

Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireiden vaikutus puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen

Ella-Mari Halminen ja Kukka Walden

Kandidaatintutkielma

Ohjaaja: Henry Railo

Turun yliopisto

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Psykologian ja logopedian laitos

Logopedia

Toukokuu 2026

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos/Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

HALMINEN, ELLA-MARI: Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireiden vaikutus
WALDEN, KUKKA: puolisoiden väliseen
kommunikointisuhteeseen

Kandidaatintutkielma, 44 s.

Logopedia

Toukokuu 2026

Parkinsonin tauti on etenevä neurologinen liikehäiriösairaus, jota sairasti vuonna 2021 maailmanlaajuisesti lähes 12 miljoonaa ihmistä. Taudin ydinoireet ovat lepovapina, lihasjäykkyys ja liikkeiden hidastuminen, joiden lisäksi taudinkuvaan kuuluu moninainen kirjo liitännäisoireita. Jopa 90 %:lla potilaista esiintyy puhe- ja äänioireita, joista hypokineettinen dysartria ja sen aiheuttama hiljainen puheääni ovat yleisimpiä. Taudin vaikutukset kommunikointiin eivät selity ainoastaan hiljaisella puheäänellä, vaan taustalla vaikuttavat myös esimerkiksi vireystilan muutokset, nonverbaalin viestinnän köyhtyminen sekä kognition ja kuulon heikentyminen. Muutokset potilaan kommunikointikyvyssä koskettavat myös hänen lähipiiriänsä. Puolisot vuorovaikuttavat päivittäin ja ovat siten avainasemassa potilaan arjessa. Tässä tutkimuksessa halusimme selvittää, kokevatko potilas tai hänen puolisonsa taudin puhe- ja äänioireista kommunikatiivista haittaa. Tarkastelimme, miten haitta vaikutti puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen.

Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksen aineisto on haettu kolmesta seuraavasta tietokannasta: PubMed, APA PsycInfo ja Linguistics and Language Behavior sekä Abstracts. Katsaukseen sisällytettiin 17 vertaisarvioitua artikkelia, joissa keskiössä on Parkinsonin taudin puhe- tai äänioireet ja niiden vaikutukset potilaaseen tai hänen puolisoonsa.

Katsauksessamme ilmeni, että potilaat ja heidän puolisonsa kokivat moniulotteista kommunikatiivista haittaa Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireiden takia. Puhuminen koettiin työlääksi ja keskusteluihin osallistuminen vaikeaksi. Kommunikointikatkokset haittasivat puheen sujuvuutta ja luonnollista rytmiä. Sairastumisen myötä potilaan ja puolison kommunikoinnin määrä väheni ja heidän osallistumisensa arjessa heikkeni. Potilas kaipasi tukea niin kommunikoinnissa kuin muussakin arjen toiminnassa. Puolisot ottivat enemmän vastuuta näistä molemmista, mikä muutti parisuhteen dynamiikkaa. Puolisot kokivat lisääntyneen vastuun ajoittain kuormittavaksi.

Katsauksessamme ilmeni puheterapian saatavuuden heikkous ja käytänteiden yksipuolisuus. Kuntoutus kohdistettiin usein hiljaisen äänen voimistamiseen. Parkinsonin taudin monitahoisista vaikutuksista tulisi tehdä lisää tutkimusta, jotta kuntoutuskäytänteitä voitaisiin kehittää palvelemaan potilaan ja hänen parisuhteensa tarpeita paremmin.

Asiasanat: Parkinsonin tauti, hypokineettinen dysartria, kommunikatiivinen haitta, puoliso, puheterapia, kuntoutu

Sisällysluettelo

1 Johdanto	4
1.1 Parkinsonin tauti	5
1.2 Puhe- ja äänioireet Parkinsonin taudissa	7
1.3 Puolisoiden kommunikatiivinen suhde	8
1.4 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	9
2 Menetelmät	9
2.1 Aineiston hankinta	9
2.2 Aineiston luokittelu	12
3 Tulokset	15
3.1 Tutkimuksen aineisto	15
3.2 Koehenkilöt	15
3.3 Koettu kommunikatiivinen haitta	18
3.3.1 Kommunikaation määrän ja osallistumisen väheneminen	18
3.3.2 Heikentynyt kommunikoinnin tehokkuus	19
3.4 Kommunikointiin vaikuttavat tekijät	20
3.4.1 Potilaaseen liittyvät tekijät	20
3.4.2 Puolisoon liittyvät tekijät	21
3.4.3 Ympäristötekijät	22
3.5 Parkinsonin taudin moniulotteisuus	23
3.5.1 Kokemus itsestä kommunikoijana	23
3.5.2 Puolisoiden kommunikointisuhde	24
3.5.3 Kokemuksia puheterapiasta	25
4 Pohdinta	25
4.1 Kommunikointikyvyn kokonaisvaltaiset vaikutukset	26
4.1.1 Potilas puhujana	26
4.1.2 Vaikutus parisuhteeseen	28
4.2 Puheterapia	28
4.3 Vahvuudet ja rajoitukset	29
4.4 Jatkosuosituksiset	31
5 Lopuksi	32
Lähteet	33

1 Johdanto

Parkinsonin tautia sairasti vuonna 2021 maailmanlaajuisesti lähes 12 miljoonaa ihmistä (Wang ym., 2026). Kyseessä on esiintyvyydeltään nopeimmin kasvava etenevä liikehäiriösairaus, jonka arvioidaan vuoteen 2050 mennessä koskettavan yli 25 miljoonaa ihmistä (Su ym., 2025). Perinteisesti Parkinsonin taudin arviointi ja kuntoutus ovat kohdistettu motorisiin ydinoireisiin, jotka ovat liikkeiden hidastuminen, lepovapina ja lihasjäykkyys (Terveystalo, 2021). Todellisuudessa oirekuva on huomattavasti näitä laajempi (Chaudhuri & Schapira, 2009; Lyytinen & Kaakkola, 2008; Kuopio ym., 2000).

Parkinsonin taudissa noin 90 %:lla esiintyy ääneen ja puheeseen liittyviä oireita (Logemann ym., 1978; Liu ym., 2025). Näistä yleisimpiä ovat äänenvoimakkuuden hiljeneminen, artikulaation epätarkkuus sekä puheen monotonisuus ja prosodian köyhtyminen (Cao ym., 2025; Sapir ym., 2008). Useissa tietolähteissä, kuten Duodecimin, Liikehäiriösairauksien liiton ja Aivosäätiön sivuilla Parkinsonin taudin kuvauksessa ei nosteta puhe- ja äänioireita juuri lainkaan esille. Potilas läheisineen ei välttämättä löydä kyseisistä oireista tietoa. Puutteellinen tieto voi heijastua potilaan oiretuntemukseen ja -tiedostukseen, minkä takia näihin oireisiin ei välttämättä osata hakea apua (Chaudhuri ym., 2006). Puheterapiaa saakin vain alle 5 %:a Parkinsonia sairastavista (Ramig ym., 2008; Trail ym., 2005).

Kommunikointi on ihmisoikeus (McLeod, 2018). Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa (1948) artikla 19 kuuluu: ”Jokaisella on oikeus mielipiteen- ja sananvapauteen. Tämä oikeus sisältää vapauden pitää mielipiteitä kenenkään niihin puuttumatta sekä hankkia, vastaanottaa ja levittää tietoja ja ajatuksia minkä tahansa viestimen avulla alueellisista rajoista riippumatta.” (Ihmisoikeuskeskus, 2023). Kyky kommunikoida on avainasemassa muidenperusoikeuksien täyttymisessä (McLeod, 2018). Parkinsonin taudin oireet johtavat useinkommunikatiiviseen haittaan, joka voi ilmetä esimerkiksi puheen sujumattomuutenajatyöläytenä, kommunikoinnin määrän ja tehokkuuden heikkenemisenä sekä puheenymmärrettävyyden laskuna (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Saldert & Bauer, 2017; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Onkin tärkeää ymmärtää tämä Parkinsonin taudista johtuva kommunikatiivinen haitta ja tarjota siihen kohdistettua kuntoutusta.

Potilaan lisäksi kommunikatiivinen haitta koskee myös hänen lähipiiriänsä (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Arjessa lähipiiriin kuuluu usein potilaan puoliso, joka on usein vuorovaikutuksessa päivittäin potilaan kanssa. Puolisoiden välinen parisuhde perustuu tiiviiseen ja syvään ymmärrykseen, jonka saavuttaminen ja ylläpitäminen vaativat toimivaa kommunikointisuhdetta (Boland & Follingstad, 1987; Yoo ym., 2014). Yksilölliset parisuhteet on tärkeää huomioida kuntoutuksessa ja tarjota asianmukaista tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Lyytinen & Kaakkola, 2008).

Puhe- ja äänioireiden aiheuttamaa kommunikatiivista haittaa sekä puolisoiden merkittävää roolia on tärkeää tarkastella. Vain näin on mahdollista saada kokonaisvaltainen käsitys potilaan toimintakyvystä ja tuen tarpeesta.

1.1 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä parantumaton liikehäiriösairaus ja sen keskeisiin taustamekanismeihin kuuluu dopamiinia tuottavan mustatumakkeen hermosolujen rappeutuminen (Jehkonen ym., 2020). Dopamiini on tärkeä välittäjäaine erityisesti liikkeiden säätelyn kannalta. Taudin syntymekanismia ei kuitenkaan vielä tunneta täysin (Balestrino & Schapira, 2020; Kouli ym., 2018). Tauti alkaa yleensä 60–70 vuoden iässä. Ikääntyminen itsessään jo hidastaa aivojen dopamiinituotantoa (Reeve ym., 2014). Ikä onkin yksi taudin suurimmista riskitekijöistä. Miehillä todetaan tautia enemmän kuin naisilla, mutta selkeää syytä tähän ei ole todettu (Zirra ym., 2022).

Parkinsonin tautiin liittyy sekä motorisia että ei-motorisia oireita, mutta itse diagnoosi tehdään motoristen oireiden perusteella (Atula, 2023). Ei-motoriset oireet ilmestyvät usein vuosia ennen motorisia oireita. Tästä syystä diagnoosin saaminen ja siten hoidon aloittaminen ei usein onnistu aivan alkuvaiheessa (Jaakkola ym., 2020). Taudin kolme ydinoiretta ovat motorisia, ja ne ovat bradykinesia eli liikkeiden hidastuminen, lepovapina ja rigiditeetti eli lihasjäykkyys (Terveystalo, 2021). Näiden oireiden vaikeusastetta ja niiden etenemistä voidaan kuvata Hoehn & Yahr -asteikolla (H&Y). Asteikko jakaa taudin seitsemään vaiheeseen välillä 1–5. Ensimmäinen vaihe kuvaa taudin lievintä muotoa, jossa potilaalla on ainoastaan toispuolisia oireita. Viimeinen vaihe on vaikein, sillä potilas on vuoteenoma tai

tarvitsee pyörätuolia kaikkeen liikkumiseen. Oireiden objektiivinen vaikeusaste ei kuitenkaan aina vastaa subjektiivista koettua haittaa. Taudin motorisia oireita voidaan tyypillisesti lievittää lääkityksellä, oikein kohdistetulla kuntoutuksella ja laiteavusteisella hoidolla (Armstrong & Okun, 2020).

Ydinoireiden lisäksi potilailla ilmenee usein puhe- ja äänioireita, kognitiivisia vaikeuksia, nonverbaalisen viestinnän köyhtymistä, nielemisvaikeuksia, mielialanmuutoksia sekä uupumusta. Nämä vaikuttavat olennaisesti kommunikointikykyyn. Potilaat eivät välttämättä itse tiedosta oireidensa vaikeusastetta tai niiden olemassaoloa, mikä liittyy sairauden myötä heikentyneeseen oiretiedostukseen (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Wylie ym., 2022). Kaikilla potilailla oiretiedostus ei kuitenkaan heikkene.

Taudille tyypillinen liikkeiden hidastuminen ja liikeratojen pieneneminen ilmenevät usein myös hypomimia eli ilmeikkyyden vähenemisenä (Johansson ym., 2020; Saldert & Bauer, 2017; Wylie ym., 2022). Hypomimian taustalla vaikuttavat motoristen oireiden lisäksi heikentynyt kyky tunnistaa ja käsitellä tunteita (Bianchini ym., 2024). Tunne-elämän latistumista voivat edelleen voimistaa Parkinsoniin liittyvät neuropsykiatriset oireet, joista yleisimpiä ovat mielialahäiriöt, kuten masennus, ahdistus ja apatia sekä psykoottiset oireet (Aarsland ym., 2009; Blonder & Slevin, 2011; Ratajska ym., 2025).

Noin 30 %:lla potilaista esiintyy kognition heikkenemistä, joka ilmenee esimerkiksi muistin, kielen, toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden ongelmina (Aarsland ym., 2020; Monastero ym., 2018; Weil ym., 2018). Kognitiiviset vaikeudet hidastavat tiedonkäsittelyä, mikä voi johtaa anomiaan tai epäjohtonmukaisuuteen puheessa. Potilaat saattavat myös unohtaa kesken lauseen, mitä olivat sanomassa (Hedman ym., 2021; Rohl ym., 2022; Smith & Kaplan, 2018). Tämä lisää kommunikatiivista haittaa.

Edellä mainittujen oireiden lisäksi monet potilaista kokevat aistihäiriöitä, univaikeuksia, ruoansulatuksen haasteita ja kipua (Chaudhuri & Schapira, 2009). Laaja taudinkuva voi vaikuttaa merkittävästi potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun (Lyytinen & Kaakkola, 2008; Kuopio ym., 2000). Tämä korostaa kokonaisvaltaisen arvioinnin ja yksilöllisesti suunnitellun kuntoutuksen merkitystä.

1.2 Puhe- ja äänioireet Parkinsonin taudissa

Hypokineettinen dysartria on hyvin tyypillinen osa Parkinsonin tautia ja sitä esiintyy jopa 90 prosentilla potilaista (Brabenec ym., 2017; Shalling ym., 2018). Hypokineettinen dysartria on puhemotorinen häiriö, joka johtuu äänihuulten ja puhelihasten jäykkyydestä, heikkoudesta sekä niiden liikkeiden laajuuden ja määrän vähenemisestä (Duffy, 2020). Vaikutukset ulottuvat monelle äänen- ja puheentuoton tasolle, kuten hengitykseen, fonaatioon eli äänentuottoon, artikulaatioon, resonanssiin eli puheen sointiin ja prosodiaan eli sävelkulkuun (Duffy, 2020; Miller, 2017; Smith & Caplan, 2018; Tjaden, 2008; Galaz ym., 2016; Skodda ym., 2009).

Parkinsonin taudissa hengitys on pinnallisempaa ja sen tehokkuus heikkenee (Solomon & Hixon, 1993). Esimerkiksi tästä syystä potilaiden ilmaisupituus lyhenee. Toisaalta puhenopeus kiihtyy ajoittain, jotta samalla henkäyksellä saa sanottua mahdollisimman paljon. Parkinsonin taudissa puheen suunnittelukyky on heikentynyt, mikä ilmenee poikkeavasti ajoitetuilla tauoilla puheessa (Huber ym., 2012; Martínez-Sánchez ym., 2016).

Ääntöhengityksessä on erityisen tärkeää hallittu ja pitkäkestoinen uloshengitys. Parkinsonin taudissa tyypillinen ja kliinisesti yleisin äänioire on hypofonia eli hiljainen puheääni (Duffy, 2020; Liu ym., 2025; Shalling ym., 2018). Normaali puhe voi hiljentyä jopa kuiskauksen tasolle. Usein potilaat kokevat kuitenkin puhuvansa lujempaa tai jopa huutavansa, vaikka todellisuudessa kuiskaisivat (Ho ym., 1999). Puhevoimakkuuden vähenemisen lisäksi potilaan ääni voi muuttua laadultaan vuotoiseksi tai karheaksi (Cernak ym., 2017; Tsanas ym., 2012). Resonanssin poikkeavuus on havaittavissa äänen hypernasaalisuutena yli 50 %:lla potilaista (Novotný ym., 2016).

Puhelihasten ja artikulaattorien jäykkyys sekä niiden puutteellinen liike ja liikerata johtavat artikulaatiotarkkuuden laskemiseen (Rusz ym., 2013; Brabenec ym., 2017). Tämä voidaan havaita esimerkiksi puuroutuneena puheena ja ymmärrettävyyden heikkenemisenä.

Artikulaation epätarkkuus lisääntyy puhenopeuden kasvaessa (Rusz ym., 2013; Rohl ym., 2022). Prosodian poikkeavuudet heikentävät puheen ymmärrettävyyden lisäksi puheen luonnollisuutta (Galaz ym., 2016; Skodda ym., 2009). Näitä poikkeavuuksia ilmenee esimerkiksi puheen rytmissä, puhenopeudessa, äänenvoimakkuuden säätelyssä sekä sävelkulussa. Monotonisuutta eli puuttuvaa vaihtelua puheen voimakkuudessa, nopeudessa ja

äänenkorkeudessa on havaittavissa Parkinsonin potilailla (Galaz ym., 2016; Skodda ym., 2009; Martínez-Sánchez ym., 2016; Liu ym., 2025).

Vähäinen tietoisuus taudin aiheuttamasta kommunikatiivisesta haitasta ja sen laajuudesta heijastuu kuntoutuskäytänteisiin. Käytössä on pitkään ollut lääketieteellinen viitekehys, joka keskittyy diagnosoituun sairauteen ja havaittujen oireiden lievittämiseen. Tästä syystä Parkinsonin taudin kuntoutuksessa on keskitytty hiljaisen äänen voimistamiseen. Tällaisia äänenvoimakkuuteen kohdistettuja ja laajalti käytössä olevia menetelmiä ovat esimerkiksi Lee Silverman Voice Treatment ja SPEAK OUT! (Baylor ym., 2024). Vaikka menetelmissä on monia tasoja, sairauden monitahoiset vaikutukset toimintakykyyn, vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin saattavat silti jäädä huomiotta. Lääketieteellisestä viitekehystä on kuitenkin siirrytty kohti biopsykososiaalista ICF-viitekehystä (engl. *International Classification of Functioning*). Tässä WHO:n (engl. *World Health Organization*) kehittämässä luokituksessa yksilön toimintakyky huomioidaan holistisesti, eikä kuntoutusta suunnitella pelkästään diagnoosin perusteella (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2025).

1.3 Puolisoiden kommunikatiivinen suhde

Puolisot rakentavat keskinäistä yhteyttään jatkuvasti, mikä edellyttää sujuvaa kommunikaatiota. Kommunikointia on usein päivittäin ja tilanteita erilaisine kommunikaationtarpeineen on lukuisia (Pollmann ym., 2021). Tilanteet vaihtelevat arkisesta jutustelusta virallisempiin asiointitilanteisiin. Puolisot tuntevatkin usein hyvin toistensa tavat toimia ja kommunikoida näissä tilanteissa. Parkinsonin tauti muuttaa puolisoiden välistä kommunikaatiosuhdetta, koska oireisiin sopeutuminen vaatii molemmilta osapuolilta työtä.

Päivittäiset keskustelut voivat vähentyä ja sairastumisen myötä kommunikaatikatkokset lisääntyvät (Johansson ym., 2020; Tetzloff ym., 2025; Mach ym., 2019).

Kommunikaatikatkokset ovat tilanteita, joissa yhteisymmärrys menetetään hetkellisesti keskustelussa syystä tai toisesta. Parkinsonia sairastavien kanssa keskustellessa vastuu keskustelun sujuvuudesta ja yhteisymmärryksen palauttamisesta on usein keskustelukumppanilla (Thilakaratne ym., 2026; Johansson ym., 2020). Mahdollisessa kuntoutuksessa olisi tärkeää huomioida oireiden laajat vaikutukset kommunikaatiosuhteeseen.

1.4 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tavoitteena on laajentaa käsitystä Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireiden vaikutuksesta kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Kommunikaatiokyky on toimintakyvyn ytimessä, koska se vaikuttaa merkittävästi osallisuuteen, suoriutumiseen, itseilmaisuun sekä ihmissuhteisiin. Haluamme selvittää, koetaanko Parkinsonin taudista kommunikatiivista haittaa. Potilaan kokemusten lisäksi olemme kiinnostuneita puolisoiden näkökulmasta ja siitä, kokevatko hekin kommunikatiivista haittaa. Toinen kiinnostuksemme kohde on puolisoiden välisen kommunikointisuhteen muutokset sairauden myötä. Haluamme selvittää, millaisia monitahoisia vaikutuksia Parkinsonin taudilla on puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- 1) Kokevatko potilaat tai heidän puolisonsa kommunikatiivista haittaa Parkinsonin tautiin liittyvien puhe- ja äänioireiden vuoksi?
- 2) Millaisia monitahoisia vaikutuksia Parkinsonin taudilla on puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen?

2 Menetelmät

2.1 Aineiston hankinta

Toteutimme tämän tutkimuksen systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Teimme tietokantahaun 19.2.2026. Käytimme haussa seuraavia logopedian ja psykologian aloille keskeisiä tietokantoja: PubMed, APA PsycInfo (EBSCO), Linguistics and Language Behavior sekä Abstracts (LLBA). Rajasimme hakua kaikissa hyödynnetyissä tietokannoissa siten, että hakulausekkeen sisältämät termit olivat mainittuina artikkelien otsikossa tai abstraktissa. Näin varmistimme, että katsauksemme aihe oli artikkeleissa keskiössä. Hakutulokset rajattiin vertaisarvioituihin artikkeleihin.

Hakulausekkeemme oli seuraavanlainen: (*"Parkinson Disease" OR Parkinson**) AND (*voice* OR speech* OR "voice disorders" OR "speech disorders" OR dysarthria OR hypophonia*) AND (*partner* OR spouse* OR couple* OR caregiver* OR family*) AND (*communication* OR "communication barriers" OR interaction* OR conversation**)

Artikkelien sisäänottokriteerit:

- 1) Tutkimus kohdistuu Parkinsonin tautia sairastaviin ihmisiin ja heidän puolisoihinsa, perheeseensä tai muuhun päivittäiseen kommunikointikumppaniin. Tutkimus voi kohdistua myös pelkästään sairastuneisiin tai heidän läheisiinsä.
- 2) Tutkimus keskittyy vuorovaikutukseen, kommunikointisuhteeseen, puheeseen, ääneen tai kokemuksiin edellä mainituista.
- 3) Artikkelit on vertaisarvioitu.
- 4) Artikkelin kokoteksti on saatavilla englanniksi tai suomeksi.

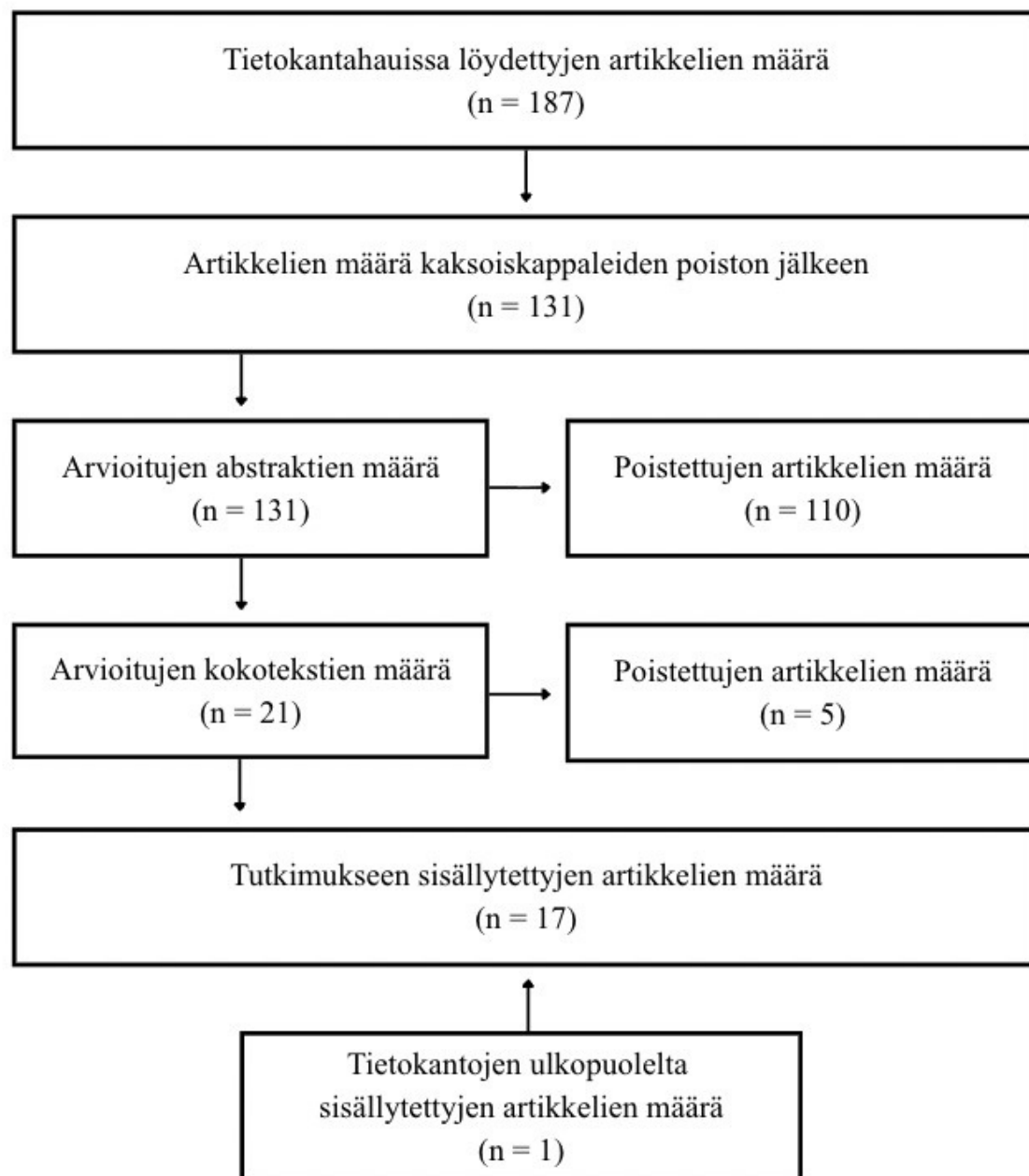
Artikkelien poissulkukriteerit:

- 1) Tutkimus kohdistuu kuntoutukseen tai interventiomenetelmien toimivuuteen.
- 2) Parkinson-potilaan primaarinen diagnoosi ei ole idiopaattinen Parkinsonin tauti.
- 3) Artikkelit on yksittäinen tapaustutkimus.
- 4) Artikkelit on kirjallisuuskatsaus.

Kuva 1 havainnollistaa artikkelien valintaprosessia. Haun tuloksena tietokannoista löytyi yhteensä 187 artikkelia, joista kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen jäljelle jäi 131. Kävimme artikkelit läpi sokkoutetusti otsikko- ja abstraktitasolla Rayaan-ohjelman (Ouzzani ym., 2016) avulla, minkä jälkeen artikkeleita jäi jäljelle 21. Valitsimme artikkelit kokotekstitarkasteluun asettamiemme sisään- ja poissulkukriteerien perusteella. Kokotekstit arvioimme samoilla kriteereillä ja sokkoutetusti. Sisällytimme tietokantahaun ulkopuolelta yhden artikkelin (Wylie ym., 2022). Lopulliseen tutkimukseen sisällytimme 17 artikkelia.

Kuva 1.

Vuokaavio artikkelien sisällyttämisestä systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen



2.2 Aineiston luokittelu

Keräsimme valituista artikkeleista taustatiedot ja tutkimuskysymysten kannalta olennaiset tiedot kahteen työskentelytaulukkoon. Nämä taulukot jaoimme kahteen osaan tutkimuksen luonteen perusteella. A-osa koostuu kvalitatiivisista tutkimuksista ja B-osa kvantitatiivisista. Taulukot 1A ja 1B sisältävät tutkimuksen tekijät, julkaisuvuoden, otoskoon, sairauden keston, oireiden vaikeusasteen, tutkittavien sukupuolen, iän, äidinkielen ja suhteen päivittäiseen kommunikointikumppaniin. Taulukoimme myös mahdolliset kontrollit. Taulukkoihin 2A ja 2B on koottu seuraavat asiat: koettu kommunikatiivinen haitta potilaalle ja partnerille, suurimmat haasteet arjessa sekä keinot, joilla niitä tuetaan. Lisäksi raportoimme tähän taulukkoon tietoja kommunikaation efektiivisyydestä, ymmärrettävyydestä sekä niiden määrästä.

Taulukko 1A.

Kvalitatiivisten tutkimusten ja potilaiden taustatiedot

Tutkimus	Julkaisumaa	Menetelmät	Otoskoko	Ikä (keskiarvo vuosina)	Sukupuoli	Suhde päivittäiseen kommunikointikumppaniin	Äidinkieli	Sairauden kesto	Oireiden vaikeusaste
Johansson ym., 2020	Ruotsi	Semistrukturoitu haastattelu	n = 6 KK = 6	70,83 (66–83)	-	4 puolisoa 2 muuta läheistä	ruotsi	8,00 (6–11)	H&Y: 3,00 (2–4)
Mach ym., 2019	Yhdysvallat	Semistrukturoitu haastattelu (KK:lle)	n = 9 KK = 9	74,11 (61–94)	N = 3 M = 6	8 puolisoa 1 muu läheinen	englanti*	9,89 (5–16)	2,67 (2–4) ^a
Miller ym., 2006	Iso-Britannia	Semistrukturoitu haastattelu	n = 37	70,9 (9,6)	N = 14 M = 23	-	englanti*	9,45 (7,0)	H&Y: 2,67 (0,9)
Moya-Galé ym., 2026	Yhdysvallat	Ryhmähaastattelu	n = 15	57,8 (46–77)	N = 11 M = 4	-	espanja ja englanti	8,53 (1–26)	-
Thilakaratne ym., 2026	Austraalia	Semistrukturoitu ryhmähaastattelu	n = 25 KK = 20	75,04 (57–87)	N = 7 M = 18	19 puolisoa 1 muu läheinen	englanti	5,84 (1–19)	-
Wylie ym., 2022	Austraalia	Semistrukturoitu haastattelu	n = 8 KK = 8	72 (61–84)	N = 1 M = 7	-	englanti	7,13 (1–21)	-
Yorkston ym., 2017	Yhdysvallat	Semistrukturoitu haastattelu	n = 24	68,7 (9,9)	N = 9 M = 15	-	englanti*	11 (5,9)	2,208 ^a

Huom. N = nainen; M = mies; KK = kommunikointikumppani; H&Y = Hoehn and Yahr –asteikko (1967), jossa 1 = lievä ja 5 = vaikea

*-merkillä tutkimuksissa epäsuorasti ilmaistut tiedot; keskihajonta on merkitty (x.x); vaihteluväli on merkitty muotoon (x – x)

^a itsearviot (self-rated speech severity), jossa 4 = normaali ja 0 = ei kommunikoi puheella

Taulukko 1B.
Kvantitatiivisten tutkimusten ja potilaiden taustatiedot

Tutkimus	Julkaisumaa	Menetelmät	Otoskoko	Ikä (keskiarvo vuosina)	Sukupuoli	Suhde päivittäiseen kommunikointi- kumppaniin	Äidinkieli	Kontrollit	Sairauden kesto	Oireiden vaikeusaste
Barnish ym., 2017	Iso-Britannia	Puheanalyysi	n = 45 KK = 29	71,0 (8,1)	N = 17 M = 28	-	englanti	Ei	6,5 (8,3)	-
Basirat ym., 2021	Ranska	Abstraktien kuvien yhdistelytehtävä	n = 19	66 (9,0)	N = 8 M = 11	-	ranska	Kyllä (n= 16)	8 (7,0)	BECD: 2,3 (2,4)
Dykstra ym., 2015	Kanada	Puheanalyysi	n = 30 KK = 30	63,26 (43–77)	N = 9 M = 21	26 puolisoa 4 muuta läheistä	englanti tai ranska*	Kyllä (n=15)	8,6 (2-26)	H&Y: 1–4
Griffiths ym., 2012	Iso-Britannia	Keskusteluanalyysi	n = 13 KK = 13	74,38 (64–86)	N = 2 M = 11	11 puolisoa 2 muuta läheistä	englanti tai ranska*	Ei	10,38 (3,5-20)	H&Y: 3,23 (2–5)
Griffiths ym., 2015	Iso-Britannia	Keskusteluanalyysi	n = 13 KK = 13	74, 38	N = 2 M = 11	11 puolisoa 2 muuta läheistä	englanti*	Ei	10,38 (3,5-20)	H&Y: 3,23 (2–5)
Miller ym., 2008	Iso-Britannia	Kyselytutkimus	n = 104 KK = 45	71,6 (8,4)	-	-	englanti	Kyllä (n = 40)	7,1 (7,3)	H&Y: 2,4 (2–3)
Saldert ym., 2014	Ruotsi	Keskusteluanalyysi	n = 3 KK = 3	75,67 (72–79)	M = 3	3 puolisoa	ruotsi	Ei	16,66 (13-19)	H&Y: 3,67 (3– 4)
Saldert & Bauer, 2017	Ruotsi	Keskusteluanalyysi	n = 5 KK = 5	71,2 (63–78)	M = 5	5 puolisoa	ruotsi	Ei	-	H&Y: 4,00 (3–5)
Tetzloff ym., 2025	Yhdysvallat	Keskusteluanalyysi	n = 35 KK = 92	71,5	N = 3 M = 22	-	englanti	Kyllä	7 (5,67)	lievä- keskivaikea ^b
Wolff & Benge, 2019	Yhdysvallat	Kyselytutkimus (KK:lle)	n = 42 KK = 42	71,0 (8,1)	N = 13 M = 29	37 puolisoa 5 muuta läheistä	englanti*	Ei	-	H&Y: 2,27 (1– 5)

Huom. N = nainen; M = mies; KK = kommunikointikumppani; BECD = Clinical Assessment Battery of Dysarthria, jossa 0 = normaali ja 6 = syvä vaikeus; H&Y = Hoehn and Yahr –asteikko (1967), jossa 1 = lievä ja 5 = vaikea, *-merkillä tutkimuksissa epäsuorasti mainitut tiedot; keskihajonta on merkitty (x.x); vaihteluväli on merkitty muotoon (x – x) ^b kliinikon arvio potilaan dysarthrian vaikeusasteesta

3 Tulokset

3.1 Tutkimuksen aineisto

Katsauksessamme selvitimme, 1) kokivatko potilaat tai heidän puolisonsa Parkinsonin taudista kommunikatiivista haittaa ja 2) millaisia monitahoisia vaikutuksia taudilla on puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen? Aineistomme on esitetty taulukoissa 1A, 1B, 2A ja 2B.

Katsauksemme koostuu 17 artikkelista, jotka ovat julkaistu aikavälillä 2006–2026. Seitsemässä artikkelissa on hyödynnetty kvalitatiivisia menetelmiä (Taulukko 1A). Näistä semistrukturoituja haastatteluja oli viisi ja ryhmähaastatteluja kaksi. Kvantitatiivisia menetelmiä käytettiin 10 tutkimuksessa (Taulukko 1B). Keskusteluanalyysia käytettiin viidessä, puheanalyysia kahdessa, kyselytutkimuksia kahdessa ja yhdessä kokeellinen tutkimus toteutettiin kuvioden yhdistelytehtävän avulla. Monessa tutkimuksessa tavoiteltiin koehenkilöille mahdollisimman luonnollista ympäristöä. Tästä syystä useat tutkimukset toteutettiin koehenkilöiden kotona. Tutkimukset on tehty Yhdysvalloissa (5), Iso-Britanniassa (5), Ruotsissa (3), Austraaliassa (2) ja Kanadassa (1) ja Ranskassa (1).

3.2 Koehenkilöt

Tutkimuksissa oli 433 Parkinsonin tautia sairastavaa henkilöä, joista 109 oli naisia ja 214 miehiä. 110:n koehenkilön sukupuolta ei mainittu. Potilaiden keskimääräinen ikä oli 70,39 vuotta ja iän vaihteluväli oli 43–94 vuotta. Sairauden kesto oli keskimäärin 8,00 vuotta, vaihteluvälillä 1–26 vuotta. Taudin vaikeusaste oli pääosin lievä tai keskivaikea. Valtaosassa tutkimuksia koehenkilöiden äidinkieli oli englanti. Muutamassa äidinkielenä oli ruotsi, ranska tai espanja. Keskustelukumppanit olivat pääosin potilaiden puolisoja (N=169) tai muita perheenjäseniä. Kolmessa tutkimuksessa keskityttiin pelkästään Parkinsonin tautia sairastaviin (Basirat ym., 2021; Miller ym., 2006; 2026; Yorkston ym., 2017). Kahdessa tutkimuksessa (Basirat ym., 2021 & Tetzloff ym., 2025) mukana oli myös entuudestaan potilaille tuntemattomia keskustelukumppaneita. Kuulon ja kognition taso testattiin lähes kaikilta koehenkilöiltä ennen tutkimuksen toteuttamista.

Taulukko 2A.

Tutkimustulosten yhteenvedo Parkinsonin taudin oireiden kommunikatiivisesta haitasta

Tutkimus	Koettu kommunikatiivinen haitta potilaalle	Koettu kommunikatiivinen haitta puolisolle	Suurimmat haasteet arjessa	Kommunikaation määrä vähentynyt	Tukikeinot haasteisiin	Puheen ymmärrettävyys heikentynyt	Kommunikoinnin tehokkuus heikentynyt
Johansson ym., 2020	Kyllä	Kyllä	Yhteisymmärryksen saavuttaminen, vireystilan heikentyminen, tunteiden välittyminen ja minäkuvan muutokset	Kyllä	Toistaminen, puheen hidastaminen, olosuhteiden mukauttaminen ja puhetilanteisiin valmistautuminen	Kyllä	Kyllä
Mach ym., 2019	Kyllä	Kyllä	Puolison kuormitus, useat kommunikointikatkokset ja sairauden hyväksyminen	Kyllä	Avoin keskustelu puolisojen välillä, olosuhteiden mukauttaminen, puhetilanteisiin valmistautuminen ja puolison tuki	Kyllä	Kyllä
Miller ym., 2006	Kyllä	-	Yhteisymmärryksen saavuttaminen, keskusteluihin osallistuminen, potilaan vetäytyminen	Kyllä	Oman jaksamisen optimointi, keskustelujen karsiminen ja ilmaisupituuden lyhentäminen	Kyllä	Kyllä
Moya-Galé ym., 2026	Kyllä	Kyllä*	Hypofonia, oiretiedostuksen heikkous ja vaikeat tunteet sairauteen liittyen	Kyllä	Puheen hidastaminen, AAC-keinojen hyödyntäminen, avoimuus sairaudesta ja vertaisryhmiin osallistuminen	Kyllä	Kyllä
Thilakaratne ym., 2026	Kyllä	Kyllä	Puhumisen työläys, keskusteluihin osallistuminen ja epäotolliset olosuhteet kommunikoinnille	Kyllä	Olosuhteiden mukauttaminen ja puhetilanteisiin valmistautuminen	Kyllä*	Kyllä*
Wylie ym., 2022	Kyllä*	Kyllä*	Puhumisen työläys, nonverbaalisen viestinnän väheneminen, vireystilan heikentyminen ja epäotolliset olosuhteet kommunikoinnille	Kyllä	Puheen hidastaminen, olosuhteiden mukauttaminen, nonverbaaliseen viestintään keskittyminen, puolison tuki ja oman jaksamisen optimointi	Kyllä*	Kyllä
Yorkston ym., 2017	Kyllä	-	Puhumisen työläys, tunteiden välittyminen, potilaan vetäytyminen ja vaikeat tunteet sairauteen liittyen	Kyllä	Olosuhteiden mukauttaminen ja AAC-keinojen hyödyntäminen	Kyllä	Kyllä

Huom. *-merkillä tutkimuksissa epäsuorasti mainitut tiedot

Taulukko 2B.

Tutkimustulosten yhteenveto Parkinsonin taudin oireiden kommunikatiivisesta haitasta

Tutkimus	Koettu kommunikatiivinen haitta potilaalle	Koettu kommunikatiivinen haitta puolisolle	Suurimmat haasteet arjessa	Kommunikaation määrä vähentynyt	Tukekeinot haasteisiin	Puheen ymmärrettävyys heikentynyt	Kommunikoinnin tehokkuus heikentynyt
Barnish ym., 2017	Kyllä*	Kyllä*	Tunteiden välittyminen ja puheen ymmärrettävyys	-	-	Kyllä	Kyllä
Basirat ym., 2021	Kyllä*	-	Yhteismääräyksen saavuttaminen, anomia ja potilaan vetäytyminen	Kyllä	Toistaminen ja palautteen antaminen	Kyllä*	Kyllä*
Dykstra ym., 2015	Kyllä	Kyllä	Hypofonia ja epäotolliset olosuhteet kommunikoinnille	-	-	Kyllä	Kyllä
Griffiths ym., 2012	Kyllä	Kyllä	Päällekkäin puhuminen keskusteluissa	Kyllä	Puheen tauottaminen ja puolison tukemat korjausyritykset	Kyllä	Kyllä*
Griffiths ym., 2015	Kyllä	Kyllä	Puhumisen työläys, anomia, hypofonia sekä mielialan ja vireystilan heikkeneminen	Kyllä	Itsekorjaukset ja puolison tukemat korjausyritykset	Kyllä	Kyllä
Miller ym., 2008	Kyllä	Kyllä	Kontrollin tunteen heikentyminen, itsevarmuuden laskeminen, turhautuminen keskusteluissa, potilaan vetäytyminen	Kyllä	Puolison tuki	Kyllä	Kyllä
Saldert ym., 2014	Kyllä*	Kyllä	Puhumisen työläys, anomia, hypofonia, itsenäisen kommunikoinnin sujumattomuus	Kyllä	Puolison tukemat korjausyritykset, puheen tauottaminen ja joidenkin aiheiden välttely	Kyllä	Kyllä
Saldert & Bauer, 2017	Kyllä	Kyllä*	Pragmaattiset vaikeudet, anomia ja keskusteluihin osallistuminen	Kyllä	Puolison tuki ja selkeät siirtymät aiheiden välillä	Kyllä	Kyllä*
Tetzloff ym., 2025	Kyllä	Kyllä	Useat kommunikointikatkokset	Kyllä	Itsekorjaukset ja puolison tukemat korjausyritykset	Kyllä	Kyllä
Wolff & Bengé, 2019	Kyllä*	Kyllä	Ymmärtämisen vaikeudet	-	-	Kyllä	Kyllä

Huom. *-merkillä tutkimuksissa epäsuorasti mainitut tiedot

3.3 Koettu kommunikatiivinen haitta

Halusimme selvittää, kokeeko potilas tai tämän puoliso Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireista kommunikatiivista haittaa. Kaikissa katsauksemme tutkimuksissa valtaosa potilaista koki sairauteen liittyvää kommunikatiivista haittaa. Koettu kommunikatiivinen haitta ilmaistiin suorasti monessa artikkelissa, mutta osassa se oli pääteltävissä kuvattujen oireiden perusteella (Barnish ym., 2017; Basirat ym., 2021; Saldert ym., 2014; Wolff & Benge, 2019). Tällaiset epäsuorat päätelmät ovat koehenkilöiden kertomusten perusteella tehtyjä subjektiivisia tulkintoja. Myös puoliset kokivat kommunikatiivista haittaa potilaan oireista kaikissa tutkimuksissa, joissa tarkasteltiin myös puolisoiden näkökulmaa. Tämä ilmaistiin suorasti suurimmassa osassa tutkimuksia, mutta neljässä tutkimuksessa haitta oli havaittavissa epäsuorasti (Barnish ym., 2017; Saldert & Bauer, 2017; Miller ym., 2006; Moya-Galé ym., 2026).

3.3.1 Kommunikaation määrän ja osallistumisen väheneminen

Parkinsonin tauti vaikutti heikentävästi kommunikaatioon ja osallistumisen määrään. Useat potilaat kertoivat omaksuneensa kuuntelijan roolin (Basirat ym., 2021; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Saldert ym., 2014; Thilakaratne ym., 2026; Yorkston ym., 2017), koska puhuminen oli työlästä ja ponnistelua vaativaa (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Saldert & Bauer, 2017; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Keskusteleminen koettiin kuormittavaksi ja energiaa kuluttavaksi. Useat potilaista ilmaisivat kokevansa vireystilan alenemista kommunikointitilanteiden jälkeen, mikä oli havaittavissa esimerkiksi uupumuksena (Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Tämä oli yksi syy keskusteluiden vähenemiseen, puheenvuorojen ja ilmaisupituuden lyhenemiseen sekä sosiaaliseen vetäytymiseen (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Saldert ym., 2014; Tetzloff ym., 2025; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017).

Myös puhumaan aloittaminen ja keskusteluun osallistuminen koettiin haastavaksi (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006). Syynä oli esimerkiksi sananlöytämisen vaikeus eli anomia, joka hidasti lauseiden muodostamista (Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Moya-Galé ym., 2026; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Thilakaratne ym., 2026; Wolff & Bengé, 2019; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Muun muassa tämän takia potilaan puheessa oli poikkeavaa tauottamista, joka hankaloitti puheenvuoron ylläpitämistä (Griffiths ym., 2012; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Saldert ym., 2014; Wylie ym., 2022). Potilaan puhuessa tauot saatettiin tulkita vuoron päättymiseksi, mikä johti toisinaan potilaan päälle puhumiseen (Griffiths ym., 2012; Miller ym., 2006). Myös oman vuoron ottaminen oli potilaille vaikeaa (Griffiths ym., 2012, Wylie ym., 2022).

3.3.2 Heikentynyt kommunikoinnin tehokkuus

Kaikissa katsauksemme tutkimuksissa todettiin suorasti tai epäsuorasti kommunikoinnin tehokkuuden heikentymistä. Tähän yhtenä syynä oli puheen ymmärrettävyyden laskeminen, jota havaittiin myös kaikissa tutkimuksissa. Yhteisymmärryksen saavuttaminen vaati toisinaan viestin varmistelua tai useita korjausyrityksiä (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Tetzloff ym., 2025).

Kommunikoinnin tehokkuuden heikkenemisellä on vaikutuksia myös parisuhteen dynamiikkaan. Potilaan omaksuessa kuuntelijan roolin, hänen puolisonsa ottaa luonnollisesti aktiivisemmän roolin (Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Puoliso tuntee usein potilaan tarpeet ja osaa soveltaa toimivia tukikeinoja edistääkseen tämän osallistumista. Puolisot kertoivat hoitavansa yhteisiä asioita huomattavasti enemmän verrattuna aikaan ennen potilaan sairastumista (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Moya-Galé ym., 2026). Useat puoliset ottivat päävastuun esimerkiksi asiakaspalvelutilanteiden hoitamisesta. Arjen vastuiden siirtyminen puolisoille vaikutti myös parisuhteen dynamiikkaan. Osa puolisoista koki lisääntyneen vastuun kuormittavaksi.

3.4 Kommunikointiin vaikuttavat tekijät

Monenlaiset tekijät toimivat Parkinsonin tautia sairastavan kommunikointia estävinä ja sitä edistävinä. Jaoin nämä kolmeen kategoriaan: potilaaseen, puolisoon ja ympäristöön liittyviin tekijöihin.

3.4.1 Potilaaseen liittyvät tekijät

Potilaaseen liittyviä kommunikaatiota estäviä tekijöitä olivat puhe- ja äänioireet, heikko oiretiedostus, nonverbaalisen viestinnän väheneminen ja vireystilan muutokset. Parkinsonin tautiin liittyvät äänioireet koettiin kommunikointia rajoittaviksi kaikissa tutkimuksissa. Heikentyneen äänenvoimakkuuden takia keskustelukumppanit eivät aina kuulleet potilaan puhetta kunnolla, minkä takia potilas joutui toistamaan sanomansa (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Tetzloff ym., 2025; Wylie ym., 2022). Jatkuvat toistopyynnöt johtivat ajoittain potilaan turhautumiseen (Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Thilakaratne ym., 2026; Yorkston ym., 2017).

Potilaan keskustelut eivät välttämättä ole sujuvia ja kommunikointikatkokset ovatkin yleisiä. Potilaat yrittävät usein korjata puutteellisia viestejään itse (Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Saldert & Bauer, 2017; Tetzloff ym., 2025; Thilakaratne ym., 2026). Korjauksen tarve saattaa kuitenkin jäädä heiltä huomaamatta, sillä potilaat eivät aina itse havaitse kommunikoinnin haasteitaan. Syynä tähän on heikentynyt oiretiedostus (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026; Tetzloff ym., 2025; Wylie ym., 2022).

Taudin myötä nonverbaalisen viestinnän hyödyntäminen väheni (Johansson ym., 2020; Saldert & Bauer, 2017; Wylie ym., 2022), mikä hankaloitti puheenvuoron ottamista ja keskustelussa mukana pysymistä. Keskustelukumppaneiden oli vaikea tulkita potilaan aloitteita, koska potilaan katsekontaktin, eleiden ja muun kehonkielen käyttö oli niukkaa. Monet puoliset ilmaisivat latistuneen ilmeikkyyden ongelmalliseksi, koska tunteiden välittymistä ei tuettu aina riittävästi ilmeillä (Johansson ym., 2020; Saldert & Bauer, 2017; Wylie ym., 2022). Puheen sävelkulun eli prosodian monotonisuus ei myöskään tukenut tunneilmaisua (Thilakaratne ym., 2026 & Wylie ym., 2022). Nonverbaaliseen viestinnän tehostaminen ja siihen keskittyminen koettiin auttavan viestin ja tunteen välittymistä.

Kognition ja kuulon heikkenemisellä oli välittömiä vaikutuksia vuorovaikutuksen sujuvuuteen ja laatuun (Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Wolff & Bengé, 2019; Yorkston ym., 2017). Niin potilaiden kuin puolisoiden kuuloalennemat ja kognition ongelmat olivat haitaksi kommunikaatiolle.

3.4.2 Puolisoön liittyvät tekijät

Puolisoön liittyviä kommunikaatiota estäviä tekijöitä olivat epäotollinen puhetyyli, puutteelliset tukikeinot ja mahdollinen dominoiva rooli. Potilaiden oli hankala seurata ja osallistua keskusteluun, kun puolisoiden puhe oli liian nopeaa tai puhetyyli epäjohdonmukaista (Griffiths ym., 2012; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Esimerkiksi aiheen vaihtuminen saattoi jäädä potilailta huomaamatta, jolloin he jumittuivat edelliseen aiheeseen. Puolisot pystyivät tukemaan potilaiden ymmärtämistä ja osallistumista mukauttamalla omaa puhetyyliään (Johansson ym., 2020; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Puheen hidastaminen ja selkeiden ilmaisujen käyttäminen helpotti kommunikointitilanteita. Jotkut puolisoista kertoivat sanoittavansa siirtymät eri aiheiden välillä, jotta potilaan oli helpompi pysyä tilanteessa mukana (Wylie ym., 2022).

Haastavissa tilanteissa puolisot tavoittelivat yhteisymmärryksen saavuttamista erilaisin keinoin ja korjauksin. Eniten käytössä olivat avoimet kysymykset, kuten “*mm*” ja “*pardon*” (Griffiths ym., 2015). Tämä strategia on kuitenkin riittämätön sellaisenaan (Tetzloff ym., 2025; Schegloff ym., 1977). Puolisot harvemmin kuitenkaan tukeutuivat vain yhteen strategiaan. Yhteisymmärrystä lähdettiin hakemaan moniosaisen korjausketjun (engl. *multiple repair sequence*) avulla (Griffiths ym., 2015). Kommunikointikatkoksen ilmentyessä lähdettiin liikkeelle avoimesta kysymyksestä, jonka jälkeen käytettiin tarkempaa kysymyssanaa ja mahdollisesti toistettiin osa potilaan sanomasta. Tuen määrä lisääntyi vähitellen, kunnes asia saatiin selville. Haastavan tilanteen lopuksi koettiin hyödylliseksi varmistaa, että yhteisymmärrys asiasta oli saavutettu.

Vaikka potilas tarvitsee puolisonsa tukea kommunikoinnissa, potilas on tärkeä nähdä omana yksilönä. Osa potilasta pelkäsi menettävänsä autonomiansa (Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026; Yorkston ym., 2017), koska taudin edetessä avun tarve ja puolisoon tukeutuminen lisääntyvät huomattavasti. Tasapainottelu tuen ja potilaan itsenäisen viestinnän kunnioittamisen välillä aiheutti ajoittain haasteita. Puolisoista osalla oli liian dominoiva rooli kommunikointitilanteissa (Griffiths ym., 2015; Mach ym., 2019; Miller ym., 2006; Saldert ym., 2014; Saldert & Bauer, 2017; Wylie ym., 2022). Tällöin puoliso puhui potilaan puolesta jatkuvasti. Potilaan tilaisuudet puhua vähenivät, eikä itsenäiseen kommunikointiin annettu mahdollisuutta.

3.4.3 Ympäristötekijät

Ympäristöön liittyviä kommunikaatiota haittaavia tekijöitä olivat taustamelu, merkittävä puhe-etäisyys ja usea samanaikainen keskustelukumppani. Keskusteluympäristön hälyisyys hankaloitti kommunikointitilanteita (Dykstra ym., 2015; Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017) esimerkiksi potilaan heikentyneen äänenvoimakkuuden ja niukan nonverbaalisen viestinnän takia. Puhetilanteiden rauhoittaminen ja taustahälyn minimoiminen edistivät puolisoitten välistä kommunikaatiota. Esimerkiksi television ja radion sammuttaminen vaikutti myönteisesti kommunikoinnin sujuvuuteen.

Suuri etäisyys keskustelukumppanien välillä vaikeutti kommunikointia (Dykstra ym., 2015; Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Parit kokivat eri huoneista käsin keskustelemisen erityisen hankalaksi, koska keskusteluun ei saatu visuaalista tukea. Lyhyemmät välimatkat puhujien välillä edistivät kommunikoinnin tehokkuutta ja vähensivät tarvittavien korjausten määrää. Pariskunnat suosivat kasvokkain tapahtuvaa dialogia.

Ryhmätilanteet koettiin erityisen haastaviksi (Griffiths ym., 2012; Johansson ym., 2020; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Ryhmässä potilas ei saa muiden keskustelijoiden täyttä huomiota ja joutuu ponnistelemaan puheenvuoron saamisen eteen. Puolisoiden läsnäolo koettiin kommunikaatiota edistäväksi tekijäksi ryhmätilanteissa. Puolisot osaavat usein

tulkita kumppaneidensa aloitteita vieraita paremmin. Täten he pystyvät antamaan kumppanillensa tilaa puhua ja auttaa puheenvuoron saamisessa (Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022).

Keskustelutilanteisiin valmistautuminen ja ennakoitavuuden lisääminen tuki sujuvuutta potilaiden kommunikoinnissa (Johansson ym., 2020; Moya-Galé ym., 2026; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Osa potilaista aikataulutti kuormittavat keskustelutilanteet aamuihin vireystilan ollessa korkeimmillaan. Puheoireiden ollessa hankalia, potilaat tukeutuivat erilaisiin puhetta tukeviin ja korvaaviin keinoihin (AAC) (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Moya-Galé ym., 2026; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Osa potilaista suunnitteli puheenaiheita kirjoittamalla keskeisimmät aiheet ylös etukäteen. Moni koki esimerkiksi sähköpostit mieluisaksi kommunikointitavaksi, koska siten viestiä pystyi muotoilemaan rauhassa.

3.5 Parkinsonin taudin moniulotteisuus

3.5.1 Kokemus itsestä kommunikoijana

Parkinsonin tautia sairastavat kokivat oireiden myötä itsevarmuuden laskemista ja minäkuvan heikkenemistä (Griffiths ym., 2012; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Potilaat eivät pystyneet luottamaan itseensä kommunikoijina täysin ja siksi osa jopa pelkäsi puhumista (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Puhetilanteissa huolestti esimerkiksi, miten toinen reagoi mahdollisiin kommunikointikatkoksiin. Jännitystä puhetilanteesta voitiin lieventää esimerkiksi kertomalla sairaudesta keskustelukumppanille (Miller ym., 2006; Moya-Galé ym., 2026; Thilakaratne ym., 2026). Kommunikoinnin sujumattomuus saattoi silti aiheuttaa potilaissa häpeää (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Yorkston ym., 2017).

Puheliaisuus on ollut keskeinen osa joidenkin potilaiden identiteettiä. Sairastumisen myötä sen osan menettämällä oli negatiivinen vaikutus heidän kokemukseensa itsestään puhujana (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2008; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Muutos puheliaasta ja sosiaalisesta persoonasta hiljaiseen ja vetäytyvään on suuri. Moni kaipasi

aikaan ennen sairautta (Johansson ym., 2019, Yorkston ym., 2017). Vetäytyminen sosiaalisista tilanteista aiheutti yksinäisyyden ja eristäytymisen tunteita (Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Yorkston ym., 2017). Vertaistukiryhmät koettiin erityisen merkityksellisiksi, koska niissä yhteisöllisyyden myötä yksinäisyyden tunne väheni (Moya-Galé ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017).

3.5.2 Puolisoiden kommunikointisuhde

Parisuhteessa molemmat osapuolet kokivat emotionaalisen läheisyyden vähentyneen (Moya-Galé ym., 2026). Pariskunnat kävivät vähemmän keskusteluja verrattuna aikaan ennen diagnoosia (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Tetzloff ym., 2025; Wylie ym., 2022). Jotkut potilaista toivat esiin, että heillä ei oikeastaan ollut sanottavaa, eivätkä siksi kokeneet suurta tarvetta keskusteluille (Johansson ym., 2020; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Useat puoliset olisivat kaivanneet enemmän keskusteluja (Wylie ym., 2022).

Keskustelujen ja yhdessä vietetyn ajan laadun kuvailtiin myös muuttuneen (Griffiths ym., 2012). Puolisot joutuivat ottamaan lisää vastuuta arjen asioista, mikä koettiin kuormittavaksi (Mach ym., 2019). Kuormaa lisäsi arjen epämuodollisten keskustelujen, kuten kuulumisten vaihdon, vitsailun ja arkisen flirttailun väheneminen. Epämuodollisia dialogeja ei aina koettu vaivan arvoiseksi (Miller ym., 2006; Johansson ym., 2019). Toisinaan ne koettiin myös epäluonnollisiksi (Wylie ym., 2022). Varsinaiset keskustelutilanteet muuttuivat myös. Esimerkiksi ruokaillessa potilaan tarvitsi keskittyä syömiseen, eikä siksi kyennyt samanaikaiseen puhumiseen. Usean tehtävän samanaikainen suorittaminen koettiin hankaloittavan kommunikointia (Johansson ym., 2020; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017).

Taudin myötä tapahtuneet muutokset pariskunnan arjessa saivat aikaan vaikeita tunteita, kuten surua ja haikeutta entisen menettämisestä (Johansson ym., 2019; Miller ym., 2008; Mach ym., 2019; Yorkston ym., 2017). Suurten tunteiden käsitteleminen on tärkeä osa sairauden hyväksymistä. Tätä olisi hyvä työstää, jotta sopeutuminen uudenlaiseen arkeen olisi

mahdollista (Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026). Hyväksymistä ei kuitenkaan aina koettu helpoksi (Johansson ym., 2019).

3.5.3 Kokemuksia puheterapiasta

Puheterapiassa keskityttiin pääasiassa hiljaisen puheäänien voimistamiseen (Wylie ym., 2022; Yorkston 2017). Koemme, että tämä ei yksinään tue arjen toimintakykyä riittävästi, koska taudilla on vaikutuksia useaan elämän osa-alueeseen. Kuntoutusvaikutusten siirtymistä arkeen tukisi läheisen osallistuminen terapiaan ja harjoitteiden yksilöllistäminen (Johansson ym., 2020; Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Monissa potilaskertomuksissa ilmeni, että puolisoa ei kuitenkaan pyydetty osallistumaan kuntoutukseen (Yorkston ym., 2017). Oireiden moniulotteisten vaikutusten ymmärtäminen on keskeistä kuntoutuksen kehittämisen kannalta (Basirat ym., 2021; Griffiths ym., 2015; Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Miller ym., 2008; Moya-Galé ym., 2026; Saldert ym., 2014; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Terapian tulisi vastata paremmin potilaan ja hänen lähipiirinsä tarpeita.

4 Pohdinta

Katsauksemme osoittaa, että potilaat ja heidän puolisonsa kokivat kommunikatiivista haittaa Parkinsonin taudin puhe- ja äänioireiden takia. Haitta ilmeni monitahoisesti. Puhuminen koettiin työlääksi ja keskusteluihin osallistuminen sekä puheenvuorojen ottaminen oli potilaille ajoittain haastavaa. Kommunikointikatkokset haittasivat potilaiden puheen sujuvuutta ja sen luonnollista rytmiä. Sairastumisen myötä potilaan ja puolison kommunikoinnin määrä väheni ja osallistuminen arjessa heikkeni. Potilas kaipasi tukea niin kommunikoinnissa kuin muussakin arjen toiminnassa. Puolisot ottivat enemmän vastuuta näistä molemmista, mikä muutti parisuhteen dynamiikkaa. Puolisot kokivat lisääntyneen vastuun toisinaan kuormittavaksi. Katsauksessamme ilmeni puheterapiakäytänteiden yksipuolisuus, koska kuntoutus kohdennettiin usein hiljaisen äänen voimistamiseen. Tutkimustiedon avulla käytänteitä voidaan kehittää palvelemaan pariskuntien tarpeita paremmin.

4.1 Kommunikointikyvyn muutosten kokonaisvaltaiset vaikutukset

Katsauksemme osoitti, että kommunikointikyvyn muutoksilla on kokonaisvaltaisia vaikutuksia arjen toimintakykyyn. ICF-viitekehys tarkastelee toimintakykyä laajana ilmiönä, joka huomioi yksilöllisen, sosiaalisen ja terveydellisen näkökulman (WHO, 2013).

Muuttuneen kommunikointikyvyn ymmärtäminen ja tukeminen vaatii näiden kaikkien huomioimista. Vuorovaikuttaminen ja osallisuuden kokemukset ovat terveen ja toimivan elämän keskiössä (THL, 2024; Thomas & McDonagh, 2013). Tulosten mukaan Parkinsonin tauti voi rajoittaa sosiaalista vuorovaikutusta ja siten lisätä niin potilaan kuin tämän puolisonkin riskiä vetäytymiseen. Osallisuuden laskuun vaikuttavat esimerkiksi potilaan fyysiset, kognitiiviset ja psykiatriset (masennus, ahdistus, apatia) oireet sekä leimaantumisen pelko (Ahn ym., 2022). On kuitenkin hyvä huomioida, että Parkinsonia sairastavilla oireet ilmenevät eri tavoin ja potilaat ovat yksilöitä. Tästä syystä taudinkuvissa on merkittävää vaihtelua.

Vertaistukiryhmät ja muut sosiaaliset aktiviteetit puolestaan edistävät niin potilaan kuin puolisonkin elämänlaatua (Artigas ym., 2015). Ryhmät tarjoavat tukea yksinäisyyteen, vähentävät eristäytymisen riskiä sekä lisäävät yhteisöllisyyden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta (Moya-Galé ym., 2026; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Ryhmissä monet potilaat kokevat tulevaisuuden hyväksytyksi ja ymmärretyksi oireistaan huolimatta (Moya-Galé ym., 2026). Vertaistukea ja ryhmämuotoisesta puheterapiaa hyödynnetäänkin toisinaan osana Parkinsonin taudin kuntoutusta. Esimerkiksi LSVT ja SPEAKOUT! -menetelmät ohjaavat ryhmäterapiaan kuntoutuksen loppuvaiheessa tai yksilöllisen kuntoutuksen jälkeen (2026 LSVT for LIFE; 2026 Parkinson Voice Project). Tarkoituksena on ylläpitää kuntoutuksessa opittuja taitoja ja mahdollistaa potilaiden kohtaamisia.

4.1.1 Potilas puhujana

Kommunikaation vaikeudet vaikuttivat merkittävästi potilaan minäkäsitykseen ja sosiaaliseen identiteettiin. Potilaat kokivat muutoksia puhujapersoonassaan ja osa kuvasi itseään vähemmän puheliaiksi verrattuna aikaan ennen sairastumista (Johansson ym., 2020; Wylie ym., 2022; Yorkston ym., 2017). Puhuminen ei välttämättä tuntunut enää vaivan arvoiselta, mikä saattoi johtaa siihen, että omia ajatuksia jätettiin ilmaisematta. Katsauksemme osoittaa, etteivät muutokset puhujapersoonassa selity ainoastaan puheoireilla. Osallistumista rajoittivat

myös esimerkiksi vuorovaikutustilanteisiin liittyvä jännitys (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006) sekä kognitiiviset vaikeudet, kuten muistin ja toiminnanohjauksen haasteet (Wolff & Bengé, 2019). Näiden tekijöiden seurauksena potilas saattoi vähitellen ajautua vuorovaikutuksessa passiivisempaan kuuntelijan rooliin, mikä puolestaan heikensi aktiivista osallistumista ja vuorovaikutuksen vastavuoroisuutta (Johansson ym., 2020; Miller ym., 2006; Thilakaratne ym., 2026; Yorkston ym., 2017).

Vuorovaikutuksen haasteet saivat aikaan avuttomuuden tunteita ja kokemuksia hallinnan menettämisestä (Mach ym., 2017; Moya-Galé ym., 2026; Yorkston ym., 2017).

Avuttomuuden tunteita ilmeni, koska potilas ei kokenut pystyvänsä ilmaisemaan itseään ymmärrettävästi eikä vaikuttamaan vuorovaikutuksen kulkuun. Vaikeudet sanojen löytämisessä ja keskustelun seuraamisessa johtivat usein tilanteisiin, joissa ilmaisu katkesi tai jäi keskeneräiseksi (Saldert ym., 2014; Wolff & Bengé, 2019). Potilas tarvitsee usein puolisonsa tukea keskusteluihin osallistumisessa. Riippuvaisuus puolison avusta saattoi kuitenkin vahvistaa potilaan avuttomuuden kokemusta ja heikentää tämän autonomian tunnetta. Avuttomuuden kokemukset korostuivat erityisesti ryhmätilanteissa, joissa puheenvuorojen vaihtuminen ei ole yhtä selkeää kuin kahdenkeskeisissä keskusteluissa (Griffiths ym., 2012; Griffiths ym., 2015; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022)

Potilaat saattoivat vetäytyä vuorovaikutustilanteista. Vetäytymistä ei tulisi tarkastella pelkästään passiivisuutena, sillä se voi olla myös aktiivinen pyrkimys hallita tilanteen vaatimuksia (Lazarus & Folkman, 1984). Pitkällä aikavälillä välttely voi kuitenkin vahvistaa kokemusta heikentyneestä pystyvyydestä vuorovaikutuksessa ja kaventaa osallistumista sosiaalisiin tilanteisiin (Bandura, 1997). Parkinsonin taudissa vetäytymiskäyttäytymistä voivat osaltaan selittää myös mielialaoireet, kuten masennus, ahdistus ja apatia (Aarsland ym., 2009; Blonder & Slevin, 2011; Ratajska ym., 2025). Nämä itsessään heikentävät aloitekykyä, kiinnostusta ja jaksamista sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Parkinsonin taudin ja psykiatristen oireiden yhteisesiintyvyys on syytä huomioida moniammatillisessa kuntoutuksessa.

4.1.2 Vaikutus parisuhteeseen

Parkinsonin tautiin sairastuminen vaikuttaa potilaaseen, hänen puolisoonsa ja heidän väliseen parisuhteeseensa. Tauti oireineen heikentää arjen sujuvuutta ja vaatii sopeutumista (Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026). Jos taudin laajoja vaikutuksia ei ymmärretä ja käsitellä, pariskunnalle voi kehittyä haitallisia selviytymiskeinoja (Saldert ym., 2014; Prins ym., 2023). Pitkällä aikavälillä epäsojivat keinot ja tuen tarpeen sivuuttaminen voivat johtaa pariskunnan etääntymiseen (Moya-Galé ym., 2026). Puolisot ottivat usein päävastuun arjesta, mikä johti ajoittain puolisoien kuormittumiseen (engl. *caregiver burden*) (Mach ym., 2019). Jotkut puoliset kokivat potilaan muuttuneen sairauden myötä luonteeltaan erilaiseksi. Myös potilaan nonverbaalinen viestintä ja ilmeikkyys vähenivät, jolloin puoliset saattoivat tulkita potilaan tunneilmaisut puutteellisesti tai väärin (Johansson ym., 2020; Saldert & Bauer, 2017; Wylie ym., 2022). Edellä mainitut seikat voivat pahimmassa tilanteessa johtaa pariskunnan eroon (Wawzizkenov ym., 2024).

4.2 Puheterapia

Katsauksessa todetaan, että taudin monitahoiset vaikutukset yltävät usealle elämän osa-alueelle. Parkinsonin taudin kohdalla puheterapiaa saa kuitenkin vain alle 5 %:a potilaista (Ramig ym., 2008; Trail ym., 2005). Katsauksessamme ilmeni myös, että puheterapia kohdistetaan pääosin hiljaisen puheäänien voimistamiseen. Käytänteissä on toki vaihtelevuutta ja osa menetelmistä tukee kuntoutusta monipuolisemmin. Suomessa onkin suositus, että ICF-luokitus olisi puheterapeuttisen kuntoutuksen lähtökohtana (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022, s. 130), jotta toimintakykyä tuettaisiin riittävän kattavasti. Kuntoutus tulisi olla asiakaslähtöistä esimerkiksi suunnittelemalla kuntoutus todellisten arkitilanteiden ja niissä esiintyvien haasteiden pohjalta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022, s. 60–61). Pelkkä kahdenkeskinen harjoittelu puheterapiassa ei tue kuntoutusvaikutusten siirtymistä arkeen (Fox ym., 2012). Harjoittelua tulee kohdistaa ja toteuttaa asiakkaan toimintaympäristöissä.

Taudin moniulotteisuudesta tulisi kertoa kattavasti potilaalle ja hänen lähipiirillensä.

Psykoedukaatio oireiden laajoista vaikutuksista on olennaista, jotta oireisiin osataan varautua ja suhtautua osana tautia (Motlova ym., 2017). Ammattilaisten vastuulla on varmistaa, että potilas ja hänen lähipiirinsä ymmärtävät diagnoosin sisällön. Hoitopolun alusta asti tulee kuulla potilaan ja hänen läheistensä huolia ja haasteita (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022, s.

60–61). Haasteista koettu haitta ilmenee yksilöllisesti niin potilaalla kuin hänen puolisoliansakin. Puolisot voivat kokea haitan pieneksi, mutta toisinaan haitta voi olla merkittävää ja toimintakykyä heikentävää (engl. *third party disability*) (Mach ym., 2019). Molempien osapuolten kokemuksista puhuminen edistää sairauden hyväksymistä ja siten ennaltaehkäisee siitä aiheutuvia arjen ongelmia (Mach ym., 2019; Moya-Galé ym., 2026).

Puolison tulisi olla osa kuntoutusta, koska hän on tärkeä osa potilaan arkea (Johansson ym. 2020; Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026). Kun puoliso tuntee sairauden, hän osaa tukea potilasta oikein. On luonnollista, että arjen haasteita lähdetään ratkaisemaan itse erilaisin keinoin. Tavoitteena on siten selviytyä muuttuneesta arjesta keinolla millä hyvänsä. Itse kehitetyt keinot voivat kuitenkin olla riittämättömiä, tehottomia tai jopa haitallisia (Saldert ym., 2014; Prins ym., 2023). Tärkeää olisi löytää pariskunnalle toimivat tukikeinot ammattilaisen tukemana. Osallistamalla puolisot kuntoutuksessa edesautetaan kuntoutusvaikutusten siirtymistä arkeen (Mach ym., 2019; Thilakaratne ym., 2026; Wylie ym., 2022). Puolisot voivat tukea kotiharjoitteiden tekemistä ja huolehtia, että ne tulevat tehtyä. On olennaista, että puolisollla on riittävästi tietoa ja sopivia keinoja potilaan tukemiseen.

Puheterapian hyötyä Parkinsonin taudin kuntoutuksessa ei välttämättä täysin ymmärretä, mikä on havaittavissa puheterapian vähäisessä hyödyntämisessä ja käytänteiden yksipuolisuutena Parkinsonin taudin kuntoutuksessa. Kuntoutuksessa ensisijaisen tärkeää on potilaan osallistaminen ja motivointi (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022, s. 60–61). Potilaan tulee ymmärtää kuntoutuksen tarkoitus ja sen tarjoamat mahdollisuudet. Kuntoutustavoitteet olisi hyvä asettaa yhdessä potilaan kanssa perustuen tämän yksilöllisiin tarpeisiin. Tavoitteiden ja harjoitteiden suunnittelussa voidaan hyödyntää salutogeneesin teoriaa, joka keskittyy sairauden syiden sijaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (Antonovsky, 1979). Ymmärrettävä, hallittava ja merkityksellinen toiminta edistää hyvinvointia ja lisää motivaatiota (Mittelmark ym., 2021).

4.3 Vahvuudet ja rajoitukset

Katsauksemme vahvuuksina pidämme ekologista validiteettia, tutkimustyyppiä ja siten hyvää toistettavuutta. Ekologista validiteettia tukee, että suurin osa sisällytetyistä tutkimusta

kohdistuu arkisiin tilanteisiin. Tutkimuksissa pyrittiin mahdollisimman luonnolliseen koetilanteeseen. Monet tutkimukset toteutettiin koehenkilöille tutuissa ympäristöissä, kuten heidän kotonansa. Keskustelu- ja puheanalyysissä havainnoitiin vapaata keskustelua, jossa potilaiden kommunikointihaasteet ilmenivät spontaanisti. Tavoitteenamme oli saada kokonaisvaltainen kuva Parkinsonin taudin vaikutuksista potilaan kommunikointiin. Artikkelit tarjoavat kattavan käsityksen juuri tästä. Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toistettavissa, koska käytetty hakulauseke sekä selkeät sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat listattuna. Artikkelien valinta on toteutettu sokkoutetusti ja läpinäkyvästi.

Tuloksemme Parkinsonin taudin monitahoisista vaikutuksista kommunikointikykyyn ovat linjassa aiempien aiheesta tehtyjen katsausten kanssa. Ramig kumppaneineen (2008) kokosi yhteen Parkinsonin taudin aiheuttamat tyypilliset piirteet puheeseen ja ääneen. Myös Miller (2017) perehtyi Parkinsonin taudin kokonaisvaltaisiin muutoksiin kommunikoinnissa. Kummassakin katsauksessa keskityttiin myös käytössä oleviin menetelmiin puheterapiassa. Miller korosti kommunikoinnin vaikeuksien taustalla olevia useita syitä, jotka tulisi kaikki huomioda arvioinnissa ja kuntoutuksessa. Vaikutukset puolisoiden väliseen kommunikointiin eivät olleet kummassakaan katsauksessa keskiössä.

Katsauksemme rajoituksina voidaan pitää tulosten heikkoa yleistettävyyttä, kontrolliryhmien puutetta ja hakulausekkeen muotoilua. Kaikki sisällytetyt tutkimukset olivat länsimaaisia, mikä saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä muualle. Aineisto koostuu pääosin Parkinsonin tautia sairastavien potilaiden ja heidän puolisoidensa subjektiivisista kokemuksista. Jokainen parisuhde on erilainen, ja siksi kokemukset sairauden vaikutuksesta suhteeseen vaihtelevat merkittävästi. Katsauksemme perusteella kommunikoinnin haasteiden vaikeusaste on yhteydessä kognition alenemiseen. Emme kuitenkaan rajanneet tutkimuksia koehenkilöiden kognitiivisen tason perusteella, koska kognitiiviset vaikeudet aiheuttavat merkittävää haittaa monen potilaan arkeen.

Suurimmassa osassa katsaukseemme sisällytetyjä tutkimuksia ei ollut kontrolliryhmää. Ilman vertailuryhmää on haastavaa arvioida, missä määrin puolisoiden välisessä kommunikointisuhteessa havaitut muutokset johtuvat nimenomaan Parkinsonin taudista ja siihen liittyvistä puhe- ja äänioireista. Osa muutoksista voi selittyä myös esimerkiksi normaalilla ikääntymisellä, kognitiivisilla muutoksilla tai muilla vuorovaikutukseen

vaikuttavilla tekijöillä. Jatkossa olisikin mielekästä tutkia aihetta kontrolliryhmiä hyödyntäen, jotta eri tekijöiden vaikutuksia voitaisiin erotella tarkemmin

Tutkimuksemme toisena rajoitteena pidämme hakulausekkeemme muotoilua ja kattavuutta. Tietokantahakumme tuotti tutkimuskysymystemme kannalta olennaisia artikkeleita, mutta työn edetessä löysimme sopivia julkaisuja lisää. Osa uusista artikkeleista oli kuitenkin julkaistu vasta tietokantahakumme jälkeen, minkä takia niitä ei löytynyt alkuperäisessä haussa. Jatkuvasti lisääntyvä tutkimusnäyttö osoittaa aiheen olevan ajankohtainen ja että tutkijat ovat ymmärtäneet sen merkityksen.

4.4 Jatkosuositukset

Parkinsonin taudin ääni- ja puheoireiden kokonaisvaltaisia vaikutuksia on tutkittu melko vähän. Tutkimukset rajataan usein tiettyihin oireisiin tai tilanteisiin. Aiheesta tulisi tehdä lisää tutkimusta isommalla otoskoollla, jotta tuloksista saataisiin yleistettävämpiä ja luotettavampia. Kokonaisvaltaiset vaikutukset tulevat esiin potilaiden ja heidän lähipiiriensä kokemuksista. Keskusteluanalyyseissä aineistosta etsitään toistuvia aiheita koehenkilöiden kertomuksissa. Suuremmalla otannalla voitaisiin saada tämän menetelmän avulla kattavampi ja luotettavampi näkemys kokemuksista ja koetusta haitasta.

Ääni- ja puheoireet vaikuttavat puolisoiden väliseen kommunikointisuhteeseen. Lisää tutkimusta keskittyen potilaiden puolisoihin ja heidän yhteiseen kommunikointisuhteeseensa tulisi tehdä, koska niillä on suuri vaikutus potilaan arjen toimivuuteen. Useimmiten tutkimukset kohdistuivat potilaan kommunikaatioon ja kommunikointikumppaneihin yleisellä tasolla. Puolisoilla on keskenään kuitenkin tätä syvempi suhde, joten taudin vaikutuksia juuri heidän kommunikointisuhteeseensa olisi mielekästä tarkastella.

Katsauksemme tulosten perusteella Parkinsonin taudin kuntoutusmenetelmissä on kehittävä. Puheterapiassa äänenvoimakkuuden vahvistamisen lisäksi tulisi keskittyä taudin moniulotteisiin vaikutuksiin potilaan kommunikaatiossa ja tarjota psykoedukaatiota aiheesta. Kuntoutuksessa tulisi huomioida sekä osallistaa myös potilaan lähipiiriä, erityisesti hänen puolisoansa. Olennaista on ymmärtää taudin vaikutukset ja löytää sopivat tavat minimoida niistä aiheutuva haitta. Suomessa Kela tarjoaa Parkinsonin tautia sairastaville kuntoutusjaksoa, jossa juuri nämä ovat keskiössä (Kela, 2026). Kurssille osallistuu potilaan

lisäksi aikuinen läheinen, joka on usein potilaan puoliso. Tämä ryhmämuotoinen kuntoutusjakso mahdollistaa vertaistuen saamisen ja omista kokemuksista keskustelemisen.

Keskustelukumppanien tukemiseksi on kehitetty myös erilaisia menetelmiä (engl. *communication partner training*), joiden tarkoituksena on ohjata keskustelukumppania tukemaan potilasta tehokkaammin (Clay ym., 2023). Better Conversations with Parkinson's -hankkeen (2022) tarkoitus on samanlainen. Keskeistä siinä on etsiä yksilöllisesti pareille sopivia tukikeinoja. Tämänkaltaiset keskustelukumppania osallistavat menetelmät ovat hyödyllisiä ja ne voivat olla merkityksellinen tuki potilaan ja hänen lähipiirinsä arjessa.

5 Lopuksi

Parkinsonin taudilla on laajoja ja monitahoisia vaikutuksia potilaan kommunikointikykyyn. Niin potilaat kuin heidän puolisonsakin kokevat Parkinsonin taudista aiheutuvaa kommunikatiivista haittaa. Ääni- ja puheoireet yhdessä monien muiden oireiden kanssa vaikeuttavat potilaiden arkea, vähentävät osallisuutta sekä muuttavat puolisoiden välistä kommunikointisuhdetta. Nykyisiä puheterapikäytänteitä on syytä mukauttaa vastaamaan potilaiden ja pariskuntien yksilöllisiä tarpeita.

Lähteet

Katsaukseemme sisällytetyt tutkimukset on merkitty *-merkillä

- Aarsland, D., Bronnick, K., Williams-Gray, C., Weintraub, D., Marder, K., Kulisevsky, J., Burn, D., Barone, P., Pagonabarraga, J., Allcock, L., Santangelo, G., Foltynie, T., Janvin, C., Larsen, J. P., Barker, R. A., & Emre, M. (2010). Mild cognitive impairment in Parkinson disease: A multicenter pooled analysis. *Neurology*, 75(12), 1062–1069. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f39d0e>
- Aarsland, D., Marsh, L., & Schrag, A. (2009). Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease . *Mov. Disord.*, 24: 2175-2186. <https://doi.org/10.1002/mds.22589>
- Ahn, S., Springer, K., & Gibson, J. S. (2022). Social withdrawal in Parkinson's disease: A scoping review. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 48, 258–268. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.10.010>
- Aivosäätiö. (ei pvm.). *Parkinsonin tauti*. <https://www.aivosaatio.fi/diagnoosi/parkinsonin-tauti/>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.
- Atula, S. (2023). *Parkinsonin tauti*. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00055>
- Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*, 323(6), 548–560. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22360>
- Artigas, N. R., Striebel, V. L. W., Hilbig, A., & Rieder, C. R. M. (2015). Evaluation of quality of life and psychological aspects of Parkinson's disease patients who participate in a support group. *Dementia & neuropsychologia*, 9(3), 295–300. <https://doi.org/10.1590/1980-57642015DN93000013>
- Balestrino, R., & Schapira, A. H. V. (2020). Parkinson disease. *European journal of neurology*, 27(1), 27–42. <https://doi.org/10.1111/ene.14108>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

- *Barnish, M. S., Horton, S. M. C., Butterfint, Z. R., Clark, A. B., Atkinson, R. A., & Deane, K. H. O. (2017). Speech and communication in Parkinson's disease: A cross-sectional exploratory study in the UK. *BMJ Open*, 7(5), e014642. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014642>
- *Basirat, A., Moreau, C., & Knutsen, D. (2021). Parkinson's disease impacts feedback production during verbal communication. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(4), 826–840. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12630>
- Baylor, C., Linna Jin, J., Mach, H., & Britton, D. (2024). Communicative participation outcomes in individuals with Parkinson's disease receiving standard care speech-language therapy services in community settings. *International journal of language & communication disorders*, 59(2), 808–827. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12965>
- Better Conversations with Parkinson's (2022). <https://www.betterconversations-parkinsons.com/>
- Bianchini, E., Rinaldi, D., Alborghetti, M., Simonelli, M., D'Audino, F., Onelli, C., Pegolo, E., & Pontieri, F. E. (2024). The Story behind the Mask: A Narrative Review on Hypomimia in Parkinson's Disease. *Brain sciences*, 14(1), 109. <https://doi.org/10.3390/brainsci14010109>
- Blonder, L. X., & Slevin, J. T. (2011). Emotional dysfunction in Parkinson's disease. *Behavioural neurology*, 24(3), 201–217. <https://doi.org/10.3233/BEN-2011-0329>
- Boland, J. P., & Follingstad, D. R. (1987). The relationship between communication and marital satisfaction: a review. *Journal of sex & marital therapy*, 13(4), 286–313. <https://doi.org/10.1080/00926238708403901>
- Brabenec, L., Mekyska, J., Galaz, Z., & Rektorova, I. (2017). Speech disorders in Parkinson's disease: early diagnostics and effects of medication and brain stimulation. *Journal of Neural Transmission*, 124(3), 303–334. <https://doi.org/10.1007/s00702-017-1676-0>
- Cao, F., Vogel, A. P., Gharahkhani, P., & Renteria, M. E. (2025). Speech and language biomarkers for Parkinson's disease prediction, early diagnosis and progression.

NPJ Parkinson's disease, 11(1), 57. <https://doi.org/10.1038/s41531-025-00913-4>

- Cernak, M., Orozco-Arroyave, J. R., Rudzicz, F., Christensen, H., Vásquez-Correa, J. C., & Nöth, E. (2017). Characterisation of voice quality of Parkinson's disease using differential phonological posterior features. *Computer Speech & Language*, 46, 196–208. <https://doi.org/10.1016/j.csl.2017.06.004>
- Chaudhuri, K. R., Healy, D. G., Schapira, A. H., & National Institute for Clinical Excellence (2006). Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *The Lancet. Neurology*, 5(3), 235–245. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70373-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70373-8)
- Chaudhuri, K. R., & Schapira, A. H. (2009). Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *The Lancet. Neurology*, 8(5), 464–474. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70068-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70068-7)
- Clay, P., Beeke, S., Volkmer, A., Dangerfield, L., & Bloch, S. (2023). A Communication Partner Training Program Delivered via Telehealth for People Living With Parkinson's (Better Conversations With Parkinson's): Protocol for a Feasibility Study. *JMIR Research Protocols*, 12, e41416. <https://doi.org/10.2196/41416>
- Duffy, J. R. (2020). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management (4. painos)*. Elsevier.
- Dujardin, K., Manceau, C., Wawrziczny, E., Flinois, B., Baille, G., Defebvre, L., & Antoine, P. (2026). When Parkinson's disease interferes in a couple's life: A qualitative study. *Journal of Parkinson's disease*, 16(1), 177–184. <https://doi.org/10.1177/1877718X251378090>
- *Dykstra, A. D., Adams, S. G., & Jog, M. (2015a). Examining the relationship between speech intensity and self-rated communicative effectiveness in individuals with Parkinson's disease and hypophonia. *Journal of Communication Disorders*, 56, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.06.012>
- Fox, C., Ebersbach, G., Ramig, L., & Sapiir, S. (2012). LSVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral Treatment Programs for Speech and Body Movement in Parkinson Disease. *Parkinson's Disease*, 2012, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2012/391946>

- Galaz, Z., Mekyska, J., Mzourek, Z., Smekal, Z., Rektorova, I., Eliasova, I., Kostalova, M., Mrackova, M., & Berankova, D. (2016). Prosodic analysis of neutral, stress-modified and rhymed speech in patients with Parkinson's disease. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 127, 301–317.
<https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2015.12.011>
- *Griffiths, S., Barnes, R., Britten, N., & Wilkinson, R. (2012). Potential Causes and Consequences of Overlap in Talk between Speakers with Parkinson's Disease and Their Familiar Conversation Partners. *Seminars in Speech and Language*, 33(1), 27–43. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1301161>
- *Griffiths, S., Barnes, R., Britten, N., & Wilkinson, R. (2015). Multiple repair sequences in everyday conversations involving people with Parkinson's disease: Multiple repair sequences in everyday PD conversations. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(6), 814–829.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12178>
- Hedman, E., Hartelius, L., & Saldert, C. (2022). Word-finding difficulties in Parkinson's disease: Complex verbal fluency, executive functions and other influencing factors. *International journal of language & communication disorders*, 57(3), 565–577. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12707>
- Ho, A. K., Iannsek, R., Bradshaw, J. L., & Alfredson, R. (1999). Speech volume regulation in Parkinson's disease: effects of implicit cues and explicit instructions. *Neuropsychologia*, 37(13), 1453–1460. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(99\)00067-6](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(99)00067-6)
- Huber, J. E., Darling, M., Francis, E. J., & Zhang, D. (2012). Impact of Typical Aging and Parkinson's Disease on the Relationship Among Breath Pausing, Syntax, and Punctuation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4), 368–379. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0059\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0059))
- Ihmisoikeuskeskus (2023). *Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus (1948)*.
<https://www.ihmisoikeuskeskus.fi/ihmisoikeudet/yk/iojulistus/>
- Jaakkola, E., Kaasinen, V., & Joutsa, J. (2020). *Parkinsonin taudin ei-motoristen oireiden hoito*. *Duodecim*, 136(4), 459–466. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15390>

Jehkonen, M., Saunamäki, T., Hokkanen, L., & Akila, R. (2020). *Kliininenneuropsykologia (3. uudistettu painos)*. Kustannus Oy Duodecim.

*Johansson, I.-L., Samuelsson, C., & Müller, N. (2020). Patients' and communication partners' experiences of communicative changes in Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 42(13), 1835–1843. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1539875>

Kela (2026). *Liikehäiriösairautta sairastavan kuntoutus*.

<https://www.kela.fi/liikehairiosairaus-kuntoutus>

Kouli, A., Torsney, K. M., & Kuan, W.-L. (2018). Parkinson's disease: Etiology, neuropathology, and pathogenesis. Teoksessa T. B. Stoker & J. C. Greenland (toim.), *Parkinson's disease: Pathogenesis and clinical aspects*. Codon Publications. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536722>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Liu, V., Smith, D. & Yip, H. (2025). Prevalence and Treatment of Dysphonia in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional National Database Study. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 10(3), e70149. <https://doi.org/10.1002/lio2.70149>

Liikehäiriösairauksien liitto ry (ei pvm.). *Parkinsonin tauti*.

<https://www.liikehairio.fi/liikehairiosairaudet/parkinsonin-tauti>

Lévêque, N., Slis, A., Lancia, L., Bruneteau, G., & Fougerson, C. (2022). Acoustic Change Over Time in Spastic and/or Flaccid Dysarthria in Motor Neuron Diseases. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 65(5), 1767–1783. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-21-00434

Logemann, J. A., Fisher, H. B., Boshes, B., & Blonsky, E. R. (1978). Frequency and Cooccurrence of Vocal Tract Dysfunctions in the Speech of a Large Sample of Parkinson Patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 43(1), 47–57. <https://doi.org/10.1044/jshd.4301.47>

LSVT Global (2026). *LOUD for LIFE®*. LSVT for Life. <https://lsvtforlife.com/loud-for-life/>

- Lyytinen, J. & Kaakkola, S. (2008). Parkinsonin tauti – paljon muutakin kuin motoriikkaa. *Aikakauskirja Duodecim*, 124(24), 2807–2814.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo97709>
- *Mach, H., Baylor, C., Hunting Pompon, R., & Yorkston, K. (2019). Third-Party Disability in Family Members of People With Communication Disorders Associated With Parkinson’s Disease. *Topics in Language Disorders*, 39(1), 71–88.
<https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000172>
- Martínez-Sánchez, F., Meilán, J. J. G., Carro, J., Gómez Íñiguez, C., Millian-Morell, L., Pujante Valverde, I. M., López-Alburquerque, T., & López, D. E. (2016). Speech rate in Parkinson’s disease: A controlled study. *Neurología (English Edition)*, 31(7), 466–472. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.12.014>
- Martínez-Martín, P., Rodríguez-Blázquez, C., Kurtis, M. M., & Chaudhuri, K. R. (2015). The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson’s disease. *Movement Disorders*, 26(3), 399–406.
<https://doi.org/10.1002/mds.26089>
- McEwin, A., & Santow, E. (2018). The importance of the human right to communication. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 1–2.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1415548>
- McLeod, S. (2018). Communication rights: Fundamental human rights for all. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 3–11.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1428687>
- Microsoft. (2025). Copilot. GPT-4. Hyödynnetty hakulausekkeen muodostamisessa, 2/2026.
<https://copilot.microsoft.com/>
- *Miller, N., Noble, E., Jones, D., Allcock, L., & Burn, D. J. (2008). How do I sound to me? Perceived changes in communication in Parkinson’s disease. *Clinical Rehabilitation*, 22(1), 14–22. <https://doi.org/10.1177/0269215507079096>
- *Miller, N., Noble, E., Jones, D., & Burn, D. (2006a). Life with communication changes in Parkinson’s disease. *Age and Ageing*, 35(3), 235–239.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afj053>

- Miller, N. (2017). Communication changes in Parkinson's disease. *Practical Neurology*, 17(4), 266–274. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2017-001635>
- Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B., Meier Magistretti, C. (2021). *The handbook of salutogenesis*. Springer International Publishing.
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Academic Psychiatry*, 41(4), 447–451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
- *Moya-Galé, G., González, X., & Escalada-Cebadero, L. (2026). Communication, Social Connectedness, and Mental Health: Perspectives From the Hispanic/Latiné Community With Parkinson's Disease. *Topics in Language Disorders*, 46(1), 21–31. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000378>
- Novotný, M., Rusz, J., Čmejla, R., Růžicková, H., Klempíř, J., & Růžicka, E. (2016). Hypernasality associated with basal ganglia dysfunction: evidence from Parkinson's disease and Huntington's disease. *PeerJ*, 4, e2530. <https://doi.org/10.7717/peerj.2530>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pajarinen, S. (2019). *Puheterapiapalveluiden saatavuus Parkinsonin taudissa: Kuntoutuksen järjestäminen ja siihen vaikuttavat tekijät*. Tampereen Yliopisto.
- Parkinson Voice Project (2026). *SPEAK OUT!® Therapy Program*. <https://parkinsonvoiceproject.org/program/speak-out/?srsltid=AfmBOopBpmE0jQHku9ofzImXkxpkffynKgfRy8P9YZyaz0yTZLZz2cqI>
- Pollmann, M. M. H., Norman, T. J., & Crockett, E. E. (2021). A daily-diary study on the effects of face-to-face communication, texting, and their interplay on

- understanding and relationship satisfaction. *Computers in Human Behavior Reports*, 3, 100088. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100088>
- Prins, E. M., Geerlings, A. D., Ben-Shlomo, Y., Meinders, M. J., Bloem, B. R., & Darweesh, S. K. L. (2023). Determinants of coping styles of people with Parkinson's Disease. *NPJ Parkinson's disease*, 9(1), 99. <https://doi.org/10.1038/s41531-023-00548-3>
- Ramig, L. O., Fox, C., & Sapir, S. (2008). Speech treatment for Parkinson's disease. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(2), 297–309. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.2.297>
- Ratajska, A. M., Rodriguez, K., Appleton, H., Schade, R. N., Gertler, J., Kenney, L. E., Pontone, G. M., & Bowers, D. (2025). Apathy in Parkinson's Disease: A Diagnostic Conundrum Explored in a Cohort Characterization Study. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 37(4), 359–363. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20240227>
- Reeve, A., Simcox, E., & Turnbull, D. (2014). Ageing and Parkinson's disease: why is advancing age the biggest risk factor?. *Ageing research reviews*, 14(100), 19–30. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.01.004>
- Rohl, A., Gutierrez, S., Johari, K., Greenlee, J., Tjaden, K., & Roberts, A. (2022). Speech dysfunction, cognition, and Parkinson's disease. *Progress in brain research*, 269(1), 153–173. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2022.01.017>
- Rusz, J., Cmejla, R., Tykalova, T., Ruzickova, H., Klempir, J., Majerova, V., Picmausova, J., Roth, J., & Ruzicka, E. (2013). Imprecise vowel articulation as a potential early marker of Parkinson's disease: effect of speaking task. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 134(3), 2171–2181. <https://doi.org/10.1121/1.4816541>
- *Saldert, C., & Bauer, M. (2017). Multifaceted Communication Problems in Everyday Conversations Involving People with Parkinson's Disease. *Brain Sciences*, 7(10), 123. <https://doi.org/10.3390/brainsci7100123>
- *Saldert, C., Ferm, U., & Bloch, S. (2014). Semantic trouble sources and their repair in conversations affected by Parkinson's disease. *International Journal of*

- Language & Communication Disorders*, 49(6), 710–721.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12105>
- Sapir, S., Ramig, L., & Fox, C. (2008). Speech and swallowing disorders in Parkinson disease. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 16(3), 205–210. <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e3282febd3a>
- Schalling, E., Johansson, K., & Hartelius, L. (2018). Speech and Communication Changes Reported by People with Parkinson's Disease. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 69(3), 131–141. <https://doi.org/10.1159/000479927>
- Shegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The Preference for Self-correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, 53, 361–390.
- Skodda, S., Rinsche, H., & Schlegel, U. (2009). Progression of dysprosody in Parkinson's disease over time—A longitudinal study. *Movement Disorders*, 24, 716–722. <https://doi.org/10.1002/mds.22430>
- Smith, K. M., & Caplan, D. N. (2018). Communication impairment in Parkinson's disease: Impact of motor and cognitive symptoms on speech and language. *Brain and Language*, 185, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2018.08.002>
- Solomon, N. P., & Hixon, T. J. (1993). Speech breathing in Parkinson's disease. *Journal of speech and hearing research*, 36(2), 294–310. <https://doi.org/10.1044/jshr.3602.294>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2022). *Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/342bd40c-e610-4401-afdb-4bd4112c28f0/content>
- Storch, A., Schneider, C. B., Wolz, M., et al. (2013). Nonmotor symptoms in Parkinson's disease: prevalence and clinical impact. *Journal of Neurology*, 260(9), 2224–2233. <https://doi.org/10.1007/s00415-013-6908-5>
- Su, D., Cui, Y., He, C., Yin, P., Bai, R., Zhu, J., Lam, J. S. T., Zhang, J., Yan, R., Zheng, X., Wu, J., Zhao, D., Wang, A., Zhou, M., & Feng, T. (2025). Projections for prevalence of Parkinson's disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050: Modelling study of Global Burden of Disease Study 2021. *BMJ*, 388, e080952. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080952>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025). *ICF-luokitus*. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2024). *Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet*. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet>

*Tetzloff, K. A., Barrett, T. S., Liss, J. M., & Borrie, S. A. (2025). The Use of Conversational Repairs in Interactions Involving People With Parkinson's Disease: A Large Corpus Comparison Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 68(7), 3090–3106.
https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-24-00802

*Thilakaratne, R., Wylie, K., Loftus, A. M., & Cocks, N. (2026). Conversation Barriers and Strategies Used by People With Parkinson's and Their Partners to Support Conversation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 61(2), e70202. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70202>

Thomas, J., & McDonagh, D. (2013). Shared language: Towards more effective communication. *The Australasian medical journal*, 6(1), 46–54.
<https://doi.org/10.4066/AMJ.2013.1596>

Trail, M., Fox, C., Ramig, L. O., Sapir, S., Howard, J., & Lai, E. C. (2005). Speech treatment for Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*, 20(3), 205–221.

Tsanas, A., Little, M. A., McSharry, P. E., & Ramig, L. O. (2011). Nonlinear speech analysis algorithms mapped to a standard metric achieve clinically useful quantification of average Parkinson's disease symptom severity. *Journal of the Royal Society, Interface*, 8(59), 842–855.
<https://doi.org/10.1098/rsif.2010.0456>

- Wang, S., Che, Y., Lin, Y., Zhang, Y., He, W., & Zhang, W. (2026). Epidemiology of Parkinson's disease - Global burden of disease research from 1990 to 2021 and future trend predictions. *Clinical parkinsonism & related disorders*, 14, 100421. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2026.1004>
- Wawrziczny, E., Flinois, B., Constant, E., Brugallé, E., Sokolowski, C., Manceau, C., Baille, G., Defebvre, L., Dujardin, K., & Antoine, P. (2024). Dealing with the diagnosis of Parkinson's disease and its implications for couple functioning in the early stage: An interpretative phenomenological analysis. *PloS one*, 19(2), e0294240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294240>
- Weil, R. S., Costantini, A. A., & Schrag, A. E. (2018). Mild Cognitive Impairment in Parkinson's Disease-What Is It?. *Current neurology and neuroscience reports*, 18(4), 17. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0823-9>
- *Wolff, L., & Benge, J. (2019). Everyday Language Difficulties in Parkinson's Disease: Caregiver Description and Relationship With Cognition, Activities of Daily Living, and Motor Disability. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 165–173. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0091
- World Health Organization (2013) How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4&download=true
- *Wylie, K., Carrier, H. M., Loftus, A. M., Thilakaratne, R., & Cocks, N. (2022). Barriers and Facilitators to Conversation: A Qualitative Exploration of the Experiences of People with Parkinson's and Their Close Communication Partners. *Brain Sciences*, 12(7), 944. <https://doi.org/10.3390/brainsci12070944>
- Yhdistyneet kansakunnat (1948). *Universal declaration of human rights*. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 275–293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>

*Yorkston, K., Baylor, C., & Britton, D. (2017). Speech Versus Speaking: The Experiences of People With Parkinson's Disease and Implications for Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2S), 561–568.

https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0087

Zirra, A., Rao, S. C., Bestwick, J., Rajalingam, R., Marras, C., Blauwendraat, C., Mata, I. F., & Noyce, A. J. (2022). Gender Differences in the Prevalence of Parkinson's Disease. *Movement disorders clinical practice*, 10(1), 86–93.

<https://doi.org/10.1002/mdc3.13584>