

**MUISTISAIRAIDEN HENKILÖIDEN HOITAJIEN
VUOROVAIKUTUKSEN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN**

Mari Siliämaa
Kandidaatintutkielma
Huhtikuu 2024
Oulun yliopisto
Humanistinen tiedekunta
Logopedia

Mari Siliämaa
Kandidaatintutkielma, huhtikuu 2024, 60 sivua
Oulun yliopisto, humanistinen tiedekunta, logopedia

MUISTISAIRAIDEN HENKILÖIDEN HOITAJIEN VUOROVAIKUTUKSEN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN

Tämä kandidaatintutkielma käsittelee muistisairaiden henkilöiden hoitajien vuorovaikutusinterventioiden menetelmiä sekä näiden epäsuorien interventioiden mahdollisia vaikutuksia muistisairaahan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Muistisairaus on etenevä, aivoja rappeuttava sairaus, joka vähitellen johtaa myös puheen, kielen ja kommunikaation vaikeuksiin. Sairaudestaan huolimatta ihmisellä on tarve olla vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutussuhteet vaikuttavat omanarvontunteeseen, toimintakykyyn ja minäkuvaan. Vuorovaikutuksella on iso merkitys niin ikään muistisairaahan ja hoitajan stressiin, elämänlaatuun ja yleiseen hyvinvointiin.

Tutkielma on kirjallisuuskatsaus; aineistona käytettiin kahdeksaa vuosina 2016–2023 julkaistua interventiotutkimusta. Jokaisessa tutkimuksessa käsiteltiin eri interventio-menetelmää. Kuudessa tutkimuksessa mukautettiin olemassa olevaa menetelmää, kahdessa pilotoitiin kokonaan uusi menetelmä. Neljässä tutkimuksessa tavoitteena oli tukea ja ohjata omaishoitajan ja neljässä hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa.

Interventiomenetelmiä tarkasteltiin viidestä laadullisesta muuttujasta käsin: menetelmällisestä otteesta, tavoitteista, suhteesta aikaisempiin menetelmiin, suhteesta käytäntöön sekä seurannasta ja arvioinnista. Tulokset osoittivat, että menetelmät olivat varsin heterogeenisiä, mikä on yhteneväistä muiden tutkimusten kanssa. Menetelmällisesti interventiot jakaantuivat kahteen pääryhmään: omaishoitajien interventioita yhdisti menetelmien henkilökeskeisyys, hoitoalan ammattilaisten interventioita puolestaan institutionaalisuus. Omaishoitajille suunnatuissa interventioissa menetelmät painottivat kielen arvoa arkisena sosiaalisena toimintana. Hoitolaitoksissa kielen arvo syntyy instituutiosta ja sen työtehtävistä käsin. Pääsääntöisesti kaikki menetelmät kuitenkin paransivat muistisairaahan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Tulokset ovat näin samansuuntaiset aikaisempien tutkimuksien kanssa.

Kandidaatintutkielman tuloksista voidaan päätellä, että vaikka hoitajien epäsuorien vuorovaikutusinterventioiden menetelmät ovat heterogeenisiä, niillä on pääosin saavutettu niille asetetut vuorovaikutustavoitteet. Yleisesti ottaen muistisairaahan henkilön hoitajan interventioita on kuitenkin tutkittu vielä varsin rajallisesti. Jatkotutkimusten kannalta olisi tärkeää pyrkiä yhtenäistämään arviointimenetelmiä ja -mittareita sekä raportointitapoja, jotta tutkimusten ja niiden tulosten vertaaminen olisi aikaisempaa selkeämpää ja luotettavampaa.

Avainsanat: epäsuora interventio, hoitajat, interventiomenetelmä, muistisairaus, vuorovaikutus

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	1
1.1 Muistisairaudet	2
1.2 Muistisairaat ja vuorovaikutus	4
1.3 Muistisairaat ja vuorovaikutuksen kuntoutus	6
1.3.1 Hoitajien ohjaaminen	9
1.3.2 Hoitajien ohjaamisen vaikutuksen arviointi	11
1.4.3 Hoitajien ohjaamisen vaikutus vuorovaikutukseen.....	12
2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	15
3 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT	16
3.1 Tiedonhaku	16
3.2 Tutkittavat ja menetelmät	17
3.2.1 Tutkittavat	17
3.2.2 Tutkimusasetelmat ja -menetelmät.....	18
3.2.3 Interventiomenetelmien moninaisuus	23
3.2.4 Interventiomenetelmien vaikutusten arviointi.....	23
4 TULOKSET	26
4.1 Vuorovaikutuksen ohjaaminen ja tukeminen	26
4.1.1 Interventiomenetelmät: henkilökeskeiset ja institutionaaliset.....	31
4.1.2 Interventioiden tavoitteet: neutraalit, selviytyjät ja ratkaisijat	32
4.1.3 Interventiomenetelmät suhteessa aikaisempiin: pilotoijat ja mukauttajat.....	33
4.1.4 Menetelmän suhde käytäntöön: osallistajat, läsnäolijat ja yleistäjät.....	35
4.1.5 Yhteenveto	36
4.2 Interventioiden vaikutukset vuorovaikutukseen	38
5 POHDINTA	40
5.1 Tutkimustulosten arviointi	40
5.1.1 Vuorovaikutuksen ohjaaminen ja tukeminen	40
5.1.2 Interventioiden vaikutukset vuorovaikutukseen.....	44
5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	46
5.3 Johtopäätökset ja tulosten kliininen merkitys	48
5.4 Jatkotutkimusaiheet	49
LÄHTEET	50

1 JOHDANTO

Kandidaatintutkielmassani käsittelen epäsuoria interventiomenetelmiä, joilla pyritään tukemaan ja ohjaamaan etenevää muistisairautta sairastavan ihmisen hoitajaa vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa. Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja, mikä heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita (Hallikainen ym., 2019b; Pekkala, 2017) ja johtaa sairauden edetessä paheneviin puheen, kielen ja kommunikaation vaikeuksiin (Dooley & Walshe, 2019; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Pekkala, 2010, 2017; Zhang ym., 2020). Heikentyvä muisti ei kuitenkaan yksinomaan selitä kielellisiä muutoksia, vaan kuten Korpijaakko-Huuhka ja Klippi (2017b) toteavat, muistisairaudessa ”kielellinen prosessointi itsessään vaikeutuu asteittain”.

Yleensä yhdistämme muistisairaiden henkilöiden kielellisiin haasteisiin sananlöytämisen vaikeuden (Pekkala, 2010). Kandidaatintutkielmassani tarkastelen muistisairaiden kielenkäyttöä laajemmasta näkökulmasta eli vuorovaikutuksellisen yhteistoimintana hoitajan kanssa, en muistisairaahan yksiköllisenä puhesuurituksena, jossa pyrittäisiin vaikuttamaan esimerkiksi sanojen löytämiseen, aistihavainnointiin tai psyykkisiin toimintoihin osana vuorovaikutuksen kuntoutusta (Klippi, 2017a; Nguyen ym., 2019; Olthof-Nefkens ym., 2018). Ihmisellä on tarve olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa myös pitkälle edenneessä muistisairaudessa (Hallikainen ym., 2019b; Kohonen & Pekkala, 2015; Pekkala, 2017). Vuorovaikutussuhteet ylläpitävät muistisairaahan omanarvontunnetta ja toimintakykyä (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b). Keskustelukumppanin vuorovaikutuksellisilla taidoilla ja asenteella on iso merkitys ikääntyvien ihmisten kanssa kommunikoidessa mutta erityisesti vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2010).

Meillä Suomessa muistisairaiden puheterapia ja sen käytänteet vaihtelevat paljon (Kohonen & Pekkala, 2015). Yleisimmin puheterapia on epäsuoraa: lähi-ihmisen ohjausta ja neuvontaa, kuinka kommunikoida muistisairaahan kanssa. Kohosen ja Pekkalan (2015) tutkimuksessa puheterapeuteista 73 % ilmoitti, ettei heidän opinnoissaan ollut muistisairauksia koskevaa kokonaisuutta. Tilanne on samansuuntainen esimerkiksi Englannissa, jossa peräänkuulutetaan puheterapeuttien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä (Mayer ym., 2023). Muistisairaita ei ohjata puheterapeuttiseen arvioon kuin vain harvoin (Korpijaakko-Huuhka ym., 2017; Mayer ym., 2023; Olthof-

Nefkens ym., 2021). Tuntemalla ja sitä kautta ymmärtämällä muistisairaiden ihmisten vuorovaikutuksen ongelmia sekä jakamalla tietoa ja soveltamalla sitä voimme pyrkiä varmistamaan muistisairaille, heidän läheisilleen ja hoitajilleen parhaan mahdollisen vuorovaikutusyhteyden (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b). Aihe on tärkeä, sillä Suomi ja maailma vanhenevat. Vuoden 2019 lopussa vähintään 70-vuotiaita suomalaisia oli 874 314 eli 100 000 enemmän kuin kolme vuotta aiemmin (Suomen virallinen tilasto, 2009; Tavoitteena ikäystävällinen Suomi, 2020). Ennusteen mukaan vuonna 2040 suomalaisista 1,5 miljoonaa on yli 65-vuotiaita. Muistisairaita arvellaan olevan silloin noin 247 000 (Muistisairauksien yleisyys, 2024). Vanhusten kielenkäyttöä on tutkittu ylipäänsä vähän (Mäntynen ym., 2018, ks. esim. Hautala, 2013, 2015), mutta erityisen tärkeää sitä olisi tutkia ongelmien sijaan ratkaisujen ja osallisuuden näkökulmasta (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017; Lindholm, 2006; Mäntynen ym., 2018).

1.1 Muistisairaudet

Muistisairaus on aivosairaus, joka heikentää muistin lisäksi muita kognitiivisia toimintoja, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Hallikainen 2019; Hallikainen ym., 2019b; Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus, 2023). Etenevistä eli dementiaan johtavista muistisairauksista yleisimmät ovat Alzheimerin tauti ja vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI) eli aivoverenkiertosairauden muistisairaus (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus, 2023). Dementia itsessään ei ole erillinen, yhtenäinen sairaus vaan kliininen oirediagnoosi (Erkinjuntti, 2006; Erkinjuntti ym., 2015, Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Pekkala, 2010). Sen taustalta löytyy hyvin erilaisia aivopatologisia muutoksia, jotka kaikki aiheuttavat laaja-alaisia kognitiivisten toimintojen ja muistitoimintojen muutoksia. Muistisairauksille on laadittu kliiniset kriteerit, joiden perusselvityksiin kuuluvat lääkärin tekemä kliininen haastattelu ja tutkimus, muistikyselyt ja -testit, laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantaminen (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus, 2023). Luokitukset, jotka perustuvat muistisairaahan käyttäytymiseen ja toimintakyvyn muutoksiin, vaihtelevat maittain (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b). On myös hyvä huomata, että englanninkielisessä kirjallisuudessa sanalla *dementia* tarkoitetaan nimenomaan muistisairauksia (Rantapää, 2024, s. 1).

Pelkästään kielellisten testien perusteella eteneviä muistisairauksia on vaikea erotella toisistaan, sillä vaikka kielelliset oireet voivat ilmaantua eri sairauksissa eri aikaan, ne ovat hyvin samanlaiset (Pekkala, 2010). Parhaiten tunnetaan Alzheimerin taudin aiheuttamat puheen, kielen ja kommunikaation muutokset (ks. esim. Hallikainen, 2019; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b, Pekkala, 2006). Omaisia ja hoitajia kuormittavat ennen kaikkea muistisairaana käytösoireet, muun muassa masennus ja ahdistuneisuus (Vataja, 2006). Kuormitus on yksi niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat muistisairaana ja omaishoitajan väliseen vuorovaikutukseen (Petrovsky ym., 2020). Omaishoitajista yli puolet ilmoitti ainakin joskus halunneensa huutaa muistisairaalle tai käyttäneensä tyyneä kovaa ääntä ja kolmasosa ainakin joskus kritisoineen ja arvostelleen muistisairasta.

Yli 150 000 suomalaisella on diagnosoitu muistisairaus (Muistisairauksien yleisyys, 2024; Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus, 2023; Tavoitteena ikäystävällinen Suomi, 2020). Muistisairausdiagnoosin saa puolestaan noin 23 000 suomalaista joka vuosi. Vaikka suurin osa on yli 80-vuotiaita, kyse ei ole vain iäkkäiden sairaudesta: työikäisiä muistisairaita on Suomessa 7 000–10 000. Muistisairauksista merkittävä osa jää myös diagnosoimatta (Tavoitteena ikäystävällinen Suomi, 2020).

Suomessa on voimassa vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (Vanhuspalvelulaki, 2012). Lakiin nojaava säännöllinen palvelutarpeen arviointi ottaa kantaa muun muassa neuvonta- ja palveluohjaukseen, hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämiseen sekä tarvittaviin palvelupäätöksiin (Immonen & Jämsä, 2019). Muistipolun, muistisairaana hoitoketjun, muodostavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja kuntoutuksen toimijat (Hallikainen ym., 2019c). Esimerkiksi Pohde, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, on kehittämässä muistipolkua saumattomaksi hoitokokonaisuudeksi (Heikkinen, 2024). Hoidon ohjaajina Pohteen kunnissa työskentelee 36 muistikoordinaattoria. Muistipolussa tulisi huomioida omaishoitaja ja hänen tukemisensa, sillä moni heistä on muistisairaana ikääntyvä puoliso (Hallikainen ym., 2019c). Ruotsalais-tutkimuksen mukaan puoliset olivat hoitajina muita omaishoitajia paneutuneempia, mutta samalla he saivat vähemmän tukea muulta perheeltä ja viranomaisilta kuin omaishoitajat, jotka eivät olleet puolisoita (Johansson ym., 2021). Hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisilta työ muistisairaiden kanssa vaatii paitsi erityisosaamista ja vankkaa ammattilaisuutta myös oikeanlaista asennetta (Hallikainen ym., 2019a).

1.2 Muistisairaat ja vuorovaikutus

Ikääntymiseen kuuluu fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia muutoksia, myös aivoissa tapahtuvia rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia (Hautala, 2013, s. 21, 27). Korkea ikä itsessään ei kuitenkaan tarkoita muutoksia kielellisissä taidoissa (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b). Lisäksi on pidettävä mielessä, että jokaisen muistisairaahan kommunikatiivinen profiili on yksilöllinen (Lindholm, 2006). Tyypillistä esimerkiksi Alzheimerin taudissa on toistaa samoja asioita, hokea tuttuja sanontoja, jättää lauseet kesken sekä käyttää merkityksettömiä ilmaisuja, yliopittuja luetteloita ja kiertoilmauksia (Burgio ym., 2001; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2010; Korpijaakko-Huuhka ym., 2014). Kielellinen heikkeneminen ei koske vain puheen tuottamista ja ymmärtämistä vaan yhtä lailla viittomakieltä (Rantapää, 2024).

Vuorovaikutustilannetta, jossa keskustelijat eivät ole keskustelijoina ikään kuin samalla viivalla vaan jollakulla on rajoituksia kielellisissä taidoissaan esimerkiksi sairauden tai neurologisen vamman vuoksi, kutsutaan kielelliseksi epäsymmetriaksi (Leskelä & Lindholm, 2012). Epäsymmetria tulee esille eri tavoin sen mukaan, millaisesta kielellisestä pulmasta on kyse. Muistisairas menettää kielitaitoaan pikku hiljaa, ei yhtäkkiä (Lindholm, 2006). On mahdollista, että silloinkin, kun hänen kielellinen taitonsa on heikentynyt jo selvästi, hänellä on tuntuma siitä, että hän on onnistunut vuorovaikutustilanteissa paremmin. Myös vuorovaikutuksellisia taitoja voi olla hyvin tallella, erityisesti rituaalisia keskustelutoimintoja, kuten tervehtiminen ja kiittäminen. Hyvää vuorovaikutusta ei voi kuitenkaan määritellä epäsymmetrian kautta siten, että hyvässä vuorovaikutuksessa epäsymmetriaa olisi mahdollisimman vähän (Leskelä & Lindholm, 2012). Hyvä vuorovaikutus on sen sijaan jotain, johon jokainen voi osallistua mahdollisimman aktiivisesti. Toinen tärkeä seikka on pystyä luottamaan siihen, että vuorovaikutus ja sen osallistujat pyrkivät yhteisymmärrykseen (Lindholm, 2016).

Muistisairaiden kielentutkimuksessa painotus on ollut vuorovaikutuksellisissa ongelmissa, ei kyvyssä käyttää jäljellä olevaa kieltä (Lindholm, 2006). Vuorovaikutusta tulisi kuitenkin tutkia häiriökeskeisyyden sijaan ratkaisukeskeisesti – luottamuksen, mahdollisuuden, osallisuuden ja yhteisymmärryksen näkökulmasta (Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017; Lindholm, 2006; Mäntynen ym., 2018). Muistisairas ei kadota haluaan olla

vuorovaikutuksessa ja osa sosiaalista verkostoaan (Alsawy ym., 2020; Hallikainen ym., 2019b; Kohonen & Pekkala, 2015; Pekkala, 2017), vaikka muistisairaita ei välttämättä kuulla ja heistä puhutaan usein heidän itsensä ohi (McGilton ym., 2017; Mäntynen ym., 2018). Toisin kuin usein stereotyyppisesti ajatellaan, muistisairas voi olla hyvinkin tietoinen merkityksellisestä vuorovaikutuksesta (Alsawy ym., 2020). Hänen vuorovaikutuskokemustaan määrittää neljä tekijää: keskustelukumppanin kommunikaatiokyky, hänen ja keskustelukumppanin kommunikaatiokäyttäytyminen sosiaalisissa ympäristöissä, kommunikaatiovaikeudet, joita hän kohtaa jokapäiväisessä elämässään, ja hänen tunteensa keskustelujen aikana, esimerkiksi hermostuneisuus, turhautuminen, suru, viha ja ahdistus (Olthof-Nefkens ym., 2021). Suomalaistutkimus puhuu neljästä vanhuslähtöisen kielen ulottuvuudesta: vuorovaikutuksen laadusta, sävystä ja määrystä, puhuttelun ja nimeämisen tavoista, äidinkielestä ja monikielisydestä sekä kosketuksen ja muun multimodaalisen vuorovaikutuksen merkityksestä (Mäntynen ym., 2018). Muistisairaalle on tärkeää tuntemus, ettei häneen suhtauduta halveksuen ja että keskustelukumppani yrittää ymmärtää häntä ja jakaa hänen kanssaan emotionaalisia kokemuksia (Alsawy ym., 2020).

Nguyenin ja kollegoiden (2022) mukaan muistisairaahan henkilön hoitajan yleisin vuorovaikutusongelma on se, ettei muistisairas kykene ilmaisemaan itseään ymmärrettävästi (83,3 %). Muita ongelmia ovat hoitajan kyvyttömyys ymmärtää muistisairasta ja tarjota hoitoa kieltäytymisen tai vastustuksen vuoksi sekä epävarmuus siitä, mitä saa tehdä tai sanoa hoitotilanteessa. Viestintäongelmien selviytymisstrategioina hoitajat käyttävät muun muassa käyttäytymismuutosten syiden minimointia (98,1 %) ja selvittämistä (97,3 %), eri kommunikointitapojen kokeilua (96,1 %), hoitajakoulutukseen osallistumista (89,1 %), kokemusten jakamista muiden hoitajien kanssa (88,0 %) ja neuvojen pyytämistä terveydenhuollon ammattilaisilta (79,1 %).

Niin sanottua vanhuspuhetta (*elderspeak*) pidetään hyvin yleisenä hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisten kommunikointityylinä iäkkäiden potilaiden, erityisesti muistisairaiden kanssa (Marsden & Holmes, 2014; Zhang ym., 2020). Vanhukset itse kokevat sen holhoavana ja heidän epäpätevyyttään korostavana (Zhang ym., 2020). Vanhuspuhe asemoi iäkkäät ikään kuin lapsen asemaan, voimattomiksi ihmisiksi ilman itsemääräämisoikeutta (Marsden & Holmes, 2014). On tutkittu, että vanhuspuhetta vähentämällä voidaan vähentää muistisairaiden aggressioita, kiihtyneisyyttä ja

psykososiaalisia oireita ja tätä kautta hoidon vastustamista (Zhang ym., 2020). Sen sijaan sosiaalinen puhe – lievennetyt käskyt, ihailut, puhuminen ja huumori – auttavat rakentamaan vahvoja lämpimiä suhteita muistisairaiden sekä hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisten välille (Marsden & Holmes, 2014).

Meistä jokainen voi hyödyntää muistisairaana kanssa keskustellessaan tavallista hitaampaa puhetta, miellyttävää ääntä, multimodaalisuutta, yksinkertaista sanastoa ja kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei (Bayles & Tomoeda, 2014, s. 227–234). Jokainen voi rajata keskusteluun osallistuvien määrää ja puhua siitä, mitä juuri nyt tehdään, sekä välttää sarkasmia, kiusoittelua ja vanhuspuhetta. Vastaavasti voimme tukea muistisairaana puhetta valitsemalla puheenaiheeksi jotain näkyvää tai muutoin esillä olevaa, esimerkiksi hyödyntää ruokailua sosiaalisena hetkenä. Jos muistisairas unohtaa keskustelunaiheen, voimme summata hänelle lyhyesti, mitä hän on kertonut. Muistisairasta ei myöskään pitäisi korjata toistuvasti. Perheen sisäistä vuorovaikutusta voi tukea muun muassa painottamalla avainsanoja muistisairaana ymmärtämisen avuksi, käyttämällä erisnimiä pronomien sijasta muistisairaana työmuistin tueksi ja hyödyntämällä eleitä muistisairaana sananhakuongelmien lieventämiseksi (Braithwaite Stuart ym., 2022). Myönteisesti toimivat niin ikään yhteistyöllinen tarinankerronta, muisteleminen, suosikkikeskusteluaiheiden hyödyntäminen ja positiivisen viestinnän mallintaminen. Muistisairaana ovat myös itse kuvanneet erilaisia ongelmanratkaisukeinojaan (Korpijaakko-Huuhka ym., 2014). Näitä voivat olla erilaiset muistitekniikat, odottaminen, huumori ja ongelmasta puhuminen.

1.3 Muistisairaana ja vuorovaikutuksen kuntoutus

Muistisairaana on etenevä eli progressiivinen hoidosta huolimatta (Pekkala, 2017). Siksi vallalla on pitkään ollut näkemys, joka on kyseenalaistanut muistisairaana palauttavan tai korjaavan kuntoutuksen. Tänä päivänä kuitenkin nähdään, että sosiaalinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet ovat tärkeitä tekijöitä (Davis ym., 2024): muistisairaanauden kanssa arjen kommunikaatiovaikeuksien hallinta on iso osa hyvinvointia (Kindell ym., 2017). Muistisairaana ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella on todennäköisesti merkitystä psyykkiseen terveyteen, sosiaalisiin resursseihin ja ihmissuhteisiin (Hockley ym., 2023). Se voi vaikuttaa myönteisesti muistisairaana elämänlaatuun ja minäkuvaan (McGilton

ym., 2017; Mäntynen ym., 2018) sekä hoitajan stressiin ja elämänlaatuun (Perkins ym., 2022). Muistisairaana osallisuuden tunne vähentää eristyneisyyttä ja parantaa yleistä hyvinvointia (Alsawy ym., 2020; Dooley & Walshe, 2019).

Vuorovaikutustavat kuuluvat oleellisesti muistisairauden lääkkeettömään hoitoon (Mönkäre, 2019). Tärkeä lähtökohta ovat ne interventiot, joilla pyritään vaikuttamaan jokapäiväiseen keskusteluun (Kindell ym., 2017). Mitä varhemmassa vaiheessa muistisairautta kuntoutus aloitetaan, sitä tehokkaammin sitä voidaan hyödyntää (Pekkala, 2017). Kyse ei ole vain tiedonvaihdosta vaan myös sosiaalisesta vuorovaikutuksesta (Kindell ym., 2017). Siksi interventioiden tulisi perustua vuorovaikutustaitojen kokonaisvaltaiseen arviointiin ja erityisesti jokapäiväisen vuorovaikutuksen ja viestinnän taitojen arviointiin (Dooley & Walshe, 2019). Esimerkiksi analysoimalla muistisairaiden reaktioita hoitajan vuorovaikutus- ja viestintätapoihin saadaan tuntumaa siihen, miten hoitajien vuorovaikutusta tulisi tukea ja ohjata erilaisissa hoitotilanteissa (Savundranayagam ym., 2016). Interventioiden kehittämisessä yksi mahdollisuus on keskusteluanalyysi (Kindell ym., 2017). Sen avulla voidaan tutkia paitsi muistisairaana muuttuvia tarpeita myös hoitajien reaktioita muutoksiin.

Kielellinen epäsymmetria, se, että vastuu vuorovaikutuksen onnistumisesta, ilmapiiristä ja seurauksista siirtyy muistisairauden edetessä yhä enemmän läheisille ja hoitajalle, koetaan usein haastavana ja siihen kaivataan neuvoja ja ohjeita (Leskelä & Lindholm, 2012; Mönkäre, 2019). Omaishoitajan kohtaamia viestintään liittyviä haasteita ovat esimerkiksi muutokset vuorovaikutuksessa muistisairaana kanssa ja tiedon puute (Eggenberger ym., 2013). On myös huomioitava, että perheenjäsenet saattavat käyttää tahattomasti strategioita, joista ei ole hyötyä ja jotka voivat aiheuttaa muistisairaassa ihmisessä turhautumista, ahdistusta ja itsetunnon heikkenemistä (Braithwaite Stuart ym., 2022). Hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat todennäköisemmin kuin omaishoitajat, etteivät ymmärrä muistisairasta (Nguyen ym., 2022). Hoitoalan ammattilaisille muistisairaiden heikentyneet kommunikaatiotaidot aiheuttavat muun muassa vaikeuksia tunnistaa häiriintyneen käytöksen syyt ja puuttua niihin (Vasse ym., 2010). Nguyenin ja kollegoiden (2022) tutkimuksessa suuri enemmistö omaishoitajia ja hoitoalan ammattilaisia ilmoitti tarvitsevänsä koulutusta muistisairaudesta kieleen, muistisairaana kommunikointikyvyn arvioimisesta, viestinnän esteistä ja siitä, kuinka kommunikoida hyvin muistisairaana kanssa. Hoitokodeissa tarvittaisiin erityisesti

kohdennettua, jatkuvaa henkilöstön koulutusta, joka tähtää henkilökunnan vuorovaikutustaitojen kehittämiseen ja siihen, että henkilökunta osaa tukea asukkaiden viestintätarpeita (Davis ym., 2024). Koulutus, jota hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilainen kokee tarvitsevansa, eroaa merkittävästi hoitajan iän, ammattikuvan ja hoitokokemuksen mukaan: nuoret hoitajat ja hoitajat, joilla on vähän työkokemusta, kokevat tarvitsevansa laajempaa koulutusta (Nguyen ym., 2022).

Muistisairaita ohjataan puheterapeuttiseen arvioon harvoin meillä Suomessa ja muualla (Davis ym., 2024; Korpijaakko-Huuhka ym., 2017; Olthof-Nefkens ym., 2021; Mayer ym., 2023). Suomessa muistisairaille ei ole virallisia puheterapeuttisia hoitolinjauksia eikä -käytänteitä (Pekkala, 2017). Lähetteen puheterapiaan voi saada, jos muistisairaalla on selkeitä kielellisiä vaikeuksia, mutta pääsy voi viedä aikaa etenkin, jos yksikössä etusijalle asetetaan nuoret aivoverenkiertohäiriökuntoutujat (Korpijaakko-Huuhka ym., 2017). Englannissa hoitokodeissa asuvien ikääntyneiden kanssa työskentelevistä puheterapeuteista valtaosa oli sitä mieltä, että useampi asukas hyötyisi viestinnän arvioinnista ja hallinnasta kuin mitä heille ohjattiin (Davis ym., 2024). Ensisijaisesti lähetteet eivät koskeneet vuorovaikutusta vaan dysfagiaa (70 %). Olennaisimmat syyt siihen, miksi muistisairaat eivät pääse Suomessa puheterapiaan, ovat resurssien vähyys, asiakaslähtöiset syyt, muiden asiakasryhmien priorisointi ja muistisairaiden kuntoutukseen liittyvän tiedon vähyys (Kohonen & Pekkala, 2015). Vuonna 2015 puheterapeuteista 73 % ilmoitti, että heillä ei ole ollut opinnoissa muistisairauksia koskevaa kokonaisuutta. Tarve vahvistaa puheterapeuttien tietämystä ja osaamista muistisairaiden kuntoutuksesta on suuri (Mayer ym., 2023).

Uusimmassa afasiatutkimuksessa on nähtävissä ICF-luokituksen ja kuntoutuksen sosiaalisen mallin vaikutus; häiriöiden sijaan kuntoutuksessa painotetaan kommunikatiivista toimintakykyä, suorituksia ja osallistumista (Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Samaa peräänkuulutetaan muistisairaiden tutkimiseen: neuropsykologisten ongelmien mittaamisen sijaan tulisi ajatella parannuksia, jotka ylläpitävät muistisairaana positiivista käyttäytymistä (Vasse ym., 2010).

Jonkin verran keskustellaan myös siitä, että muistisairaita ei tulisi sulkea vuorovaikutusintervention ulkopuolelle, vaan heidät olisi hyvä saada mukaan vuorovaikutusta koskevaan ohjaamiseen, neuvontaan ja koulutukseen heidän vointinsa mukaan (Perkins

ym., 2022). Muistisairaat olisi mahdollista osallistaa niin ikään interventiotutkimuksiin (Alsawy ym., 2020). Heidän kauttaan saataisiin tärkeää tietoa muistisairaiden omista kokemuksista ja käytännöistä. Olthof-Nefkensin ym. (2021) tutkimuksessa muistisairaat ja heidän omaishoitajansa olivat kehittämässä kokemuksellisen kommunikaation lomaketta (*ECD, Experienced Communication in Dementia*), mikä oli tutkijoiden mukaan voimaannuttava kokemus paitsi heille myös muistisairaille ja omaishoitajille. Vastaavan yhteistyön kautta olisi mahdollista tehdä näkyväksi muistisairaiden ja hoitajien kielikäsitteitä ja kieli-ideologioita. Mäntysen ym. (2018) tutkimuksessa kävi ilmi, että muistisairaiden kielikäsitteet kulminoituivat kielen sosiaalisuuteen ja vuorovaikutuksen rakentamiseen eli kielen arkiseen sosiaalisen toiminnan arvoon. Hoitoalan ammattilaisille kielen arvo syntyi instituutiosta ja työtehtävistä käsin.

1.3.1 Hoitajien ohjaaminen

Suoria interventioita ovat menetelmät, joita hyödynnetään henkilökohtaisesti muistisairaana kanssa yksilö- tai ryhmäterapiassa (Bayles & Tomoeda, 2014, s. 203, 219; Swan ym., 2018). Tavoitteena on, että muistisairas voisi säilyttää ja hyödyntää jäljellä olevia tietojaan ja taitojaan mahdollisimman hyvin. Kuntoutuksessa tulisi vahvistaa sitä, mitä on mahdollista vahvistaa, hyödyntää enemmän niitä kognitiivisia toimintoja, joita on jäljellä, ja vähentää vaatimuksia niistä kognitiivisista toiminnoista, jotka ovat heikentyneet, sekä tarjota ärsykeitä, jotka herättävät positiivisia muistoja, toimintaa ja tunteita (Bayles & Tomoeda, 2014, s. 203–204, 219; ks. myös Pekkala, 2017).

Muistisairaiden henkilöiden hoitajien neuvonta, ohjaus ja koulutus on epäsuoraa kuntoutusta; toisin sanoen epäsuoria interventioita ei toteuteta suoraan kasvokkain muistisairaana kanssa (Bayles & Tomoeda, 2014, s. 203, 227; Swan ym., 2018). Epäsuorien interventioiden avulla keskitytään muokkaamaan ja muuttamaan muistisairaana kielellistä ja fyysistä ympäristöä tavalla, joka edesauttaa kielellis-kognitiivisten toimintojen säilymisessä ja parantaisi näin elämänlaatua (Bayles & Tomoeda, 2014, s. 227, 239). Puheterapeutti neuvoo ja ohjaa hoitajaa sekä seuraa, miten vuorovaikutus sujuu käytännössä. Suoria ja epäsuoria kuntoutusmenetelmiä hyödynnetään esimerkiksi afasiakuntoutuksessa (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017a).

Epäsuorat interventiot ovat yleisin kuntoutusmuoto (59 %), kun puhutaan muistisairaiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta Suomessa (Kohonen & Pekkala, 2015). Yleisin tavoite on lähi-ihmisen ohjaaminen, jossa keskitytään vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa (92 %). Tilanne on sama esimerkiksi Englannissa, jossa useimmat puheterapeutit (87 %) tarjoavat epäsuoria, neuvoa-antavia interventioita muistisairaana perheenjäsentien ja hoitohenkilökunnan viestintätaitojen parantamiseksi (Davis ym., 2024). Muodollinen henkilöstökoulutus viestintätarpeiden tunnistamisesta ja tukemisesta (68 %) on yleisempää kuin henkilöstön kouluttaminen suoriin ryhmätoimintoihin muistisairaiden kanssa (39 %), esimerkiksi muistelemiseen tai kognitiiviseen stimulaatioon.

Interventiomenetelmiä ja interventioita koskeva tutkimus on hyvin heterogeenistä tutkittaviltaan, interventioiltaan, menetelmiltään ja tulosten mittaamiseltaan (Hockley ym., 2023; Swan ym., 2018). Nguyenin ym. (2019) tutkimuksessa interventiot olivat pääasiassa ryhmätapaamisia, joissa hoitajien ohjaamisessa ja koulutuksessa hyödynnettiin todellisia vuorovaikutustilanteita, videoita ja muita demonstraatioita sekä esimerkiksi keskustelua, roolitusta ja pelejä. Perkinsin ym. (2022) mukaan interventioihin tulisi kuulua psykoedukatiivisen oppimisen lähestymistapa, joka perustuu muistisairauden luonteeseen, vuorovaikutuksen haasteisiin ja vaikeuksiin sekä viestintästrategioihin (ks. myös Klodnicka Kouri ym., 2011). Vasse ja kollegat (2010) painottavat, että interventioissa olisi aina oltava osiot, jotka avaavat muistisairautta sekä sairauteen liittyviä vuorovaikutuksellisia ongelmia ja viestintästrategioita. Puhutaan myös henkilökeskeisestä viestinnästä, jota ei aina hyödynnetä nimenomaan terveydenhuollon ammattilaisille suunnatuissa koulutuksissa (Williams ym., 2018). Kuitenkin jo lyhytkestoinen interventio voi lisätä henkilökeskeistä vuorovaikutusta ja vähentää vanhuspuhetta.

Machiels ym. (2017) totesivat, että heidän tutkimansa interventiot vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi ainakin jompaankumpaan vuorovaikutuksen tapaan – verbaaliseen tai nonverbaaliseen – mutta interventioiden menetelmällisten puutteiden ja erilaisten sisältöjen vuoksi niistä oli mahdotonta tehdä yhteenvetäviä johtopäätöksiä. Sen sijaan Eggenbergerin ym. (2013) mukaan hoitoalan ammattilaisille suunnatut interventiot voidaan jakaa kolmeen ryhmään: interventioihin, jotka keskittyvät muistisairaana ja hoitajan väliseen kommunikointiin; interventioihin, jotka niin ikään keskittyvät muistisairaana ja hoitajan väliseen kommunikointiin mutta lisäksi henkilökunnan

keskinäisen vuorovaikutuksen parantamiseen; sekä interventioihin, jotka pyrkivät parantamaan muistisairaiden ja henkilöstön, asukkaiden keskinäistä sekä asukkaiden ja vierailijoiden välistä vuorovaikutusta. Omaishoitajakoulutukset puolestaan keskittyvät vuorovaikutustaitoihin kunkin muistisairaahan ja hoitajan omassa ympäristössä sekä interventioihin, joissa hoitoalan ammattilaisia koulutetaan ohjaamaan ja neuvomaan omaishoitajia. Sisällöllisesti interventioissa käsitellään sanallisia, sanattomia ja emotionaalisia taitoja, asenteita muistisairaita kohtaan, käyttäytymisen hallintataitoja, erilaisten työkalujen hyödyntämistä, omakohtaisia kokemuksia ja teoreettista tietoa. Muistisairaahan ja omaishoitajan tai hoitoalan ammattilaisten välistä säännöllistä päivittäistä vuorovaikutusta on pyritty parantamaan myös kielen valinnan, puhe- nopeuden, sävyn, äänenvoimakkuuden sekä nonverbaalisten taitojen, kuten katse- kontaktin, asennon ja eleiden, kautta (Nguyen ym., 2019).

1.3.2 Hoitajien ohjaamisen vaikutuksen arviointi

Muistisairaahan ja hänen kommunikaatiokumppaniensa vuorovaikutuksen standardoituun arviointiin on vain vähän vaihtoehtoja, samoin muistisairaiden kognitiivisten viestintätaitojen arviointiin (Dooley & Walshe, 2019). Validoituja, tietoon perustuvia arviointityökaluja ei ole myöskään muistisairauksiin liittyvien interventioiden tehokkaaseen analysoimiseen (Mayer ym., 2023). Monissa tutkimuksissa vuoro- vaikutusta arvioidaan mittarein ja menetelmin, jotka ovat tutkijoiden kyseiseen interventiotutkimukseen kehittämiä, eli niiden luotettavuutta ei ole voitu tutkia (Nguyen ym., 2019). Tällaisia menetelmiä ja mittareita ovat esimerkiksi tutkijoiden tekemät kyselyt, havaintojen tarkistuslistat ja vuorovaikutuksen arvioinnin luokitteluasteikot. Esimerkiksi Olthof-Nefkens ym. (2021) kehittivät ECD-mittarin (*Experienced Communication in Dementia Questionnaire*) eli kokemuksellinen kommunikaatio dementiaassa -mittarin, josta on omat versionsa sekä muistisairaalle että omaishoitajalle. Perkins ja kollegat (2022) laskivat, että yhdeksässä interventiotutkimuksessa kolmasosa arviointimittareista kehitettiin osana tutkimusta, koska vakiintuneita mittareita ei ollut. Osalla mittareista tutkittiin myös muuta kuin vuorovaikutusta.

Koska vakiintuneita mittareita ei ole, myös tutkimustulosten vertailu on vaikeaa (Perkins ym., 2022). Esimerkiksi Dooley ja Walshe (2019) löysivät englanniksi neljä psyko-

metrisesti luotettavaa kognitiivis-viestinnällistä mittarivaihtoehtoa, mutta mikään niistä ei soveltunut muistisairauden eri vaiheisiin eikä mahdollistanut muistisairaahan henkilön kommunikointikumppanin kommunikoinnin tai keskustelutilanteen arvioimista. Erilaisten vuorovaikutusinterventioiden lisäksi on tärkeää kehittää validoituja mittareita ja ottaa käyttöön johdonmukaisia raportointimenetelmiä (Dooley & Walshe, 2019; Nguyen ym., 2019). Samalla tutkimustyö helpottuu ja kliiniset käytännöt paranevat.

Toinen arvioinnin ongelma on se, että intervention jälkeen ei ole seurantaa (Perkins ym., 2022; Williams ym., 2018) tai seurantajaksot eivät ole riittävän pitkiä (Swan ym., 2018). Ilman seurantaa ei nähdä opittujen vuorovaikutustaitojen käyttöä arjessa, mahdollisia pitkän aikavälin hyötyjä (Perkins ym., 2022) eikä uudelleenkoulutuksen tai tehoistuntojen tarvetta (Williams ym., 2018). Esimerkiksi Williamsin ym. (2018) CHAT-intervention vaikutukset näkyivät kuukauden kuluttua interventiosta, mutta kolmen kuukauden jälkeen tilanne oli menossa kohti lähtötasoa. Kun tutkimuksissa arvioidaan hoitajien toimia ja työtä intervention jälkeen, tulokset voivat auttaa tunnistamaan interventioiden kaikkein toimivimpia osioita (Klodnicka Kouri ym., 2011). Samalla saadaan arvokasta tietoa interventioiden kehittämiseen.

Perkins ja kollegat (2022) sisällyttäisivät interventiotutkimusten arvioimiseen interventiota ohjaavan henkilön ammatin. Näin saataisiin tietoa, missä määrin ammatti vaikuttaa siihen, miten interventioon osallistujat hyötyvät koulutuksesta. Lisäksi tulisi arvioida standardoidulla testillä tutkittavien muistisairaiden vaihe (Swan ym., 2018). Lääkäreiden tulee olla tietoisia, mikä menetelmä – suora tai epäsuora – sopii hyödynnettäväksi missäkin muistisairauden vaiheessa. Näin muistisairaajat saavat mahdollisimman yksilöllistä ja näyttöön perustuvaa hoitoa.

1.4.3 Hoitajien ohjaamisen vaikutus vuorovaikutukseen

Muistisairaahan henkilön hoitajan vuorovaikutuksen ohjaus, neuvonta ja koulutus vaikuttavat positiivisesti hoitajan vuorovaikutustaitoihin sekä hoitajan ja muistisairaahan hyvinvointiin, kun muistisairaahan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on säännöllistä (Nguyen ym., 2019). Erityisesti vuorovaikutustaidot paranevat hoitoon liittyvissä kommunikointitilanteissa, esimerkiksi ohjeiden antamisessa, erityisen tuen tarjoamisessa

ja ymmärtämisen helpottamisessa. Tutkijat pitivät todennäköisenä, että myönteiset viestintätulokset säilyvät interventiojakson jälkeen.

Epäsuorat interventiot parantavat paitsi omaishoitajan viestintätaitoja ja -tietoja myös muistisairaahan vuorovaikutusongelmia ja käyttäytymisongelmia (Klodnicka Kouri ym., 2011; Perkins ym., 2022). Kun on selvitetty hoitoalan ammattilaisen vuorovaikutustaitojen paranemisen vaikutuksia, se on tapahtunut yleensä negaation kautta, muun muassa mittaamalla, onko muistisairaahan aggressio vähentynyt (Savundranayagam ym., 2016). Vähemmän tiedetään, minkälaisia positiivisia verbaalisia reaktioita voidaan saada aikaan hoitajien epäsuorilla vuorovaikutusinterventioilla.

Omaishoitajien interventiot ovat hyödyllisimpiä, kun niissä huomioimaan ajan rajallisuus muistisairaahan kanssa; ne ovat ajallisesti kompakteja ja niissä keskitytään taitojen parantamiseen uusien taitojen opetteluun sijaan (Done & Thomas, 2001). Hoitoalan ammattilaisten koulutuksilla on positiivisia vaikutuksia verbaaliseen ja nonverbaaliseen vuorovaikutukseen erityisesti silloin, kun erilaiset viestintästrategiat on sisällytetty päivittäiseen hoitotyöhön ja interventioissa on huomioitu henkilökohtainen palaute, interaktiivinen oppiminen ja kertaustunnot (Vasse ym., 2010).

Vuorovaikutukseen myönteisesti vaikuttavissa interventioissa hoitaja ja ohjaaja tapasivat kasvokkain (Nguyen ym., 2019). Interventiot sisälsivät monipuolisesti erilaisia opetusmenetelmiä. Tehokkaimmat ja vaikutuksiltaan pitkäkestoisimmat interventiot hyödynsivät neuvontaa ja rakentavaa palautetta todellisessa vuorovaikutustilanteessa, reflektointia, seurantaa ja konsultaatiota (Eggenberger ym., 2013; Nguyen ym., 2019). Kuuden viikon seurannassa hoitajien, jotka osallistuivat työpajamaiseen koulutukseen, viestintästrategioiden tuntemus oli parempi ja koulutuksen hyödyt moninaisemmat kuin hoitajilla, jotka kouluttautuivat pelkän kirjasein avulla (Done & Thomas, 2001). Kuitenkin molemmat interventiot paransivat hoitajien kykyä hallita vuorovaikutushäiriöitä muistisairaahan kanssa. Sen sijaan ei ole näyttöä siitä, että videot ja roolipelit olisivat menetelminä tehokkaampia kuin didaktiset interventiot (Perkins ym., 2022), mutta terveydenhuollon ammattilaisten mukaan mahdollisuus kuunnella tallenteita omasta kommunikoinnista oli silmiäavaava kokemus (Williams ym., 2018). Myös esimerkiksi keskusteluanalyysiin perustuva simulaatiomenetelmä CABS (*Conversation Analysis Based Simulation*) toimi hyvin (Pilnick ym., 2023). Se osoitti, mitkä hoitajien käytännöistä

olivat toimivia, ja auttoi samalla ymmärtämään, miksi ne olivat toimivia. Myös RECAPS- ja MESSAGE-koulutus, joka rakentui kotona DVD:ltä katsottavasta viestintä- ja muisti-harjoitusohjelmasta, paransi merkitsevästi omaishoitajien viestintä- ja muististrategioiden tuntemusta ja melko merkitsevästi vuorovaikutukseen liittyviä käyttäytymisongelmia (Liddle ym., 2012). Uusissa tutkimuksissa on hyödynnetty virtuaalitodellisuutta (Hicks ym., 2023). Sen avulla hoitoalan ammattilaiset ovat voineet kokea immersiiivisesti, vakuuttavasti ja mieleenpainuvasti muistisairaana näkökulmaa ja näin vahvistaa kognitiivista ja emotionaalista tietoutta muistisairaudesta.

Muistisairaiden vuorovaikutusta koskeva interventiotutkimus on edelleen rajallista (Perkins ym., 2022) ja hyvin heterogeenisiä, minkä vuoksi on mahdoton päätellä, minkä tyyppinen yksittäinen interventio, keskustelukäytäntö, määrä tai tiheys olisi tehokkain (Hockley ym., 2023; Machiels ym., 2017; Swan ym., 2018). Tutkimuksissa hyvät laatupisteet saaneet interventiot ovat olleet yksilöistuntoja (Perkins ym., 2022). Kestoltaan optimaalisimmalta vaikutti kokonaisuus, joka koostui viidestä 90–120 minuutin istunnosta (Klodnicka Kouri ym., 2011). On myös vaikea osoittaa tietyn ammattiryhmän merkitsevyyttä interventiolle, vaikkakin puheterapeuttien pitämät interventiot luokiteltiin korkealuokkaisiksi tai keskitasoisiksi. Vertailun vuoksi on hyvä pitää mielessä, että kuntoutuksen sisältö, kesto, määrä ja terapiakertojen tiheys vaihtelevat suuresti myös afaattisten ihmisten kuntoutuksessa Suomessa (Korpijaakko-Huuhka ym., 2017). Yleisin käytäntö afasian alkuvaiheessa on yksilöterapia, johon liitetään omaisen ohjaus. Lisäksi käytetään ryhmäterapiaa, paripuheterapiaa, kommunikaatiokoulua, tietokoneavusteista harjoittelua ja lähiympäristön ohjausta.

Pekkanen (2017) mukaan muistisairaiden vuorovaikutuksellisessa kuntoutuksessa paras lopputulos saadaan aikaan, kun yhdistetään muistisairaana yksilöllinen ohjaus, vertaisryhmä sekä läheisten ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen. Egan ja kollegat (2010) lisäävät listaan vielä muistiapuvälineet, jotka sisältävät elämäkerrallista tietoa, valokuvia ja kuvauksia tärkeistä tapahtumista ja elämänvaiheista.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Kandidaatintutkielmani tavoitteena on selvittää kirjallisuuden perusteella, millaisin menetelmin etenevää muistisairautta sairastavan ihmisen hoitajaa on pyritty tukemaan, ohjaamaan ja kouluttamaan vuorovaikutuksessa muistisairaana kanssa. Samalla tarkastelen, onko näillä erilaisilla epäsuorilla interventioilla vaikutuksia muistisairaana ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen.

Etsin kirjallisuuskatsauksen avulla vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisten epäsuorien interventiomenetelmien avulla omaishoitajia sekä hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisia on ohjattu vuorovaikutuksessa muistisairaiden kanssa?
2. Onko hoitajien vuorovaikutuksen ohjaaminen vaikuttanut muistisairaana ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen? Jos on, miten?

3 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

Kandidaatintutkielmani on kirjallisuuskatsaus, jonka aineistona on kahdeksan vertais-arvioitua, kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa julkaistua tutkimusta. Ne käsittelivät etenevää muistisairautta sairastavien henkilöiden hoitajien tukemista, ohjaamista ja kouluttamista vuorovaikutuksessa muistisairaana kanssa sekä näiden interventioiden mahdollisia vaikutuksia muistisairaana ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Neljässä tutkimusartikkelissa tutkimuksen kohteena olivat omaishoitajille suunnatut interventiot (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Käytän tutkimuksista jatkossa nimitystä **omaishoitajatutkimukset**. Neljässä tutkimuksessa vuorovaikutuksen tukemisen ja ohjaamisen keskiössä olivat hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilaiset (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Käytän tutkimuksista jatkossa nimitystä **ammattilais-tutkimukset**, jos ei ole tarpeen eritellä tarkemmin hoitajien työnkuvaa.

3.1 Tiedonhaku

Hyödynsin tiedonhaussa seuraavia tietokantoja: Ebsco Databases, Google Scholar, Oula-Finna, PubMed ja Scopus. Tein hakuja muun muassa seuraavilla sanoilla ja niiden yhdistelmillä: *caregiver, carers, communication, communication intervention, conversation analysis, conversation oriented therapy, dementia, elderly speech, indirect intervention, interaction, nursing home, SLT, speech-language pathology, speech-language therapy*. Tietokantojen lisäksi hyödynsin aihepiiriin liittyvien julkaisuiden, kuten tutkimusartikkelien, meta-analyysien ja kirjallisuuskatsauksien, lähdeluetteloita.

Rajasin tutkielmani ulkopuolelle artikkelit, joissa kuntoutusmenetelmä oli suora eli kuntoutettavana oli etenevää muistisairautta sairastava ihminen. Olen jättänyt tutkielmastani pois myös tutkimukset, jotka käsittelivät vain nonverbaalista viestintää tai joissa paino oli nonverbaalisessa viestinnässä. Niin ikään en ole ottanut mukaan artikkeleita, joiden julkaisusta oli enemmän kuin kymmenen vuotta. Tuorein tutkimus on viime vuodelta (Olthof-Nefkens ym., 2023) ja vanhin kahdeksan vuoden takaa (Conway & Chenery, 2016). Pidän kymmenen vuoden rajapyykkiä tärkeänä siksi, että muistisairaiden ja ikääntyvien kielentutkimuksessa on viime vuosikymmenenä siirrytty

enenevässä määrin kielellisen kyvyn heikkenemisen ja vuorovaikutuksen ongelmien selvittämisestä ratkaisujen tutkimiseen (mm. Lindholm, 2006; Korpijaakko-Huuhka ym., 2017; Mäntynen ym., 2018).

3.2 Tutkittavat ja menetelmät

Kaikki tutkimukset käsitelivät etenevää muistisairautta sairastavien henkilöiden hoitajien vuorovaikutuksen tukemista, ohjaamista ja kouluttamista sekä näiden erilaisten epäsuorien interventiomenetelmien mahdollisia vaikutuksia vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; Olthof-Nefkens ym., 2023; O'Brien ym., 2018; Troche ym., 2019; Williams ym., 2017). Olen koonnut kahteen taulukkoon keskeiset tiedot tutkimuksiin osallistujista, kontrolliryhmistä ja hyödynnetyistä menetelmistä. Taulukko 1 käsittelee omaishoitajatutkimuksia ja taulukko 2 ammattilaistutkimuksia.

3.2.1 Tutkittavat

Kolmessa omaishoitajatutkimuksissa tutkittavina oli muistisairaita ja omaishoitajia (Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019) ja yhdessä omaishoitajia (Barnes & Markham, 2018). Omaishoitaja oli joko puoliso tai muu lähisukulainen (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021) tai puoliso (Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Ammattilaistutkimuksissa tutkittavina oli muistisairaita ja palveluasumisyksikön tai hoitokodin hoitohenkilökuntaa (Degen ym., 2022; Williams ym., 2017), lähihoitajia ja sairaanhoitajia (Conway & Chenery, 2016) ja akuuttiterveydenhuollon ammattilaisia eli sairaanhoitajia, lääkäreitä ja lähi-terveydenhuollon ammattilaisia (O'Brien ym., 2018).

Tutkittavien määrä vaihteli. Esimerkiksi Trochen ja kollegoiden (2019) omaishoitajatutkimuksessa muistisairas- ja omaishoitajapareja oli neljä, kun Degenin ym. (2022) ammattilaistutkimuksessa kuntoutusryhmään kuului 254 hoitajaa.

Tutkittavien muistisairaiden tiedossa olevat iät vaihtelivat 58–86 vuotta, omaishoitajien 30–89 vuotta ja hoitoalan ammattilaisten 21–67 vuotta. Taulukoista 1 ja 2 käyvät ilmi tutkimukseen osallistuneiden sukupuoli, jos se oli ilmoitettu tutkimuksessa. Yleisimmät muistisairaudet olivat Alzheimerin tauti (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Troche ym., 2019; Williams ym., 2017) sekä vaskulaarinen muistisairaus ja Lewyn kappale -tauti (Barnes & Markham, 2018). Muistisairautta tai sen vaihetta määriteltiin eri menetelmin. Kahdessa tutkimuksessa edellytettiin muistisairausdiagnoosi mainitsematta tarkemmin sairautta (Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018). Yhdessä tutkimuksessa todettiin tutkittavilla olevan muistisairauden eri vaiheita (Degen ym., 2022). Yksi tutkimus ei tarkantanut sairautta ollenkaan (O'Brien ym., 2018).

3.2.2 Tutkimusasetelmat ja -menetelmät

Kolmessa omaishoitajatutkimuksessa hyödynnettiin määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiä (Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Näistä kaksi määritteli tutkimuksensa monimenetelmälliseksi pilottitutkimukseksi (*mixed-design pilot, study mixed-methods pilot study*) (Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023). Troche ym. (2019) avasivat määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiään käymällä läpi muistisairaana ja omaishoitajan videoitujen keskustelujen analysoimista. Neljäs omaishoitajatutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu kvantitatiivinen analyysi (Barnes & Markham, 2018). Sokkouttaminen ei ollut mahdollista intervention luonteen vuoksi eikä siksi, että tutkimukseen osallistuvat tunsivat toisensa.

Kolmessa ammattilaistutkimuksissa menetelmät olivat määrällisiä (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; Williams ym., 2017). Näistä kahdessa tutkimusasetelma oli satunnaistettu (Conway & Chenery, 2016; Williams ym., 2017). Odotusharhaa pyrittiin hallitsemaan sokkouttamalla analyysitietoja käsittelevät tutkimusavustajat tutkittavan ryhmän ja ajankohdan suhteen. Niin ikään kolmas tutkimus hyödynsi tilastollista analyysia poikkileikkausvertailussaan, mutta tutkimusta ei ollut satunnaistettu eikä sokkoutus ollut mahdollista intervention luonteen vuoksi (Degen ym., 2022). O'Brienin ym. (2018) laadullisessa tutkimuksessa hyödynnettiin keskusteluanalyysia. Olen kirjannut tutkimusmenetelmät taulukkoon 1 ja 2.

Taulukko 1

Omaishoitajatutkimusten tutkittavat ja menetelmät

Tutkijat	Tavoite	Tutkittavat	Ikä (keskiarvo)	Diagnoosi	Tutkimusmenetelmä	Interventio- menetelmä	Vuorovaikutuksen arviointimenetelmät
Barnes & Markham, (2018)	Omaishoitajien tiedon, taitojen, ajattelun ja käyttäytymisen kehittäminen kommunikaatiovaikeuksien hallinnassa	Hoitoryhmä n = 27 omaishoitaja Kontrolliryhmä n = 25 omaishoitaja	Hoitoryhmä 42–88 v (67 v) omaishoitaja Kontrolliryhmä 30–89 v (68 v) omaishoitaja	Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia tai Lewyn kappale-tauti MMSE 21–27/30	Satunnaistettu ja kontrolloitu kvantitatiivinen analyysi, pilottitutkimus	Talking Sense	CSES CCS Nelipisteinen valmiusmittari
Chesneau ym. (2021)	Parantaa Alzheimerin tautia sairastavan ja hänen omaishoitajansa keskinäistä vuorovaikutusta	N = 5 paria n = 5 muistisairas (mies) n = 5 omaishoitaja (vaimo tai lapsi)	68–86 v muistisairas 58–70 v omaishoitaja	Alzheimerin taudin varhaisvaihe MMSE 21–27/30	Eri menetelmiä yhdistävä pilottitutkimus	AID-COM	Viestintästrategioiden käytön ja tehokkuuden kysely Viestintästrategioiden vaikutus -kysely Laadullinen arviointi
Olthof-Nefkens ym. (2023)	Muistisairaana ja omaishoitajan välisen myönteisen ja merkityksellisen vuorovaikutuksen edistäminen	N = 40 paria n = 40 muistisairas; (65 % miehiä) n = 44 omaishoitaja (23 % miehiä)	58–86 v (74 v) muistisairas 40–83 v (67 v) omaishoitaja	Lieviä tai keskivaikeita muistisairausten oireita Clinical Dementia Rating Scale, vaihe 0,5/1/2	Eri menetelmiä yhdistävä yksiryhmäinen prosessianalyysi, pilottitutkimus	Com-ments	<u>T1</u> : Puoli-strukturoidut haastattelut <u>TO, T2–T4</u> : ECD TOPICS-MDS Seurantahaastattelut

(Jatkuu...)

(...jatkuu)

Troche ym. (2019)	Selvittää, miten SCA soveltuu muistisairautta sairastavan henkilön omaishoitajan interventiomenetelmäksi	N = 4 paria (pariskuntia)	69–78 v muistisairas	Alzheimerin tauti: lievä tai kohtalainen muistisairaus	Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset menetelmät, pilottitutkimus	SCA	MSC MPC Ennen ja jälkeen intervention videoitujen ja äänitettyjen keskustelujen laadullinen analyysi
		n = 4 muistisairas (aviomiehiä)					
		n = 4 omaishoitaja (vaimoja)		MOCA-pisteet 11–21			

Huom. AID-COM = Aid for Communication; CCS = the Communication Competence Scale; CSES = the Communication Self Efficacy Scale; ECD = Experienced Communication in Dementia Questionnaire; MMSE = the Mini Mental Status Examination; MOCA = the Montreal Cognitive Assessment; MPC = the Measure of Level of Participation in Conversation; MSC = the Measure of Skill in Supported Conversation; SCA = Supported Conversation for Adults with Aphasia; T0 = Baseline; T1 = directly after intervention; T2–4 = at 3, 6 and 9 months of follow-up; TOPICS-MDS = The Older Persons and Informal Caregivers Survey – Minimum Data Set

Taulukko 2.

Ammattilaistutkimusten tutkittavat ja menetelmät

Tutkijat	Tavoite	Tutkittavat	Ikä (keskiarvo)	Diagnoosi	Tutkimusasetelma/-menetelmä	Interventio-menetelmä	Vuorovaikutuksen arviointimenetelmät
Conway & Chenery (2016)	Arvioida koulutusohjelman vaikutuksia hoitohenkilökunnan tietoisuuteen muistisairaana tarvitsemasta kommunikaatiotuesta ja henkilökunnan hoitokokemukseen	N = 38 sairaanhoitaja tai lähihoitaja Koulutusryhmä n = 22 (18,2 % miehiä) Kontrolliryhmä n = 16 (12,5 % miehiä)	Koulutusryhmä 38–66 v (54,2 v) Kontrolliryhmä 39–64 v (53,2 v)	Edellytettiin muisti-sairaus-diagnoosia	Monenkeskinen kontrolloitu kvantitatiivinen ennako- ja jälkitestaututkimus, jossa satunnaistettu kohorttijako	MESSAGE	Lähtötilanteessa koulutus- ja kontrolliryhmä ja 3 kk myöhemmin koulutusryhmä CSSD SEQ PPC 1, 2 ja 6 viikon kuluttua koulutuksesta: koulutusryhmä Koulutustyytyväisyys- ja palautekysely
Degen ym. (2022)	Tutkia kouluttaja-lähestymistapaan perustuvan intervention vaikutuksia	N = 254 hoitajaa N = 189 muistisairasta Kuntoutusryhmä n = 112 muistisairas Kontrolliryhmä n = 77 muistisairas	Ei määritelty	Muisti-sairausten eri vaiheita	Kvantitatiivinen seurantatutkimus; tilastollinen poikkileikkausvertailu	Multi-TANDEM-plus	Lähtötilanteessa ja 21 kk:n jälkeen CODEM

(Jatkuu...)

(...jatkuu)

							Ennen koulutusta CODE
O'Brien ym. (2018)	Kehittää ja pilotoida muistisairauksiin liittyvä ja kokemuksellisen oppimisen teoriaa hyödyntävä viestintätaitojen koulutuskurssi, joka on hyväksyttävä ja hyödyllinen terveydenhuollon ammattilaisille, sairaalapotilaille ja heidän omaisilleen	N = 45 terveydenhuollon ammattilaiset n = 8 lääkäriä n = 19 sairaanhoitajaa n = 17 lähi-terveydenhuollon ammattilaista n = 1 toimintakoordinaattori 89 % naisia	Ei määritelty	Ei tarkennettu	Keskustelun-analyysia hyödyntävä kvalitatiivinen ennako- ja jälkitestaus-tutkimus, pilottitutkimus	VOICE	Ennen ja jälkeen Dementia Communication Knowledge Test Simuloidun vuorovaikutuksen harjoitukset a. puheterapeutin arvio b. muistisairaana arvio: Emotional Tone Rating Scale 1 kk koulutuksesta Vapaamuotoiset kommentit ja arviot opitusta ja sen soveltamisesta käytäntöön
Williams ym. (2017)	Selvittää, miten hoitajien vanhuspuheen vähentäminen vaikuttaa muistisairaiden hoitoa vastustavaan käyttäytymiseen hoitokodissa	N = 42 paria n = 27 muistisairas n = 29 hoitaja	72–102 v (87,7 v) muistisairas 21–67 v (36,7 v) hoitaja	Alzheimerin tauti tai jonkin muu muistisairaus FAST	Satunnaistettu kontrolloitu klusterikokeilu, tilastollinen analyysi	CHAT	Vuorovaikutustilanteen koodaus käyttäytymisen mukaan: hoitajien kommunikaatio (normaali, vanhuspuhe, hiljaisuus) ja muistisairaiden halu yhteistyöhön Lähtötilanne Intervention jälkeen Seuranta 2 kk interventiosta

Huom. CHAT = Changing Talk; CODE = Confidence in Dementia Scale; CODEM = Communication behavior in dementia; CSSD = Communication Support Strategies in Dementia; FAST = Functional Assessment Staging in Alzheimer's Disease; PPC = Preparedness to Provide Care; SEQ = Self-Efficacy Questionnaire

3.2.3 Interventiomenetelmien moninaisuus

Kaikissa tutkimuksessa tarkasteltiin epäsuoria interventiomenetelmiä, joihin osallistui muistisaira hoitaja (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017) tai sekä hoitaja että muistisairas yhdessä (Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). En asettanut interventiomenetelmille muita valintakriteereitä, esimerkiksi sitä, oliko kyseessä yksilö- vai ryhmäkuntoutus, miten kauan interventio kesti tai miten monta tapaamista hoitajalla ja ohjaajalla oli. En myöskään valinnut mukaan kahta samaa menetelmää hyödyntänyttä tutkimusta. Tavoitteenani oli verrata menetelmiä keskenään, ei esimerkiksi yhtä menetelmää omaishoitajilla ja hoitoalan ammattilaisilla.

3.2.4 Interventiomenetelmien vaikutusten arviointi

Tutkimuksissa arvioitiin muistisaira ja hoitajan välistä vuorovaikutusta vähintään yhden menetelmän tai mittarin avulla. Olen kirjannut tutkimusten arviointimenetelmät ja -mittarit omaishoitajatutkimuksia käsittelevään taulukkoon 1 ja ammattilaistutkimuksia käsittelevään taulukkoon 2. Seuraavassa tarkastelen arviointimenetelmiä neljästä vuorovaikutukseen liittyvästä näkökulmasta.

Vuorovaikutuksen arvioinnin ajankohdat

Kolme tutkimusta oli **ennen ja jälkeen** -tutkimuksia (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Troche ym., 2019). Niissä arviointi suoritettiin ennen interventiota ja enintään muutama viikko intervention jälkeen. Käytetyt arviointimenetelmät olivat samat ennen interventiota ja sen jälkeen. Kontrolliryhmä ei osallistunut arviointiin uudelleen intervention jälkeen (Barnes & Markham, 2018).

Yksi tutkimuksista oli **yksivaiheinen seurantatutkimus** (Degen ym., 2022). Arvioinnit suoritettiin ennen interventiota sekä sen päätyttyä mutta vain kerran ja viiveen jälkeen. Sekä muistisairaiden kuntoutusryhmä että kontrolliryhmä arvioitiin, kun interventiosta oli kulunut 21 kuukautta.

Neljä tutkimusta oli **monivaiheisia seurantatutkimuksia** (Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023; Williams ym., 2017). Arviointi suoritettiin ennen interventiota ja enemmän kuin kerran intervention jälkeen pääpiirteissään samoja arviointimenetelmiä hyödyntäen. Esimerkiksi Olthof-Nefkensin ym. (2023) omaishoitajatutkimuksessa intervention jälkeiset arvioinnit ajoittuivat kolmen, kuuden ja yhdeksän kuukauden päähän. Conwayn ja Cheneryn (2016) tutkimuksessa kontrolliryhmä ei osallistunut arviointiin intervention jälkeen.

Vuorovaikutuksen arvioijat

Kahdessa omaishoitajatutkimuksessa arviointilomakkeisiin vastasi omaishoitaja (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021). Yhdessä omaishoitajalle ja muistisairaalle oli omat lomakkeensa (Olthof-Nefkens ym., 2023). Trochen ym. (2019) omaishoitajatutkimus poikkesi edellisistä. Siinä videoitiin muistisairaana ja omaishoitajan keskustelua, jotka tutkimusavustajat analysoivat.

Conwayn ja Cheneryn (2016) ammattilaistutkimuksessa lomakkeisiin vastasivat koulutus- ja kontrolliryhmän hoitajat. Degenin ym. (2022) tutkimuksessa hoitajien intervention vaikutusta vuorovaikutukseen mitattiin muistisairaille tehdyin arviointitestein. Lisäksi psykologit arvioivat muistisairaiden kommunikointikykyä CODEM-havainnointitestein. O'Brienin ym. (2018) tutkimuksessa sekä puheterapeutti että ryhmä muistisairaita arvioivat terveydenhuollon ammattilaisen ja näyttelijän välisen simuloitun hoitotilanteen. Muistisairaajat käyttivät arvioinnissa määrällistä asteikkoa *Emotional Tone Rating Scale*, jolla pyrittiin selvittämään ikääntyneiden kanssa viestimisen taustalla olevia affektiivisiä ominaisuuksia. Williamsin ym. (2017) tutkimuksessa arvioitiin todellisia hoitokodin hoitotilanteita.

Muutamassa tutkimuksessa mainittiin erikseen, että arviointimenetelmät haluttiin pitää sellaisina, että ne rasittaisivat tutkimukseen osallistuvia omaishoitajia ja muistisairaita mahdollisimman vähän (Barnes & Markham, 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023).

Vuorovaikutuksen arviointimenetelmien kvantitatiivisuus ja kvalitatiivisuus

Vuorovaikutuksen arviointimenetelmät olivat kvantitatiiviset yhdessä omaishoitajatutkimuksessa (Barnes & Markham, 2018) ja kaikissa neljässä ammattilaistutkimuksessa (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym. 2018; Williams ym., 2017).

Vuorovaikutusta arvioitiin kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisesti kolmessa omaishoitaja-tutkimuksessa (Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Kvalitatiivisina arviointimenetelminä käytettiin omaishoitajien laadullisia fokusryhmä-haastatteluja (Chesneau ym., 2021), omaishoitajan ja muistisairaana puolistrukturoituja haastatteluja ja seuranta-haastatteluja (Olthof-Nefkens ym., 2023) sekä omaishoitajan ja muistisairaana keskustelujen laadullisia analyyseja (Troche ym., 2019).

Vakiintuneet sekä tutkimuksissa kehitetyt ja pilotoidut vuorovaikutuksen arviointimenetelmät ja -mittarit

Kvantitatiivisina arviointimenetelminä käytettiin pääasiassa vakiintuneita mittareita (Barnes & Markham, 2018; Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019; Williams ym., 2017).

Chesneau ja kollegoiden (2021) omaishoitajatutkimuksen molemmat arviointikyselyt oli kehitetty tutkimusta varten. Niin ikään uusia määrällisiä mittareita olivat omaishoitajan itsetehokkuutta viestinnässä mittaava CSES-mittari (Barnes & Markham, 2018), ECD-mittari eli kokemuksellinen kommunikaatio dementiassa (Olthof-Nefkens ym., 2023), PPC-mittari, joka arvioi lähihoitajien ja sairaanhoitajien käsitystä omasta valmistautuneisuudestaan muistisairaana hoitoon erityisesti kommunikaatio- ja käyttäytymisoireiden näkökulmasta (Conway & Chenery, 2016), akuuttisairaanhoidon ammattilaisten tietoisuutta ja itseluottamusta muistisairaana kanssa kommunikoidessa arvioiva CODE-mittari ja vuorovaikutustietämystä muistisairaana kanssa mittaava testi *Dementia Communication Knowledge Test* (O'Brien ym., 2018).

4 TULOKSET

Käsittelen seuraavaksi interventiomenetelmiä, joilla hoitajien vuorovaikutusta on tuettu ja ohjattu, sekä vaikutuksia, joita interventioilla on mahdollisesti ollut muistisairaana ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen.

4.1 Vuorovaikutuksen ohjaaminen ja tukeminen

Kaikissa tutkimuksissa fokuksessa olivat epäsuorat interventiot, joihin osallistuivat joko muistisairaana omaishoitaja (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021), omaishoitaja ja muistisairas yhdessä (Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019) tai hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilainen (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Olen avannut taulukoissa 3 ja 4 interventioita ja interventiomenetelmien pääperiaatteita.

Interventiomenetelmiä yhdisti selkeä ja johdonmukainen etenemisjärjestys. Menetelmät olivat useampivaiheisia eivätkä mahdollistaneet vaiheiden suorittamista eri järjestyksessä tai jonkin jättämistä pois. Tutkimuksissa pyrittiin siihen, että menetelmiä olisi mahdollisimman helppo hyödyntää, soveltaa ja kehittää. Kaikissa tutkimuksissa oli mukana vähintään yksi puheterapeutti. Pääsääntöisesti hän vastasi interventioista. Kahdessa ammattilaistutkimuksessa kuntouttajan ammatti ei käynyt ilmi (Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018), mutta O'Brienin ym. (2018) tutkimuksessa hoitajille oli järjestetty keskustelu puheterapeutin kanssa ennen vuorovaikutuskoulutusta. Yhdessä omaishoitajatutkimuksessa arviointiin osallistuivat puheterapeutin kouluttamat tutkimusavustajat, joiden ammattia tai koulutusta ei avattu (Troche ym., 2019).

Taulukko 3

Muistisairaana ja omaishoitajan vuorovaikutusta tukevat interventiomenetelmät

Tutkijat ja maa	Interventio- menetelmä	Tutkittavat	Kuntouttaja ja paikka	Kesto	Sisältö ja vaiheet
Barnes & Markham, (2018)	Talking Sense	Hoitoryhmä n = 28 omaishoitajat	Puheterapeutti	Kokonaiskesto 8 viikkoa	Hoitoryhmä 9 teemaa, 3 terapiakertaa 1. tapaaminen: tieto, näkemys 2. tapaaminen: ajatukset ja tunteet, viestintäympäristö, persoona 3. tapaaminen: kuinka olla hoitaja, muistutukset ja rohkaiseva keskustelu, kommunikaatio ja toiminta, haastava käyttäytyminen <ul style="list-style-type: none"> Tapaamisten välissä läpikäytyjen asioiden kokeileminen 3. kerran jälkeen kirjallinen yhteenveto omaishoitajille: ideat, yksilölliset suositukset ja strategiat Roolileikit Kontrolliryhmä Keskustelu puheterapeutin kanssa
	Psykososiaalinen, käyttäytymispainotteinen interventio kehittämään omaishoitajien tietoja, taitoja, ajattelua ja käyttäytymistä kommunikaatio- vaikeuksissa	Kontrolliryhmä n = 27 omaishoitajat	Koti	Hoitoryhmä 3 x 1 h:n tapaaminen Kontrolliryhmä 1 h:n tapaaminen	
Chesneau ym. (2021)	AID-COM	N = 5 paria		3 omaishoitajien ryhmätapaamista	Psykoedukatiivinen osio Tietoa Alzheimerin taudin varhaisvaiheesta, taudin vaikutus viestintään ja viestintästrategiat <ul style="list-style-type: none"> Muisti Leksikaaliset vaikutukset Vaikutuksen puheen ymmärtämiseen ja tuottoon Käytännön sovellukset <ul style="list-style-type: none"> Kaksi ongelmallista skenaariota viestintätilanteesta (koulutusvideoita, eivät osallistujien arjenkuvausta) Viestintäongelman tunnistaminen Vuorovaikutteinen keskustelu <ul style="list-style-type: none"> Ratkaisujen ja strategioiden pohtiminen esitettyihin skenaarioihin > Ratkaisut skenaarioina (koulutusvideoina) Keskeiset strategiat tiivistävä esite ja kehoitus hyödyntää strategioita päivittäin
	Aid for Communication	n = 5 muistisairas (mies)	Puheterapeutti	Tapaamiset n. 2 viikon välein	
	Näyttöön perustuva lähestymistapa, jolla pyritään parantamaan Alzheimerin tautia sairastavan ja hänen omaishoitajansa välistä vuorovaikutusta	n = 5 omaishoitaja (vaimo tai lapsi)	Paikkaa ei mainita	Mahdollisuus kokeilla kotona eri istunnoissa läpikäytyjä viestintästrategioita	

(Jatkuu...)

(...jatkuu)

Olthof-Nefkens ym. (2023)	Com-ments	N = 40 muistisairas- ja omaishoitaja-pariskunta n = 4 muistisairas n = 4 omaishoitaja	5 puheterapeuttia Koti	6 tapaamista/ pari n. 1 h/tapaaminen	<p>Aloitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutteinen narratiivinen lähestyminen parin vuorovaikutusongelmiin • Viestintästrategioiden läpikäyminen ja harjoittelu: verbaalinen ja nonverbaalinen <p>Parikohtainen viestintäohje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muistisairaana näkemyksiä ja ajatuksia vuorovaikutuksesta • Suoraviivaisia neuvoja siihen, kuinka hoitaja voi auttaa muistisairasta keskustelukumppaniaan keskustelussa <p>Osallistava soveltaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puheterapeutin lähestymistapa: motivoiva ja rohkaiseva muistisairaalle ja hoitajalle • Elämän mittainen konteksti • Vastaaminen epäsuoriin ja nonverbaalisiin vihjeisiin, jotka koskevat osallistujien tunteita
Troche ym. (2019)	<p>SCA</p> <p>Supported Conversation for adults with Aphasia</p> <p>Afaatikkojen tuetun keskustelun menetelmän mukautus muistisairaiden omaishoitajille</p>	N = 4 paria n = 4 muistisairas n = 4 omaishoitaja	Interventio: puheterapeutti Arvioinnit: Puheterapeutin kouluttamat tutkimus-avustajat Paikkaa ei mainita	Kokonaiskesto 6 viikkoa Omaishoitajat 4 x 1 h ryhmäkoulutus-tapaamiset + kokemukselliset keskustelut Omaishoitajat & muistisairaat Osio B	<p>A. <u>Didaktinen kokonaisuus</u> (omaishoitajille)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osaamisen tunnustaminen 2. Osaamisen paljastaminen <ul style="list-style-type: none"> • Viestin välittämisen erilaiset mahdollisuudet • Viestin perille saaminen • Vahvistuksen saaminen siitä, että viesti on ymmärretty <p>B. <u>Kokemuksellinen kokonaisuus</u> (omaishoitajille ja muistisairaille)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Didaktisissa istunnoissa opittujen asioiden aktiivinen hyödyntäminen kotona • Puheterapeutin vetämät palautehetket kokemuksista <p>Muistisairaana ja omaishoitajan videoitu keskustelu ennen ja jälkeen koulutuksen osana arviointia</p>

Taulukko 4

Muistisairaana ja hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutusta tukevat interventiomenetelmät

Tutkijat ja maa	Interventio-menetelmät	Tutkittavat	Kouluttaja ja paikka	Kesto	Sisältö ja vaiheet
Conway & Chenery (2016)	MESSAGE Viestintästrategiat muistisairaiden hoidossa -multimediakoulutus-ohjelma	N = 38 sairaanhoidaja tai lähihoitaja Koulutusryhmä n = 22 (miehiä 18,2 %) Kontrolliryhmä n = 16 (miehiä 12,5 %)	Puheterapeutti Paikkaa ei mainita	Koulutusryhmä Koulutustilaisuus 60 min/ pienryhmä (ei mainintaa tarkempaa koosta)	Multimediaformaatti: koulutus-DVD, MESSAGE-kirjanen, keskustelua, CSSD- ja palautekyselyyn valmistautuminen <ul style="list-style-type: none"> Johdanto dementiaan liittyviin muutoksiin viestinnässä Viestintästrategiat, opetusmerkit Käytännön viestintästrategiat Tapoja kompensoida muistisairauteen liittyviä kielellis-kognitiivista häiriötä, helpottaa ihmisten välisiä viestinnällisiä näkökohtia ja sisällyttää keskustelu osaksi hoitoa <ul style="list-style-type: none"> Maksimoi huomio: houkuttele, vältä häiriötä, yksi kerrallaan Tarkkaile ilmaisuasia: rentous, kiinnostuksen osoitus Pidä asiat yksinkertaisina: lyhyesti, tutusti; selkeät valinnat Tue keskustelua: anna aikaa, toista, muotoile uudelleen Avusta kuvin: teot, toiminnot, esineet Ota kiinni viestistä: kuuntele, katso, huomioi käytös Kannusta ja osallistu: tilaisuus puhua, kiinnostavat aiheet
Degen ym. (2022)	MultiTANDEM-plus Koulutusohjelma tehostamaan kommunikaatiota ammattihoitajien, heidän kollegoidensa, muistisairaiden ja näiden omaisten välillä	n = 254 hoitajaa Kuntoutusryhmä n = 112 muistisairas Kontrolliryhmä n = 77 muistisairas	Vaihe 2 24 hoitoalan ammattilaisissa johtotehtävissä työskentelevää kouluttajaa Hoitokodit	Vaihe 2 6 koulutuskertaa (6 h/kerta) Arviointi-tapaaminen (3 h)	Koulutusvaihe 1. 24 hoitajaa (ammattilliset johtotehtävät) Koulutusvaihe 2. Vaiheen 1 kouluttajat: 254 kollegan koulutus <ul style="list-style-type: none"> Koulutuksen yleiskatsaus: mitä on muistisairaus Viestintä muistisairaiden kanssa Hoitajien yhteistyö Yhteydenpito ja lääkäreiden kanssa Koulutuksen käyttöönotto arjessa Reflektointi, kysymykset Arviointikeskustelu Uusien teknikoiden soveltaminen käytäntöön

(Jatkuu...)

(...jatkuu)

O'Brien ym. (2018)	<p>VOICE</p> <p>Innovatiivinen, näyttöön ja kokemuksellisen oppimisen teoriaan perustuva viestintätaitojen koulutuskurssi akuuttisairaanhoidon terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät muistisairaiden kanssa</p>	<p>N = 45 terveydenhuollon ammattilaiset</p> <p>n = 8 lääkäriä n = 19 sairaanhoitajaa n = 17 lähi-terveydenhuollon ammattilaista n = 1 toiminta-koordinaattori</p> <p>89 % naisia</p>	<p>Keskustelu ennen osallistumista tutkijan ja puheterapeutin kanssa</p> <p>Kaksi kliinisten taitojen opetuskeskusta</p>	<p>2 päivää (välissä kk)</p> <p>Yhteensä 6 kurssia (tammi–toukokuu) 6–9 osallistujaa/kurssi</p>	<p>Koulutuspäivä 1. Viestintätaitojen koulutus (koko ryhmä)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valmistautumiseen digitaaliset oppimismoduulit • Tietoa vuorovaikutuksesta • Simulaatio- ja videotyöpajat pienryhmissä <p>Koulutuspäivien välikuukausi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflektiivinen päiväkirja • Viestintätekniikoiden käyttö omassa työssä <p>Koulutuspäivä 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pienryhmätyöpajat reflektiivisistä päiväkirjoista • Tietoa ihmiskeskeisestä hoidosta ja vanhuspuheesta • Videotyöpaja vahvistamaan opetusta • Simulaatiotyöpaja <p>Kehittäminen: keskusteluanalyysi</p> <p>(1) Pyynnön esittäminen ja kieltäytymiseen vastaamiseen</p> <p>(2) Hoitotilanteen pitkittymisen välttäminen ja päättäminen</p>
Williams ym. (2017)	<p>CHAT</p> <p>Changing Talk</p> <p>Viestintäkoulutuksen tavoitteena vähentää vanhuspuhetta ja sitä kautta muistisairaiden ongelma-käyttäytymistä</p>	<p>N = 42 paria</p> <p>n = 27 muistisairaata n = 29 hoitokodin hoitajat</p>	<p>Tohtori-koulutettava tutkimusryhmän jäsen</p> <p>Verkossa</p>	<p>3 x 1 h:n tapaaminen (tapaamiset kerran viikossa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viestintästrategioiden ohjaus: huomio erityisesti vanhuspuheeseen • Ohjattu harjoittelu <p>Hoitoryhmä: videotallenteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lähtötilanne: 2 hoitotilannetta • Intervention jälkeen: vastaavat 2 hoitotilannetta • Seurantatallenteet 2 kk myöhemmin <p>Kontrolliryhmä: videotallenteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lähtötilanne: 2 hoitotilannetta • Intervention jälkeen (4 viikkoa lähtötilanteen jälkeen): vastaavat 2 hoitotilannetta • Seurantatallenteet 2 kk myöhemmin

4.1.1 Interventiomenetelmät: henkilökeskeiset ja institutionaaliset

Kolmessa omaishoitajatutkimuksessa interventiomenetelmät painottivat yksilöllisiä **henkilökeskeisiä** lähestymistapoja (Barnes & Markham, 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Taulukossa 3 olen esitellyt menetelmien pääperiaatteet. Omaishoitajan lisäksi menetelmissä otettiin huomioon vuorovaikutuksen toinen osapuoli eli muistisairas omainen yksilönä, jonka kommunikatiiviset haasteet olivat yksilöllisiä ja saattoivat poiketa suuresti toisen muistisairaahan haasteista. Muistisairauksia käsiteltiin yleisellä tasolla, esimerkiksi niiden vaikutuksista viestintään (Olthof-Nefkens ym., 2023), mutta vuorovaikutuksen ohjaaminen ja tukeminen oli yksilöllistä ja henkilökohtaista, esimerkkeinä palautehetket puheterapeutin kanssa ja osallistujien vuorovaikutustilanteiden videointi ennen ja jälkeen intervention (Troche ym., 2019) sekä aihepainotusten valinnat interventioihin omaishoitajan kanssa käydyn keskustelun pohjalta (Barnes & Markham, 2018).

Intervention henkilökeskeinen lähestymistapa ei tarkoittanut, että omaishoitaja olisi osallistunut interventioon yksin. Ainoastaan Barnesin ja Markhamin (2018) hyödyntämässä Talking Sense -menetelmässä puheterapeutti tapasi kerrallaan yhden omaishoitajan tämän kotona. Olthof-Nefkensin ja kollegoiden (2023) tutkimuksessa interventiomenetelmän nimi Com-ments antaa vihjeen menettelytavasta: jokaiseen tapaamiseen osallistuivat omaishoitaja ja muistisairas yhdessä kommentoiden ja kommunikoiden. Trochen ym. (2019) tutkimuksessa tuetun keskustelun eli SCA-menetelmän tapaamiset olivat ryhmätapaamisia. Intervention didaktiseen kokonaisuuteen osallistuivat ainoastaan omaishoitajat. Kokemuksellinen osio oli myös muistisairaille.

Chesneau ym. (2021) tutkimus poikkesi muista omaishoitajatutkimuksista. Interventio oli sisällöllisesti yleisluonteisempi. Interventiossa hyödynnetty videomateriaali ja skenaariot olivat geneerisiä, eivät tutkimukseen osallistuneiden todellisista vuorovaikutustilanteista toisin kuin Trochella ym. (2019). Menetelmälliseltä otteeltaan Chesneau ym. (2012) tutkimuksen AID-COM oli henkilökeskeisen sijaan **institutionaalinen**.

Yleisesti ottaen institutionaalinen lähestymistapa oli tyypillinen ammattilaistutkimusten interventiomenetelmille. Interventioista käytettiin sellaisia nimityksiä kuin viestintä-

koulutusohjelma, viestintäkoulutus ja viestintäkurssi (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Menetelmissä korostui viestintätaitojen strategillinen painotus, jossa lähtökohtana olivat viestintätaidot yleisesti, ei tietyn ihmisen kanssa (ks. taulukko 4). Interventioissa oli huomioitu hoitokodin, sairaalan tai vastaavan instituution päivittäisen toiminnan kannalta olennaisia asioita. Niitä olivat esimerkiksi Degenin ym. (2022) tutkimassa MultiTANDEMplus-interventio-menetelmässä hoitajien yhteistyö, yhteydenpito tiimin kesken ja tehokas viestintä lääkäreiden kanssa.

Institutionaalista otteestaan huolimatta interventioissa oli yksilöllisiä muttei niinkään henkilökeskeisiä lähestymistapoja. Esimerkiksi O'Brienin ym. (2018) akuutti-sairaanhoidon tutkimuksessa oli taltioitu muistisairaiden ja kokeneiden terveydenhuollon ammattilaisten keskusteluja. Keskustelunanalyysin pohjalta tehtyjen valintojen avulla interventiossa pystyttiin keskittymään kahteen terveydenhuoltoalan henkilöstölle olennaiseen haasteeseen: pyynnön esittämiseen muistisairaalle ja siihen, että muistisairas ei vastaa, sekä pitkittyviin hoitokohtaamisiin.

Ammattilaistutkimuksissa interventioihin osallistujien määrät eivät nousseet suuriksi. Kahdesta tutkimuksesta kävi ilmi, että vuorovaikutusta tuettiin ja ohjattiin pienryhmissä (Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018). Myöskään interventioiden tapaamiskertojen määrä ja kesto eivät eronneet oleellisesti omaishoitajien interventioista. Ainoastaan Conwayn ja Cheneryn (2016) tutkimuksessa MESSAGE-interventio oli kertaluontoinen multimediakoulutusohjelma, jossa hyödynnettiin yhden yhteisen tapaamisen lisäksi muita ohjauksen muotoja, esimerkiksi DVD- ja kirjamateriaalia.

4.1.2 Interventioiden tavoitteet: neutraalit, selviytyjät ja ratkaisijat

Kaikissa tutkimuksissa intervention tavoite oli sama: vaikuttaa muistisairaahan ja hänen hoitajansa vuorovaikutukseen tukemalla, ohjaamalla ja kouluttamalla hoitajaa (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019; Williams ym., 2017). Tavoitteiden asetteluissa oli kuitenkin eroja.

Kahdessa ammattilaistutkimuksessa tavoitteet määriteltiin **neutraalimmin** kuin muissa tutkimuksissa (Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018). Tavoitteina oli arvioida ja tutkia intervention vaikutuksia sekä kehittää hyväksyttävä ja hyödyllinen koulutus.

Kahdessa omaishoitajatutkimuksessa (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021) ja kahdessa ammattilaistutkimuksessa (Conway & Chenery, 2016; Williams ym., 2017) tavoitteita ja tutkimuksien näkökulmia kuvasivat selviytyminen ja jonkin negatiiviseksi tunnistetun reaktion, käytöksen tai muun häiriön vähentäminen tai poistaminen. **Selviytymistavoitteelliset** tutkimukset pyrkivät kommunikaatiovaikeuksien hallintaan, hoitoa vastustavan ongelmakäyttäytymisen vähentämiseen ja kompensoimaan muistisairauteen liittyviä kielellis-kognitiivisia häiriöitä.

Kaksi omaishoitajatutkimusta erottautui muista yksilöimällä vuorovaikutuksen tavoitteita positiivissävyysesti ja **ratkaisukeskeisesti**. Olthof-Nefkens ym. (2023) asettivat tavoitteekseen muistisairaana ja omaishoitajan myönteisen ja merkityksellisen vuorovaikutuksen edistämisen. Troche ym. (2019) pitivät tärkeänä, että interventiossa keskitytään viestinnän lisäksi muistisairaana osallistumisen parantamiseen.

4.1.3 Interventiomenetelmät suhteessa aikaisempiin: pilotoijat ja mukauttajat

Tutkimuksista kaksi oli **pilottitutkimusta**: yksi omaishoitajatutkimus (Olthof-Nefkens ym., 2023) ja yksi ammattilaistutkimus (O'Brien ym., 2018). Olthof-Nefkens ja kollegat (2023) hyödynsivät ja arvioivat Com-ments-menetelmää, uutta yksilöllisestä logopedistä interventiomenetelmää, sekä sen mahdollisia vaikutuksia ja toteutettavuutta. O'Brien ja kollegat (2018) eivät olleet löytäneet aikaisemmista tutkimuksista interventio-menetelmää, joka tukisi ja ohjaisi akuuttisairaanhoidon ammattilaisia tai ylipäänsä lääkäreitä vuorovaikutuksessa muistisairaiden ja heidän omaistensa kanssa. He eivät myöskään löytäneet interventiomenetelmää, jota olisivat voineet mukauttaa akuuttisairaanhoidon. He päätyivät pilotoimaan VOICE-interventiomenetelmän, kokemuksellisen oppimisen teoriaan perustuvan viestintätaitojen koulutuskurssin akuuttisairaanhoidon ammattilaisille, jotka työskentelevät muistisairaiden kanssa.

Mukauttajat eli kuusi muuta tutkimusta pyrki kehittämään epäsuoria interventio-menetelmiä uudelta näkökulmasta. Näistä kolme (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Troche ym., 2019) määrittivät itse tutkimuksensa pilotti-tutkimukseksi. Koska tutkimuksissa sovellettiin olemassa olevaa menetelmää eikä kehitetty kokonaan uutta (vrt. pilotoijat O'Brien ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023), luokittelen ne mukauttajiksi.

Barnes ja Markham (2018) hyödynsivät hoitoalan ammattilaisille suunniteltua Talking Sense -interventiomenetelmää omaishoitajien interventioissa. He myös yhdistivät siihen kognitiivisen käyttäytymisterapian. Trochen ym. (2019) tavoitteena oli selvittää, miten SCA, *Supported Conversation for Adults with Aphasia*, eli afaatikkojen ja heidän lähi-ihmisten kanssa hyödynnetty tuetun keskustelun menetelmä soveltuisi muistisairaiden ja omaishoitajien vuorovaikutuksen tukemiseen. Niin ikään omaishoitajuutta tutkineiden Chesneun ym., (2021) lähtökohtana oli selvittää omaishoitajien ohjausta muistisairauden varhaisvaiheessa, sillä sitä oli heidän mukaansa tutkittu vähän. Heidän mukautettuna lähestymistapanaan oli tutkia omaishoitajille suunnatun AID-COM-interventiomenetelmän vaikutuksia vuorovaikutukseen silloin, kun omaisella oli Alzheimerin taudin varhainen vaihe.

Degen ja kollegat (2022) hyödynsivät ammattilaistutkimuksessaan MultiTANDEMplus-menetelmää, joka perustui TANDEM- ja MultiTANDEM-menetelmiin. Kun aikaisemmat tutkimukset olivat osoittaneet vuorovaikutuksen ohjaamisen vaikutukset suhteellisen lyhyellä aikavälillä ja pidemmälle edenneissä muistisairauksissa, Degen ym. (2022) tutkivat Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa olevia henkilöitä ja asettivat intervention jälkeisen muistisairaiden arvioinnin 21 kuukauden päähän. Williamsin ja kumppaneiden (2017) uusi näkökulma CHAT-interventiossa oli hoitoalan ammattilaisten vuorovaikutuksellisen huomion kiinnittäminen sekä verbaaliseen että nonverbaaliseen vanhuspuheeseen. Tutkimuksen hypoteesina oli, että kun hoitajien vanhuspuhe vähenee, myös haastavat hoitotilanteet vähenevät. Conwayn ja Cheneryn (2016) tutkimus-asetelmassa erityistä oli se, että aikaisemmin ei ollut tutkittu yhteisöllisessä vanhustenhoidossa työskentelevien hoitajien vuorovaikutustaitojen tukemista. Tutkijoiden hyödyntämä MESSAGE-interventiomenetelmä tarjosi lähihoitajien ja sairaanhoitajien käyttöön erilaisia strategioita kompensoida muistisairauteen liittyviä kielellis-kognitiivisia häiriöitä.

4.1.4 Menetelmän suhde käytäntöön: osallistajat, läsnäolijat ja yleistäjät

Interventiomenetelmistä kaksi oli yleistäjiä (Chesneau ym., 2021; Degen ym., 2022), kuusi läsnäolijoita (Barnes & Markham, 2018; Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017) ja kaksi osallistajia (Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym. 2019).

Yleistäjillä yhteistä oli, että niiden yhteys käytäntöön oli hyvin yleinen: ne eivät yksilöineet interventioita tai interventiomenetelmää tutkittavista tai näiden arjesta ja arjen kontekstista käsin. Yleistäjien interventioon ei kuulunut myöskään systemaattista reflektointia.

Läsnäolijoille ja **osallistajille** oli tyypillistä seurantakeskustelut ja mahdollisuus käydä läpi interventioiden hyödyntämistä arkielämässä sekä yksilölliset viestintäohjeet. Läsnäolijat ja osallistajat huomioivat muistisairaana ja hoitajan myös intervention suunnittelussa tai sen arkikäytäntöön soveltamisessa. Esimerkiksi Talking Sense -menetelmässä puheterapeutti tapasi tutkimukseen osallistuvan omaishoitajan ennen interventiota, jotta hän pystyi hyödyntämään omaishoitajan toiveita ja näkemyksiä intervention suunnittelussa menetelmän sallimissa rajoissa (Barnes & Markham, 2018). VOICE-menetelmässä puolestaan koko interventio suunniteltiin tutkimukseen osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta (O'Brien ym., 2018).

Läsnäolijat ja osallistajat erotti toisistaan muistisairaana rooli: osallistajien interventiomenetelmissä muistisairas osallistui interventioon sen jokaisessa vaiheessa, kuten Olthof-Nefkens ym., (2023) Comments-menetelmässä, tai johonkin intervention vaiheista, kuten Trochen ym. (2019) muistisairauteen mukautetussa SCA-menetelmässä. Osallistajat nostivat esille kuntouttajan ja kuntoutettavien keskinäisen luottamussuhteen merkityksen.

4.1.5 Yhteenveto

Koostin taulukkoon 5 kaikki ne laadulliset muuttujat, joista käsin tarkastelin muistisairaahan henkilön hoitajan epäsuoria interventioita ja niiden erilaisia menetelmiä. Menetelmien pääjaon muodosti hoitosuhde: neljä interventiota oli suunnattu omaishoitajille, neljä hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisille. Nämä kaksi pääryhmää erosivat toisistaan **menetelmälliseltä otteeltaan**: omaishoitajan interventio-menetelmät olivat henkilökeskeisiä, hoitoalan ammattilaisten institutionaalisia. Lisäksi pääryhmät erosivat **seuranta- ja arviointimenetelmiltään**: Hoitoalan ammattilaisten interventioiden vaikutusta arvioitiin yhtä poikkeusta lukuun ottamatta monivaiheisesti. Omaishoitajatutkimukset olivat yhtä lukuun ottamatta ennen ja jälkeen -tutkimuksia, joissa arviointi tapahtui ennen interventiota ja kerran intervention jälkeen. Seurantajakso jäi yleensä varsin lyhyeksi.

Pääryhmissä oli jossakin määrin eroa interventiomenetelmien **tavoitteissa**. Omaishoitajille suunnatut menetelmät olivat tavoitteiltaan selviytyjiä tai ratkaisijoita, hoitoalan ammattilaisten puolestaan neutraaleja tai selviytyjiä. Näin omaishoitajien interventioissa pyrittiin todennäköisemmin yksilöityyn tavoitteeseen kuin hoitoalan ammattilaisten interventioissa. Selviytyjäksi luokittamani interventio pyrki vuorovaikutuksen ohjaamisella jonkin häiriön heikentämiseen tai poistamiseen. Ratkaisijaksi luokittamani interventio asetti tavoitteensa myönteisesti ja osallistavasti vuorovaikutuksesta käsin.

Pääryhmien sisällä menetelmät erosivat toisistaan **suhteessaan käytäntöön** eli siinä, miten ja missä määrin interventio ja interventiomenetelmä huomioivat osallistujansa, heidän vuorovaikutussuhteensa, arkensa ja hoitotilanteessa. Henkilökeskeiset omaishoitajainterventiot olivat pääsääntöisesti läsnäolijoita ja osallistajia, kun institutionaalisissa hoitoalan ammattilaisten interventioissa korostui läsnäolijan rooli. Tulos kertoo, että vaikka hoitoalan ammattilaisten vuorovaikutusta tuettiin enemmän institutionaalisesti kuin henkilökeskeisesti, interventiomenetelmissä huomioitiin kuitenkin yksilöllisyys esimerkiksi määrittelemällä intervention tavoitteet hoitoalan ammattilaisten arjesta käsin. Tällöin tässä aineistossa tavoite häiriön heikentäminen eli esimerkiksi hoitoa vastustavan ongelmakäyttäytymisen vähentäminen.

Taulukko 5

Interventiomenetelmien kokonaisuus

	Omaishoitajat			Hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaiset				
	Talking Sense Barnes & Markham, (2018)	AID-COM Chesneau ym. (2021)	Com-ments Olthof-Nefkens ym. (2023)	SCA Troche ym. (2019)	MESSAGE Conway & Chenery (2016)	Multii-TANDEMplus Degen ym. (2022)	VOICE O'Brien ym. (2018)	CHAT Williams ym. (2017)
Menetelmällinen ote	Henkilökeskeinen	Institutiionaalinen	Henkilökeskeinen	Henkilökeskeinen	Institutiionaalinen	Institutiionaalinen	Institutiionaalinen	Institutiionaalinen
Tavoitteet	Selviytyjä	Selviytyjä	Ratkaisija	Ratkaisija	Selviytyjä	Neutraali	Neutraali	Selviytyjä
Menetelmä suhteessa aikaisempiin	Mukauttaja	Mukauttaja	Pilottoija	Mukauttaja	Mukauttaja	Mukauttaja	Pilottoija	Mukauttaja
Suhde käytäntöön	Läsnäolija	Yleistäjä	Osallistaja	Osallistaja	Läsnäolija	Yleistäjä	Läsnäolija	Läsnäolija
Seuranta/ arviointi-ajankohta	Ennen ja jälkeen	Ennen ja jälkeen	Monivaiheinen seuranta	Ennen ja jälkeen	Monivaiheinen seuranta	Yksivaiheinen seuranta	Monivaiheinen seuranta	Monivaiheinen seuranta
Arvioija	OH	OH	OH+MS	Keskustelun-analyysi	Hoitajat	Arviointitestit + psykologien testit muistisairaille	PT + MS (simuloitu hoitotilanne)	Vuorovaikutus-tilanteen koodaus käyttäytymisen mukaan
Kontrolloitu tutkimus	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei

Huom. MS = Muistisairas; OH = Omaishoitaja; PT = Puheterapeutti

4.2 Interventioiden vaikutukset vuorovaikutukseen

Muistisairaiden omaishoitajille suunnatuilla interventioilla havaittiin olevan vaikutusta muistisairaahan sekä hänen omaishoitajansa väliseen vuorovaikutukseen (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019). Vastaavasti hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu vuorovaikutuksen tuki, ohjaus ja koulutus vaikuttivat vuorovaikutukseen muistisairaahan kanssa (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017).

Talking Sense -intervention myötä omaishoitajan kommunikaatiovaikeudet vähenivät tilastollisesti (Barnes & Markham, 2018). Muistisairaakokivat, että heidän omaishoitajansa oli kommunikatiivisesti aikaisempaa kykeneväisempiä. Tutkijoiden mukaan on kuitenkin mahdoton sanoa, mikä vähensi omaishoitajan ja muistisairaahan välisiä kommunikaatiovaikeuksia: muutos omaishoitajan käsityksissä tai käyttäytymisessä vai muutos muistisairaahan käyttäytymisessä tai kyvyissä. Niin ikään Chesneau ym. (2021) tutkimat omaishoitajat, joiden läheiselle oli diagnosoitu Alzheimerin taudin varhaisvaihe, kokivat, että viestintästrategioiden käyttötiheys, tehokkuus ja käytön vaikutus vuorovaikutukseen olivat kasvaneet AID-COM-intervention avulla. SCA:n eli tuetun keskustelun menetelmän myötä interventiossa keskityttiin muistisairaahan ja omaishoitajan väliseen keskusteluun (Troche ym., 2019). Tulos osoitti, että omaishoitaja pystyi soveltamaan saamaansa koulutusta arjessa ja näin parantamaan vuorovaikutusta muistisairaahan läheisensä kanssa. Sekä omaishoitajan tuetun keskustan taito että muistisairaahan osallistuminen keskusteluun paranivat merkitsevästi: mitä suurempi muutos oli omaishoitajan keskustelun taidossa, sitä korkeampi oli muistisairaahan keskusteluun osallistumisen pisteytys. Olthof-Nefkensin ja kollegoiden (2023) Com-ments-interventiotutkimus osoitti, että kun muistisairas ja omaishoitaja osallistuivat yhdessä interventioon, jaettu kokemus vahvisti molempia. Tutkittavat kertoivat tulleen tietoisemmiksi erilaisista vuorovaikutusrooleistaan ja oppineensa hyödyntämään vuorovaikutusstrategioita, esimerkiksi puhumaan hitaammin ja käyttämään visuaalista materiaalia puheen tukena. He olivat myös tietoisempia omista reaktioistaan ja pysähtyivät tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti pohtimaan myönteistä viestintää omien reaktioidensa kautta. Intervention vaikutusta tehostavina tekijöinä pidettiin oikea-aikaisuutta ja henkilökohtaista ohjausta.

MESSAGE-interventio paransi tavoitteidensa mukaisesti lähi- ja sairaanhoitajien viestintästrategioiden tietoutta ja vaikutti myönteisesti erityisesti vaikeisiin vuorovaikutustilanteisiin (Conway & Chenery, 2016). Koulutus lisäsi myös hoitajien luottamusta vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen. Kahdeksaa hoitokotia koskevassa tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat pystyivät hyödyntämään MultiTANDEMplus-interventiossa oppimiaan tietoja ja taitoja niin, että muistisairaiden kommunikaatiokyvyn heikkeneminen hidastui (Degen ym., 2022). Muistisairaiden hoitoryhmän (112 henkilöä) eli ryhmän, jonka hoitajat olivat osallistuneet interventioon, kommunikaatiokyky pysyi vakaana, mutta kontrolliryhmän (77 henkilöä) kommunikaatiokyky heikkeni 21 kuukautta kestäneen seurannan aikana. Tulos koski sekä verbaalista että nonverbaalista vuorovaikutusta. Niin ikään CHAT-interventio voi parantaa hoitoalan ammattilaisten ja muistisairaiden välistä vuorovaikutusta sekä tarjota samalla lääkkeettömän vaihtoehdon muistisairaiden käyttäytymisongelmiin ja hoidon tukemiseen (Williams ym., 2017). Hoitajien vanhuspuheen prosentuaalinen aika väheni ennen interventiota yhden prosenttiyksikön ja intervention jälkeen 14 prosenttiyksikköä. Vanhuspuheen määrän pieneneminen oli pysyvä muutos. Määrä ei palautunut takaisin kolmen kuukauden seurannan aikana.

VOICE-koulutuksen jälkeen hoitokodin hoitajat tekivät vähemmän erinäisiä järjestelyjä hoitotilanteen pitkittymisen välttämiseksi ja lopettamiseksi sekä olivat todennäköisesti tarkempia hoitotilanteen lopettamisesta ja siitä ilmoittamisesta (O'Brien ym., 2018). Sen sijaan pyyntöjen esittämisessä muistisairaille ei tapahtunut olennaisia muutoksia. Tulokset pysyivät samoina ennen koulutusta ja sen jälkeen muun muassa seuraavissa: terveydenhuollon ammattilaisista 95 % ei pehmentänyt ensimmäistä kysymystään, 86 % ei ilmaissut ensimmäistä pyyntöään selvästi eikä 79 % ilmaissut seuraavaa pyyntöään selvästi. Lopulta tulokset olivat ristiriitaiset: tutkijoiden mukaan koulutus paransi terveydenhuollon ammattisten tietoja ja myös muutti joitakin kommunikaation osa-alueita, mutta simuloituja vuorovaikutuksen harjoituksia arvioineet muistisairaot havaitsivat, että ammattilaisten viestintä oli muuttunut koulutuksen myötä kontrolloivammaksi, pomottavammaksi ja dominoivammaksi.

5 POHDINTA

5.1 Tutkimustulosten arviointi

Kandidaatintutkielmani tavoitteena oli selvittää muistisairaahan henkilön hoitajan vuorovaikutuksen ohjaamista, tukemista ja kouluttamista kahdella tapaa: minkälaisia menetelmiä hoitajien epäsuorissa interventioissa oli hyödynnetty sekä sitä, vaikuttivatko interventiot muistisairaahan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen.

5.1.1 Vuorovaikutuksen ohjaaminen ja tukeminen

Kirjallisuuskatsaukseni tulokset osoittivat, että muistisairaahan henkilön hoitajan vuorovaikutuksellinen ohjaaminen, tukeminen ja kouluttaminen oli hyvin heterogeenistä menetelmiltään. Samaan tulokseen on päädytty aiemmissa tutkimuksissa (esim. Hockley ym., 2023; Nguyen ym., 2019; Swan ym., 2018). Lisäksi tutkimusta hoitajien epäsuorista interventioista on edelleen hyvin rajallisesti (Perkins ym., 2022). Kolikon toinen puoli on, että menetelmien kehittäminen ja tutkiminen on lähtökohtaisesti avarakatseista ja näkemyksellistä – näin myös omassa aineistossani. Pilotit pyrkivät viemään eteenpäin muistisairaiden henkilöiden hoitajien vuorovaikutuksen tukemista ja ohjaamista kehittämällä menetelmällisesti kokonaan uutta ja mukauttajat puolestaan hyödyntämällä olemassa olevia menetelmiä uudella tavalla. Interventiomenetelmien tutkimustyö on tärkeää, koska kommunikaatiovaikeuksien asianmukainen hallinta on iso osa muistisairaahan ja hoitajan hyvinvointia (Kindell ym., 2017). Se on tärkeää myös siksi, että epäsuorat menetelmät ovat yleinen muistisairaiden puheterapeuttisen kuntoutuksen muoto, esimerkiksi Suomessa (Kohonen & Pekkala, 2015) ja Englannissa (Davis ym., 2024) kaikkein yleisin.

Hoitajien epäsuorista interventiomenetelmistä on vaikea tehdä yleistäviä johtopäätöksiä ja määrittellä esimerkiksi tehokkain menetelmä tai interventioistuntojen määrä ja tiheys (Hockley ym., 2023; Machiels ym., 2017; Swan ym., 2018). Niin ikään interventiotutkimusten tulosten vertailu on vaikeaa, koska vakiintuneita mittareita ja johdonmukaisia raportointimenetelmiä ei ole (Dooley & Walshe, 2019; Nguyen ym.,

2019; Perkins ym., 2022). Siksi päädyin tarkastelemaan aineistoni kahdeksaa interventiomenetelmää viidestä laadullisesta muuttujasta käsin: 1. menetelmällisestä otteesta (henkilökeskeinen, institutionaalinen), 2. tavoitteista (ratkaisija, selviytyjä, neutraali), 3. suhteesta aikaisempiin menetelmiin (pilotoija, mukauttaja), 4. suhteesta käytäntöön (osallistaja, läsnäolija, yleistäjä) sekä 5. seurannasta ja arvioinnista (ennen ja jälkeen, yksivaiheinen seuranta, monivaiheinen seuranta). Laadulliset muuttujat loivat selkeästi hahmotettavan menetelmällisen kokonaiskuvan, jonka avulla voi tarkastella menetelmien painotuksia, eroja ja yhtäläisyyksiä. Aineistossa oli vain kaksi muuttujiltaan täysin identtistä menetelmää: MESSAGE (Conway & Chenery, 2016) ja CHAT (Williams ym., 2017).

Aineistoni menetelmät jakaantuivat kahteen pääryhmään sen mukaan, oliko interventio suunniteltu ja kohdennettu omaishoitajalle (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019) vai hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilaiselle (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Eggenbergerin ym. (2013) mukaan omaishoitajatutkimukset keskittyvät kahteen asiaan: vuorovaikutustaitoihin muistisairaana ja omaishoitajan omassa ympäristössä sekä interventioihin, joissa hoitoalan ammattilaisia koulutetaan ohjaamaan ja neuvomaan omaishoitajia. Aineistossani jälkimmäistä interventiotutkimustyyppiä ei ollut. Ammattilaistutkimusten interventiot voidaan jakaa puolestaan kolmeen ryhmään: interventioihin, jotka keskittyvät muistisairaana ja hoitajan väliseen kommunikointiin, interventioihin, jotka keskittyvät muistisairaana ja hoitajan väliseen kommunikointiin mutta lisäksi henkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen parantamiseen, ja interventioihin, jotka pyrkivät parantamaan muistisairaiden ja henkilöstön, asukkaiden keskinäistä sekä asukkaiden ja vierailijoiden välistä vuorovaikutusta (Eggenberger, ym., 2013). Aineistoissani ammattilaistutkimuksista löytyi kaikkia tyyppejä.

Omaishoitajien kohtaamia haasteita ovat tiedonpuute muistisairauksista, muutokset vuorovaikutuksessa muistisairaana läheisen kanssa ja yhä suuremman vastuun kantaminen vuorovaikutuksen onnistumisesta, ilmapiiristä ja seurauksista (Eggenberger ym., 2013; Leskelä & Lindholm, 2012; Mönkäre, 2019). Omaishoitajatutkimuksien interventioissa ne pyrittiin tyypillisesti ratkaisemaan henkilökeskeisellä menetelmällisellä otteella. Henkilökeskeisyyden lähtökohtana on ymmärrys siitä, että jokaisen muistisairaana kommunikatiivinen profiili on yksilöllinen eikä muistisairas menetä kielitaitoon kerralla

vaan vähitellen (Lindholm, 2006). Henkilökeskeisten painotusten lisäksi omaishoitajatutkimusten interventioissa käsiteltiin yleistä tietoa muistisairauksista ja viestintästrategioista. Interventioissa olisikin aina avattava muistisairautta ja sairauteen liittyviä vuorovaikutuksellisia ongelmia ja viestintästrategioita (Vasse ym., 2010).

Hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutusongelmat syntyvät muistisairaana kykenemättömyydestä ilmaista itseään ymmärrettävästi ja vastaavasti hoitajan kyvyttömyydestä ymmärtää muistisairasta (Nguyen ym., 2022). Interventioissa haasteita lähdettiin ratkomaan institutionaalisesti. Yksi lähestymistavan taustalla vaikuttava tekijä on se, että hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisille kielen arvo syntyy instituutiosta ja sen toimijoiden tehtävistä (Mäntynen ym., 2018).

Muistisairaita analysoimalla saadaan hyvä tuntuma siihen, miten hoitajia tulisi tukea ja ohjata (Savundranayagam ym., 2016). Ammattilaistutkimuksissa interventioita suunniteltiin myös yksilöllisesti tiettyihin hoitoalan ja terveydenhuollon vuorovaikutuksellisiin haasteisiin, jotka määriteltiin tutkimukseen osallistuvien ammattilaisten työarjesta käsin (O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Vaikka tällä tavoin interventiossa lähtökohta oli yksilöllinen, se oli edelleen henkilökeskeisyyden sijaan institutionaalinen. Henkilökeskeistä viestintää ei hyödynnetä tarpeeksi hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjauksessa eikä koulutuksessa, vaikka jo lyhyt interventio voi lisätä henkilökeskeistä vuorovaikutusta (Williams ym., 2018). Hoitoalan ammattilaisten interventioissa tulisi huomioida, että muistisairaille kielen arvo on nimenomaan kielen sosiaalisuudessa (Mäntynen ym., 2018) ja vuorovaikutus on enemmän kuin tiedon vaihtamista (Kindell ym., 2017). Se on jotain, johon kaikki voivat osallistua mahdollisimman aktiivisesti (Leskelä & Lindholm, 2012). Tätä vasten on tärkeää huomata, että hoitoalan ammattilaisten vuorovaikutusta koskeva koulutus on yleisimmin koulutusta, joka käsittelee viestintätarpeiden tunnistamista ja tukemista (68 %), kuin koulutusta, jossa hoitoalan ammattilaiset saavat oppia ja työkaluja muistisairaiden ryhmätoiminnan, esimerkiksi muistelemisen, ohjaamiseen (39 %) (Davis ym., 2024).

Muistisairaiden vuorovaikutusinterventioiden tutkimuksissa asetelma on tyypillisesti ollut häiriökeskeinen: kun muistisairaana ja hoitajan välinen vuorovaikutus paranee, jokin hoitosuhteen häiriötekijä heikkenee (Perkins ym., 2022; Savundranayagam ym., 2016;

ks. myös Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017; Lindholm, 2006). Näin myös aineistossani, jossa neljä interventiota, niin kutsutut selviytyvät, pyrki vuorovaikutuksen tukemisella nimenomaan häiriön minimoimiseen. Interventioiden positiivisia vaikutuksia ja positiivisen käyttäytymisen ylläpitoa on tutkittu paljon vähemmän (Hockley ym., 2023; McGilton ym., 2017; Mäntynen ym., 2018; Vasse ym., 2010). Siksi on tärkeää, että kaksi omaishoitajatutkimusta määritteli tavoitteensa vuorovaikutuksen ylläpidosta käsin ratkaisukeskeisesti. Com-ments pyrki edistämään muistisairaana ja omaishoitajan myönteistä ja merkityksellistä vuorovaikutusta (Olthof-Nefkens ym., 2023) ja SCA parantamaan muistisairaana osallistumista vuorovaikutukseen (Troche ym., 2019).

Tutkimusten mukaan tehokkaimmat ja vaikutuksiltaan pitkäkestoisimmat interventiot hyödyntävät neuvontaa ja rakentavaa palautetta sekä reflektointia, seuranta- ja konsultaatiota (Eggenberger ym., 2013; Nguyen ym., 2019). Tiedetään, että erityisesti hoitoalan ammattilaisten interventiot vaikuttavat vuorovaikutukseen positiivisesti, kun ne on sisällytetty päivittäiseen hoitotyöhön ja interventioissa on huomioitu henkilökohtainen palaute, interaktiivinen oppiminen ja kertaustunnot (Nguyen ym., 2019; Vasse ym., 2010). Aineistoni interventiomenetelmät olivat kahta yleistäjää (Chesneau ym., 2021; Degen ym., 2022) lukuun ottamatta osallistajia (Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019) ja läsnäolijoita (Barnes & Markham, 2018; Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017). Interventioissa huomioitiin hoitajien käytännön arkielämä muun muassa mahdollistamalla erilaisten viestintästrategioiden ja muiden opittujen taitojen kokeileminen, kokemusten reflektointi ja niistä keskusteleminen. Interventioita myös muokattiin menetelmän sallimissa rajoissa käytännön näkökulmasta ja niiden tavoitteita määriteltiin tutkittavien työarjesta käsin.

Usein interventioiden ongelmana on, ettei niiden jälkeen ole seuranta- (Perkins ym., 2022; Williams ym., 2018) tai seurantajaksot eivät ole riittävän pitkiä (Swan ym., 2018). Jos seuranta- ei ole, jää näkemättä opittujen vuorovaikutustaitojen käyttö arjessa ja niiden mahdolliset pitemmän ajan hyödyt (Perkins ym., 2022). Ilman seuranta- ei voida myöskään reagoida uudelleen koulutuksen tai tehoistuntojen tarpeeseen (Williams ym., 2018). Aineistossani interventiomenetelmiin kuuluvat seuranta- ja arviointijaksot vaihtelivat ajankohdiltaan. Suurin osa oli kuitenkin menetelmiä, joihin kuului monivaiheinen seuranta tai joissa intervention jälkeinen seuranta oli selkeästi pitkän ajan

päässä itse interventiosta (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023; Williams ym., 2017).

Muistisairaahan henkilön hoitajan interventiotutkimuksessa keskustellaan jonkin verran siitä, että itse muistisairasta ei tulisi jättää interventioiden eikä interventiotutkimusten ulkopuolelle (Perkins ym., 2022). Aineistossani muistisairaat osallistuivat kahteen omaishoitajatutkimuksen interventioon: SCA:n kokemuksellisen kokonaisuuden osioon (Troche ym., 2019) ja Com-metsin jokaiseen vaiheeseen aina alkuarvioinnista loppuarviointiin (Olthof-Nefkens ym., 2023). Lisäksi muistisairaat osallistuivat ammattilais-tutkimuksen VOICE-menetelmässä hoitajien simuloitujen vuorovaikutusharjoitusten arviointiin (O'Brien ym., 2018).

Kun muistisairaat itse osallistuvat interventiotutkimukseen, heiltä saadaan tärkeää kokemuksellista ja käytännönläheistä tietoa (Alsawy ym., 2020). Tutkimustyössä mukana olo on toivottavasti myös omiaan heikentämään näkemystä, joka on kyseenalaistanut etenevän degeneratiivisen sairauden vuorovaikutuskuntoutuksen (Pekkala, 2017). Aineistoni menetelmistä Com-mets oli ainoa, jossa muistisairaita osallistettiin systemaattisesti menetelmän monivaiheiseen tutkimus- ja kehitystyöhön (Olthof-Nefkens ym., 2023, ks. myös Olthof-Nefkens ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2021).

5.1.2 Interventioiden vaikutukset vuorovaikutukseen

Vaikka muistisairaudet rappeuttavat aivoja, heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita (Hallikainen ym., 2019b; Pekkala, 2017) ja johtavat puheen, kielen ja kommunikaation vaikeuksiin (Dooley & Walshe, 2019; Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; Pekkala, 2010, 2017; Zhang ym., 2020), muistisairaus ei tarkoita, etteikö ihminen haluaisi olla vuorovaikutuksessa ja osa sosiaalista verkostoaan (Alsawy ym., 2020; Hallikainen ym., 2019b; Kohonen & Pekkala, 2015; Pekkala, 2017). Muistisairaahan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella on todennäköisesti merkitystä psyykkiseen terveyteen, sosiaaliin resursseihin ja ihmissuhteisiin (Hockley ym., 2023). Se voi vaikuttaa myönteisesti myös muistisairaahan elämänlaatuun ja minäkuvaan (McGilton ym., 2017; Mäntynen ym., 2018) sekä hoitajan stressiin ja elämänlaatuun (Perkins ym., 2022). Aineistoni interventiomenetelmillä oli vuorovaikutusta vahvistavaa ja parantavaa

vaikutusta sekä muistisairaana ja omaishoitajan (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Olthof-Nefkens ym., 2023; Troche ym., 2019) että muistisairaana ja hoitoalan tai terveydenhuollon ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa (Conway & Chenery 2016; Degen ym., 2022; O'Brien ym., 2018; Williams ym., 2017).

Muistisairauden vuorovaikutuksellisia ongelmia kuvastaa hyvin se, että sairauden edetessä muistisairaana ja läheisten välinen keskustelu muuttuu epäsymmetriseksi eli vastuu siitä on yhä enemmän läheisellä (Leskelä & Lindholm, 2012; Mönkäre, 2019). Tilanteeseen kaivataan luonnollisesti neuvoja ja ohjeita. Pahimmillaan perheenjäsenet voivat käyttää strategioita, jotka eivät ole vain hyödyttömiä vaan voivat aiheuttaa muistisairaassa turhautumista ja ahdistumista sekä heikentää muistisairaana itsetuntoa (Braithwaite Stuart ym., 2022). Esimerkiksi AID-COM-menetelmä vahvisti nimenomaan omaishoitajien viestintästrategioiden käyttötiheyttä ja tehokkuutta sekä käytön vaikutusta vuorovaikutukseen (Chesneau ym., 2021). Puolestaan Talking Sense -intervention myötä muistisairaana arvioivat, että heidän omaishoitajiensa vuorovaikutukselliset taidot olivat parantuneet (Barnes & Markham, 2018).

Jo kokemus osallisuudesta vuorovaikutukseen on omiaan vähentämään eristyneisyyttä ja parantamaan yleistä hyvinvointia (Alsawy ym., 2020; Dooley & Walshe, 2019). Aineistoni SCA-interventiomenetelmän keskiössä olivat omaishoitajan tuetun keskustelun taito ja muistisairaana osallistuminen keskusteluun (Troche ym., 2019). Molemmat paranivat intervention myötä merkitsevästi. Com-ments-interventiossa jo itse lähtökohta oli osallistava: vuorovaikutuksen ohjaamiseen ja tukemiseen osallistuivat omaishoitajien lisäksi myös muistisairaana (Olthof-Nefkens ym., 2023). Tulosten mukaan jaettu kokemus vahvisti molempia. Samalla omaishoitaja oppi tiedostamaan paremmin omia reaktioitaan ja sitä kautta suuntaamaan omaa viestintäänsä myönteiseksi.

Iäkkäille ihmisille vanhuspuhe näyttäytyy holhoavana ja korostaa heidän epäpätevyytään (Zhang ym., 2020). Kun hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät vähentämään vanhuspuhetta, vähenevät niin ikään muistisairaana aggressiivinen käyttäytyminen ja hoidon vastustaminen. Aineistossani CHAT-menetelmä onnistui vähentämään hoitoalan ammattilaisten vanhuspuhetta pysyvästi (Williams ym., 2017). Yksi hyvän tuloksen osatekijä voi olla se, että interventiossa hyödynnettiin elementtinä talleiteita muistisairaiden ja hoitajien todellisista vuorovaikutustilanteista (ks. myös

Williams ym., 2018). Interventioissa myös simulaatiomenetelmä on todettu tehokkaaksi (Pilnick ym., 2023). Omassa aineistossani se nosti esille yllättävän tuloksen: simuloituja vuorovaikutuksen harjoituksia arvioidessaan muistisairaat tulivat siihen tulokseen, että hoitoalan ammattilaisten viestintä oli muuttunut VOICE-intervention myötä kontrolloivammaksi, pomottavammaksi ja dominoivammaksi (O'Brien ym., 2018).

Kun MultiTANDEMplus-interventiomenetelmän myötä muistisairaat arvioitiin uudelleen peräti 21 kuukautta terveydenhuollon ammattilaisten intervention jälkeen, huomattiin, että muistisairaiden kommunikointikyvyn heikkeneminen oli hidastunut (Degen ym., 2022). Interventio oli aineistoni menetelmistä poikkeuksellinen siksi, että siinä hoitoalan ammattilaisten koulutus oli kaksivaiheinen: ensin koulutettiin johtotehtävissä työskenteleviä henkilöitä, jotka puolestaan kouluttavat 245 kollegaansa eri hoitokodeista. Olennaista MultiTANDEMplus-interventiomenetelmässä voi olla se, että siinä keskityttiin muistisairaahan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen lisäksi tehostamaan kommunikaatiota terveydenhuollon ammattilaisten, heidän kollegoidensa, muistisairaiden ja näiden omaisten välillä. Muutosta vuorovaikutukseen ei tavoiteltu vain muistisairaahan ja hoitajan välillä, vaan vuorovaikutuksen tukeminen ja ohjaaminen ulotettiin mahdollisimman moneen ihmiseen, jota muistisairaus koski. Yhden vuorovaikutussuhteen sijaan voitiin vaikuttaa risteävästi useisiin vuorovaikutussuhteisiin, mikä on osaltaan voinut vaikuttaa muistisairaahan kommunikointikyvyn heikkenemisen hidastumiseen.

5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kirjallisuuskatsaukseni interventiotutkimuksien luotettavuuteen on voinut vaikuttaa hyvin erilaiset tutkittavien ryhmät. Tutkittavat ryhmäkoot vaihtelivat neljän muistisairaahan ja omaishoitajan parista (Troche ym., 2019) 254:ään hoitoalan ammattilaiseen (Degen ym., 2022). Myös sukupuolijakauma oli osin vääristynyt, kuten Troche ym. (2019) itse huomauttavat tutkimuksestaan, jossa kaikki muistisairaat olivat miehiä. Lisäksi tulee huomioida, että muistisairauden määrittelyssä tai diagnosoinnissa käytettiin eri testejä ja mukana oli myös tutkimuksia, joissa ei ollut määritelty muistisairautta (Conway & Chenery, 2016; Degen ym., 2022; Olthof-Nefkens ym. (2023) eikä sen vaihetta (O'Brien ym., 2018). Muun muassa Swan ja kollegat (2018) nostavat esille, että tutkimuksissa tulisi

arvioida tutkittavien muistisairaus ja muistisairaiden vaihe ja testaamisessa tulisi käyttää standardoituja testejä.

Tutkimuksissa itsessään nostettiin esille seuraavanlaisia rajoituksia, joilla on voinut olla vaikutusta luotettavuuteen: kohderyhmiä ei yksilöity riittävästi (Barnes & Markham, 2018), osallistujia ei valittu satunnaistetusti (O'Brien ym., 2018), tutkittavat eivät välttämättä täyttäneet kaikkia sisäänottokriteereitä ja osa myös keskeytti tutkimuksen (Williams ym., 2017). Interventioon tyytymättömät keskeyttivät tutkimuksen todennäköisemmin kuin siihen tyytyväiset, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin (Olthof-Nefkens ym., 2023). Niin ikään tuloksiin saattoi vaikuttaa se, että osa tutkittavista oli mahdollisesti osallistunut samanaikaisesti toiseen muistisairaille suunnattuun interventioon (Troche ym., 2019). Tuloksissa voi näkyä myös se, jos näkökulma on ollut vain hoitajan, ei muistisairaana (Barnes & Markham, 2018).

Tutkimuksista kolme oli kontrolloitua (Barnes & Markham, 2018; Conway & Chenery, 2016; Williams ym., 2017). Näissä sokkouttamisen mahdollisuus oli intervention luonteen vuoksi rajallinen tai mahdotonta toteuttaa.

Kaikissa aineistoni tutkimuksissa oli interventioiden jälkeinen seuranta (vrt. Perkins ym., 2022). Seuranta-ajankohdat kuitenkin vaihtelivat kahdesta viikosta (Barnes & Markham, 2018) aina 21 kuukauteen asti (Degen ym., 2022). Barnes & Markham (2018) pitivät itse kahden viikon jaksoa liian lyhyenä. O'Brien ym. (2018) arvioivat, että ennen ja jälkeen -arviointi oli altis vääristymille, sillä ihmiset saattoivat haluta vastata arviointiin todellista tilannetta paremmin. Muistisairaiden epäsuorien interventioiden tutkimusta hankaloittaa vakiintuneiden ja validoitujen arviointimittareiden puute, mikä myös osaltaan vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen ja luotettavuuteen (Dooley & Walshe, 2019; Mayer ym., 2023; Nguyen ym., 2019; Perkins ym., 2022). Monissa tutkimuksissa vuorovaikutusta arvioidaan mittarein ja menetelmin, jotka ovat tutkijoiden kyseiseen interventiotutkimukseen kehittämiä (Nguyen ym., 2019), näin myös omassa aineistossani (Barnes & Markham, 2018; Chesneau ym., 2021; Conway & Chenery, 2016; O'Brien ym., 2018; Olthof-Nefkens ym., 2023).

5.3 Johtopäätökset ja tulosten kliininen merkitys

Tilanteessa, jossa maailma vanhenee, tulisi muistaa, että mitä varhemmassa vaiheessa muistisairautta kuntoutus aloitetaan, sitä tehokkaammin sitä voidaan hyödyntää (Pekkala, 2017). Toistaiseksi muistisairaita ohjataan puheterapeuttiseen arvioon harvoin meillä Suomessa ja muualla (Davis ym., 2024; Korpijaakko-Huuhka ym., 2017; Olthof-Nefkens ym., 2021; Mayer ym., 2023), vaikka juuri vuorovaikutussuhteet ovat tärkeitä muistisairaahan toimintakyvylle, omanarvontunteelle ja minäkuvalle (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b; McGilton ym., 2017; Mäntynen ym., 2018) sekä muistisairaahan ja hoitajan stressinhallinnalle, elämänlaadulle ja yleiselle hyvinvoinnille (Alsawy ym., 2020; Dooley & Walshe, 2019; Perkins ym., 2022). Toisaalta tutkimuksista tiedetään myös, että tarve vahvistaa puheterapeuttien tietämystä ja osaamista muistisairaiden kuntoutuksesta on suuri (Mayer ym., 2023).

Muistisairaahan henkilön hoitajan vuorovaikutuksen tukemisen ja ohjaamisen interventiomenetelmät ovat hyvin heterogeenisiä (Hockley ym., 2023; Machiels ym., 2017; Swan ym., 2018). Myös tulosten vertailu on vaikeaa (Dooley & Walshe, 2019; Nguyen ym., 2019; Perkins ym., 2022). Jotta tutkielmassani menetelmistä oli mahdollista saada selkeä kokonaiskuva, määrittelin viisi laadullista muuttujaa, joiden avulla verrata menetelmien eroja ja yhtäläisyyksiä laajemmin kuin esimerkiksi vertaamalla interventioiden kestoja, tapaamisten määrää ja tiheyttä. Laadullisten muuttujien tarkastelussa selkeän pääjaon muodostivat omaishoitajille suunnatut henkilökeskeiset interventiomenetelmät sekä hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnatut institutionaaliset menetelmät. Lisäksi menetelmiä voi tarkastella useammasta näkökulmista, esimerkiksi siitä, oliko menetelmässä monivaiheinen seuranta arviointineen vai keskittyikö se arviointiin ainoastaan ennen interventiota ja lähes välittömästi sen jälkeen.

Valitun interventiomenetelmän tulisi aina pohjautua muistisairaahan vuorovaikutustaitojen kokonaisvaltaiseen arviointiin (Dooley & Walshe, 2019). Vastaavasti ohjaus ja tuki, jota hoitoalan ja terveydenhuollon ammattilainen kokee tarvitsevansa, eroaa hoitajan iän, ammattikuvan ja hoitokokemuksen mukaan (Nguyen ym., 2022). Näin ollen interventioiden heterogeenisyydessä on hyötynsä, sillä valittavana on hyvin erilaisia menetelmiä. Lopulta toivottavasti jokaisen vuorovaikutuksellisen interventiomenetelmän

arvo kiteytyy yhteen ja samaan: tutkimalla, soveltamalla ja jakamalla tietoa voimme auttaa muistisairaita, heidän läheisiään ja hoitajiaan parhaaseen mahdolliseen vuorovaikutusyhteyteen (Korpijaakko-Huuhka & Klippi, 2017b).

5.4 Jatkotutkimusaiheet

Muistisairaana henkilöiden hoitajien epäsuorien interventioiden positiivisia vaikutuksia on tutkittu vähemmän kuin negatiivisia (Hockley ym., 2023; McGilton ym., 2017; Mäntynen ym., 2018). Tutkimusta tarvitaan lisää myönteisyyden ja osallistamisen näkökulmasta. Samalla tulisi tutkia, mikä muistisairaille on tärkeää vuorovaikutuksessa: pyrimmekö interventioissa tavoitteisiin, jotka muistisairaana näkökulmasta ovat merkityksellisiä.

Haastavan interventiotutkimuksesta tekee muistisairauksien moninaisuus ja -vaiheisuus. Siksi tarvitaan tutkimusta, joka kohdentuu tiettyyn muistisairauteen ja vaiheeseen: onko menetelmiä, jotka soveltuvat paremmin tiettyihin muistisairauksiin tai niiden vaiheisiin.

Tarpeellinen jatkotutkimusaihe on myös se, miten intervention kohdistaminen laajempaan vuorovaikutusverkostoon vaikuttaa muistisairaisiin. Degenin ym. (2022) tutkimus antaa viitteitä siitä, että kun interventiossa huomioidaan muistisairaana ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen lisäksi useita muita vuorovaikutussuhteita, muistisairaana kielellinen heikkeneminen hidastuu.

Arvokkaita jatkotutkimusaiheita ovat myös arviointitavat ja -menetelmät. Missä määrin tuloksiin mahdollisesti vaikuttaa se, ketä arvioidaan ja kuka arvioi. Onko arvioinnin kohde muistisairas vai hoitaja tai onko arvioija muistisairas, hoitaja vai kolmas osapuoli. Lisäksi on tärkeää ymmärtää intervention vaikutuksia vuorovaikutukseen ylipäänsä mutta myös siihen, miten muutokset näyttäytyvät muistisairaalle ja miten hoitajalle.

LÄHTEET

Alsawy, S., Tai, S., McEvoy, P. & Mansell, W. (2020). 'It's nice to think somebody's listening to me instead of saying "oh shut up"'. People with dementia reflect on what makes communication good and meaningful. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 151–161. <https://doi.org/10.1111/jpm.12559>

Barnes, C. J. & Markham, C. (2018). A pilot study to evaluate the effectiveness of an individualized and cognitive behavioural communication intervention for informal carers of people with dementia: The Talking Sense programme. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 615–627. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12375>

Bayles, K. A. & Tomoeda, C. K. (2014). *Cognitive-communication disorders of dementia: Definition, diagnosis, and treatment*. Plural Publishing.

Braithwaite Stuart, L., Jones, C. H. & Windle, G. (2022). A qualitative systematic review of the role of families in supporting communication in people with dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(5), 1130–1153. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12738>

Burgio, L., Allen-Burge, R., Roth, D., Bourgeois, M., Dijkstra, K., Gerstle, J., Jackson, E. & Bankester, L. (2001). Come talk with me: Improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*, 41(4), pp. 449–460. DOI: 10.1093/geront/41.4.449

Chesneau, S., Faucher, C., Morin, G. & Le Dorze, G. (2021). Evaluation of AID-COM, a communication-focused program for family carers of people with early-stage Alzheimer's disease: A pilot study (innovative practice). *Dementia (London, England)*, 20(2), 779–790. <https://doi.org/10.1177/1471301219887038>

Conway, E. R. & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: A controlled pretest-post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1145–1155. <https://doi.org/10.1111/jocn.13134>

Davis, L., Botting, N., Cruice, M. & Dipper, L. (2024). Communication support in care homes for older adults: Views and reported practices of speech and language therapists and care home activities staff in the UK. *International Journal of Language & Communication Disorders* 2024;1–18. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13010>

Degen, C., Frankenberg, C., Meyer-Kühling, I., Wendelstein, B., Knebel, M., Pantel, J., Zenthöfer, A., Rammelsberg, P., Andrejeva, N. & Schröder, J. (2022). Communication skills in nursing home residents with dementia: Results of a prospective intervention study over 21 months. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(1), 27–31. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01929-0>

Done, D. J. & Thomas, J. A. (2001). Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: A cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(8), 816–821. <https://doi.org/10.1002/gps.436>

Dooley, S. & Walshe, M. (2019). Assessing cognitive communication skills in dementia: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5), 729–741. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12485>

Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 1–12. <https://doi.org/10.4061/2010/906818>

Eggenberger, E., Heimerl, K. & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International psychogeriatrics*, 25(3), 345–358. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>

Erkinjuntti, T. (2006). Dementian käsite. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistihäiriöt ja dementia* (2. uudistettu painos, s. 93–97). Duodecim.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (2015). Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2., uudistettu painos, s. 18–22). Duodecim.

Hallikainen, M. (2019). Alzheimerin tauti. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 328–338). Duodecim.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (2019a). Ammattihenkilöstön osaaminen ja asenteet: merkitys ja kehittäminen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 28–30). Duodecim.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (2019b). Muistisairaahan hoidon lähtökohta ja tavoitteet. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 14–15). Duodecim.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (2019c). Muistisairaahan hyvän hoidon järjestäminen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 24–28). Duodecim.

Hautala, T. (2015). Ikääntymiseen liittyvät puheen ymmärtämisen haasteet. Teoksessa A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & S. Pekkala (toim.), *Aikuisten neurologisperäiset puheen, kielen ja viestinnän ongelmat* (s. 32–41). Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistys.

Hautala, T. (2013). *Ikääntyneiden kuuntelijoiden puheen ymmärtäminen kognitiivisesti vaativassa tilanteessa*. Acta Universitatis Ouluensis, B 114.

Heikkinen, E. (2024). *Muistipotilaan seuranta*. Muistisairausseminaari 27.2.2024, Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Hicks, B., Konovalova, I., Myers, K., Falconer, L. & Board, M. (2023). Taking ‘A walk through dementia’: Exploring care home practitioners’ experiences of using a virtual reality tool to support dementia awareness. *Ageing and Society*, 43(5), 1042–1067. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000994>

Hockley, A., Moll, D., Littlejohns, J., Collett, Z., & Henshall, C. (2023). Do communication interventions affect the quality-of-life of people with dementia and their families? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 27(9), 1666–1675. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2202635>

Immonen, A. & Jämsä, M. (2019). Muistisairaahan palveluntarpeen arviointi. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 223–232). Duodecim.

Johansson, M. F., McKee, K. J., Dahlberg, L., Williams, C. L., Summer Meranius, M., Hanson, E., Magnusson, L., Ekman, B., Marmstål Hammar, L. & Marmstål Hammar, L. (2021). A comparison of spouse and non-spouse carers of people with dementia: A descriptive analysis of Swedish national survey data. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–338. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02264-0>

Kindell, J., Keady, J., Sage, K. & Wilkinson, R. (2017). Everyday conversation in dementia: A review of the literature to inform research and practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 392–406. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12298>

Klippi, A. (2017a). Kaksisataa vuotta afasian tutkimusta. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & R. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 316–334). Gaudeamus.

Klippi, A. (2017b). Kielenkäyttö, vuorovaikutus ja keskustelun pulmat. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & R. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 84–98). Gaudeamus.

Klodnicka Kouri, K., Ducharme, F. C. & Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. *Dementia, 10*(3), 435–453.

Kohonen, J. & Pekkala, S. (2015). Muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa – Kuntoutuksen suuntaviivoja meiltä ja maailmalta. Teoksessa A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & S. Pekkala (toim.), *Aikuisten neurologisperäiset puheen, kielen ja viestinnän ongelmat* (s. 109–118). Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistys.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Klippi, A. (2010). Ikääntyminen ja viestintä. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot: Kommunikaation perusteet, häiriöt ja kuntoutus* (s. 264–269). Turun yliopisto.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Klippi, A. (2017a). Afasiaterapian vaikuttavuustutkimus. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 347–359). Gaudeamus.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Klippi, A. (2017b). Ikääntyminen, viestintä ja muistisairaudet. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 65–83). Gaudeamus.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M., Manninen, R.-L. & Klippi, A. (2017). Aikuisten kielihäiriöiden kuntoutus Suomessa. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 335–346). Gaudeamus.

Korpijaakko-Huuhka, A.-M., Rantala, L. & Karjalainen, M. (2014). Mutta minä rompotan menemään: Dementoituvan ihmisen kielellistetty identiteetti. Monitapaustutkimus. *Puhe ja kieli, 34*:2, 55–79. Haettu 21.1.2024 osoitteesta <https://journal.fi/pk/article/view/46479/12421?acceptCookies=1>

Korpijaakko-Huuhka, A.-M. & Rautakoski, P. (2017). ICF-luokitus afasian moniulotteisuuden kuvaajana. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 65–83). Gaudeamus.

Leskelä, L. & Lindholm, C. (2012). Näkökulmia kielellisesti epäsymmetriseen vuorovaikutukseen. Teoksessa L. Leskelä & C. Lindholm (toim.), *Haavoittuva keskustelu: Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta* (s. 12–31). Kehitysvammaliitto.

Liddle, J., Smith-Conway, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Gallois, C., Copland, D. A., Pachana, N. A., Humphreys, M. S., Byrne, G. J. & Chenery, H. J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1927–1942

Lindholm, C. (2006). Det är som sjutton också – Kiinteät ilmaukset dementiaa sairastavien vanhusten ja hoitajien keskusteluissa. *Puhe ja kieli*, 26:3, 185–200. Haettu 12.2.2024 osoitteesta <https://journal.fi/pk/article/view/6663/5440>

Lindholm, C. (2016). Luottamuksen haasteet. Teoksessa M. Stevanovic & C. Lindholm (toim.), *Keskustelunanalyysi: Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta* (s. 295–309). Vastapaino.

Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P. & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>

Marsden, S., & Holmes, J. (2014). Talking to the elderly in New Zealand residential care settings. *Journal of Pragmatics*, 64(Apr), 17–34. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.01.006>

Mayer, J. F., Green, M. R., White, L. W. & Lemley, T. (2023). Perspectives of speech-language pathologists and students on providing care to people living with dementia: A scoping review. *American Journal of Speech-language Pathology*, 32(5), 2351–2373. https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00410

McGilton, K., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B., Saragosa, M., Boscart, V., Wilson, R., Galimidi-Epstein, K. & Pichora-Fuller, M. (2017). Can we help care providers communicate more effectively with persons having dementia living in long-term care homes? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(1), pp. 41–50. <https://doi:10.1177/1533317516680899>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. (2023). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Haettu 1.3.2024 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/>

Muistisairauksien yleisyys (2024). Haettu 24.2.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Mäntynen, A., Tapionkaski, S., & Pietikäinen, S. (2018). Kielikäsitukset vanhustyössä – asukkaiden, hoitajien ja esimiesten käsityksiä hyvästä vuorovaikutuksesta ja kielenkäytöstä. *Puhe ja kieli*, 38(3), 127–151. <https://doi.org/10.23997/pk.77383>

Mönkäre, R. (2019). Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito* (s. 114–128). Duodecim.

Nguyen, H., Eccleston, C. E., Doherty, K. V., Jang, S. & McInerney, F. (2022). Communication in dementia care: Experiences and needs of carers. *Dementia (London, England)*, 21(4), 1381–1398. <https://doi.org/10.1177/14713012221080003>

Nguyen, H., Terry, D., Phan, H., Vickers, J. & McInerney, F. (2019). Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1050–1069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14697>

O'Brien, R., Goldberg, S. E., Pilnick, A., Beeke, S., Schneider, J., Sartain, K., Thomson, L., Murray, M., Baxendale, B. & Harwood, R. H. (2018). The VOICE study – A before and after study of a dementia communication skills training course. *PloS One*, 13(6), e0198567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198567>

Olthof-Nefkens, M. W. L. J., Derksen, E. W. C., Debets, F., Swart, B. J. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. & Kalf, J. G. (2023). Com-mens: A home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers – a single-group mixed-methods pilot study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(3), 704–722. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12811>

Olthof-Nefkens, M. W. L. J., Derksen, E. W. C., de Swart, B. J. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. & Kalf, J. G. (2021). Development of the experienced communication in dementia questionnaire: A qualitative study. *Inquiry (Chicago)*, 58, 4695802110281-469580211028181. <https://doi.org/10.1177/00469580211028181>

Olthof-Nefkens, M. W. L. J., Kruse, H., Derksen, E., de Swart, B. J. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. & Kalf, J. G. (2018). Improving communication between persons with mild dementia and their caregivers: Qualitative analysis of a practice-based logopaedic Intervention. *Folia phoniatrica et logopaedica*, 70(3–4), 124–133. <https://doi.org/10.1159/000491081>

Pekkala, S. (2010). Dementiaan liittyvät puheen, kielen ja kommunikaation muutokset. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot: Kommunikaation perusteet, häiriöt ja kuntoutus* (s. 293–299). Turun yliopisto.

Pekkala, S. (2006). Katsaus Alzheimerin tautiin liittyvistä kielellisistä vaikeuksista. *Puhe ja kieli*, 26:3, 141–155. Haettu 1.3.2024 osoitteesta <https://journal.fi/pk/article/view/6660/6072>

Pekkala, S. (2017). Muistisairauden ihmisten kielen ja kommunikoinnin kuntoutus. Teoksessa A. Klippi, A.-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 303–312). Gaudeamus.

Perkins, L., Felstead, C., Stott, J. & Spector, A. (2022). Communication training programmes for informal caregivers of people living with dementia: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2737–2753. <https://doi.org/10.1111/jocn.16175>

Petrovsky, D. V., Sefcik, J. S., Hodgson, N. A. & Gitlin, L. N. (2020). Harsh communication: Characteristics of caregivers and persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 24(10), 1709–1716. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1667296>

Pilnick, A., O'Brien, R., Beeke, S., Goldberg, S., Murray, M. & Harwood, R. H. (2023). Conversation Analysis Based Simulation (CABS): A method for improving communication skills training for healthcare practitioners. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 26(6), 2461–2474. <https://doi.org/10.1111/hex.13834>

Rantapää, M. (2024). *Supportive strategies used by family members and formal caregivers in social interaction with deaf people with dementia*. Dissertations Universitatis Helsingiensis 23/2024.

Savundranayagam, M. Y., Sibaliya, J. & Scotchmer, E. (2016). Resident reactions to person-centered communication by long-term care staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(6), 530–537. <https://doi.org/10.1177/1533317515622291>

Suomen virallinen tilasto (SVT). Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2009, Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2010–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.2.2024]. Saantitapa: https://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001_fi.html

Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T. & Conway, E. (2018). Speech-language pathologist interventions for communication in moderate-severe dementia: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(2), 836–852. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0043

Tavoitteena ikäystävällinen Suomi (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023*. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29.

Troche, J., Willis, A. & Whiteside, J. (2019). Exploring supported conversation with familial caregivers of persons with dementia: A pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0398-5>

Vanhuspalvelulaki (2012). *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 1.3.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O. & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 189–200. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990615>

Vataja, R. (2006). Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjutti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistihäiriöt ja dementia* (2. uudistettu painos, s. 98–107). Duodecim.

Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R. & Bossen, A. (2017). A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: A cluster randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>

Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Jao, Y., Bossen, A., Hein, M., Chung, S., Strykiewicz, A. & Turk, M. (2018). Person-centered communication for nursing home residents with dementia: Four communication analysis methods. *Western Journal of Nursing Research*, 40(7), 1012–1031. <https://doi.org/10.1177/0193945917697226>

Zhang, M., Zhao, H., & Meng, F. (2020). Elderspeak to resident dementia patients increases resistiveness to care in health care profession. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 4695802094866-46958020948668. <https://doi.org/10.1177/0046958020948668>