



# Ikääntyneen muistisairaan kuntouttava hoito

Saara Rättyä

OPINNÄYTETYÖ  
Marraskuu 2020

Sairaanhoitaja

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja

RÄTTYÄ, SAARA:  
Ikääntyneen muistisairaahan kuntouttava hoito

Opinnäytetyö 29 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Marraskuu 2020

---

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus muistisairaahan ikäihmisen kuntouttavasta hoidosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, miten voidaan hoitaa muistisairaita ikääntyneitä mahdollisimman hyvin ja muistisairaahan toimintakykyä palauttaen ja ylläpitäen. Opinnäytetyön tehtävä oli selvittää, kuinka muistisairasta ikääntynyttä voidaan kuntouttaa. Työelämäyhteytenä toimi Tampereen ammattikorkeakoulu.

Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten tehtiin sähköisesti tietokannoissa Medic, Cinahl ja Scopus sekä manuaalisesti Hoitotiede-lehden vuosien 2011–2020 julkaisuissa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen analyysin keinoin.

Kirjallisuuskatsaus osoitti, että parhaat tulokset muistisairaahan kuntouttamiseen hoitotyössä saadaan yhdistelemällä eri kuntoutusmuotoja. Liikunta, psykoterapia, kuntouttava ote hoitotyössä sekä eri terapiamuotojen yhdistely ylläpitävät muistisairaahan toimintakykyä ja hyvinvointia. Yksilöity terapia edistää kuntoutumista ryhmäterapiaa paremmin, mutta ryhmäliikunta vähentää ärtyisyyttä.

Tuloksissa varsinaiset hoitotyön keinot muistisairaahan kuntouttamiseen jäivät vähäisiksi, sillä eniten tutkittua tietoa löytyi psykoterapian ja liikunnan vaikutuksista. Tuloksia voi silti soveltaa muistisairaahan hoidossa hoitohenkilökunnan tietotaidon puitteissa. Jatkotutkimuksiksi ehdotetaan sairaanhoitajien valmiuksien kartoittamista muistisairaahan kuntouttamiseen sekä konkreettisten hoitotyön keinojen vaikuttavuuden selvittämiseen.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

RÄTTYÄ, SAARA:  
Rehabilitating Nursing of the Elderly with Memory Disorders

Bachelor's thesis 29 pages, appendices 5 pages  
November 2020

---

The purpose of this study was to collect information on rehabilitating nursing of the elderly with memory disorders, and especially on how to improve and maintain their quality of life. The study was conducted as a descriptive literature review.

The findings show that combining different rehabilitation methods produce the best results. Exercise, psychotherapy, rehabilitative approach in nursing and individually combined therapies maintain the well-being and capabilities of the elderly with memory disorders.

Overall, the methods found to rehabilitate the elderly with memory disorders revolved mainly around exercise and various therapies. Although these are not usually considered methods of nursing, nurses may use the results according to their own capabilities when caring for patients with memory disorders.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Gerontologinen hoitotyö ja kuntoutus .....	7
	3.2 Dementiaoireyhtymä .....	8
	3.3 Alzheimerin tauti.....	9
	3.4 Verisuoniperäinen muistisairaus .....	9
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	10
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	10
	4.2 Aineiston keruu .....	10
	4.3 Sisällönanalyysi.....	12
5	TULOKSET .....	14
	5.1 Kognitiivinen psykoterapia .....	14
	5.1.1 Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia.....	14
	5.1.2 Yksilöity kognitiivinen psykoterapia .....	14
	5.2 Liikunnallinen kuntoutus .....	15
	5.2.1 Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutukset.....	15
	5.2.2 Fysioterapeutin antama kotikuntoutus .....	15
	5.2.3 Ryhmäliikunta .....	16
	5.3 Muut kuntoutusmuodot.....	16
	5.3.1 Liikunnallisten ja kognitiivisten harjoitteiden yhdistäminen .	16
	5.3.2 Monesta terapiamuodosta yksilöity terapia.....	17
	5.3.3 Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö .....	17
6	POHDINTA .....	18
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	18
	6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	20
	6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	21
	LÄHTEET.....	22
	LIITTEET .....	25
	Liite 1. Aineiston keskeiset tiedot.....	25
	Liite 2. Aineiston luokittelu .....	27

## 1 JOHDANTO

Suomessa muistisairaita on arviolta 193 000, ja uusia tapauksia on vuosittain 14 500 (Muistiliitto 2017d). Dementian yleisyyttä lisää väestön ikääntyminen, ja dementiaa sairastaa maailmanlaajuisesti 46,8 miljoonaa ihmistä. Määrän odotetaan lähes kaksinkertaistuvan kahdenkymmenen vuoden välein. Dementian merkittävintä vaikutus on sairastuneen ja hänen lähipiirinsä elämänlaatuun. (Prince, Wimo, Guerchet, Ali, Wu & Prina 2015, 1,3.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus muistisairaana ikäihmisen kuntoutuksesta, ja tavoite oli tuottaa tietoa siitä, miten voidaan hoitaa muistisairaita ikääntyneitä mahdollisimman hyvin ja muistisairaana toimintakykyä palauttaen ja ylläpitäen. Opinnäytetyö tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulussa, joka toimi myös opinnäytetyön työelämäyhteytenä.

Opinnäytetyön aiheen miettimisen lähtökohta oli tekijän kiinnostus työskennellä ikääntyneiden parissa. Tästä mieleen tuli muistisairaudet, joihin tekijä on aiemmin törmännyt tehdessään harjoittelua vanhainkodissa. Muistisairaudet ovat myös ajankohtainen aihe, sillä väestön ikääntyessä niistä muodostuu kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Tarkemmin opinnäytetyön aihe muotoiltiin koskemaan ikääntyneiden muistisairaiden kuntoutusta. Opinnäytetyössä haluttiin saada eväitä sitä varten, jos tekijä työllistyy toimimaan ikääntyneiden parissa. Haluttiin koota yksiin kansiin tämänhetkistä tietoa siitä, miten muistisairasta ikäihmistä voidaan kuntouttaa ja kuinka hänen toimintakykyään voidaan pitää yllä mahdollisimman pitkään.

## 2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

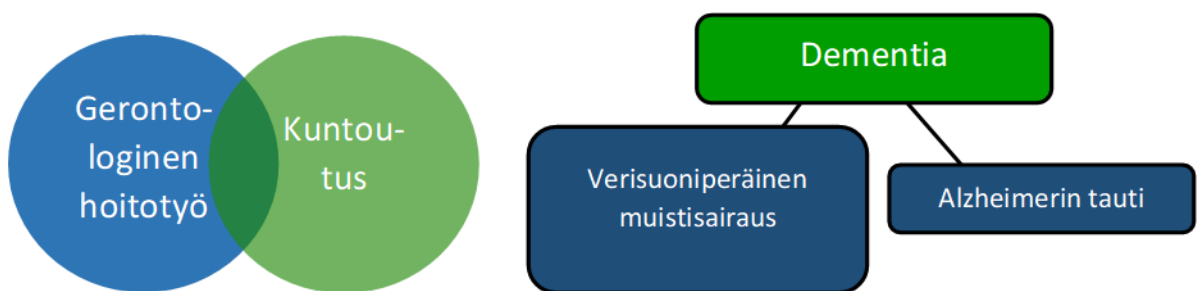
Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus muistisairaana ikäihmisen kuntouttavasta hoidosta.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa, miten voidaan hoitaa muistisairaita ikääntyneitä mahdollisimman hyvin ja muistisairaana toimintakykyä palauttaen ja ylläpitäen.

Opinnäytetyön tehtävä: Kuinka muistisairasta ikääntynyttä voidaan kuntouttaa?

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisia lähtökohtia varten tehtiin useita tiedonhakuja Andorissa ja Medicissä hakusanoilla geriatria, gerontologia, kuntouttava hoitotyö, muistisairaus, Alzheimerin tauti ja dementia. Lisää tietoa haettiin Googlen kautta muistiliiton sekä sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta. Hakua tehtiin myös aiheeseen liittyvien opinnäytetöiden lähdeluetteloista. Käsitteissä on käytetty myös oppikirjaa apuna. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on kuvattu kaaviossa 1.



KAAVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Gerontologinen hoitotyö ja kuntoutus

Gerontologia on vanhuutta ja vanhenemista tutkiva tieteenala, joka keskittyy erityisesti vanhenemisen tuomiin muutoksiin, vanhenemiseen vaikuttaviin tekijöihin, näiden tekijöiden kontrollointiin, sekä vanhenemisen vaikutuksiin sekä yksilö- että yhteisötasolla (Kivelä 2006, 15). Gerontologinen hoitotyö taas on hoitotyön erityisala, joka pyrkii saavuttamaan ja ylläpitämään iäkkään ihmisen hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Gerontologisessa hoitotyössä pyritään luomaan ikäänntyneelle edellytyksiä toimia terveytensä hyväksi, sekä tuetaan ikäänntyneen sosiaalista hyvinvointia. Myös terveysongelmista johtuvat haitat pyritään minimoimaan ja kärsimystä lievittämään. Gerontologisessa hoitotyössä otetaan huomioon ikäänntyneen yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja potentiaali terveyteen. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkanen 2009, 15-16.)

Kuntoutus on toimintaa, jonka tavoite on edistää kuntoutuksen kohteen toimintakykyä, hyvinvointia, selviytymistä itsenäisesti ja osallistumismahdollisuuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d). Kuntoutus kohdistuu kuntoutusta saavaan yksilöön, mutta myös hänen ympäristöönsä, sillä yksilö toimii vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja ympäristö voi auttaa kuntoutumisessa. Kuntoutuksesta on usein hyötyä sekä kuntoutuvalle että yhteiskunnalle. (Haapakoski 2015, 20, 23.) Muistisairaalla potilaalla tulisi olla säännöllisesti päivitettävä kuntoutussuunnitelma (Muistiliitto 2017c).

### **3.2 Dementiaoireyhtymä**

Etenevät muistisairaudet, joista yleisimmät ovat Alzheimerin tauti ja verisuoniperäinen muistisairaus, voivat johtaa dementiaoireyhtymään (Muistiliitto 2017e). Siihen liittyy muistihäiriö ja sen lisäksi muita oireita, kuten kielellinen häiriö, kätevyysden heikkeneminen, tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen (Muistiliitto 2017b). Muistihäiriö alkaa tyypillisesti lähimuistin ongelmista, ja pitkäkestoinen muisti heikkenee myöhemmin. Dementiaan liittyy usein neuropsyykkisiä oireita, jotka liittyvät käytökseen, ajatteluun ja havainnointiin. Emotionaalisia oireita ovat usein apatia ja masennus. Oireiden ilmeneminen voi vaihdella riippuen taustalla olevasta muistisairaudesta. (Holmes & Amin 2016.)

Dementian diagnoosin kriteerit ovat muuttuneet ajan myötä. Kriteereihin kuuluu tällä hetkellä merkittävä kognitiivisten kykyjen aleneminen aiempaan tilanteeseen verrattuna ja tämän vaikutus päivittäisiin toimintoihin. Diagnoosia varten arvioidaan potilaan sen hetkinen kognitiivinen alenema ja selvitetään potilaan historiaa häneltä itseltään, läheisiltään tai muusta luotettavasta lähteestä. (Kallio 2019, 16-17.)

Dementian hoidossa keskeistä on huomioida sairastuneen kasvava fyysisen avun tarve sekä neuropsyykkisten oireiden ilmaantuminen. Dementian hoitoa voi haitata dementiaan liittyvä stigma, sillä dementoitunut tai hänen lähiomaisensa ei välttämättä pyydä tarvitsemaansa apua. Neuropsyykkisten oireiden lääkkeellinen



hoito on vielä suurelta osin kokeellista, ja sitä vaikeuttaa haittavaikutusten esiintyvyys. (Holmes & Amin 2016.)

### **3.3 Alzheimerin tauti**

Alzheimerin tauti on muistisairaus, jonka ensimmäisiä oireita ovat lähimuistin häiriöt, tavaroiden hukkaaminen, uusien nimien ja sovittujen asioiden muistamisen vaikeus ja asioiden ja tapahtumajärjestysten sekoittuminen. Alzheimerin tauti etenee hitaasti, ja myöhempiä oireita voi olla esimerkiksi kielelliset vaikeudet, hahmottamisongelmat tai paikan ja ajan tajun heikkeneminen. (Muistiliitto 2017a.) Ajan myötä tauti saattaa aiheuttaa emotionaalisia ja käytöksellisiä ongelmia. Dementiatapauksista arvioilta 60-80% johtuu Alzheimerin taudista. (Kallio 2019, 17-18.)

Alzheimerin taudin tärkeimmät riskitekijät ovat korkea ikä ja sukurasite. Lisäksi riskiä kasvattavat pään vammat, keski-ikä korkea verenpaine, diabetes ja liikahavuuus. Alzheimerin tautiin liittyy aivoihin kertyvät kalkkeumat. (Holmes & Amin 2016.)

### **3.4 Verisuoniperäinen muistisairaus**

Verisuoniperäinen muistisairaus on aivojen verenkiertohäiriöihin ja aivojen verisuonten vaurioihin liittyvä muistisairaus. Oireet vaihtelevat sen mukaan, missä kohtaa aivoissa verenkierrossa on vaurio. Ensimmäisiä oireita ovat yleensä lievä muistihäiriö, puhehäiriöt, kömpelyys, töpöttelykävely, hahmottamisvaikeudet sekä mielialojen vaihtelu. (Muistiliitto 2017f.) Myös persoonallisuuden muutokset voivat olla verisuoniperäisen muistisairaouden oireena (Kallio 2019, 18).

Verisuoniperäiset muistisairaudet kattavat 15% dementiatapauksista ja ovat dementian toiseksi yleisin aiheuttaja (Kallio 2019, 18). Verisuoniperäisen muistisairaouden riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, sydäninfarkti, koronaaritauti, tupakointi, diabetes ja aivoverenkiertohäiriöt, jotka liittyvät aivohalvaukseen (Muistiliitto 2017f).

## 4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka kehittää tai arvioi tieteenalan teoriaa sekä kehittää teoreettista ymmärrystä. Kirjallisuuskatsauksen osat ovat kirjallisuuden haku, kirjallisuuden arviointi, aineistosta tehty synteesi ja analyysi. Kirjallisuuskatsausta käytetään muodostettaessa kokonaiskuvaa tietystä aihealueesta. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7-8.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsauksen muoto, joka pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen, ja tuottaa tutkimuskysymykseen kuvailevan, laadullisen vastauksen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston kerääminen, kuvailun rakentaminen ja tuloksen tarkasteleminen. Nämä vaiheet voivat edetä osin päällekkäin. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-292.)

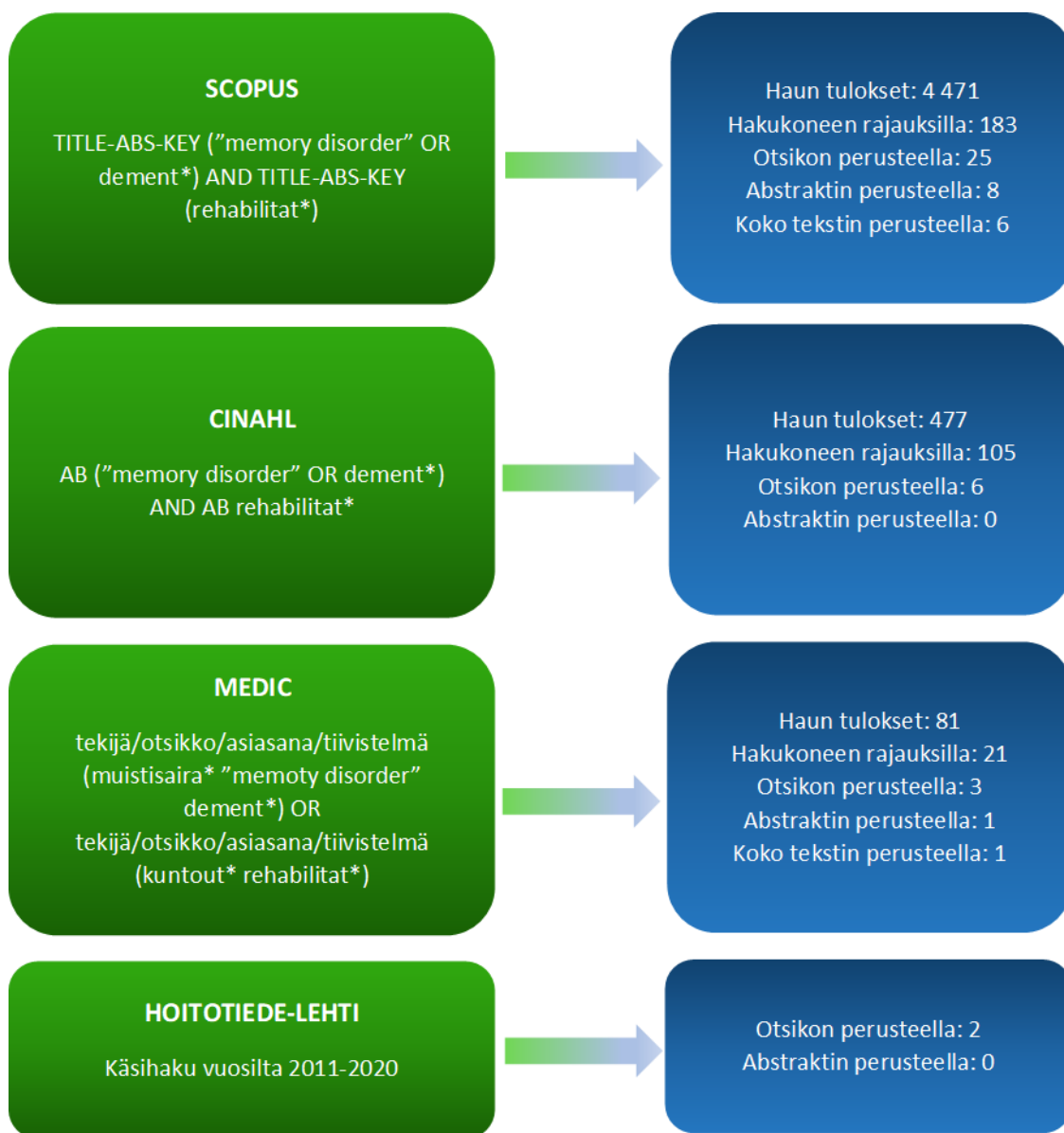
Koska opinnäytetyön tutkimuskysymys koskee laajasti muistisairaahan kuntouttavaa hoitotyötä yksittäisen hoitotoimenpiteen sijaan, riittävän laajan empiirisen tutkimuksen tekeminen aiheesta olisi ollut haasteellista. Siksi oli tarkoituksenmukaista tehdä aiheesta kirjallisuuskatsaus ja siten muodostaa aiheesta kokonaiskuva. Tarkemmin opinnäytetyössä tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jotta saadaan laadullinen vastaus tutkimustehtävään ja voidaan ymmärtää, miten muistisairasta voidaan kuntouttaa.

### 4.2 Aineiston keruu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen yksi työvaihe on aineiston kerääminen (Kangasniemi ym. 2013, 292). Tämä sisältää tiedonhaun sekä sopivan aineiston valinnan haun tuloksista. Prosessin ei tarvitse olla kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa yhtä systemaattinen kuin esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia.

Ottamalla mukaan vain julkaistuja, vertaisarvioituja tutkimuksia lisätään katsauksen luotettavuutta. Aineiston valinnassa auttavat pätevät ja kattavat mukaanotto- ja poissulkukriteerit, joilla valitaan hakutuloksista sopivat tutkimukset. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25-26.)

Opinnäytetyön tiedonhaku suoritettiin käyttämällä hakusanoja muistisaira\*, memory disorder, dement\*, kuntout\* ja rehabilitat\*. Sähköinen haku suoritettiin seuraavissa tietokannoissa: Medic, Cinahl ja Scopus. Lisäksi tehtiin manuaalinen haku Hoitotiede-lehden vuosien 2011-2020 julkaisuihin. Hakutuloksista hyväksyttiin vain alkuperäistutkimukset, jotka ovat opiskelijalle maksutta saatavissa. Mukaanottokriteerejä olivat tutkittavien vähintään 60 vuoden ikä, tutkittavilla oli muistisairaus tai alentuneet kognitiiviset kyvyt, tutkimus keskittyi muistisairauteen tai kognitiivisten kykyjen ylläpitoon ja tutkimuksessa oli vähintään 60 osallistujaa. Poissulkukriteerejä olivat kirjallisuuskatsaus, tutkimus oli tehty ennen vuotta 2011, tutkimus keskittyi muistisairauteen akuutissa hoitotilanteessa tai muistisairaus ei ollut tutkimuksen keskiössä. Hakutulosten rajaaminen on esitelty kaaviossa 2. Yhteensä kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksia valittiin 7 kappaletta, jotka on esitelty liitteessä 1.



KAAVIO 2. Tiedonhakuprosessi

### 4.3 Sisällönanalyysi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi pyrkii muodostamaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Etukäteen ei ole valittu analyysiyksiköitä, vaan ne nousevat aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Koska tässä opinnäytetyössä ei ole valmiiksi mietitty, mitä kuntouttamisen keinoja tutkitaan, oli luontevaa, että ne nousivat löydetyistä aineistosta. Näin ollen aineistolähtöinen sisällönanalyysi oli hyvä valinta tähän opinnäytetyöhön.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämävaiheessa aineistoa tiivistetään ja pilkotaan osiin. Ryhmittelyssä alkuperäisilmaisut ja pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään samaa tarkoittaviksi tai samasta aiheesta kertoviksi alaluokiksi. Teoreettisten käsitteiden luomisessa alaluokat nimetään. Näitä luokkia voidaan taas yhdistää ryhmiksi, jolloin muodostuu yläluokkia, ja yläluokat yhdistellään pääluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110-111.)

Tässä opinnäytetyössä aineistosta poimittiin tutkimuskysymykseen vastaavat ilmaisut, jotka tiivistämisen sijaan selvennettiin ja tarvittaessa suomennettiin. Tämä johtui siitä, että poimitut ilmaisut olisivat menettäneet merkityksensä, jos niitä olisi yritetty tiivistää. Näin saadut lauseet ryhmiteltiin samasta aiheesta kertoviin luokkiin. Esimerkiksi ilmaisut ”Ryhmäliikunta vähensi ärtyisyyttä,” ”Intensiiviseen liikunnalliseen ryhmäkuntoutukseen hyvin osallistuneet pystyivät kävelemään itsenäisemmin verrattuna niihin, joiden osallistuminen oli heikkoa,” ja ”Intensiiviseen liikunnalliseen ryhmäkuntoutukseen osallistumisen taso ei vaikuttanut toiminnalliseen tasapainoon, kipuun kävellessä, masentuneisuuteen tai muistitestin tulokseen” muodostivat alaluokan Ryhmäliikunta. Näin muodostui kahdeksan alaluokkaa. Alaluokat ryhmiteltiin vielä kolmeksi yläluokaksi. Esimerkiksi alaluokat Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutukset, Fysioterapeutin antama kotikuntoutus ja Ryhmäliikunta muodostivat yläluokan Liikunnallinen kuntoutus. Ryhmittely on esitelty liitteessä 2.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Kognitiivinen psykoterapia

#### 5.1.1 Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia

Yhdessä tutkimuksessa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan erikoistuneet terapeutit antoivat viikoittain psykoterapiaa lievästä dementiasta kärsiville Alzheimer-potilaille kahdentoista viikon ajan. Tutkimuksessa tällä ei ollut vaikutusta toimintakyvyn laskuun kuntoutuksen aikana eikä kolmen kuukauden jälkeen kuntoutusjaksosta. Psykoterapia ei myöskään merkittävästi vaikuttanut muistisairaana käyttäytymisoireisiin tai kognitiivisiin kykyihin. (Kurz, Thöne-Otto, Cramer, Egert, Frölich, Gertz, Kehl, Wagenpfeil & Werheid 2012.)

Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian saamisesta seurasi myönteisiä vaikutuksia yhdeksän kuukauden jälkeen terapiasta. Kognitiivisten kykyjen aleneminen väheni lievästi. Psykoterapia paransi muistisairaiden kokemaa elämänlaatua yhdeksän kuukauden kohdalla, ja muistisairaajat olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Käytöshäiriöihin psykoterapialla ei kuitenkaan ollut vaikutusta. Psykoterapia vähensi naispuolisten osallistujien masentuneisuutta. (Kurz ym. 2012.)

#### 5.1.2 Yksilöity kognitiivinen psykoterapia

Yhdessä tutkimuksessa joukko Alzheimerin tautia sairastavia saivat kahden psykologitapaamisen perusteella heille yksilöidyt kognitiiviset kuntoutusterapiaohjelmat. Yksilöityä terapiaa saaneiden toimintakyky heikkeni vähemmän verrattuna tavanomaista hoitoa, muisteluryhmäterapiaa ja kognitiivista ryhmäkuntoutusta saaneisiin. Lisäksi yksilöity terapia vähensi käytöksellisiä oireita. (Amieva, Robert, Grandoulier, Meillon, Rotrou, Andrieu, Berr, Desgranges, Dubois, Girtanner, Joël, Lavallast, Nourhashemi, Pasquier, Rainfray, Touchon, Chêne & Dartigues 2016.)

Yksilöityä terapiaa saaneet päätyivät muita harvemmin laitoshoitoon tutkimuksen seuranta-aikana. Lisäksi he päätyivät laitoshoitoon keskimäärin kuusi kuukautta muita myöhemmin. (Amieva ym. 2016.)

## **5.2 Liikunnallinen kuntoutus**

### **5.2.1 Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutukset**

Ryhmäliikunnan ja fysioterapeutin antaman kotikuntoutuksen vaikutuksia tutkittaessa ilmeni, että liikunta lisäsi muistisairaahan yleiskuntoa, liikuntakykyä ja lihasvoimaa, tosin kahden vuoden seurannan jälkeen myönteistä vaikutusta liikuntakykyyn ei ollut enää nähtävissä. Liikunta vähensi kaatumisia, tosin ei murtumia tai sairaalahoitoja. Liikunnan koettiin parantavan muistisairaahan omatoimisuutta ja tuovan liikkumiseen turvallisuutta. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013.)

Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus lisäsivät tekemistä arkeen, ja liikuntahetki oli merkittävä kokemus muistisairaalle. Liikunta vaikutti myönteisesti muistisairaahan mielialaan ja aktiivisuuteen, ja jossain tapauksessa paransi myös unta. Liikunta vaikutti myönteisesti kommunikointiin ja lääkkeiden tarpeeseen. (Pitkälä ym. 2013.)

Liikunnallinen kuntoutus ei vaikuttanut kognitiiviseen toimintakykyyn, kielellisten taitojen heikkenemiseen tai masentuneisuuteen. Liikunta ehkäisi ikääntyneiden muistisairaiden laihtumista kolmen ja kuuden kuukauden seurannan kohdalla, mutta vuoden jälkeen vaikutusta ei ollut enää nähtävissä. (Pitkälä ym. 2013.)

### **5.2.2 Fysioterapeutin antama kotikuntoutus**

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksessa fysioterapeutin antamassa kotikuntoutuksessa oli joitakin etuja ryhmäliikuntaan nähden. Fysioterapeutin antama kotikuntoutus vähensi muistisairaiden kuolleisuutta. (Pitkälä ym. 2013.)

Fysioterapeutin antama kotikuntoutus hidasti toimintakyvyn heikkenemistä, toisin kuin ryhmäliikunta. Erityisesti fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen hidastui. (Pitklälä ym. 2013.)

### **5.2.3 Ryhmäliikunta**

Yhdessä tutkimuksessa ryhmäliikunnalla oli muistisairaaseen yksi myönteinen vaikutus, jota kotikuntoutuksessa ei havaittu. Ryhmäkuntoutus vähensi muistisairaahan ärtyisyyttä. (Pitkälä ym. 2013.)

Toisessa tutkimuksessa selvitettiin laitoksessa asuvien muistisairaiden liikunnallisen ryhmäkuntoutuksen vaikutuksia riippuen muistisairaiden osallistumistasosta ryhmäkuntoutukseen. Ne muistisairaajat, jotka osallistuivat usein ryhmäkuntoutukseen ja olivat kuntoutuksessa hyvin mukana, pystyivät kävelemään itsenäisemmin heikosti osallistuneisiin verrattuna. Osallistuneisuus ei kuitenkaan vaikuttanut koettuun kipuun kävellessä, toiminnalliseen tasapainoon, masentuneisuuteen tai muistitestituloksiin. (Sondell, Littbrand, Holmberg, Lindelöf & Rosendahl 2019.)

## **5.3 Muut kuntoutusmuodot**

### **5.3.1 Liikunnallisten ja kognitiivisten harjoitteiden yhdistäminen**

Yhdessä tutkimuksessa selvitettiin kognitiivisten ja liikunnallisten harjoitteiden vaikutuksia lievästi muistisairaaseen henkilöön verrattuna terveyslueennoille osallistuneisiin muistisairaisiin. Harjoitteiden seurauksena muistisairaajat liikkuivat vertailuryhmää enemmän, ja ottivat päivittäin enemmän askelia. (Shimada, Makizako, Doi, Park, Tsutsumimoto, Verghese & Suzuki 2018.)

Liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneet pärjäsivät vertailuryhmää paremmin sekä muistitestissä että muistiin liittymättömissä tehtävissä. Lisäksi aivokudoksen surkastuminen oli vähäisempää harjoitteita tehneillä vertailuryhmään nähden. (Shimada ym. 2018.)



### **5.3.2 Monesta terapiamuodosta yksilöity terapia**

Japanissa tehdyssä tutkimuksessa dementiaa sairastavat ikääntyneet saivat yksilöityä kuntoutusta, joka koostettiin muun muassa muistelusta, musiikkiterapiasta, liikunnasta ja puhekommunikointiterapiasta. Yksilöity terapia vähensi dementiaan liittyviä käytöshäiriöitä ryhmäkuntoutusta saaneisiin verrattuna, ja yksilöityä terapiaa saaneet pärjäsivät paremmin muistitestissä. (Toba, Nakamura, Endo, Okochi, Tanaka, Inaniwa, Takahashi, Tsunoda, Higashi, Hirai, Hirakawa, Yamanda, Maki, Yamaguchi & Yamaguchi 2014.)

Yksilöity terapia paransi muistisairaiden orientaatiota ryhmäterapiaa saaneisiin verrattuna. Lisäksi yksilöity terapia paransi muistisairaiden sosiaalisia kanssakäymisiä, sosiaalista aktiivisuutta, motivaatiota ja mielialaa. (Toba ym. 2014.)

### **5.3.3 Toiminnallisuuden keskittyvä kuntouttava hoitotyö**

Yhdessä tutkimuksessa selvitettiin, mitä vaikutuksia laitoksessa asuville dementiaa sairastaville oli kuntouttavasta hoitotyöstä, joka keskittyi toiminnallisuuden. Tuloksena toiminnallista kuntouttavaa hoitotyötä saaneet käyttivät enemmän aikaa fyysiseen aktiivisuuteen, ja fyysinen aktiivisuus lähes nelinkertaistui. Lisäksi fyysisen aktiivisuuden intensiteetti parani. (Galik, Resnick, Hammersla & Brightwater 2013.)

Toiminnallisuuden keskittyvä kuntouttava hoitotyö paransi myös dementiaa sairastavien toimintakykyä. Kuntouttava hoitotyö vähensi masennuksen lisääntymistä. Lisäksi kyseinen hoitotyö ehkäisi kaatumisia. (Galik ym. 2013.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, miten voidaan hoitaa muistisairaita ikääntyneitä mahdollisimman hyvin ja muistisairaahan toimintakykyä palauttaen ja ylläpitäen. Hoitotieteellistä tietoa aiheesta löytyi niukasti, ja opinnäytetyöhön otettiin mukaan myös psykoterapian ja fysioterapian keinoja hoitotiedettä tukemaan. Muistisairauksiin liittyvä stigma saattaa vaikeuttaa muistisairaahan avun hakemista (Holmes & Amin 2016). Tällöin voidaan pitää perusteltuna, että muistisairasta hoitavan hoitotyöntekijän on tarpeen olla tietoinen eri ammattialojen osaajien tarjoamasta avusta ja sen vaikuttavuudesta. Näin hoitotyöntekijä voi ohjata asiakastaan hakemaan tarvitsemaansa apua.

Tutkimusten mukaan kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia voi parantaa muistisairaahan elämänlaatua ja auttaa kognitiivisten kykyjen ylläpitämisessä. Lisäksi se voi vähentää ainakin naisten masentuneisuutta. (Kurz ym. 2012.) Masentuneisuus on yksi dementian mahdollisista oireista (Holmes & Amin 2016), jolloin kognitiivis-behavioraalinen terapia lienee hyvä vaihtoehto dementiapotilaille. Yksilöity kognitiivinen psykoterapia taas voi ylläpitää muistisairaahan toimintakykyä ja vähentää käytösoireita, sekä myös mahdollisesti vähentää laitoshoitoon päätymistä (Amieva ym. 2016). Arvioitaessa millaiseen psykoterapiaan muistisairaahan kannattaa hakeutua tulee siis huomioida, mihin muistisairaahan osa-alueeseen erityisesti kaivataan apua. Lisäksi hoitaja voi muistisairaahan hoidon osana itse käyttää kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian keinoja muistisairaahan kanssa keskustellessa.

Liikunnalla on paljon positiivisia vaikutuksia muistisairaahan elämään. Liikunta vähentää muistisairaiden kaatumisia ja lisää yleiskuntoa, liikuntakykyä ja lihasvoimaa. Liikunnalla on mahdollisesti myös positiivisia vaikutuksia muistisairaahan omatoimisuuteen ja liikkumisen turvallisuuteen. Liikunta myös lisää tekemistä arkeen ja voi olla muistisairaalle merkittävä tapahtuma. (Pitkälä ym. 2013.) Hoitaja voi kannustaa muistisairasta ylläpitämään vanhaa liikuntaharrastusta tai etsiä muistisairaahan kanssa yhdessä hänelle sopivaa uutta liikuntamuotoa.

Toimintakyvyn, erityisesti fyysisen toimintakyvyn, heikkenemistä hidastaa fysioterapeutin antama kotikuntoutus, toisin kuin ryhmäliikunta, ja kotikuntoutus vähentää myös muistisairaiden kuolleisuutta. Ryhmäliikunnalla on toisaalta se etu, että se vähentää muistisairaahan ärtyisyyttä. (Pitkälä 2013.) Emotionaaliset häiriöt voivat liittyä erityisesti Alzheimerin tautiin (Kallio 2019, 17), jolloin ryhmäliikunnan ärtyisyyttä vähentävä vaikutus voi olla avuksi. Ryhmäliikunta voi olla muistisairaalle hyödyksi myös silloin, jos hän ei osallistu aktiivisesti tai ei ole aina mukana ryhmäliikuntatilanteissa (Sondell ym. 2019). Hoitohenkilökunnan kannattaa siis kannustaa muistisairasta osallistumaan ryhmäliikuntaan myös silloin, jos muistisairas ei ole täysillä mukana tai jos osallistumiskerrat jäävät harvoiksi. Hoitaja voi myös itse osaamisensa mukaan vetää yksinkertaisia jumppatuokioita osana muistisairaahan hoitoa.

Liikunnallisten ja kognitiivisten harjoitteiden yhdistämisellä on positiivisia vaikutuksia muistisairaahan liikkumiseen sekä pärjäämiseen muistitestissä ja muistiin liittymättömissä tehtävissä. Tämä yhdistelmä voi myös hidastaa aivokudoksen surkastumista. (Shimada ym. 2018.) Yksilöllisen kuntoutuksen koostamisella monesta osa-alueesta, mukaan lukien liikunnasta, muistelusta, musiikkiterapiasta ja puhekommunikaatioterapiasta, on monia myönteisiä vaikutuksia. Tämä parantaa muistisairaahan orientaatiota, sosiaalista kanssakäymistä ja aktiivisuutta, motivaatiota ja mielialaa. Monen terapiamuodon käyttö yksilöidysti voi myös vähentää käytöshäiriöitä. (Toba ym. 2014.) Vaikuttaisi siis siltä, että parhaat tulokset muistisairaahan kuntouttamisessa saadaan yhdistelemällä eri keinoja yksilöllisesti muistisairaahan tarpeet huomioiden. Gerontologiseen hoitotyöhön kuuluu yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 16), jolloin kuntoutuksen koostaminen eri keinoista yksilöllisesti muistisairaahan toiveet huomioiden noudattelee gerontologinen hoitotyön periaatteita. Hyviä tuloksia voi saada myös toiminnallisuuteen keskittyvällä kuntouttavalla hoitotyöllä. Tutkimusten mukaan tämä lisää muistisairaahan fyysistä aktiivisuutta ja vähentää kaatumisia, sekä parantaa toimintakykyä ja vähentää masentuneisuutta (Galik ym. 2013).

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä rehellisyys, avoimuus ja vastuullisuus tutkimuksen tuloksia julkaistaessa, asianmukainen viittaaminen muiden tutkijoiden töihin ja saavutuksiin sekä tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d). Opinnäytetyön lupa haettiin Tampereen ammattikorkeakoulun osaamispäälliköltä. Työssä noudatettiin TAMKin kirjallisen raportoinnin ohjeita lähdeviittausten ja -merkintöjen suhteen, jotta ei ole epäselvää, kenen tuottamasta tiedosta on kyse. Opinnäytetyön tekijä pyrki mahdollisuuksien mukaan noudattamaan huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyötä tehdessä sekä avoimuutta tuloksia julkaistaessa, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia.

Jotta kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan tuottaa luotettavaa tietoa, on kirjallisuuskatsauksen tekijän oltava hyvin perehtynyt kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen (Kangasniemi ym. 2013, 298). Opinnäytetyön tekijä perehtyi opinnäytetyötä tehdessään mahdollisuuksiensa mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Aika ja resurssit olivat kuitenkin rajalliset, ja kun otetaan huomioon tämän työn olevan tekijänsä ensimmäinen kirjallisuuskatsaus, ei perehtymistä voida pitää erityisen syvällisenä.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan lisätä käyttämällä vain julkaistuja ja vertaisarvioituja tutkimuksia (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Kaikki tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ovat vertaisarvioituja, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Tutkimuksista valittiin myös vain riittävän laajat, jotta johdopäätöksiä ei vedettäisi liian pienen otannan perusteella. Opinnäytetyön luotettavuutta vähentää kuitenkin se, että suurin osa valituista tutkimuksista oli englanninkielisiä, mikä ei ole opinnäytetyön tekijän äidinkieli.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää tutkimuskysymyksen selkeä esittäminen. Lisäksi luotettavuutta ja eettisyyttä lisää tutkimusprosessin läpinäkyvyys. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Opinnäytetyön tutkimuskysymyksestä pyrittiin tekemään selkeä ja yksiselitteinen. Lisäksi opinnäytetyön johdannossa ja lähtökohdissa pyrittiin kuvaamaan tutkimusprosessia, tehtyjä valintoja ja niiden perusteluja mahdollisimman avoimesti.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Vaikka keinoja muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitoon ja kuntoutukseen kirjallisuuskatsauksessa löytyikin, varsinaiset hoitotyön keinot jäivät vähäisiksi. Muistisairaudet kuitenkin tulevat lisääntymään tulevaisuudessa (Prince 2015, 1). Onkin siis perusteltua, että jatkossa muistisairaiden kuntouttamista tutkittaisiin myös hoitotieteen saralla. Sairaanhoidtajien tämänhetkiset valmiudet muistisairaahan kuntouttamiseen olisi hyvä kartoittaa esimerkiksi kvantitatiivisella kyselyllä, jotta saataisiin kuva muistisairaiden kuntouttavan hoidon tilasta. Lisäksi konkreettisten kuntoutuskeinojen tehokkuutta olisi hyvä tutkia. Vertailututkimuksella voisi selvittää esimerkiksi hoitajan ohjaaman liikunnan vaikutuksia muistisairaahan toimintakykyyn.

## LÄHTEET

Amieva, H., Robert, P., Gran-doulier, A-S., Meillon, C., Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M-E., La-vallast, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Tou-chon, J., Chêne, G. & Dartigues, J-F. 2016. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics* 28(5), 707-717.

Galik, E., Resnick, B., Hammersla, M. & Brightwater, J. 2013. Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care. *The Gerontologist* 54(6), 930-943.

Haapakoski, K. 2015. Hyvä kuntoutustutkimustyössä: Abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksytyksellisistä ristiriidoista. *Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.*

Holmes, C. & Amin, J. 2016. Dementia. *Medicine* 44(11), 687-690.

Kallio, E-L. 2019. Effects of cognitive training on cognition and quality of life in older adults with dementia. *Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.*

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

Kivelä, S-L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.* Helsinki: Yliopistopaino Kustannus. Selvityshenkilön raportti.

Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H-J., Kehl, V., Wagenpfeil, S. & Werheid, K. 2012. CORDIAL: Cognitive Rehabilitation and Cognitive-behavioral Treatment for Early Dementia in Alzheimer Dis-ease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 26(3), 246-253.

Muistiliitto. 2017a. Alzheimerin tauti. Julkaistu 10.2.2017. Luettu 23.11.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti>

Muistiliitto. 2017b. Dementia. Julkaistu 10.2.2017. Luettu 23.11.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia>

Muistiliitto. 2017c. Kuntoutus. Julkaistu 22.2.2017. Luettu 3.1.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutus>

Muistiliitto. 2017d. Muistisairaudet. Julkaistu 9.2.2017. Luettu 2.1.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2017e. Muistisairaudet. Julkaistu 10.2.2017. Luettu 23.11.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2017f. Verisuoniperäinen muistisairaus. Julkaistu 10.2.2017. Luettu 23.11.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Kelan tutkimusostasto. Tampere: Juvenes Print.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T. & Prina, M. 2015. World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Lontoo: Alzheimer's Disease International.

Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Park, H., Tsutsumimoto, K., Verghese, J. & Suzuki, T. 2018. Effects of Combined Physical and Cognitive Exercises on Cognition and Mobility in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *Jamda* 19, 584-591.

Sondell, A., Littbrand, H., Holmberg, H., Lindelöf, N. & Rosendahl, E. 2019. Is the Effect of a High-Intensity Functional Exercise Program on Functional Balance Influenced by Applicability and Motivation among Older People with Dementia in Nursing Homes? *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 23(10), 1011-1020.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. n.d. Kuntoutus. Luettu 23.11.2019. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Muistisairaudet. Päivitetty 4.7.2019. Luettu 23.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Toba, K., Nakamura, Y., Endo, H., Okochi, J., Tanaka, Y., Inaniwa, C., Takahashi, A., Tsunoda, N., Higashi, K., Hirai, M., Hirakawa, H., Yamanda, S., Maki, Y., Yamaguchi, T. & Yamaguchi, H. 2014. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 14, 206-211.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). n.d. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Luettu 23.11.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.



## LIITTEET

## Liite 1. Aineiston keskeiset tiedot

Tutkimus, tekijät ja julkaisupaikka	Tarkoitus	Aineisto ja metodi	Keskeiset tulokset
<p><b>(1)</b> Amieva, H., Robert, P., Grandoulier, A-S., Meillon, C., Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M-E., Lavallast, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G. &amp; Dartigues, J-F. 2016. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. <i>International Psychogeriatrics</i> 28(5), 707-717.</p>	Verrata kognitiivisen harjoittelun, muisteluterapian ja yksilöidyn kognitiivisen kuntoutusohjelman vaikutusta Alzheimerin tautiin verrattuna tavanomaiseen hoitoon.	Satunnaistettu vertailututkimus (n=655)	Yksilöity kognitiivinen kuntoutus vähensi toimintakyvyttömyyttä. Kognitiivisen harjoittelun ja muisteluterapian tulokset eivät poikenneet merkittävästi tavanomaisesta hoidosta.
<p><b>(2)</b> Galik, E., Resnick, B., Hammersla, M. &amp; Brightwater, J. 2013. Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care. <i>The Gerontologist</i> 54(6), 930-943.</p>	Testata Function-Focused Care for the Cognitively Impaired (FFC-CI) -intervention vaikutuksia hoitokodissa asuville dementiapotilaille ja heidän avustajilleen.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (n[asukkaat]=103, n[avustajat]=77)	Asukkaiden fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja kaatumistapaukset vähenivät.
<p><b>(3)</b> Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H-J., Kehl, V., Wagenpfeil, S. &amp; Werheid, K. 2012. CORDIAL: Cognitive Rehabilitation and Cognitive-behavioral Treatment for Early Dementia in Alzheimer Disease. <i>Alzheimer Disease and Associated Disorders</i> 26(3), 246-253.</p>	Määrittää kognitiivisen kuntoutuksen käyttökelpoisuus, tehokkuus, hyöty ja vastaanotto lievää Alzheimerin tautia sairastavilla ja heitä hoitavilla henkilöillä.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (n=201)	Jokapäiväisessä toimintakyvyssä ei ollut muutosta. Elämänlaatu ja hoitotytyväisyys paranivat. Kuntoutuksella oli antidepressiivisiä vaikutuksia naisosallistujien kohdalla.
<p><b>(4)</b> Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. &amp; Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. <i>Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia</i> 125. Kelan tutkimusostasto. Tampere: Juvenes Print.</p>	Selvittää liikunnallisen harjoittelun vaikutusta kotona asuvien, Alzheimerin tautia sairastavien toimintakykyyn, heidän omaishoitajiensa elämänlaatuun, molempien palveluiden käyttöön ja näiden kustannuksiin.	Satunnaistettu vertailututkimus (n[muistisairas]=210, n[omaishoitajapuo-liso]=210)	Kotona annettu räätälöity kuntoutus vähensi fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja vaikutti myönteisesti kognitioon kellotestillä mitattuna.
<p><b>(5)</b> Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Park, H., Tsutsumimoto, K., Verghese, J. &amp; Suzuki, T. 2018. Effects of Combined Physical and Cognitive Exercises on Cognition and Mobility in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. <i>Jamda</i> 19, 584-591.</p>	Verrata 40 viikon kognitiivisen ja fyysisen aktiivisuuden ohjelman vaikutuksia kognitioon ja liikkuvuuteen terveysvalistusohjelmaan verrattuna.	Satunnaistettu ja kontrolloitu vertailututkimus (n=308)	Kognitiivisen ja fyysisen aktiivisuuden ohjelma antoi paremmat tulokset muistitesteissä ja liikkuvuudessa terveysvalistusohjelmaan verrattuna.

<p style="text-align: center;"><b>(6)</b></p> <p>Sondell, A., Littbrand, H., Holmberg, H., Lindelöf, N. &amp; Rosendahl, E. 2019. Is the Effect of a High-Intensity Functional Exercise Program on Functional Balance Influenced by Applicability and Motivation among Older People with Dementia in Nursing Homes? <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i> 23(10), 1011-1020.</p>	<p>Selvittää, onko hoitokodissa asuvien dementoituneiden ikäihmisten motivaatiolla osallistua sekä osallistuneisuudella intensiiviseen toiminnalliseen liikuntaohjelmaan vaikutusta asukkaiden toiminnalliseen tasapainoon.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (n=81)</p>	<p>Osallistujien motivaatiolla ja osallistuneisuudella ei ollut vaikutusta liikuntaohjelman hyötyihin.</p>
<p style="text-align: center;"><b>(7)</b></p> <p>Toba, K., Nakamura, Y., Endo, H., Okochi, J., Tanaka, Y., Inaniwa, C., Takahashi, A., Tsunoda, N., Higashi, K., Hirai, M., Hirakawa, H., Yamada, S., Maki, Y., Yamaguchi, T. &amp; Yamaguchi, H. 2014. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. <i>Geriatrics &amp; Gerontology International</i> 14, 206-211.</p>	<p>Selvittää ikääntyneiden dementiapotilaiden kuntoutuksen tehokkuutta hoitokodeissa.</p>	<p>Vertailututkimus (n=212)</p>	<p>Kognitiivinen toimintakyky, havainnoitu demensian vaikeusaste sekä demensian käytös- ja psyykkiset oireet paraniivat kuntoutusta saaneilla asukkailla vertailuryhmään nähden.</p>

## Liite 2. Aineiston luokittelu

Suomennettu ja selvennetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Terapeutin antama kognitiivis-behavioraalinen kuntoutus ei vähentänyt kuntoutuksen aikaista toimintakyvyn laskua. (3)	Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia	Kognitiivinen psykoterapia
Terapeutin antamalla kognitiivis-behavioraalisella kuntoutuksella ei ollut vaikutusta kolmen kuukauden jälkeen toimintakyvyssä. (3)		
Terapeutin antamalla kognitiivis-behavioraalisella kuntoutuksella ei ollut merkittävää vaikutusta kolmen kuukauden jälkeen potilaan kokemaan elämänlaatuun, masentuneisuuteen, käyttäytymisongelmiin tai kognitiivisiin kykyihin. (3)		
Terapeutin antama kognitiivis-behavioraalinen kuntoutus lievästi vähensi yhdeksän kuukauden jälkeen mitattua kognitiivisten kykyjen alenemista. (3)		
Terapeutin antama kognitiivis-behavioraalinen kuntoutus paransi yhdeksän kuukauden jälkeen potilaan kokemaa elämänlaatua. (3)		
Terapeutin antamalla kognitiivis-behavioraalisella kuntoutuksella ei ollut vaikutusta yhdeksän kuukauden jälkeen potilaan masentuneisuuteen tai käytöshäiriöihin. (3)		
Kognitiivis-behavioraalista kuntoutusta saaneet olivat tyytyväisempiä hoitoonsa yhdeksän kuukauden jälkeen verrattuna niihin, jotka eivät olleet saaneet kyseistä kuntoutusta. (3)		
Terapeutin antama kognitiivis-behavioraalinen kuntoutus vähensi naisten masentuneisuutta. (3)		
Kahden vuoden kontrollissa yksilöityä kognitiivista terapiaa saaneiden toimintakyky aleni vähemmän kuin tavanomaista hoitoa, muisteluryhmäterapiaa tai kognitiivista ryhmäkuntoutusta saaneilla. (1)	Yksilöity kognitiivinen psykoterapia	
Yksilöity kognitiivinen kuntoutus vähensi käytöksellisiä oireita tavanomaista hoitoa, muisteluryhmäterapiaa tai kognitiivista hoitoa saaneisiin verrattuna. (1)		
Yksilöity kognitiivinen kuntoutus vähensi potilaan riskiä päätyä laitoshoitoon, ja laitoshoitoon päädyttiin keskimäärin puoli vuotta myöhemmin verrattuna kontrolliryhmään. (1)		
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella lisäsivät muistisairaana yleiskuntoa, liikuntakykyä ja lihasvoimaa. (4)	Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutukset	Liikunnallinen kuntoutus
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella toivat lisää tekemistä arkeen. (4)		
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella paransivat toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä toivat turvallisuutta liikkumiseen. (4)		
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella vaikuttivat myönteisesti muistisairaana mielialaan ja aktiivisuuteen. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus paransi jossain tapauksissa unta. (4)		
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella oli myönteinen vaikutus kommunikointiin ja lääkkeiden tarpeeseen. (4)		

Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella paransivat muistitoimintoja. (4)		
Sekä ryhmäliikunta että kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella toivat arkeen vaihtelua ja olivat merkittävä tapahtuma muistisairaalle. (4)		
Ryhmäliikunta ja kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella eivät vaikuttaneet kognitiiviseen toimintakykyyn. (4)		
Ryhmäliikunta ja kotikuntoutus fysioterapeutin opastuksella eivät vähentäneet kielellisten taitojen heikkenemistä. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus ei vaikuttanut masentuneisuuteen. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus ehkäisi laihtumista kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla, mutta ei enää vuoden jälkeen. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus vähensi kaatumisia. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus ei vaikuttanut murtumien esiintymiseen. (4)		
Liikunnallinen kuntoutus ei vaikuttanut sairaalahoitojen määrään. (4)		
Kahden vuoden seurannan jälkeen liikunnallinen kuntoutus ei vaikuttanut toimintakykyyn, liikuntakykyyn tai kognitioon. (4)		
Fysioterapeutin antama kotikuntoutus hidasti toimintakyvyn heikkenemistä toisin kuin ryhmäliikunta. (4)	Fysioterapeutin antama kotikuntoutus	
Fysioterapeutin antama kotikuntoutus hidasti erityisesti fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä toisin kuin ryhmäliikunta. (4)		
Fysioterapeutin antama kotikuntoutus vähensi kuolleisuutta. (4)		
Ryhmäliikunta vähensi ärtyisyyttä. (4)	Ryhmäliikunta	
Intensiiviseen liikunnalliseen ryhmäkuntoutukseen hyvin osallistuneet pystyivät kävelemään itsenäisemmin verrattuna niihin, joiden osallistuminen oli heikkoa. (6)		
Intensiiviseen liikunnalliseen ryhmäkuntoutukseen osallistumisen taso ei vaikuttanut toiminnalliseen tasapainoon, kipuun kävellessä, masentuneisuuteen tai muistitestin tulokseen. (6)		
Liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneet liikkuvat enemmän kuin vertailuryhmä. (5)	Liikunnallisten ja kognitiivisten harjoitteiden yhdistäminen	Muut kuntoutusmuodot
Liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneet pärjäsivät muistitestissä vertailuryhmää paremmin. (5)		
Muistiin liittymättömissä tehtävissä liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneet pärjäsivät muistitestissä vertailuryhmää paremmin. (5)		
Liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneet ottivat päivän aikana vertailuryhmää enemmän askeleita. (5)		
Liikunnallisia ja kognitiivisia harjoitteita tehneiden aivokudoksen surkastuminen oli vähäisempää kuin vertailuryhmässä. (5)		
Yksilöityä terapiaa saaneet pärjäsivät muistitestissä tavanomaista ryhmäkuntoutusta saaneita paremmin. (7)	Monesta terapiamuodosta yksilöity terapia	
Yksilöityä terapiaa saaneilla oli vähemmän dementiaan liittyviä käytöshäiriöitä tavanomaista ryhmäkuntoutusta saaneisiin verrattuna. (7)		
Yksilöityä terapiaa saaneet olivat orientoituneempia ja heidän sosiaaliset kanssakäymiset olivat normaalimpia		

tavanomaista ryhmäkuntoutusta saaneisiin verrattuna. (7)		
Yksilöity terapia paransi potilaiden kykyä sosiaalisiin kanssakäymisiin, sosiaalista aktiivisuutta, motivaatiota ja mielialaa. (7)		
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö lisäsi fyysiseen aktiivisuuteen käytettyä aikaa. (2)	Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö	
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö lähes nelinkertaisti fyysisen aktiivisuuden. (2)		
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö lisäsi fyysisen aktiivisuuden intensiteettiä. (2)		
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö paransi toimintakykyä. (2)		
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö ehkäisi masennuksen lisääntymistä. (2)		
Toiminnallisuuteen keskittyvä kuntouttava hoitotyö ehkäisi kaatumisia. (2)		