi M. 2017. Music-based interventions in neurological rehabilitation. *The Lancet. Neurology* 16, 8, 648-660. Viitattu 30.9.2020. <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/music-based-interventions-in-neurological-rehabilitation>.

Argyle E., Bartlett B. & Denning T. 2017. Space, the final frontier: outdoor access for people living with dementia. *Aging & mental health*. 21, 10, 1005-1006. Viitattu 2.10.2020. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Axelin A., Stolt M. & Suhonen R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja a73. Turun yliopisto.

Bantry E. & Montgomery P. 2016. Supporting people with dementia to walk about safely outdoors: development of a structured model of assessment. *Health and Social Care in the Community* 24, 4, 473-484. Viitattu 10.10.2020. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Beattie E., Bennet B., Carney T., Freckelton I., McDonald F., White B. & Willmott L. 2017. Assistive technologies for people with dementia: ethical considerations. Policy & practice. Human rights, assistive technologies and dementia care. *Bulletin of*

the World Health Organization 95, 11, 749-755. Viitattu 7.10.2020. <https://janet.finna.fi>, PubMed

Boyle, G.2014. Recognising the agency of people with dementia. Disability and Society 29, 7, 1130-1144. Viitattu 17.10.2019. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.910108>.

Casey D., Teahan A. & Whelan S. 2020. Fostering the Resilience of People With Dementia: A Narrative Literature Review. Frontiers in Medicine. Geriatric Medicine. Viitattu 22.10.2020. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00045>.

Cedervall Y., Torres S. & Åberg A-C.2014. Maintaining well-being and selfhood through physical activity: experiences of people with mild Alzheimer's disease. Aging & Mental Health.19, 8, 679-688. Viitattu 20.9.2020. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

David L.2020. "Positive Psychology / PERMA Theory (Seligman)," in Learning Theories. Viitattu 1.9.2020. <https://www.learning-theories.com/positive-psychology-perma-theory-seligman.html>.

Deci E. & Ryan R.2000.The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychological Inquiry 11, 4, 227-268. Viitattu 2.10.2020. [https://www.academia.edu/24470501/The\\_What\\_and\\_Why\\_of\\_Goal\\_Pursuits\\_Human\\_Needs\\_and\\_the\\_Self\\_Determination\\_of\\_Behavior](https://www.academia.edu/24470501/The_What_and_Why_of_Goal_Pursuits_Human_Needs_and_the_Self_Determination_of_Behavior).

Eloniemi-Sulkava U.2011.Tarvelähtöinen hoidon kokonaisuus. Amia muistikeskus. Viitattu 19.10.2020. <https://www.amia.fi/tietoa-ammattilaisille/tarvelahtoinen-hoidon-kokonaisuus>.

Euroopan komissio. 2010. Mental Health and Well-Being in Older People – Making it Happen. Konferenssimuistio. Viitattu 7.1.2020. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20100628\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20100628_report_en.pdf).

Erkinjuntti T., Hallikainen M., Remes A.2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Julkaisussa Muistisairaudet. Viitattu 14.10.2020. <https://janet.finna.fi>.Duodecim. Oppiportti.

Engström M., Lampic C., Olsson A. & Skovdahl K. 2013. Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. Aging & Mental Health.17, 7, 793-800. Viitattu 20.9.2020. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Fazio S., Flinner J., Kallmyer B. & Pace D. 2018. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist*. 58, 1, 10–19. The Gerontological society of America. Viitattu 11.9.2020. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. 2017. Geneva. World Health Organization. Viitattu 4.11.2020. [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/).

Haltia N. & Nieminen M. 2013. Luotettavuus. PowerPoint-esitys. Viitattu 2.11.2020. <https://smackslide.com/slide/laadullinen-tutkimus-wunsjq>.

Hamari L. & Niela-Vilen H. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja a73. Turun yliopisto.

Heimonen S. & Mäki-Petäjä-Leinonen A. 2018. Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset - miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? *Gerontologia* 23, 1, 21-36. Viitattu 1.10.2020. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/65390>.

Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Muistiliitto. Viitattu 6.9.2020. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf).

Johansson E. & Lehtiö L. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja a73. Turun yliopisto.

Jootun D. & McGhee G. 2011. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*. 25, 25, 40-46. Viitattu 8.10.2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/66d9/b129196fd6508c74e21ab51cd462b23a678e.pdf>.

Jyrkämä J. 2013. Muistisairaus, arkitilanteet ja toimijuus. Julkaisussa *Muistin ongelmat, toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon*. 67-113. Juva. PS-kustannus.

Kangasniemi M. & Pölkki T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Julkaisussa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja a73. Turun yliopisto.

Kankare H. & Virjonen K. 2013. Palveluita muistipolulle. Julkaisussa *Muistin ongelmat, toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon*. 59-85. Juva. PS-kustannus

- Kuula A.2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino. Viitattu 2.11.2020. <https://janet.finna.fi/Ellibslibrary>.
- Lehtinen V.2008. Building Up Good Mental Health -guidelines based on existing knowledge. STAKES. Jyväskylä. Viitattu 20.11.2019. <https://thl.fi/documents/10531/115966/Building%20up%20good%20mental%20health.pdf>.
- Malinen K., Punna M., Sevón E., & Sihvonen, S.2017. Kannattaako asiakkaan toimijuiden ja itseohjautuvuuden vahvistaminen? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 54, 2, 155-158. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/67589>.
- Martela F. 2014. Itseohjautuvuusteoria – Eli onnellisen elämän kolme keskeisintä tekijää. Viitattu 5.10.2020. <https://frankmartela.fi/2014/04/04/itseohjautuvuusteoria-eli-kolme-vastausta-siihen-mika-tekee-ihmisen-onnelliseksi/>.
- McDermott O., Orrell M. & Ridder H.2014. The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. Aging & Mental Health 18, 6, 706 -716. Viitattu 12.10.2020.<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.875124>.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.10.2020. Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Muistisairauksien yleisyys. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.12.2019.<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>.
- Murphy J.& Oliver T. 2013.The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. Health and Social Care in the Community 21, 2, 171-180. Viitattu 12.9.2020. <https://janet.finna.fi/>, CinahlPlus.
- Ropponen H. 2016. Puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointikeinojen käyttö dementia-tilaisten keskustelutaitojen ja vuorovaikutuksen tukemisessa. Kandidaatintutkielma. Humanistinen tiedekunta logopedia. Oulun yliopisto. Viitattu 11.10.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201605272024.pdf>.
- Sarajärvi A. & Tuomi J.2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Tammi. Viitattu 1.11.2020. <https://janet.finna.fi/Ellibslibrary>.

Topo P.2012. Autonomia on arkinen asia. Viitattu 16.10.2019. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=69&issue=2012-03&lang=fi>.

Tutkimusten arviointikriteeristöt. 2018. Näytön tiivistäminen. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 3.11.2020. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>.

Valkeapää K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja a73. Turun yliopisto.

Virkola E.2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja– muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.10.2020. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/42804>.

## Liitteet

### Liite 1 Hakulausekkeet, mukaanotto- ja poissulkukriteerit

**Perushakulauseke** Dementia OR Alzheimers AND mental wellbeing or psychological wellbeing or emotional wellbeing or well being

**CinahlPlus:** Dementia OR Alzheimers AND mental wellbeing or psychological wellbeing or emotional well-being or well being

**Medline:** Dementia OR Alzheimers AND mental wellbeing or psychological wellbeing or emotional well-being or well being

**ProQuest:** ((Dementia OR Alzheimers) AND ("mental wellbeing" OR "psychological wellbeing" OR "emotional wellbeing" OR "well being")) NOT "caregiver"

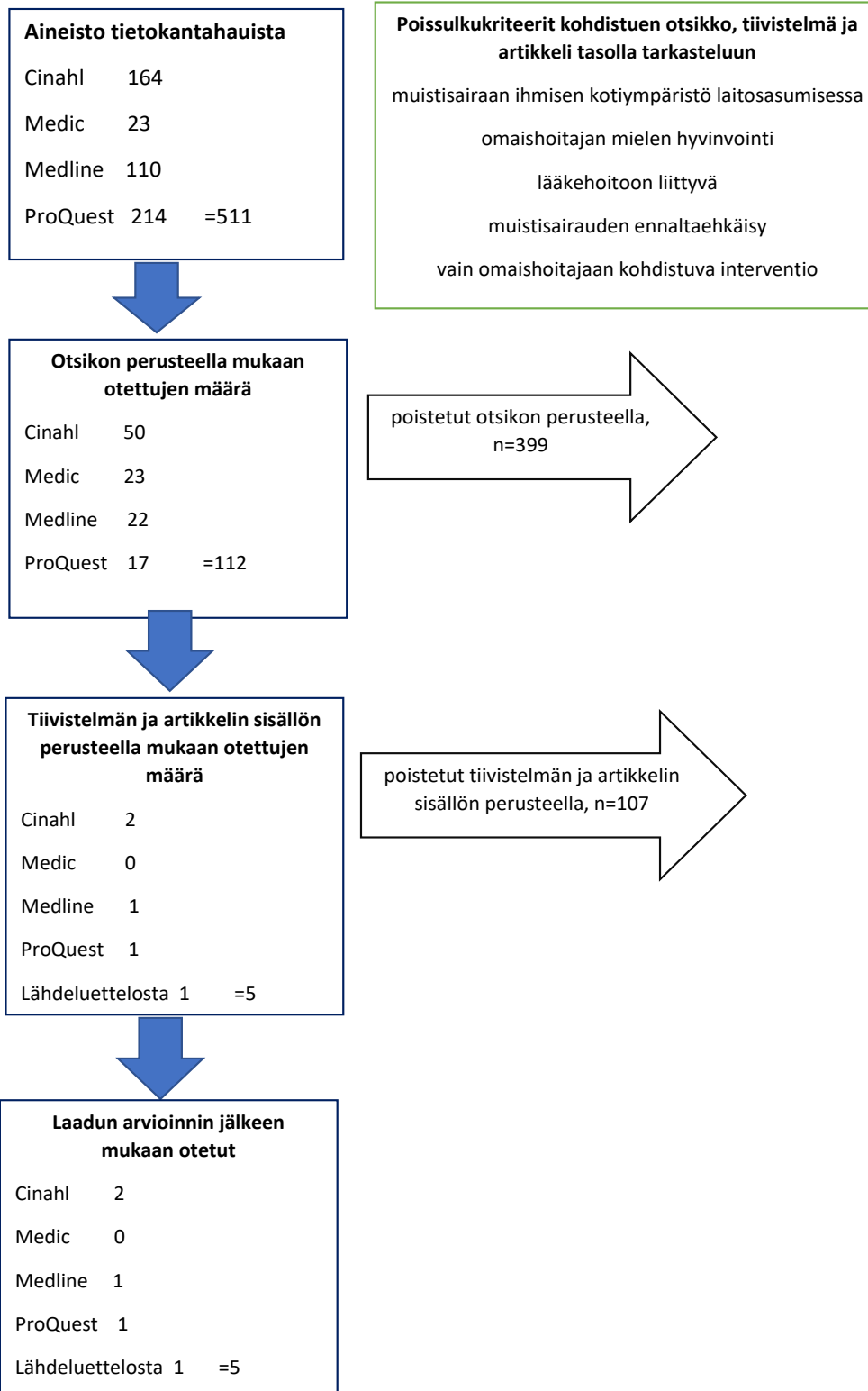
**Medic:** muistisair\* AND hyvinvoin\*

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit PICO -tarkastelua mukaillen

	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kohderyhmä	muistisairaus, kotona-asuva, hoitotyöntekijät	omaishoitajan mielenhyvinvointi, palvelutalo, vanhainkoti
Interventio	mielen hyvinvoinnin tukeminen, lääkkeetön hoito, kotiympäristö, hoitotyön prosessiin liittyvä, omaishoitajan tukeminen kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa, koulutus	lääkehoito, muistisairauden ennaltaehkäisy, vain omaishoitajaan kohdistuvat interventiot
Tulokset	mielen hyvinvointia tukeva hoitotyöhön soveltuva, hoitotyöhön liittyvä	
Tutkimusasetelmat	kaikki tutkimusasetelmat	
Julkaisuvuosi	2010-2020	ennen 2010
Saatavuus JAMK-tunnuksilla	Abstrakti ja koko teksti	

## Liite 2 Alkuperäistutkimusten valintaprosessi

LIITE 2 Alkuperäistutkimusten valinnan eteneminen





Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimukseen osallistuneet maat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos ja menetelmä	Päätulokset	Laadun arviointi
Murphy & Oliver  2013  Iso-Britannia	Tutkia, voiko Talking Mats –menetelmän avulla tukea muistisairaahan ihmisen ja hänen puolisonsa välistä keskustelua ja päätöksen tekemistä liittyen arkipäiväisiin asioihin.	18 avioparia, toisella heistä muistisairaus. Interventiotutkimus, jossa käytettiin Involvement Measure -kyselyä intervention vaikuttavuuden mittaamiseksi ja määrällisen tiedon tuottamiseksi. Laadullista tietoa kerättiin haastatteluiden avulla. Sisältö analysoitiin kognitiivisen kartoituksen (cognitive mapping) avulla.	Muistisairas ihminen ja hänen puolisonsa kokivat enemmän osallisuutta menetelmää käytettäessä verrattuna tavallisiin keskustelutapoihin. He kokivat myös enemmän tyytyväisyyttä keskustelun lopputuloksiin, silloin kun menetelmä oli keskustelun tukena.	Laadullisen osan arviointi  JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle  9/10  Tutkimuksen määrällisen osuuden tulokseen pääseminen oli johdonmukaisesti toteutettu.

Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimukseen osallistuneet maat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos ja menetelmä	Päätulokset	Laadun arviointi
Agronin ym.  2019  Yhdysvallat	Tutkia interventiota, joissa keskityttiin hoitotyön henkilökunnan ja alan opiskelijoiden empaattiseen kommunikatioon ja kokemuksiin.	Kirjallisuuskatsaus, jossa 1427 hakutulosta ja valitussa aineistossa 18 artikkelia, menetelmänä teorialähtöinen kuvaileva luokittelu.	Empatia: viidestä tutkimuksesta kolmessa merkittävää edistymistä  Empaattinen kommunikatio: kuusi tutkimusta, kaikista positiivinen tulos  Asukkaan/asiakkaan tulos: kahdessa viidestä tutkimuksesta vaikutusta oireisiin	JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle  11/11

Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimukseen osallistuneet maat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos ja menetelmä	Päätulokset	Laadun arviointi
Cedervall ym.  2015  Ruotsi	Lisätä tietoa, siitä kuinka lievästi AT:a sairastavat ihmiset järkeilevät fyysisestä aktiivisuudesta osana arkipäiväistä elämää, erityishuomiona fyysiselle aktiivisuudelle annetut merkitykset.	Aineisto muodostettiin syvähaastattelemalla 14 lievästi AT:a sairastavaa ihmistä, aineiston käsittelyyn käytettiin laadullista sisällönanalyysia.	Kolme alaluokka tuli esille; ”pyrkimys pysyä fyysisesti aktiivisena peilaten konkreettisia lähestymistapoja suhteessa sairauden aiheuttamiin haittoihin”, ”näkemys fyysisestä aktiivisuudesta, kuinka normit kannustivat heitä pysymään fyysisesti aktiivisena”, ”fyysinen aktiivisuus hyvinvoinnin ylläpitämisen keinona, viitaten fyysiseen aktiivisuuteen liittyviin tunteisiin”. Yhdistelväksi luokaksi muodostui ”fyysinen aktiivisuus minuiden ylläpitämisen keinona”.	JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle  10/10

Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimukseen osallistuneet maat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos ja menetelmä	Päätulokset	Laadun arviointi
<p>Altenmueller ym.</p> <p>Suomi &amp; Saksa</p> <p>2017</p>	<p>Tutkia musiikkiin perustuvien interventioiden vaikutusta neurologisten potilaiden kuntoutumisessa,</p> <p>osatutkimuksena muistisairaahan ihmisen musiikki-interventiot.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, tutkimusaineistona 17 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa tutkimuskohteena muistisairaiden ihmisten musiikki-interventiot</p>	<p>Positiivinen vaikutus kognitiivisten toimintojen haittoihin, toiminnan ohjaukseen ja tarkkaavaisuuteen pieni tai keskisuuri vaikutus, keskisuurta vaikutusta orientaatioon, sanalliseen ja episodiseen muistiin. Vaikutus neuropsykiatriisiin oireisiin oli vaihtelevaa, vuorovaikutus omaishoitajan kanssa ja muistisairaahan ihmisen hyvinvointi parani, levottomuuteen ja ahdistuneisuuteen osassa tutkimuksia vaikutusta osassa ei, vaikutukset elämänlaatuun olivat tutkimuksesta riippuen joko positiivisia tai vaikutusta ei havaittu.</p>	<p>JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle 11/11</p>