

Niina Hulkkonen

Muistisairaiden asukkaiden
mielekäs arki
ympäri vuorokautisessa
palveluasumisessa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus

2021



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja AMK
Tekijä/Tekijät	Niina Hulkkonen
Työn nimi	Muistisairaiden asukkaiden mielekäs arki ympärivuorokautisessa palveluasumisessa
Toimeksiantaja	Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry
Vuosi	2021
Sivut	62 sivua, liitteitä 10 sivua
Työn ohjaaja(t)	Satu Sällilä

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden merkitykselliseen arkeen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittua tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, jota hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan yhteensä 11 tutkimusta. Valitut aineistot olivat suomenkielisiä ja vieraskielisiä. Aineiston analysoimiseksi hyödynnettiin teemoittelua. Teemoittelun tuloksena syntyi kolme teemaa muistisairaana mielekkään arjen edistävästä tekijöistä ja kolme teemaa mielekkään arjen estävästä tekijöistä.

Opinnäytetyön keskeisten tulosten mukaan muistisairaajat kokivat, että elinympäristöllä, aktiivisella arjella ja oman elämän hallinnalla oli suuri merkitys mielekkään arjen toteutumiseksi. Vastaavasti hoitohenkilökunnan asennoitumisella ja resursseilla, asukkaiden oman elämän hallinnan heikentymisellä ja yksinäisyydellä oli heikentävä vaikutus mielekkääseen arkeen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että mielekkyyttä voi tapahtua vain, jos sitä toteutetaan. Jokaisen muistisairaana asukkaan tulisi voida tuntea olonsa mielekkääksi, arvostetuksi ja yksilölliseksi. Viihtyisällä hoitoympäristöllä luodaan muistisairaille kodikas ja mielekäs arki ja parannetaan heidän elämänlaatuun. Oikein kohdennetuilla koulutuksilla pystyttäisiin kehittämään hoitotyötä, joka korostaisi nykyistä enemmän asukkaiden yksilöllistä huomioimista päivittäisessä elämässä.

Asiasanat: muistisairas, ympärivuorokautinen palveluasuminen, mielekäs arki

Degree	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Niina Hulkkonen
Thesis title	A meaningful everyday life for people with memory disorders in 24-hour service housing
Commissioned by	Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry
Time	2021
Pages	62 pages, 10 pages of appendices
Supervisor	Satu Sällilä

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to investigate factors affecting the meaningful everyday life of people living in 24-hour service housing. The aim of the thesis was to produce researched data through a literature review for healthcare professionals can utilized it in the nursing of people with memory disorders

The thesis was carried out as a descriptive literature review. A total of 11 studies, articles or Master's thesis were selected for the literature review. The selected materials were in Finnish and international. The theme was used to analyze the data. The theme resulted in 3 themes for promoting the meaningful everyday life of people with memory disorders and 3 themes for preventing meaningful everyday life.

According to the key results of the theses, people with memory disorders felt that living environment, active everyday life and managing their own lives were of great importance for the realization of meaningful everyday life. Similarly, the attitudes and resources of the nursing staff, the weakening of their own life management and loneliness had a debilitating effect on meaningful everyday life.

In conclusion, meaningfulness can only occur if it is implemented. Every resident with a memory disorder should be able to feel meaningful, valued, and individualized. A comfortable care environment creates a cozy and meaningful everyday life for people with memory disorders and improves their quality of life. Properly targeted trainings would be able to develop nursing, which would place greater emphasis on the individual consideration of residents in daily life.

Keywords: memory disorders, nursing home, meaningful life

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	MUISTISAIRAUDET.....	7
2.1	Alzheimerin tauti.....	7
2.2	Vaskulaarinen dementia eli aivoverenkiertoperäinen muistisairaus.....	8
2.3	Otsalohko dementia.....	9
2.4	Lewyn kappale- tauti.....	10
2.5	Parkinsonin taudin muistisairaus.....	11
3	YMPÄRIVUOROKAUTINEN PALVELUASUMINEN.....	12
3.1	Tehostettu palveluasuminen.....	13
3.2	Muistisairaahan hyvä ympärivuorokautinen hoito.....	14
4	MIELEKÄS ARKI.....	16
4.1	Asennoituminen.....	17
4.2	Tekeminen ja toimiminen.....	17
4.3	Kokeminen.....	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	22
6	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄ.....	22
6.1	Aineiston keruu.....	23
6.2	Aineiston analyysi.....	25
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	26
7.1	Mielekkään arjen toteutumista edistävät tekijät.....	26
7.2	Mielekkään arjen toteutumista estävät tekijät.....	33
8	POHDINTA.....	38
8.1	Tulosten tarkastelu.....	38
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	40
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	41
	LÄHTEET.....	43

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Teemoittelutaulukko

1 JOHDANTO

Suomen väestö on muutoksen edessä. Yhä useampi suomalainen on ikääntynyt. Tämä johtuu matalasta syntyvyydestä ja elinajanodotteen kasvusta. Vuonna 2017 Suomen väkiluvusta 21,4 % oli yli 65-vuotiaita, ja tämän ikäluokan osuus väestöstä tulee tulevaisuudessa vain kasvamaan. (Terveyskylä, 2019.) Ikääntyneiden määrän kanssa samassa tahdissa tulee määrällisesti kasvamaan myös muistisairauksia sairastavien osuus. Suomessa arvioidaan olevan yli 190 000 muistisairautta sairastavaa ja tiedetään, että muistisairautteen sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 500 henkilöä. Tämä tuo haasteita yhteiskuntamme kansanterveyteen sekä talouteen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2020.)

Dementia on yksi suurimmista syistä laitoshoitoon päädyttäessä. Ainakin yli 70 % muistisairautta sairastavista etenevien muistioireiden ja dementian syynä on Alzheimerin tauti. (Lääkäriliitto, 2016). Muistisairauden aiheuttaman toimintakyvyn heikentymisen ja kotona pärjäämättömyyden takia suurin osa tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa jokapäiväisestä elämästä selviytyäkseen. Kahdella kolmesta ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista on muistisairaus. Vuonna 2016 tehostetun palveluasumisen asiakkaista 71 %:lla muistisairauden aste oli vähintään keskivaikea. Hoidon laadulla onkin suuri merkitys ympärivuorokautisessa hoivassa. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2020.)

Vanhuspalvelulaissa (2012) veloitetaan toteuttamaan ikääntyneiden hoitoa hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista edistämällä. Pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyneiden kohdalla korostetaan erityisesti mielekkään, arvokkaan ja turvallisen arjen toteutumista. Ikääntyneelle on myös taattava mahdollisuus osallistua itselle mielekkääseen tekemiseen, joka ylläpitää toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 2012.)

Muistioireet- ja sairaudet aiheuttavat runsaasti huolta ja ahdistusta sekä työ- ja toimintakyvyn heikentymistä. Tämä kuormittaa eri tavoin sairastunutta ja hänen läheistään. (Lääkäriliitto, 2016.) Tutut ihmissuhteet voivat unohtua ja

muuttua heikentyneen kommunikoinnin johdosta. Lisäksi muistisairaudesta johtuvat käytösoireet muun muassa masentuneisuus, aggressiivisuus ja levottomuus saattavat johtaa muistisairaahan hyvinvoinnin ja elämänlaadun heikentymiseen. (Käypähoito- suositus, 2021.) Muistisairaus itsessään on terveyttä ja hyvinvointia uhkaava tekijä, kun menneisyys ja nykyisyys sekoittuvat keskenään. Totutuilla tavoilla ja totumuksilla on suuri merkitys muistisairaahan arkielämässä. Muistisairaiden omannäköisen ja tarkoituksellisen arjen mahdollistamisella vaikutetaan suuresti heidän hyvinvointiinsa ja terveyteensä. (Laine & Heimonen, 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden merkitykselliseen arkeen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittua tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, jota hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät laaja-alaisesti sairastuneen toimintakykyä. Niihin sairastuu yleisemmin iäkkäät henkilöt. (Muistiliitto 2015.) Muistisairauksia on useita erilaisia, mutta yleisemmät ovat aivoverenkiertoperäinen (vaskulaarinen) dementia, Lewyn kappale-tauti ja Parkinsonin muistisairaus. Otsalohkodementia sekä kaikista tunnetuin muistisairaus Alzheimerin tauti. (Muistisairaudet, 2021.) Muistitoimintojen heikentyminen ei aina johdu muistisairaudesta, vaan syynä voi olla ohimeneviä tai hoidettavissa olevia muisti- ja ajattelutoimintojen heikentymiä (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2020). Muistisairauksiin sairastuvien määrä kasvaa vuosi vuodelta. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti noin 95 000 ihmistä ja kymmenen vuotta myöhemmin, vuonna 2020, keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta jo noin 190 000 ihmistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muoto muistisairauksista. Sen esiintyvyys kaikista etenevistä muistisairauksista on 70 %. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.) Taudin ylei-

syys kasvaa iän myötä, yli 85 – vuotiailla sitä esiintyy jo 15–20 %:lla (Hallikainen ym. 2014). Tauti ei ole perinnöllinen, mutta tunnetaan erilaisia elämäntapoihin liittyviä riskitekijöitä (liikalihavuus, liikkumattomuus, tupakointi), jotka suurentavat riskiä sairastua muistisairauteen. Naiset sairastuvat miehiä useammin. (Juva, 2018.)

Alzheimerin taudin perimmäinen syy on tuntematon. Tiedetään kuitenkin, että aivoissa tapahtuvat mikroskooppiset muutokset vaurioittavat hermoratoja ja aivosoluja heikentäen muistia ja tiedonkäsittelyä. Vauriot alkavat yleensä ohimolohkoista, joista ne leviävät vähitellen aivokuorelle. (Juva, 2018.) Tauti etenee yleensä tasaisesti ja hitaasti, mutta tässäkin on yksilöllisiä eroja. Kliinisen oirekuvan perusteella Alzheimerin tauti voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen Alzheimerin tauti, lievä Alzheimerin taudin dementia sekä keskivaikea ja vaikea Alzheimerin taudin dementia. (Erkinjuntti ym, 2015.)

Alzheimerin taudin oireet alkavat tyypillisesti muistin heikentymisellä. Erityisesti lähimuisti ja uuden oppiminen heikentyvät (Erkinjuntti ym. 2015, 19). Sairauden edetessä tulee myös kielellisiä ja hahmottamisen ongelmia mm. kävelyn huonontumisen muodossa sekä toiminnan ohjauksen heikentymisessä. Taudinkuvaan kuuluvat myös psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistuneisuus sekä erilaiset käytösoireet. (Juva, 2018.)

Taudin kesto ensioireista kuolemaan vaihtelee 2–20 vuoden välillä, keskimääräinen elinajanodote on noin 12 vuotta (Hallikainen, 2014). Parantavaa hoitoa ei ole, mutta lääkkeillä voidaan kuitenkin lievittää oireita ja hidastaa taudin kulkua (Juva, 2018). Oikeanlainen lääkitys tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn ylläpitämiseksi (Hallikainen ym. 2014).

2.2 Vaskulaarinen dementia eli aivoverenkiertoperäinen muistisairaus

Vaskulaarinen dementia on aivoverenkierto häiriöihin liittyvä muistisairaus, joka on toiseksi yleisin muistisairaus aiheuttava tekijä. Noin 25 %:lle ihmisistä aivoverenkierron häiriöt johtavat verenkiertoperäiseen muistisairauteen ja miehillä se on yleisempi kuin naisilla. (Atula, 2019a.) Taudin taustalla voi olla useita aivoverenkierronsairauksia, kuten aivoverenvuodot, aivoinfarktit tai

aivojen hapenpuutteesta johtuvat vauriot (Erkinjuntti ym. 2015, 137–138). Eri riskitekijät lisäävät mahdollisuutta altistua vaskulaariselle dementialle. Tällaisia riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, diabetes, ylipaino, alkoholi- ja tupakka- tuotteiden käyttö sekä korkea kolesterolitaso. (Erkinjuntti ym. 2015.) Näiden välttämällä ehkäistään myös sydän- ja aivoverisuonisairauksia (Atula, 2019a).

Verenkiertoperäinen muistisairaus voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: subkortikaaliseen tautiin (pienen aivoverisuonten tauti), kortikaliseen tautiin (suuren aivoverisuontien tauti) sekä tiedon käsittelyn kannalta kriittisillä alueilla tapahtuviin infarktien aiheuttamiin tiloihin (Erkinjuntti ym. 2015, 137).

Vaskulaarisen dementian oirekuva vaihtelee melkoisesti riippuen alueesta, jossa aivoverenkierron häiriö on tapahtunut. Oireet alkavat nopeasti ja etenevät portaittain, vointi voi vaihdella päivästä riippuen. Alzheimerin taudista poiketen vaskulaarisessa dementiassa muistihäiriöt eivät ole hallitseva piirre, vaan toiminnanohjaus heikentyy yleensä muistia selkeämmin. Muisti- ja ajatus toimintoihin liittyvien oireiden lisäksi voi esiintyä myös neurologisia oireita, kuten kävelyn ongelmia tai puheentuoton häiriöitä. (Atula, 2019a.)

Tautiin ei ole vielä olemassa lääkehoitoa, vaan hoito keskittyy aivoverenkiertosairauksien uusiutumisten ennaltaehkäisyyn ja riskitekijöiden välttämiseen ja hoitoon. Hoidossa voidaan hyödyntää myös puhe- ja fysioterapiaa kuntoutumisen tukemiseksi. (Atula, 2019a.) Sairauden varhainen tunnistaminen on hoidon kannalta tärkeää (Erkinjuntti ym, 2015).

2.3 Otsalohko dementia

Otsalohkodementia on yleisin muoto otsalohkorappeuman tautiryhmästä. Yli 50 % otsalohkorappeutumista on otsalohkodementiaa (Erkinjuntti ym. 2015, 21). Tauti saattaa aiheutua aivoverenkiertosairauksien, vammojen tai kasvainten seurauksena. Taustalla voi myös olla jo etenevä muistisairaus, joka heikentää otsalohkon toimintaa taudin edetessä. (Erkinjuntti ym. 2015, 173–174.) Suurin osa sairastuu otsalohkodementiaan 45–60 vuoden ikäisinä, mutta sitä voi esiintyä myös iäkkäämmillä henkilöillä. Jopa noin puolella ihmisistä tauti on perinnöllinen (Remes ym. 2018).

Taudin ensioireita ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Lisäksi voi esiintyä arviointikyvyn ja toiminnanohjauksen heikentymistä. (Remes ym, 2018.) Toisaalta sairastunut voi olla myös joko apaattinen tai levoton aivojen puutostilan sijainnin mukaan. Alzheimerin taudin kuvasta poiketen otsalohkodementia ei aiheuta yhtä merkittävää muistin heikentymistä, joten näiden kahden mainitun taudin erottaminen on haasteellista. (Erkinjuntti ym. 2015, 173–174.)

Sairauden kesto vaihtelee kahdesta vuodesta 20 vuoteen, keskimääräinen elinajanodote on noin 8 vuotta. Parantavaa tai lääkkeellistä hoitoa ei ole, vaan hoidossa keskitytään sairastuneen itseymmärryksen tukemiseen, kriisitilanteiden ennakoimiseen sekä tunnistamaan ja poistamaan haitallisia käytösmalleja. (Muistisairaudet, 2016 c.)

2.4 Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale -tauti on mikroskoopilla havaittavien solunsisäisten Lewyn kappaleiden mukaan nimensä saanut aivoja rappeuttava sairaus. Suomessa Lewyn kappale- tautia esiintyy yli 20 %:lla kaikista muistisairauksista, ja se on toiseksi yleisin aivoja rappeuttava tauti Alzheimerin taudin jälkeen (Atula, 2019b). Taudin alkamisikä vaihtelee 50–80 vuoden välillä, ja sitä esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla (Erkinjuntti ym. 2015, s.20). Taudin alkamisyyttä ei tiedetä, mutta joissakin suvuissa Lewyn kappale- taudin lisäksi esiintyy myös Parkinsonin tautia (Martikainen, 2017).

Lewyn kappale- taudin oirekuva alkaa hitaasti (Atula, 2019b). Oireet voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: tiedon käsittelyssä ilmeneviin oireisiin, Parkinsonin taudin tyypillisiin oireisiin sekä psykoottisiin oireisiin. Tiedonkäsittelyssä ilmeneviä tyypillisiä oireita ovat tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut sekä hahmotushäiriöt. Parkinsonin taudin tyypillisinä piirteinä pidetään liikkeiden hidastumista, yleistä jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. (Muistisairaudet, 2016a.) Näitä edellä mainittuja Parkinsonin tyypillisiä oireita esiintyy noin 40–90 % sairastuneista (Erkinjuntti ym. 2015, s. 166). Psykoottisen oireryhmään kuuluvat erilaiset hallusinaatiot sekä harhaluulot, jotka voivat olla hyvinkin yksityiskohtaisia. Harhaluulot voivat olla ensimmäisiä merkkejä sairauden alkamisesta. Taudin

oireina saattaa myös esiintyä tajunnantason vaihteluita, kaatumisia, sekavuutta ja erilaisia käytösoireita. Muistiongelmät eivät ole tyypillisiä sairauden alkuvaiheessa, vaan ne kehittyvät tavallisesti taudin edetessä. (Atula, 2019b.)

Tautiin ei ole olemassa parantavaa tai pysäyttävää hoitoa, vaan se etenee hitaasti ja johtaa asteittain omatoimisuuden menetykseen ja lopulta kuolemaan, yleensä noin kahdeksassa vuodessa (Atula, 2019b). Lääkehoidolla on katsottu olevan vähäinen merkitys hoidon kannalta, koska lääkkeiden vaikutuksesta hoitoon on vielä vähäistä näyttöä ja tietoa. Varhaisessa vaiheessa aloitettu fysioterapia on tärkeässä roolissa taudin aiheuttaman liikuntakyvyn huonontumisen ehkäisyssä ja säilyttämissä mahdollisimman pitkään. (Erkinjuntti ym. 2015, s. 170.)

2.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tautia sairastaa Suomessa noin 10 000 ihmistä, ja arvioiden mukaan heistä 3 000:lla ilmenee muistioireita eli Parkinson taudin muistisairautta (Muistisairaudet, 2016b). Sitä esiintyy keski-ikäisillä ja iäkkäillä noin 50–70 vuoden iässä (Parkinson liitto, 2015). Taudin tiedetään johtuvan tietyn keskiaivojen alueen (mustatumake) hermosolujen tuhoutumisesta, mikä johtaa hermovälittäjäaine dopamiinin puutteeseen ja tahdonalaisia liikkeitä säätelevien hermoratojen vaurioitumiseen (Atula, 2018). Syy hermosolujen vaurioitumiseen on tuntematon. Taudin ei katsota olevan periytyvää, mutta miesten sairastuvuuden on todistettu olevan korkeampi kuin naisten. (Parkinson liitto, 2015.)

Parkinsonin tauti alkaa hitaasti ja oireet pahentuvat taudin edetessä. Taudilla on kolme pääoiretta: lepovapina, liikkeiden hidastuminen ja tyypillinen lihasjäykkyys (rigiditeetti). Nämä motoriset oireet alkavat yleensä toispuoleisina, mutta sairauden edetessä leviävät myös toiselle puolelle kehoa. Vapinaa ilmenee erityisesti yläraajoissa levonaikana ja se on harvajaksoista. Lihasjäykkyys näyttäytyy raajojen taivutusten tahdottomana vastustuksena, esimerkiksi käden taivuttamisen hitautena. Lihastoiminnan hitaus saattaa vaikuttaa kasvojen ilmeisiin ja kirjoitetun käsialan muuttumiseen. Hitaus myös lyhentää askelta kävellessä ja vaikeuttaa tuolilta nousua. (Atula, 2018.)

Edellä mainittujen oireiden lisäksi saattaa ilmetä myös tasapaino-ongelmia, jotka johtuvat tasapaino- ja säätelyjärjestelmän heikentymisenä, autonomisen hermoston toimintahäiriöinä (äkillinen verenpaineen vaihtelu, ummetus, tihentynyt virtsaamistarve ja impotenssi) sekä neuropsykiatrisina (masennus ja apatia) ja tiedonkäsittelyssä ilmenevinä oireina. (Erkinjuntti ym. 2015, s. 159.) Tavallisimpia tiedonkäsittelyyn liittyviä oireita ovat tarkkaavuuden häiriöt, muistin heikentyminen ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Myös tiedon käsittelyn nopeus voi hidastua eli ”muisti” toimii hitaammin. Päivittäisessä elämässä oireet ilmenevät tavaroiden hukkaamisena, ympäristön hahmottamisen heikkoutena ja asioiden muistamisen vaikeutena. (Muistisairaudet, 2016b.)

Tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta taudin etenemistä voidaan ehkäistä ja hidastaa oireita lievittäväällä lääkehoidolla. Lääkehoito valitaan kullekin potilaalle yksilöllisesti riippuen potilaan iästä, taudin vaikeusasteesta ja muista sairauksista. (Tarnanen ym. 2019.) Muistioireisiin käytetään muistilääkkeitä, erityisesti asetyylikoliiniesteraasientsyymin (AKE:n) estäjillä on katsottu olevan myönteinen vaikutus muistioireiden hoitoon (Muistisairaudet, 2016b.) Lääkehoidon lisäksi säännöllisellä liikunnalla on todistettu olevan vaikutusta oireiden lievittymiseen. Liikunnalla voidaan parantaa fyysistä suorituskykyä, tasapainoa ja nivelten liikkuvuutta sekä lihasvoimaa. Liikunnalla on huomattu olevan lieventävää vaikutusta myös muistioireisiin. (Atula, 2018.) Erilaisten terapiamuotojen (fysio- ja toimintaterapian) avulla hoito voidaan kohdistaa siihen ongelmaan, joka toimintakyvyn kannalta todetaan keskeisimmäksi ylläpidettäväksi (Tarnanen ym. 2019).

3 YMPÄRIVUOROKAUTINEN PALVELUASUMINEN

Vanhuspalvelulakiin tehtiin vuonna 2015 muutos, jonka mukaan kuntien tulee toteuttaa ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa ja huolenpitoa ensisijaisesti henkilön omassa kodissa tai kodinomaisessa ympäristössä, kuten palveluasumisessa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 2012). Viime vuosina ympärivuorokautisen palveluasumisen osuus on kasvanut vähentäen muiden palveluasumismuotojen osuutta. Kunnat hankkivat noin puolet tehostetun palveluasumisen palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta. (Suomen kuntaliitto, 2013.)

3.1 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa ympärivuorokautista asumispalvelua ikääntyneille (Pietarsaaren sosiaali- ja terveystoimi, 2019). Sosiaalihuoltolain mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää asumispalvelua joko omissa yksiköissään tai ostopalveluna yksityisten palveluntuottajien yksiköissä palveluseteleiden avulla (Hallikainen ym. 2019). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu niille iäkkäille, jotka eivät enää kykene asumaan kotonaan kotihoidon käynneistä ja eri tukipalveluista huolimatta. Ympärivuorokautisen hoidontarpeeseen vaikuttavat suuresti monet pitkäaikaissairaudet, kuten muistisairaus sekä erilaiset toimintakyvyn heikentymät, joita ei voida palauttaa kotona pärjäämisen vaatimalle tasolle. (Kymsote, 2020.)

Tehostetun palveluasumisen tavoitteena on tukea asiakkaan arjessa selviytymistä yksilöllisen palveluntarpeen mukaisesti. Tuettu asuminen tukee ja edistää asiakkaan toimintakykyä, luo turvallisen ja mielekkään asuinympäristön sekä ylläpitää sosiaalisia vuorovaikutussuhteita läheisiin ja muihin asukkaisiin. (Kymsote, 2020.) Kattavalla ja säännöllisellä palveluntarpeen arvioinnilla, toimintakykyä edistävällä ja ylläpitävällä toiminnalla ja kirjallisella palvelusuunnitelmalla taataan laadukas ja hyvä hoito. Palvelusuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. (Soite, 2016.)

Vanhuspalvelulain (2012) mukaan iäkkään on voitava kokea elämänsä merkitykselliseksi, arvokkaaksi ja turvalliseksi. Palveluasumisessa asukkaan on voitava osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan, kuten ulkoiluun ja virikkeisiin sekä ylläpitää sosiaalisia suhteita läheisiinsä ja muihin asukkaisiin. (Vanhuspalvelulaki 2012.) Kaikessa hoito- ja hoivatyössä on kunnioitettava asukkaan itsemääräämisyksikeutta ja huomioitava yksilölliset tarpeet. Kohtelun tulee olla arvostavaa ja kunnioittavaa. (Karvonen- Kälkäjä, 2012, 278.)

Viime aikoina tehostetussa palveluasumisessa on nostettu esille hoitohenkilökunnan riittävyys ja ammattitaito laadukkaan hoidon takaamiseksi. Vanhuspalvelulakiin kirjattiin vuonna 2020 pysyvä hoitajamitoitus, joka määrittelee minimimitoituksen tehostetun palveluasumisen yksiköihin hoidon laadun takaa-

miseksi Aiemmin laadukkaan hoidon takaamiseksi, on hyödynnetty laatusuositusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020.) Kuluva vuosi henkilöostömitoituksen on oltava 0,55 työntekijää asukasta kohden. Mitoitus nousee portaittain ja vuoteen 2023 mennessä henkilöostömitoituksen tulee olla 0,7 työntekijää asukasta kohden. (Vanhuspalvelulaki, 2012.) Mitoitukseen lasketaan mukaan vain välittömään asiakastyöhön osallistuvat tekijät eli sairaanhoitajat, lähi-/perushoitajat sekä hoiva-avustajat. Asumisyksiköillä on oltava lisäksi palveluista vastaava esimies eli osastonhoitaja, joka valvoo laadukkaan palvelun toteutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.)

3.2 Muistisairaahan hyvä ympärivuorokautinen hoito

Muistisairaudet ovat suurin vaikuttava tekijä ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen (Hallikainen ym. 2019). Ympärivuorokautistahoitoa tarvitsee yhä useampi ja määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan, riippumatta tavoitteista vähentää laitoshoidon tarvetta ja lisätä kotihoidon palveluita (Voutilainen ym. 2016).

Muistisairaiden hyvän hoidon tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, mielekäs elämä ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Hyvä hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta sosiaalisia taitoja, moniammatillista yhteistyötä ja asiantuntemusta sekä tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. (Hallikainen ym. 2019.) Muistisairaiden hoitotyön perustana toimivat kansainvälisesti julkaistut muistisairaiden oikeudet (Muistiliitto, 2013), jotka näkyvät tarkemmin lueteltuna taulukossa 1.

Taulukko 1. Muistisairaahan oikeudet (Muistiliitto, Hyvän hoidon kriteeristö, 2016)

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus seuraaviin asioihin:
<ul style="list-style-type: none"> Sairauden diagnoosiin sekä tietoon sairaudestaan ja sen oireista ja hoidosta
<ul style="list-style-type: none"> Saada oikeanlaista lääkehoitoa sairauteensa
<ul style="list-style-type: none"> Tuntea ja kokea olevansa tärkeä osa yhteisöään ja yhteiskuntaa
<ul style="list-style-type: none"> Elää merkityksellistä ja turvallista arkea
<ul style="list-style-type: none"> Säännölliseen ulkoiluun ja liikuntaan
<ul style="list-style-type: none"> Mahdollisimman vähäisten rauhoittavien ja antipsykoottisten lääkkeiden käyttöön
<ul style="list-style-type: none"> Läheisyyteen ja kosketukseen, kuten hellyyteen, halauksiin ja kädestä pitämiseen
<ul style="list-style-type: none"> Olla oman elämän asiantuntija, joka halutessaan voi ajaa muistisairaiden ihmisten etuja ja oikeuksia

<ul style="list-style-type: none"> • Osallistua aktiivisesti toimintaan niin lähipiirissä kuin maailmanlaajuisesti- esim. internetin avulla
<ul style="list-style-type: none"> • Laadukkaaseen hoitoon, joka perustuu empatiaan ja muistisairauksien ymmärtämiseen

Muistisairaiden laadukkaaseen hoidon lähtökohtana on arvokas kohtaaminen ja muistisairauden tuomien muutoksien yksilöllinen huomioiminen päivittäisessä arjessa. Jatkuva fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja kirjaaminen mahdollistavat yksilöllisten voimavarojen hyödyntämisen muistisairaassa hoidossa. (Hallikainen ym. 2014, 18.) Arvioimisen avulla pystytään tunnistamaan ja puuttumaan ajoissa toimintakyvyn heikentymiseen tai käytösoireiden ilmaantumiseen (Käypä hoito suositus, 2021).

Muistisairaaseen hoidon perustana on Muistiliiton julkaisema hyvän hoidon kriteeristö, jossa kokonaisvaltaiseen ja hyvään hoitoon kuuluu voimavaralähtöinen ajattelu ja siihen perustuva toimintakykyä tukeva hoito (Muistiliitto, 2019). Kriteeristö kokonaisuutena näkyy taulukosta 2.

Muistisairas on oman elämänsä asiantuntija. Häntä tulee kohdella arvostavasti ja tasa-arvoisesti ja antaa voimavarojen ja kykyjensä mukaan osallistua valintoihin ja päätöksentekoon omaan hyvinvointiin ja terveyteensä liittyen koko sairauden ajan. (Muistiliitto, 2016, Hyvän hoidon kriteeristö.) Totuttuja tapoja ja tottumuksia sekä sosiaalisia suhteita tulee tukea ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaa (Hallikainen ym. 2014, 157).

Hyvään hoitoon ja kuntoutukseen ei sisälly ainoastaan sairauden hoito, vaan siihen sisältyy vahvasti myös elämänlaadun ja osallisuuden tukeminen. Lääkehoidon lisäksi hyödynnetään lääkkeettömiä menetelmiä ja toimintamalleja, joiden avulla vahvistetaan elämänlaatua, mielen hyvinvointia sekä ennaltaehkäistään mahdollisia käytösoireita, joita saattaa ilmaantua sairauden edetessä. (Muistiliitto, 2019, 8.) Vahvasti esiin tulevat käytösoireet voivat pakottaa rajoittamaan muistisairaaseen itsemääräämisoikeutta. Muistisairaaseen ihmisen läheisiltä ja ammattilaisilta vaaditaan herkkää reagoitua, miten toimia itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tullessa kyseeseen. (Hallikainen ym. 2014.)

Taulukko 2. Muistisairaaseen hyvän hoidon kriteerit (Muistiliitto, Hyvän hoidon kriteeristö, 2016)

Hoitotyö (kuntoutus, hoiva ja hoito)	Oikeuksien edistäminen
---	-------------------------------

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	Itsemääräämisoikeus
Toimintakyvyn ylläpitäminen	Eettiset kysymykset ja päätöksenteko
Kuntoutus-, palvelu- ja hoitosuunnitelma	Vertaistuki ja osallisuus
Aktiivinen ja mielekäs arki	Sosiaaliset tukiverkostot ja läheiset
Monipuolinen ja säännöllinen ravitseminen	Hoitotahto
Vuorovaikutus ja kohtaaminen	Edunvalvontavaltuus ja Edunvalvonta
Elämänlaatu ja elämänhistoria	
Lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito sekä turhien lääkkeiden välttäminen	
Seksuaalisuus	
Turvallinen ja esteetön asuinympäristö + apuvälineiden käyttö tarvittaessa	
Loppu elämän hyvä hoito = Saattohoito	

4 MIELEKÄS ARKI

Tarkoituksellinen ja mielekäs arki ovat inhimillisen elämän peruspilareita, koska ihmisellä on aina tahto tarkoitukseen. Hyvinvointia ylläpitääkseen ihminen tarvitsee mielekästä ja merkityksellistä toimintaa sekä sosiaalisia kontakteja. (Laine & Heimonen, 2011, 42–43.) Ihmisellä on myös tarve kokea elämänsä ja toimintansa merkitykselliseksi (Heimonen & Fried, 2015).

Muistisairaahan hyvään elämään sisältyy tyytyväisyys omaan terveyteen ja toimintakykyyn, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, tarpeellisuuden tunne ja arjen rutiinit. Aktiviteetit ja mielekäs toiminta ylläpitävät ja tukevat hyvinvoinnin eri osa-alueita. Ne luovat muistisairaalle kokemuksen sosiaalisesta hyväksymisestä ja yhteisöllisyydestä sekä tuovat onnistumisen mielekkyyden tunteita. (Salonen 2015, 66–67.) Mielihyvää tuottavat asiat ja toiminnot, kuulluksi tuleminen ja turvallisuuden tunne luovat hyvän ja mielekkään arjen elementit muistisairaahan elämässä (Routasalo ym. 2013). Myös myönteisen palautteen saaminen ja yhdessä oleminen vahvistavat muistisairaahan kokemusta oman elämänsä arvosta (Laine, 2011, 45–46). Laineen (2011) mukaan mielekkään arjen toteutumista voidaan toteuttaa kolmella tavalla; asennoitumalla, tekemällä/toimimalla ja kokemalla.

4.1 Asennoituminen

Muistisairaahan hyvän arjen toteutumisessa tulee olla ymmärrys sairastuneen asennoitumisesta hoitokodissa asumiseen sekä asennoitumiseen vaikuttavista tekijöistä, joita ovat muun muassa oman tilanteen myönteinen ja hyväksyvä asennoituminen sekä suhtautumistapa elämän haasteisiin. Muutto uuteen ympäristöön vaatii sopeutumista, jolloin elämän mielekkyys joutuu koetukselle. Yksilöllisten mieltymysten ja tarpeiden huomioiminen on muistisairaahan sopeutumisen kannalta merkityksellistä. (Bradshawn ym. 2012.)

Merkityksellistä on myös uudessa ympäristössä vallitsevat hoitokäytännöt ja hoitotyön kulttuuri, jotka vaikuttavat suoraan muistisairaahan elämään (Salonen, 2015). Sairauteen sopeutumisen kannalta on tärkeitä, että muistisairas saa säilyttää itsemääräämisoikeutensa mahdollisimman pitkään (Hallikainen ym. 2019). Itsemääräämisoikeus vaikuttaa suoraan koettuun hyvinvointiin ja arkeen. Ihmisellä on oikeus päättää omista asioistaan ja elämästään. Sitä voidaan toteuttaa tunnistamalla ja huomioimalla asukkaiden toiveet ja tarpeet yksilöllisesti. (Tamminen & Solin, 2013.)

Muistisairas voi löytää elämästään jäljellä olevia asioita, joista olla kiitollinen (Laine, 2011, 48). Muistisairas voi esimerkiksi olla kiitollinen siitä, että on saavuttanut korkean iän ja on edelleen elossa. Uuteen elämänvaiheeseen muuttaminen uusien voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen voivat luoda muistisairaalle uusia merkityksiä ja mielekkyyttä arkeen. Jotkut voivat tarvita apua ja tukea, jotta mielekkyys ja merkityksellisyys eivät katoaisi. Osaamista ja merkitystä vahvistaviin kohtaamisiin tulisi vanhustyössä kiinnittää huomiota ja osaamista tulisi kehittää. (Heimonen & Fried, 2015.)

4.2 Tekeminen ja toimiminen

Muistisairaus muuttaa elämää monella tavalla. Toimintakyvyn ja terveyden heikentyminen alentavat elämänlaatua ja vähentävät elämän mielekkyyttä. Toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeimpänä voimavarana pidetään elämänhalua. Elämän merkityksellisyys motivoi muistisairasta ja ikääntyntä huolehtimaan ja ylläpitämään toimintakykyään ja terveyttään. (Räsänen 2011.) Toimintakyvyn ylläpitäminen helpottaa myös dementian oireita, kuten käytösoireita ja masennusta (Pohjanaho & Tuohenmaa, 2014).

Toimintakyvyn alentumisen seurauksena arjen toimintojen tekeminen vaikeutuu ja ohjauksen ja avun tarve lisääntyy. Pukeutuminen, syöminen ja liikkuminen eivät enää onnistu itsenäisesti tai ilman tukea (Hallikainen ym. 2019, 163.) Omatoiminen tai tuettu tekeminen ovat oleellinen tekijä muistisairaahan hoidossa (Hallikainen ym. 2014, 134–135). Muistisairaalle tuottaa mielihyvää, kun hän kokee suoriutuvansa päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti tai pienin avuin parhaansa mukaan. Toimintakyvyn ja arkisten asioiden tekemisen heikentyminen eivät vähennä mielekkään arjen toteutumista, jos apua saa tarvittaessa ja keskitytään asioihin, jotka onnistuvat ja tuottavat muistisairaalle iloa. (Hallikainen ym. 2019.)

Mieleisten aktiviteettien ja sosiaalisten suhteiden ylläpito ovat tärkeää muistisairaalle, koska ne luovat tuttuuden ja turvallisuuden tunnetta ryhmittäen arkea. Sosiaaliset suhteet ja aktiviteetit nostattavat mielialaa, parantavat elämänlaatua ja helpottavat sairauteen sopeutumista. (Hallikainen ym. 2019.) Vaikka toimintakyky muistisairaalla voi olla heikentynyt, on hänellä silti jäljellä kykyjä ja taitoja, joita käyttää. Erilaisten aktiviteettien ja virikkeiden avulla aktiivoidaan muistia, annetaan sisältöä elämälle, ylläpidetään vireyttä ja tarjotaan kokemuksia ja yhdessä oloa. (Ollikainen, 2012, 58.) Erityisesti ryhmätoimintana toteutettavat virikkeet mahdollistavat sosiaalisen vuorovaikutuksen, mikä parhaimmillaan näyttäytyy erilaisina mielialoina sekä kosketusten ja tunteiden jakamisena merkittävästi (Pohjanaho & Tuohenmaa, 2014). Usein ryhmämuotoisiin virikkeisiin osallistumista ja onnistumista tärkeämpää on mielihyvän tavoittelu. Ryhmässä toimiminen vahvistaa myös muistisairaiden tarpeellisuuden tunnetta, ylläpitää itsetuntoa sekä auttaa luottamaan omiin kykyihinsä. Sosiaalisten ryhmätoimintojen on todettu vähentävän yksinäisyyttä ja sosiaalista ahdistusta. (Ylä-Outinen 2012.)

Muistisairaiden ja iäkkäiden mielenterveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat suuresti sosiaaliset tekijät, kuten ihmissuhteet, sosiaaliset verkosto ja sosiaaliset tapahtumat. Sosiaalisten yhteyksien pitäminen perheeseen ja muihin itselle läheisiin henkilöihin on elämän laatua edistävä tekijä muistisairaalle. (Holopainen & Siltanen, 2015, 10.) Muistisairauden edetessä suhde perheenjäseniin ja muihin läheisiin vähitellen muuttuu. Muistisairauden myötä tulevat muutokset

pakottavat läheiset tutustumaan uuteen puoleen tutussa ihmisessä ja sopeutumaan sairauden tuomiin muutoksiin. Läheisten antamalla tiedolla sairastuneesta on suuri merkitys muistisairaahan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Sairastuneen oma ääni saadaan kuuluviin läheisten tarjoaman tiedon avulla, silloin, kun sairastunut itse ei enää kykene ilmaisemaan tahtoaan. Perheenjäsenet ja muut läheiset ovat myös halutessaan tärkeä tuki ja apua esimerkiksi ruokailutilanteissa ja ulkoilussa. Läsnaolollaan he voivat luoda turvallisuuden tunnetta muistisairaalle. (Hallikainen & Mönkäre, 2019.)

Musiikilla ja taiteella on osoitettu olevan vaikutusta muistisairautta sairastavien muistin toimintaan, mielialaan ja elämän laatuun (Pohjanaho & Tuohenmaa, 2014, 10). Laulamisella vahvistetaan lapsuuden ja aiemmin eletyn elämän palauttamista mieleen ja parannetaan kielellistä ilmaisua. Tutun sävelmän soittaminen tai laulaminen saattavat auttaa muistisairasta tunnistamaan hänellä läheisen henkilöllisyyden myös pitkälle edenneessä sairauden vaiheessa. Musiikin kuuntelulla voidaan myös tukea ja edesauttaa muistisairaahan aktiivista osallistumista päivittäisissä toiminnoissa ja vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Haapasalo ym. 2019, 7.) Musiikin on myös todettu vähentävän muistisairaahan levottomuutta ja ahdistuneisuutta merkittävästi (Pohjanaho & Tuohenmaa, 2014, 10).

Säännöllinen liikunta ja fyysinen aktiivisuus muistisairaille ja iäkkäillä on elinehto ja sitä tulisi tapahtua monipuolisesti päivittäin. Päivittäisissä elämässä, se voi tarkoittaa esimerkiksi ylimääräisiä tuoliilta ylös nousuja, käden ojennuksia paidan vaihdossa tai sosiaalista keskustelua kanssaihminen kanssa. Liikunnan avulla ylläpidetään ja parannetaan liikkuvuutta, tasapainoa ja lihaskuntoa sekä ylläpidetään kävelykykyä. (Muistiliitto s.a, liikunnasta muistinvireyttä.) Muistisairaille sopivia harjoitteita ovatkin liikkuvuus-, kestävyys-, voima- ja tasapainoharjoitteet. Liikuntaharjoitteiden toteuttamisessa tulee huomioida muistisairaahan jäljellä oleva toimintakyky. Tutkimuksissa on havaittu jo kohtalaisesti kuormittavien harjoitteiden tukevan muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (Haapasalo ym. 2019, 11.)

Liikunnalla on vaikutusta myös mielialaan ja muistiin. Sen avulla tuetaan ja ehkäistään myös muita pitkäaikaissairauksia, kuten diabetesta ja ylipainoa.

(Strandberg & Kivipelto, 2019, 196.) Säännöllisellä liikkumisella ja aktiivisuudella on terveyttä edistävä vaikutus. Se parantaa sydän- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä, alentaa verenpainetta, parantaa nivelten liikkuvuutta ja unenlaatua. (Haapasalo ym. 2019.) Muistisairaille erityisen tärkeitä ovat aivojen verenkierron paraneminen sekä aivosolujen välisten yhteyksien uusiutuminen ja tehostuminen, mitkä vaikuttavat suuresti muistijälkien syntymiseen ja säilymiseen (UKK-instituutti, 2020). Liikunnan muodoista ulkoilu on yksi tapana noudattaa säännöllisen liikunnan ohjeistusta. Ulkoilulla on mielenhyvinvointia lisäävä vaikutus. Luonnossa liikkuminen piristää mieltä, vähentää väsymystä ja antaa positiivisia kokemuksia. Se myös tarjoaa sosiaalisia kontakteja. (Voimaa vanhuuteen, 2015.) Vanhuksille ja erityisesti muistisairaille suunnatuissa aktiviteeteissa on tärkeää painottaa hänen osaamistaan ei vajavaisuuksia, kuten fyysistä huonoa kuntoa tai muistamattomuutta (Laukkanen, 2019).

4.3 Kokeminen

Muistelu on yksi toiminnallinen vuorovaikutusmenetelmä muistisairaiden kanssa. Siinä korostuu arvostava ja tasavertainen kohtaaminen, jossa muistisairautta sairastava on oman elämänsä asiantuntija, joka tunnistaa omaan elämäänsä kuuluvat merkitykselliset asiat ja hyväksyy ne. (Närhi, 2016.) Lyhyesti sanottuna, muistelu on elämän tarkastelua ja sen jäsentämistä (Stenberg, 2015). Muistelun avulla ylläpidetään ikäihmisen toimintakykyä ja hyvinvointia, parannetaan hänen elämänlaatuaan ja opitaan tuntemaan hänet paremmin (Laukkanen, 2019). Muistelulla aktivoidaan muistisairasta keskusteluun, kohotetaan mielialaa sekä vireytetään aivotointaa ja muistia (Stenberg, 2015). Arkimuistelua korostetaan hoitotyössä, koska muistelu yhdistettynä päivittäisiin toimintoihin ylläpitää muistisairaalla kykyä suoriutua annetuista toiminnoista. Muistisairaalle voidaan tarjota esimerkiksi mahdollisuus osallistua kodin askareisiin, kuten pöydän kattamiseen tai lattian lakaisemiseen. (Laukkanen, 2019.)

Hengellisyden katsotaan sisältävän elämän tarkoituksen ja elämänkatsomukseen liittyvät kysymykset myös uskonnollisuuden ulkopuolelta. Muistisairaus ei poista ihmisen hengellisyyttä, vaan muiden sairauksien tavoin voi saada ihmi-

sen pohtimaan uudelleen elämän tarkoitusta ja sairauden merkitystä. Sairastuminen voi jopa vahvistaa hengellistä identiteettiä, joka ilmenee joko uskonnon tai jonkin maallisemman elämänskatsomuksen kautta. (Toivonen, 2018.) Muistisairautta sairastavilla on yhtäläinen oikeus hengelliseen elämään kuin kenellä tahansa (Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja 63, 2018).

Kansallisen muistiohjelman perimmäisenä tavoitteena on muistisairaiden arvokas elämä. Hengellisyydellä on tutkimuksissa osoitettu olevan positiivinen vaikutus ikääntyneiden muistisairaiden elämänlaatuun. Hengellisyyden tukemisen on katsottu vähentävän yksinäisyyttä, stressiä ja masennusta. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen lisäksi muistisairas hyötyy myös hengellisten tarpeiden huomioimisesta ja tukemisesta. Hengellisyyden tukeminen on haastavaa muistisairaiden kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ja sen toteuttamisessa korostuu erityisesti potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys. (Toivonen, 2019.) Muistisairaalle on voitava toteuttaa esimerkiksi ehtoollisen viettäminen tai Raamatun tekstien lukeminen (Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja 63, 2018).

Ympäristöllä on suuri merkitys muistisairautta sairastaville. Asuinympäristön kuuluu olla viihtyisä, turvallinen ja virikkeellinen. Sen tulee myös tukea mahdollisuutta osallistua aktiiviseen toimintaan. (Rappe ym, 2020, 142.) Hyvä ympäristö viestittää asukkaalle hyvänolon, välittämisen ja voimaantumisen tunnetta. Ympäristön eettisyydellä voi olla vaikutusta muistisairaahan käyttämiseen. Toimivalla ja mielekkäällä ympäristöllä vaikutetaan muistisairaahan asukkaan jokapäiväiseen elämään, tyytyväisyyteen, stressiin ja hoivan laatuun. (Semi ym, 2016.) Myös sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseksi ympäristön tulisi olla mukava, kodinomainen ja viihtyisä. Näiden tekijöiden avulla keskittymiskyky on parempaa. Eettisen, turvallisen ja virikkeellisen ympäristön lisäksi tärkeäksi tekijäksi nousee vallitseva ilmapiiri. Jokaisen muistisairaahan asukkaan tulee voida kokea olonsa turvalliseksi, arvostetuksi ja heidän yksilöllisyytensä tulee huomioida. Viihtyisällä hoitoympäristöllä luodaan muistisairaille kodikas olo. (Rappe ym, 2020.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden merkitykselliseen arkeen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittua tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, jota hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n kanssa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Mitkä tekijät tukevat muistisairaana mielekkään arjen toteutumista tehostetussa palveluasumisessa?
2. Minkälaisia estäviä tekijöitä muistisairaat kokevat mielekkään arjen toteutumiselle?

6 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄ

Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on yksi yleisimmistä käytetyistä analyysimenetelmistä, jos halutaan hahmottaa jonkin aihealueen tutkimustarvetta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on jo olemassa olevia tutkimuksia hyödyntäen muodostaa kokonaiskuva käsiteltävästä aiheesta tai aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksessa käytettävien tutkimusten on perustuttava laajaan, näyttöön perustuvaan tutkimustietoon. (Stolt ym. 2016.)

Kirjallisuuskatsauksen menetelmiä on olemassa neljä erilaista. Näitä kaikkia neljää menetelmää yhdistää samankaltainen viisi osainen rakenne: tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valitseminen, valittujen tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja yhteenvedon tekeminen ja tutkimuksen tulosten raportointi. (Stolt ym. 2016, 7–11.) Kirjallisuuskatsaukset voidaan jaotella kolmeen eri päätyppiin: systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynteesi (Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja).

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto. Sen

avulla pystytään muodostamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta (Salminen, 2011, 7). Toteutustapana käytetään teemoittelua eli tutkittavat asiat teemoitellaan samankaltaisiin aihealueisiin.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia vapaammaksi yleiskatsaukseksi, jota tiukat säännöt eivät rajoita. Käytetyt aineistot ovat myös laajoja ja tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti. Tutkimuskysymykset voivat olla vapaammin asetettuja kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetään tiettyyn aihealueeseen liittyviä viimeaikaisia tutkimuksia (Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja). Tutkimuskysymysten asettelu on laaja-alaista tai laajuudeltaan erilaisten rajausten mukaista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus keskittyy erityisesti vertaisarvioinnin läpi käyneiden tutkimusten tarkasteluun. (Stolt ym. 2016, 9.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tyyppejä ovat narratiivinen ja integroiva. Kirjallisuuskatsausten muodoista narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla käsiteltävästä aiheesta saadaan laajempi kuva sekä aiheen historiaa ja kehityskulkua pystytään käsittelemään. Yleiskatsaus on laajin toteuttamistapa narratiivisessa katsauksessa. Narratiivisen katsauksen prosessissa on tarkoitus tiivistää aikaisempia tutkimuksia, ja tutkimustekniikkana se auttaa ajantasaistamaan tutkimusta. (Salminen 2011.)

Tämän opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen kirjallisuuteen tutustumisella ja etsimällä jo aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia muun muassa eri tietokannoista, kirjastosta ja verkkoselainta hyödyntämällä. Työn alkuvaiheessa on tehty alustavia tietokantahakuja, joiden avulla on hahmoteltu tutkimussuunnitelmaa. Tutkimuskysymykset kehittyivät jo melko varhaisessa vaiheessa ja kehittyivät nykyiseen muotoonsa.

6.1 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe piti sisällään kirjallisuushaun sekä käytettävän aineiston valitsemisen. Tämä vaihe on hyvin tärkeä luotettavuutta arvioi-
dessa, joten mahdollisten virheiden välttäminen on hyvin tärkeää (Stolt, 2016).

Opinnäytetyön aineiston keruussa tutkimuksia valittaessa, on niitä tarkasteltu tutkimuskysymysten pohjalta.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu aikaisemmista tutkimuksista, joissa käsitellään laadullisen tutkimuksen tuloksia. Kirjallisuushaku tehdään asianmukaisista tietokannoista käyttämällä asianmukaisia ja selkeitä hakusanoja. Hakusanojen rajaukset tulee olla yhdenmukaiset eri tietokantojen välillä. (Stolt ym. 2016, 96, 51.) Tämän opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui maaliskuusta kesäkuuhun 2021. Hakuja tehtiin useita eri tietokantoja hyödyntämällä muun muassa Medic, CINAHL, PudMed ja Finna. Aineistoa etsittiin suomen ja englannin kielellä. Aineisto rajattiin väitöskirjoihin, tieteellisiin artikkeleihin ja pro gradu- tutkielmiin sekä YAMK-opinnäytetöihin. Tutkimusvuosiksi rajattiin 2011–2021 eli tutkimus sai olla enintään kymmenen vuotta vanha. Lähteinä käytettiin vain ilmaisia lähteitä. Tarkemmin sisäänotto- ja poissulkukriteerit näkyvät taulukossa 3.

Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin *dementia*, *muistisairas*, *mielekäs arki/elämä* ja *palveluasuminen*. Hakusanoja katkaistiin *-merkillä eri taivutusmuotojen sisällyttämisen mahdollistamiseksi. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin *dementia*, *memory disorders*, *nursing homes* ja *long term care*. Tietokantahaut rajauksineen ja hakutermeineen löytyvät tarkemmin lueteltuna liitteistä 1. Yhteensä eri tietokannoista opinnäytetyöhön valikoitui 11 tutkimusta, jotka tarkemmin luoteltuna näkyvät liitteistä 2. Opinnäytetyössä käytettiin myös Kotkan pääkirjaston teoksia, joita hyödynnettiin tutkimustulosten tukemiseksi.

Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus enintään 10 vuotta vanha	Tutkimus yli 10 vuotta vanha
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Suomenkieliset ja englanninkieliset tutkimukset	Muut kielet
Väitöskirja, liseniaatintyö, pro gradu -tutkielma, YAMK-opinnäytetyö ja tieteellinen artikkeli	AMK- opinnäytetyöt
Ilmaiset käyttöliittymät	Maksulliset käyttöliittymät

6.2 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen analysoimiseksi voidaan käyttää sisällönanalyysia tai teema-analyysia. Teema-analyysissä aineiston avaamiseksi apuna käytetään teemoittelua. Teemoittelussa aineiston perehtymisen jälkeen tutkimuskysymysten ohjaamana muodostetaan sisältökohtaiset teemat. Teemojen avulla tuodaan aineistossa toistuvia ja ilmeneviä pääsisältöjä esille. (Stolt, 2016, 90.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analysoimiseksi hyödynnetään teemoittelua.

Teemoittelun ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu tutkimustaulukon kokoaminen, jonka tarkoituksena on tuoda kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. Toiseen vaiheeseen kuuluu aineistoon perehtyminen ja merkintöjen teko, joiden avulla muodostetaan luokkia, kategorioita ja teemoja. Tarkoituksena on etsiä ja löytää yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Teemoittelun viimeisessä vaiheessa muodostetaan looginen kokonaisuus eli synteesi (Stolt ym. 2016, 30–31). Opinnäytetyössä analysoitiin kirjallisuuskatsauksen aineistoa tutkimuskysymysten johdantelemana. Valitut aineistot luettiin läpi, ja tutkimuskysymysten kannalta merkityksettömät tiedot jätettiin pois. Englanninkieliset aineistot käännettiin suomen kielelle.

Ensimmäisessä vaiheessa koottiin valituista aineistosta tutkimustaulukko, joka helpotti työn kokoamista ja ymmärtämistä. Toisessa vaiheessa ryhmiteltiin aineistoista löytyneet alkuperäisilmaukset yhteneväisiksi käsitteiden mukaan eli luotiin uusia kokonaisuuksia. Sen jälkeen muodostettiin alaluokkia, joista ryhmiteltiin pääteemat. Teemoittelun tuloksena syntyi kaksi eri kategoriaa, tutkimuskysymyksiä noudattaen. Ensimmäiseen kategoriaan mielekästä arkea edistävät tekijät syntyi kolme pääteemaa, jotka olivat oman elämän hallinta, elinympäristö sekä aktiivinen ja mielekäs arki. Toiseen kategoriaan mielekästä arkea estävät tekijät syntyi myös kolme pääteemaa, jotka olivat oman elämän hallinnan heikentyminen, yksinäisyys sekä hoitohenkilökunnan asennoituminen ja resurssit. Osa teemoista oli sellaisia, jotka esiintyivät kaikissa tai lähes kaikissa tutkimuksissa. Osa taas vain yhdessä tai pienemmässä osassa tutkimuksia. Teemoittelun tarkemmat tulokset löytyvät Liitteistä 3.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää muistisairaiden näkemyksiä mielekkään arjen tekijöistä. Muistisairaat kuvasivat mielekkään arjen toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä kahden pääteeman mukaisesti: mielekkyyttä edistävät ja estävät tekijät. Tässä luvussa analysoidaan tutkimusten tuloksia tutkimuskysymysten ja teemojen mukaisesti. Käsiteltävät teemat ovat lihavoituna tekstissä, helpotamassa lukijaa hahmottamaan käsiteltävät teemat.

7.1 Mielekkään arjen toteutumista edistävät tekijät

Muistisairaiden asukkaiden mielekkääseen arkeen vaikuttaa vahvasti **ympäristö, jossa he elävät**. Tässä opinnäytetyössä ympäristö jaotellaan selkeyttämiseksi kahteen osaan: fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu mm. palvelutalon rakenteista, pihapiiristä ja asukashuoneista. Sosiaalinen ympäristö sisältää kaikki ihmissuhteet ja sosiaaliset verkostot eli kaikki vuorovaikutustilanteet. (Reijo, 2019.)

Reijon (2019) tutkimuksessa asukkaat pitivät hyvään elämään kuuluvana ja turvallisuutta luovana tekijänä asukashuoneita, jotka tuovat rauhallisuutta ja oman elämän hallinnan tunnetta sekä yksityisyyttä. Nygaard ym. (2020) tutkimuksessa nousi esille, että oman huoneen sisustamisella itselle tärkeillä tavaroilla ja esineillä oli suuri vaikutus muistisairaiden hyvinvointiin. Omat tavarat luovat kodinomaisuutta, esimerkiksi henkilökohtaiset valokuvat koetaan mukavia muistoja tuoviksi ja tärkeiksi. Omat esineet myös tukevat asukkaiden turvallisuuden tunnetta ja persoonallisuutta sekä luovat rauhallisen ja rentouttavan ilmapiirin asua (Reijo, 2020).

Omien tavaroiden tuoma hyvinvoinnin merkitys näkyi myös Jaatisen (2017) tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät muistisairaat kokivat terveyteensä liittyvän elämänlaadun paremmaksi, jos heidän huoneissaan oli omia huonekaluja ja esineitä, kun taas, joilla omia tavaroita ei ollut. Yhden hengen asukashuoneet mahdollistavat myös sosiaalisen kanssakäymisen omaisten ja sukulaisten kanssa keskeytyksettä ja rauhassa (Nygaard ym.

2020). Rappe ym. (2020) tutkimuksessa omaiset kokivat, että vierailut läheisensä luona kodikkaissa ja asukkaan näköisissä huoneissa tuntuivat paremmilta ja normaaleimmilta käynneiltä kuin potilaskäynneiltä laitoksissa.

Yhtenä kodintunnun tekijänä, omien huoneiden lisäksi, mainittiin myös vapaus liikkua ja oleskella palvelutalon yhteisissä tiloissa (Karlsson, 2016). Yhteisissä tiloissa asukkaat toivoivat esteettömyyttä, hahmottavuutta ja ymmärrettävyyttä tilojen välillä. Selkeät reitit, materiaalit, valaistus ja kuvioinnit auttavat ohjaamaan, näyttämään suuntia tai estämään liikkumista tiloissa, jossa se ei ole turvallista. Hyvillä tilaratkaisuilla tuetaan muistisairauden eri vaiheissa olevien asukkaiden toimintaa. (Rappe ym. 2020.) Useissa tutkimuksissa asukkaat toivoivat palvelutalon sisältävän saunan, jossa kokea mieluisia hetkiä. Saunaan pääsy mahdollistuu joko hoitajien tai omaisen avulla. Pääsy saunaan voi tuoda muistisairaalle totuttujen tapojen mukaisia tunteita, joka lisää hyvinvointia (Reijo, 2019). Kokonaisuudessaan muistisairaahan asukkaan mahdollisuus vaikuttaa omaan fyysiseen ympäristöönsä tukee hänen elämänhallintaansa, kodinomaisuuttaan ja yksityisyyden tunnettaan. Tilojen muovautuvuus mahdollistaa omatoimisuuteen tukemisen kunkin elämäntilanteen ja sairauden etenemisasteen mukaisesti. (Karlsson, 2016.)

Muistisairaajat asukkaat kokevat läheisten tarjoaman tuen ja avun tärkeäksi tekijäksi mielekkään arjen mahdollistajina. Talon ulkopuolelta tulevien sosiaalisten suhteiden on katsottu olevan tärkeässä roolissa erityisesti asukkaan oman elämänhallinnan tunteeseen sekä paremman elämänlaadun kokemiseen. (Reijo, 2019.) Myös aiemmat tutkimukset tukevat tietoa siitä, että läheiset ihmiset ovat tehostetussa palveluasumisessa asuville erittäin tärkeitä. Läheiset auttavat muistisairasta muistamaan aiempaa elämäänsä ja muistojaan sekä muistuttavat häntä olemassaolostaan. Läheisten vierailut myös lievittävät yksinäisyyttä ja tylsistymistä, varsinkin sellaisille asukkaille, jotka eivät viihdy muiden seurassa. (Moyle ym. 2011.) Läheisiin ihmisiin sisältyy: puoliso, lapset ja lapsenlapset, mutta myös läheiset ystävät (Reijo, 2019).

Läheisten vierailujen tärkeys esiintyi lähes jokaisessa tutkimuksessa. Fyysiseen ympäristöön lukeutuva oma huone toimii paikkana, jossa läheisten kanssa vietetään yhteistä aikaa. Crespo ym. (2013) tutkimuksen mukaan läheisistä n. 34,8 % vieraili asukkaan luona päivittäin, 35,8 % useammin kuin

kerran viikossa ja 22,3 % kerran viikossa. Läheisten vierailujen lisäksi tiivis yhteydenpito korostui, koska asukkaat harvoin poistuvat palvelutalon ulkopuolelle. Läheisiin pidettävä yhteydenpito tapahtuu puhelimien välityksellä. (Karlsson, 2016.) Muistisairaille rutiinien säilyttäminen on tärkeää ja vierailut ja muut yhteydenpidot saattavat sekoittaa päivärytmiä, johon muistisairas on tottunut. Tämä saattaa näyttäytyä levottomuutena tai sekavuutena (Jaatinen, 2017).

Reijon (2019) tutkimuksessa ilmenee, että läheisten aktiivinen osallistuminen asukkaiden hoitoon mahdollistaa käynnit palvelutalon ulkopuolella esim. aie-massa kodissa vierailu tai kaupungilla ystävien tapaaminen. Palvelutalon ulkopuoliseen elämään osallistuminen vahvistaa asukkaan autonomian tunnetta ja luo jatkumoa aikaisempaan elämään. Läheisten aktiivinen osallistuminen näkyy myös ulkoilutusapuna sekä asukkaiden taloudellisten asioidenhoitajana, kuten edunvalvojana (Karlsson, 2016).

Sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen ei ole ainoastaan läheisten mahdollistama, vaan siihen antaa mahdollisuuden myös palvelutalon toiset asukkaat ja hoitohenkilökunta (Karlsson, 2016). Palvelutalossa asuvat muistisairaat asukkaat ovat kukin erilaisia taustoineen ja tapoineen, mikä osaltaan vaikuttaa asukkaiden väliseen vuorovaikutukseen ja sen syntyyn. On kuitenkin havaittu, että miespuolisten asukkaiden on vaikeampi luoda vuorovaikutussuhteita muihin asukkaisiin kuin naispuolisten asukkaiden. (Moyle ym. 2011.) Asukkaat voivat kokea kanssakäymisen muiden asukkaiden kanssa mieluisaksi, jolloin voi syntyä ystävyysuhteita, jotka rikastuttavat elämää ja tuovat mielekkyyttä arkeen (Reijo, 2020). Asukkaiden välinen kanssakäyminen luo myös tunnetta yhteisöllisyydestä muihin. Keskustelut muiden kanssa voivat joillekin asukkaille tarkoittaa olemassa olemista ja luoda elämälle mielekkyyttä (Blomberg, 2014). Toisaalta muiden asukkaiden eri sairauden aste ja huonokuntoisuus eivät välttämättä mahdollista kaivattua sosiaalista tukea vaan lisää yksinäisyyttä. Hoitohenkilökunnan rooli nousee keskeiseksi tekijäksi, mutta resurssit eivät aina riitä välttämättä perushoidon laadun takaamiseen. (Reijo, 2020.)

Palveluasumisessa yhteisöllisyys koostuu vastavuoroisuudesta, yhteenkuuluvuudesta ja osallisuudesta sisältäen yhteisen toiminnan ja mahdollisuuden

osallistua siihen. Yhteiset tilat tarjoavat mahdollisuuden tutustua toisiin asukkaisiin ja seurustella heidän kanssaan. (Karlsson, 2016.) Ystävällinen kanssakäyminen sekä yhteisymmärrys muiden asukkaiden kanssa koetaan tärkeäksi. Mahdollisuus jutella ja jakaa kokemuksia ikätoverin kanssa lisäävät elämän mielekkyyttä (Reijo, 2019). Yhdessä oleminen ja yhteiset ajanvieteet lisäävät kotoisaa tunnetta, ja yhteenkuuluvuus ja vastavuoroisuus luovat turvallisuuden tunnetta. Vuorovaikutuksella muiden asukkaiden kanssa voidaan lievittää yksinäisyyttä sekä masentuneisuutta. (Blomberg, 2014.)

Hoitohenkilökunta on pääsääntöisesti palvelutalossa asuvien muistisairaiden päivän ensimmäisiä ja viimeisiä ihmisiä, joiden kanssa vuorovaikutusta tapahtuu. Yksinkertaistettuna tapahtumana tämä näyttäytyy niin, että aamulla ensimmäinen ihminen, jonka asukas kohtaa, on hoitotoimia avustamaan tullut hoitaja. Sama tapahtuu myös illalla, jolloin hoitaja avustaa asukkaan iltatoimien jälkeen nukkumaan. Siksi hoitajien ja asukkaiden välinen kanssakäymisen tulisi olla vaikuttavaa ja molempia osapuolia tyydyttävää. Hoitohenkilökunnan ja asukkaan välinen vuorovaikutus mahdollistaa mielekästä elämää, mutta voi myös heikentää sitä. Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen hoitajan ja asukkaan välillä on havaittu edistävän asukkaan yksilöllistä tunnustamista. Myös hoitajien kanssa vitsailu sekä asukkaan mielipiteen kysyminen ja arvostaminen edistävät tunnustamista. (Reijo, 2019.)

Reijon (2019) tutkimuksessa useat asukkaat kertoivat arvostavansa hoitajien vuorovaikutustaitoja. Karlssonin (2014) tutkimukseen osallistuneet kokivat vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välillä olevan pääsääntöisesti hyvää. Heidän kertomansa mukaan vuorovaikutusta ei tapahdu ainoastaan hoitotoimenpiteiden aikana, vaan hoitajien kanssa seurustellaan myös muutoinkin. Hoitajien kanssa keskustellaan henkilökohtaisistakin asioista, niin hyvistä kuin huonoistakin. Joistakin hoitajista oli asukkaiden kertoman mukaan tullut läheisiä. Omahoitaja järjestelmää suosittiin, ja se nähtiin hyvänä ratkaisuna.

Sosiaalisella ympäristöllä voidaan vaikuttaa suuresti muistisairaiden jokapäiväiseen elämään. Ihmissuhteiden tukemisella, sosiaalisella kanssakäymisellä ja jokapäiväisellä toiminnalla taataan palvelutalossa asuville muistisairaille so-

siaalisesti mielekäs arki. Huomioitavaa on kuitenkin, kuinka hyvin muistisairaiden asukkaiden asuminen samassa yksikössä ei-muistisairaiden asukkaiden kanssa tukee kaikkien asukkaiden mielekkyyttä ja vuorovaikutusta, jos ja kun muistisairaiden yksiköitä tulevaisuudessa lopetetaan ja tilalle perustetaan sekoitettuja yksiköitä. (Reijo, 2019.)

Muistisairaiden asukkaiden arki palvelutaloissa koostuu rutiineista ja totutuista tavoista. Rutiinien lisäksi tarvitaan jotakin **mielekästä ja aktiivista arkeen**. Se voi tarkoittaa muun muassa pelien pelaamista esim. bingon, liikeharjoituksia kuntopiirin merkeissä tai ulkoilua. Sillä ei ole merkitystä, mitä tekeminen on, vaan merkitys tulee yhdessä olemisesta ja tekemisestä. Asukkaille aktiivinen arki tuo enemmän energiaa ja merkityksellisyyttä jokapäiväiseen elämään. Merkityksellisyyttä tuovaa voi olla lehden lukeminen tai television katseleminen yhdessä muiden asukkaiden kanssa. (Blomberg ym. 2014.) Joillekin asukkaille yksin oleminen, muisteleminen tai kuvitteleminen voi tarjota merkityksen (Reijo, 2019). Muistisairaatt haluavat myös mahdollisuuden oppia uutta, ja tietää mitä maailmalla tapahtuu. Blomberg (2014) tutkimuksessa asukkaat kaipasivat opintopiirin kaltaista toimintaa, jossa he voisivat oppia uusia asioita. Tällaiselle toiminnalle voi kuitenkin olla esteenä asukkaiden kognitiivisen toimintakyvyn eri asteisuudet.

Suurin asukkaiden mielekkyyttä lisäävä yksittäinen tekijä, joka melkein jokaisessa tutkimuksessa nousi esille, oli ulkoilu. Kahvin juominen auringon paisteessa keskeyttää hetkeksi arjen rutiinit ja tuo kaivattua vapauden tunnetta. (Reijo, 2019.) Ulkoilma tarjoaa myös hyvän mahdollisuuden sukulaisten tapaamiselle ja lenkkeilylle palvelutalon pihaympäristössä. Asukkaat, jotka eivät halua ulkoilla tai lähteä retkille, kokevat muita enemmän selviytymättömyyden tunnetta. (Blomberg, 2014.) Luonnolla on todistettu olevan merkitystä palvelutalon asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen. Viihtyisät pihat istuksineen ja luonnoneläimineen motivoivat asukkaita lähtemään ulos, edistävät vuorovaikutusta ja mahdollistavat niin spontaanin kuin tavoitteellisen toiminnallisuuden. Useissa tutkimuksissa viherympäristön on todistettu tukevan erityisesti muistisairaiden terveyttä. Asumisviihtyvyyden lisäksi viheralueita tulisikin tarkastella hyvinvoinnin näkökulmasta: miten niiden kautta voidaan ylläpitää ja edistää asukkaiden toimintakykyä? (Rappe ym, 2020.)

Retket ja erilaiset tapahtumat tarjoavat palvelutalon asukkaille mahdollisuuden osallistua viriketoimintaan niin halutessaan. Reijo (2019) nostaa tutkimuksessaan esille, miten eri tavalla muistisairaant asukkaat voivat kokea virikkeisiin osallistumisen. Toiset asukkaat voivat nauttia tarjolla olevista virikkeistä suuresti ja kaivata niitä lisää, mutta osalle asukkaista osallistumisen esteeksi nousevat väsymys ja sairastetut sairaudet. Myös viriketarjonnalla ja seuralla on vaikutusta osallistumishalukkuuteen.

Nygaardin (2014) tutkimuksessa asukkaat mainitsivat mahdollisuuden osallistua erilaisiin toimintoihin heidän henkilökohtaisten mieltymystensä mukaisesti. Tämä auttoi heitä pysymään aktiivisina fyysisesti ja henkisesti, kun he saivat itse valita toimintonsa. Lenkkeily, kuntasalitoiminta, musiikin kuuntelu ja laulaminen, bingon pelaaminen ja kirjojen lukeminen arvostettiin korkealle asukkaiden mielipiteissä. Asukkaiden mielekkyyttä lisäävillä toiminnoilla on havaittu olevan myös vuorovaikutusta edistäviä vaikutuksia. Laulaminen synnyttää osallistujille tunteen, että heidät nähdään ja kuullaan tärkeänä osana palvelutalon elämää. Laulaminen myös luo yhteisöllisyyttä ja edistää vuorovaikutusta niin muiden asukkaiden kuin hoitajien välillä.

Pelillisten ja muiden virikkeiden lisäksi aktiivista ja mielekästä toimintaa voidaan järjestää kotitöiden avulla. Esimerkiksi pöytien kattaminen tai lattian lakaiseminen voi tuoda mielekkyyttä ja arjen rutiinien keskeytystä asukkaan päivään. Monet asukkaat kokevat olevansa hyödyttömiä ja aikaansaamattomia, mutta osallistamalla heidät mukaan arjen askareisiin, saadaan heille luotua merkityksellistä tekemistä ja hyvää mieltä. Jokaiselle asukkaalle tehtyä yksilöllistä kuntoutus-, liikunta- ja virikesuunnitelmaa voidaan hyödyntää aktiivisen arjen toteuttamisessa jokapäiväisessä elämässä. Sen avulla pystytään paremmin toteuttamaan yksilöllisesti jokaisen asukkaan kohdalla jäljellä olevien voimavarojen mukaisia aktiviteettejä ja mielekkyyttä tuottavia toimintoja. (Jaatinen, 2017.)

Aktiivinen arki antaa elämälle tarkoituksen, joka edistää asukkaiden toiminnallista ja emotionaalista hyvinvointia. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että merkityksellisyys johtaa parempaan terveyteen ja hyvinvointiin (Nygaard, 2014). Toiminnallista hyvinvointia voidaan tukea motivoimalla asukasta itse-

näiseen toimintaan. Toiminnallisen itsenäisyyden on todistettu olevan keskeinen tekijä muistisairaana ihmisen elämänlaadulle. palvelutalon kehittämisessä tulisi kiinnittää erityisesti huomiota vuorovaikutukseen, mielekkääseen tekemiseen ja liikkumiseen sekä välttää niiden sosiaalista ja fyysistä rajoittamista. (Rappe ym, 2020.)

Oman elämän hallinta sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä korostuivat lähes jokaisessa aineistossa muistisairaiden mielekkyyttä lisäävänä tekijänä. Muistisairaiden oman elämänhallinnan tunne lisääntyy asukkaan ja hoitohenkilökunnan avoimesta vuorovaikutuksesta sekä ympäristön rakenteiden tarjoamasta mahdollisuudesta itsenäiseen päätöksentekoon. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu asukkaiden autonomian tukemisen tärkeys hoitotyössä. Hoitoa ja hoivaa tulisi toteuttaa asukkaiden tarpeita ja toiveita kuunnellen eikä ennalta suunniteltujen rutiinien mukaisesti, jotta asukkaan autonomian tukeminen on mahdollista. (Rappe ym, 2020.) Arjessa tämä näyttäytyy esimerkiksi asukkaan mielipiteen kysymisellä tai yksilöllisellä huomaamisella ja tunnustamisella. Tekojen ei tarvitse olla suuria, vaan pienilläkin asioilla on merkitystä muistisairaana asukkaan oman elämän hallinnan tunteen luomiseksi. (Reijo, 2019.)

Moylen (2011) tutkimukseen osallistuneet muistisairaana ikääntyneet toivat esille halun tulla kohdelluksi yksilönä, joilla on mahdollisuus vaikuttaa muuhunkin kuin hoitoympäristöönsä. Tärkeiksi mainittiin muun muassa mahdollisuus vierailta perheen tai ystävien luona tai osallistua sosiaalisiin tilaisuuksiin sen sijaan, että jäätäisiin odottamaan jotakin tapahtuvaksi. Osallistumismahdollisuuksia heitä koskevien asioiden suunnitteluun ja päätöksentekoon voidaan vahvistaa erilaisten asukaskokouksien, raatien ja järjestötoiminnan avulla. Asukkaan kannustamista ja rohkaisemista itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon pidetään tärkeänä hyvinvointia ja mielekkyyttä lisäävänä tekijänä. (Rappe ym, 2020.)

Muistisairaille oman elämän hallinta voi hetkellisesti heikentyä palvelutaloon muuton seurauksena. Muutto kotoa on muutakin kuin fyysistä liikkumista ja osoitteen muuttamista, sillä sen on huomattu vaikuttavan henkilön identiteettiin, hyvinvointiin ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Grøndahl ym. (2020) tutkimuksessa lähes 50 % osallistujista ilmoitti palvelutalon ilmapiirin olevan

miellyttävä. Suhteellisen vähäisen prosenttimäärän katsotaan johtuvan siitä, missä määrin palvelutalon asukkaat pitävät hoivakotia kotinaan. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että ihminen on kykeneväinen luomaan kodin tunteen muissakin paikoissa kuin omassa kodissaan, kuten hoivakodissa. Kodin omainen kuuluvuuden tunne syntyy tilan, suhteiden ja ajan monimutkaisesta vuorovaikutuksesta. Kuuluvuuden tunne tarkoittaa, että yksilöt tuntevat olevansa oikeassa paikassa oikeaan aikaan sekä turvassa ja sosiaalisessa vaikutuksessa muihin. Palveluasumisen asukkaille tämä tunne korostuu heidän terveydentilansa heikentyessä. (Nygaard, 2014.)

Crespo ym. (2013) osoitti tutkimuksellaan, että palvelutalon asukkailla on rajallinen autonomia. Lähes 60 % tutkimukseen osallistuneista muistisairaista ilmoitti, saaneensa hyvää hoitoa ja päätösvaltaa jokapäiväisessä elämässään. Toisin sanoen 40 % tutkimukseen osallistuneista ei kokenut saavansa tarvittavaa apua ja valtaa päättää omista asioistaan. Muistisairaille on tärkeitä tuntea itsenäisyyttä ja päätäntävaltaa omasta elämästään. Myös tiettyjen entisen elämän toimintojen jatkuvuudella on katsottu olevan suuri merkitys muistisairaiden hyvinvointiin (Jaatinen, 2017). Vastaavasti muistisairaiden ja iäkkäiden elämänlaatu ja mielekkyys huononee, mitä enemmän heidän itsenäisyytensä ja toimintakykynsä päivittäisissä toiminnoissa heikkenevät (Karlsson, 2016). Palvelutalojen asukaslähtöisyyttä voidaan parantaa ottamalla kaikille arjen osa-alueilla mukaan asukkaiden näkökulmaa. Hoitokulttuurin muutos osallistuvampaan, ei rutiinin omaiseen hoivaan mahdollistaa muistisairaille asukkaille paremman elämänlaadun ja mielekkyyden kokemisen palvelutalossa. Tämä tarkoittaa muistisairaana mahdollisuutta jatkaa elämää hänelle tutulla ja tavanomaisella tavalla mm. toteuttaa päivärytmiään itselle sopivalla tavalla esim. levon, liikunnan ja sosiaalisen aktiivisuuden suhteen. (Jaatinen, 2017.)

7.2 Mielekkään arjen toteutumista estävät tekijät

Blombergin (2014) mukaan yksi suurimmista esteistä mielekkään arjen toteutumiselle oli asukkaiden itsenäisyyden menettäminen eli **oman elämän hallinnan heikentyminen**. Avun tarpeen lisääntyminen ja erilaiset sairaudet olivat vaikuttaneet heidän kykyynsä pärjätä itse ja vaikuttaa omaan elämäänsä. Jotkut kokivat, että kyvyttömyys pystyä tekemään tavanomaisia toimia vähensi merkityksellisuuden löytämistä jokapäiväisessä elämässä.

Avun tarpeen lisääntyessä hoidettava on yhä enemmän ja enemmän hoitajan antaman avun varassa. Tällöin korostuvat **hoitohenkilökunnan aikataulut ja resurssit**. Nämä yhdessä ovatkin toinen mielekkyyttä estävä tekijä. Useat palvelutalon asukkaat ovat kokeneet jäävänsä vähäiselle tarpeiden huomioimiselle, kun avun tarpeessa on odotettava vuoroaan, mikä voi olla vaikeaa erityisesti silloin, kun tarve on kiireellinen. Muiden asukkaiden kanssa on jaettava yhdessä hoitajan aika ja huomio. Monille tämä näyttäytyy vapauden menetyksenä, kun heidät pakotetaan noudattamaan hoitohenkilökunnan rutiineja omien tarpeiden ylitse. (Karlsson, 2016.)

Reijon (2019) tutkimuksessa nousi esille juuri vapauden menetyksen ja vaikuttamisen mahdollisuuden heikentyminen avun tarpeen lisääntyessä. Monet kokivat, että palvelutalon käytäntöjä ja rutiineja on vaikea muuttaa, eikä oman fyysisen kunnan heikentyessä pystytä kunnolla vaikuttamaan omaan elämäänsä. Mahdollisuudella vaikuttaa edes vähäisesti päivän kulkuun on todettu olevan suuri merkitys iäkkäiden muistisairaiden mielekkääseen arkeen ja elämänlaatuun. Hyvänä esimerkkinä on muun muassa ulkoilu. Ulkoilemaan ei välttämättä pääse omien tarpeiden mukaisesti, vaan ulkoilun voi estää hoitajien vähäinen määrä ja kiire. Myös viriketoiminnasta löytyy samoja piirteitä eli hoitajien aikataulun mukaisesti virikkeitä järjestetään tai ei järjestetä. (Reijo, 2019.)

Tutkimusten aineistoista nousi esille asukkaiden kokemukset palvelutalon ”vankeina” olemisesta, jolloin vaikutusmahdollisuudet ja vapauden tunne koettiin heikentyneeksi. Vaikutusmahdollisuuksien vähyys vähensi oman elämän hallinnan tunnetta. Mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään ei tutkimukseen osallistuneiden palvelutaloasukkaiden kohdalla ollut itsestäänselvyys. Tärkeää on keskittyä asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien sekä itsemääräämisoikeuden toteutumisen tukemiseen palvelutalojen arjessa. (Reijo, 2019.)

Joillekin muistisairautta sairastavilla on vaikeuksia ymmärtää hoivakotiin muuttamista oman kodin sijasta. Nygaard (2014) tutkimukseen osallistuneista muistisairaista kukaan ei pitänyt hoivakotia oikeana kotinaan. Hoivakodissa asumisen he kertoivat johtuvan heikentyneestä selviytymisestä jokapäiväisessä elämässään kotona. Mielekkääseen elämään koettiin olevan vain vähäiset mahdollisuudet. Tämän tapaiset vähentävät elämänlaatua ja mielekkyyttä.

Aikataulut ja resurssit vaikuttivat vahvasti vuorovaikutuksen ja kohtaamisen toteutumiseen. Myös perushoidon laatu voi kärsiä, jos resursseja ei ole riittävästi tai ne on suunnattu väärin. (Nygaard, 2014.)

Blombergin (2014) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien ja asukkaiden välinen vuorovaikutus oli vähäistä. Esille nostettiin muun muassa kiire, jonka vuoksi hoitaja ei ehtinyt tai halunnut kuunnella asukkaan elämänhistoriaa tai muuta kertomusta, koska työ piti saada tehtyä mahdollisimman nopealla aikataululla. Havaittavaa oli myös, että useimmilla asukkailla päivät saattoivat kulua ilman kunnollisia vuorovaikutuksellisia kohtaamisia. Ilman vuorovaikutusta asukkaat voivat kokea päivänsä pitkiksi ja yksinäisiksi. Karlsson (2016) tutkimuksessa asukkaat mainitsivat kokemuksia siitä, ettei kaikkien hoitajien kanssa vuorovaikutusta syntynyt kunnolla, eikä heidän kanssaan voinut keskustella kuin ainoastaan hoitoon liittyvistä asioista (Karlsson, 2014). Saman suuntaisia kokemuksia havaittiin myös Moyle ym. (2011) tutkimuksessa. Tutkimuksessa nousi esille myös, että hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksessa huomattavasti vähemmän kognitiivisesti heikentyneiden asukkaiden kanssa verrattuna asukkaisiin, joiden kognitiivinen taso on korkeampi. Hoitajat myös keskittyvät enemmän fyysisiin kuin emotionaalisiin tarpeisiin. Hoitotyössä hoidettavia kohdellaan samantarvoisesti ja yhtä hyvin, riippumatta heikentyneestä fyysisestä tai psyykkisestä toimintakyvystä.

Asukkaiden välistä vuorovaikutusta keskustelun merkeissä tapahtuu yllättävän vähäisesti. Yhtenä syynä voidaan pitää asukkaiden ennakkoluuloja toisia asukkaita kohtaan. Esimerkiksi toisen asukkaan sairauden vaikeusaste voi vähentää kykyä kommunikoida tai estää sen kokonaan. Myös tiettyjen asukkaiden henkinen hauraus koetaan vaarantavana tekijänä keskusteluille, jos keskustelun aiheena on esim. elämässä koetut menetykset tai sairaudet. Tällöin ei haluta pahoittaa kenenkään mieltä tai tuoda huonoa muistoja mieleen. (Moyle ym. 2011.)

Palvelutalossa asuvat muistisairaajat saattavat tuntea ulkopuolisuutta toisia asukkaita kohtaan ja keskustelevat mieluummin hoitohenkilökunnan kanssa. Varsinkin muistisairaiden ihmisten kanssa vuorovaikutus koetaan hankalana ja osa asukkaista toivoisi enemmän vuorovaikutukseen kykeneviä asukastovereita, joiden kanssa seurustella (Karlsson, 2016). Hoitajien tarjoama aika

nostetaankin yhdeksi tärkeimmistä asioista palvelutaloasukkaiden keskuudessa (Reijo, 2019, 38). Hoitajilla on tärkeä merkitys asukkaiden välisten vuorovaikutustilanteiden luojana ja ylläpitäjänä. Hoitaja tukee ja tuo varmuutta vuorovaikutukseen ja kohtaamisen läsnäolollaan ja toimii tarvittaessa vuorovaikutustilanteen johtajana. Hoitohenkilökunnan riittävällä koulutuksella vuorovaikutuksesta ja sen mahdollisuuksista on ensiarvoisen tärkeitä, jotta muistisairaille asukkaille luodaan mahdollisimman kodikas ja mielekäs arki, jossa vuorovaikutusta voi tapahtua. (Blomberg ym, 2014.)

Suuri toive, joka nousi esille melkein jokaisessa aineistoissa, oli hoitohenkilökunnan määrän lisääminen. Avun saannin vaikeuden muun muassa katsottiin olevan suoraan verrannollinen vähäisiin **henkilökuntaresursseihin** (Karls-son, 2016, 20). Blombergin (2014) tutkimuksessa asukkaat nostivat vahvasti esille henkilökunnan vaihtuvuuden. Samaa vakituista henkilökuntaa ei ollut säännöllisesti saatavilla, vaan hoitajien vaihtuvuus oli suurta. Suurena syynä pidettiin vuokrahenkilöstön käyttöä ja uusien ihmisten palkkaamisesta sekä vakituisen henkilökunnan irtisanoutumisista. Asukkaat korostivat erityisesti tuttujen hoitajien kanssa luotujen suhteiden ja kiintymyksen menettämistä ja vaikeutta löytää sitä uusien ja vieraiden hoitajien kanssa (Blomberg ym. 2014). Henkilöstöressurssien ja työn ongelmiin puuttumista ehdotettiin useissa tutkimuksissa. Muutos lähtee ylemmiltä tahoilta mm. henkilömäärän lisäämisellä, ammattijärjestöjen varhaisella puuttumisella sekä koulutuksen kehittämällä. Myös taloudellisilla tekijöillä on katsottu olevan vaikutusta henkilöstöressurssien vähäiseen määrään. (Reijo, 2019.)

Pelkästään henkilöstöressurssia lisäämällä ei voida taata vanhusten hyvää hoitoa, vaan edellytetään myös riittäviä aika-, ympäristö- ja taloudellisten resurssien lisäämistä. Henkilöstön riittämättömyys on kuitenkin selkeä ongelma niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla, mikä nostaa huolen asukkaiden perustarpeiden riittävästä takaamisesta. (Hämminen, 2011.)

Muistisairaiden ikäihmisten päivät voivat olla **yksinäisiä** ja tuntua tyhjiltä. Hoitohenkilökunnan kiire ei mahdollista keskustelun syntymistä tai yhdessä tekemistä. Tunnit kuluvat ilman, että mitään erityistä tapahtuu. Näin muistisairaavat kuvasivat tuntojaan mielekkään arjen esteeksi Blomberg (2014) tutkimuk-

nessa. Ahdistus ja yksinäisyys ovat yleisimpiä käyttäytymisoireita dementiassa. Niiden tiedetään heikentävän elämänlaatua ja päivittäisen arjen mielekkyyttä. Grøndahl ym. (2020) mukaan, yksinäisyys on monipuolinen käsite, joka sisältää vähäisiä kontakteja, vierailuja ja ryhmätoimintaan osallistumisia. Useat muistisairaat ovat kuvailleet hoivakodissa asumista yksinäiseksi ja tyhjäksi. On havaittu, että lähes 70 %:lla hoivakodin asukkaista psyykkinen hyvinvointi on vähentynyt. Itsemääräämisoikeuden ja itsenäisyyden on katsottu liittyvän vahvasti yksinäisyyden lisääntymiseen ja aiheuttavan voimakkaita tunteita, kuten surua. Myös oman fyysinen ja psyykkisen kunnon heikentyminen ja lisääntynyt riippuvuus muista vahvistavat kokemusta yksinäisyydestä.

Vierailujen harvalukuisuuden ja ryhmätoiminnan vähyyden on todistettu aiheuttavan yksinäisyyttä. Monelle iäkkäälle viriketoimintaan osallistuminen on mielekkyyttä lisäävä tekijä, mutta useat kokevat siihen osallistumisen liian rasakana joko fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn ollessa heikentynyt. Vanhoista harrastuksista ja mielenkiinnon kohteista on jouduttu luopumaan eikä niiden tilalle ole välttämättä löytynyt uusia merkittäviä aktiviteetteja. Osa muistisairaista kaipaisikin yhteistä toimintaa, jotta päivien yksitoikkoisuus vähenisi ja arjen mielekkyys lisääntyisi. (Karlsson, 2014.) Huomioitavaa on, että muistisairautta sairastavat ovat alttiimpia sosiaaliselle eristäytymiselle (Klapwijk ym, 2016).

Muistisairauksiin erikoistuneissa yksiköissä on havaittu asukkaiden masentuneisuutta enemmän kuin muissa yksiköissä. Aiemmat tutkimukset ovat todistaneet sen johtuvan muistisairaiden yksiköiden painottamisesta vielä toiminnallisesti kyvykkäämpien asukkaiden hoitoon. Tällaisissa yksiköissä asukkaat ovat kognitiivisesti kyvykkäämpiä ja heidän sairaudentuntonsa ei ole kokonaan kadonnut. (Karlsson, 2014.) Hämmisen (2013) tutkimuksessa hyvää elämänlaatua ja mielekkyyttä koki ainoastaan 5 % tutkimukseen osallistuneista muistisairaista. Yli 50 % osallistuneista koki elämänlaatunsa huonoksi tai erittäin huonoksi. Vakavasta masennuksesta kärsi yli neljä viidesosaa tutkittavista.

Yksinäisyydellä voi olla vaikutusta kaikkiin elämänlaadun osa-alueisiin, jonka vuoksi siihen tulee kiinnittää erityistä huomiota palveluasumisessa. Yksinäi-

syyteen vaikuttavat tekijät ovat erittäin tärkeitä tunnistaa, koska yksinäisyyden tunne voi aiheuttaa terveysongelmia niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin ja ilmetä huonona terveyskäyttäytymisenä tai jopa itsemurhana. (Karlsson, 2016.)

8 POHDINTA

Tämä luku sisältää kirjallisuuskatsauksen tulosten pohdintaa ja johtopäätöksiä. Johtopäätöksissä on otettu huomioon myös teoreettinen viitekehys. Lisäksi käsitellään jatkotutkimusehdotuksia ja arviointia opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä.

8.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen tulokset ja opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tukevat toisiaan. Tuloksista löytyi samoja mielekkään arjen edistäviä tekijöitä, joita teoriaosuudessa käsiteltiin. Tuloksissa tutkittiin edistävien tekijöiden lisäksi estäviä tekijöitä, joita ei käsitelty ollenkaan teoriaosuudessa. Estävistä tekijöistä nousi esille paljon samoja kuin edistävissäkin, mutta niiden vastakohtia.

Mielekäs arki voidaan helposti mieltää tarkoittamaan vain pelkästään viriketoimintaa. Kuitenkaan missään kirjallisuuskatsauksen aineistoista viriketoiminta ei noussut erityisen tärkeäksi yksittäiseksi tekijäksi, vaan tärkeimmäksi tekijäksi nousi varsinainen arki ja siihen liittyvien mielekkyyttä tuottavien toimintojen mahdollistaminen. Mielekäs ja tarkoituksellinen arki luetaan jokaisen muistisairaalan perusoikeudeksi. (Laine, 2011; Karlsson, 2016.)

Mielekkään arjen luominen asukkaille ei vaadi erikoisia asioita, vaan mielekkyyttä voidaan luoda monilla yksinkertaisilla asioilla, kuten kuuntelulla ja keskustelulla. Myös antamalla mahdollisuus osallistua päivittäisiin askareisiin, kuten pöydän kattamiseen tai vaatteiden valintaan vaikuttaa mielekkyyden syntyyn merkittävästi. (Rappe ym, 2020.) Tätä tukee teoriaosuudessa niin Tamminen (2013) kuin Hallikainenkin (2019). Pienikin vaikutusmahdollisuus voi tuoda muistisairaalle mielekkyyttä valtavasti ja jopa auttaa löytämään elämästään jäljellä olevia asioita, joista olla kiitollinen ja jonka vuoksi elää. Hoivaa tulisi toteuttaa asukkaiden tarpeita ja toiveita kuunnellen, jotta heille annetaan

onnistumisen kokemuksia ja vahvistetaan käsitystä omasta itsestä. Muistisairaiden hoitotyössä mielekkyyden toteuttaminen tulisi nähdä tavoittelemisen arvoisena, koska sillä mahdollistetaan asukkaiden tyytyväisyys terveyteensä ja hyvinvointiinsa.

Hoitohenkilökunnalla on avaimet jokapäiväisen mielekkyyden toteuttamiseen. Tuloksissa Blomberg (2014) korostaa hoitajien riittävää osaamista vuorovaikutuksessa ja hoitotyössä, jotta asukkaille saadaan luotua ympäristö, jossa mielekkyyttä voidaan toteuttaa ja heidän tarpeisiinsa vastata. Samansuuntaista päättelyä esittää myös Heimonen (2015) tutkimuksessaan.

Vuorovaikutus niin hoitajien kuin asukkaiden välillä on vahvasti osallisena mielekkyyteen. Tämä nousi esille niin teoriassa kuin tuloksissakin (Hallikainen, 2019; Reijo, 2019). Hoitajien tulisi tukea enemmän asukkaiden välisiä vuorovaikutussuhteita, koska ne voivat rikastuttaa asukkaiden elämää ja luoda uusia ystävyyssuhteita. Viriketoimintaa hyödyntämällä voidaan vuorovaikutussuhteita synnyttää. Reijo (2019) korosti tuloksissa, että hoitajien ja asukkaiden välistä vuorovaikutusta tulisi korostaa, koska hyvä vuorovaikutus luo pohjan hoitajan ja asukkaan väliselle luottamukselle ja joillekin muistisairaille ne voivat olla päivän ainoita ja merkityksellisiä kohtaamistilanteita. Saman tapaista ilmeni myös teoriaosuudessa Laukkasen (2019) tutkimuksessa, jossa korostettiin hoitajien ja asukkaiden välistä vuorovaikutusta muistelun avulla.

Mielekkyyden tekijä, joka nousi esille niin tuloksissa, kuin teoriassakin oli asukkaiden ja omaisten välisten suhteiden tukeminen. Muistisairaille läheisten vierailut ja heihin yhteydenpito koetaan tärkeänä. Näiden on katsottu olevan tärkeässä roolissa erityisesti asukkaan oman elämänhallinnan tunteeseen sekä paremman elämänlaadun kokemiseen. (Reijo, 2019.) Teoriassa mainitaan myös läheisten kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen nostattavan mielialaa, parantavan elämänlaatua ja helpottavan sairauteen sopeutumista (Hallikainen, 2019). Hoitajien rooli asukkaiden ja läheisten sosiaalisten suhteiden tukemiseen on merkityksellinen. Läheisten vierailujen mahdollistamisen lisäksi hoitajat pystyvät tukemaan suhteita myös puhelimen ja älylaitteiden avulla. Nykypäivänä olisikin hyvä, että jokaisessa yksikössä olisi jokin älylaite, jonka avulla voidaan tukea omaisten ja asukkaiden välistä vuorovaikutusta ja varmistaa, ettei se katkoa yhteydenpidon ongelmiin.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuskysymysten muotoiluun ja selkeyteen sekä tutkimusetiikan noudattamiseen liittyy eettisiä kysymyksiä kaikissa kirjallisuuskatsauksen vaiheissa (Kangasniemi, 2013, 291–301). Jo opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa, eli aiheen valitsemisessa, eettiset kysymykset ohjaavat työn tekemistä. Aihevalintaa pohtiessa tulisi miettiä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan sekä syytä tutkimuksen tekemiselle. (Hirsjärvi ym, 2013, 25). Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijän mielenkiinnon perusteella. Se perustui hänen kiinnostukseensa tulevana terveydenhuollon ammattilaisena saada tietoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvien muistisairaiden mielekkääseen arkeen vaikuttavista tekijöistä, jotta muistisairaiden hoitotyötä voitaisiin kehittää mahdollisimman laadukkaaksi.

Aihevalinnan jälkeen opinnäytetyölle asetettiin tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset. Erityisesti työn tarkoitusta tulisi tarkastella eettisestä näkökulmasta (Hirsjärvi ym, 2013, 20). Opinnäytetyön tarkoituksiksi asetettiin muistisairaiden asukkaiden mielekkään arjen tekijöiden kuvaaminen tehostetun palveluasumisen yksikössä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saisivat aiheesta tietoa, jota hyödyntää työssään. Saatua tietoa hyödyntämällä voidaan tukea muistisairaiden hyvinvointia ja vastata paremmin muistisairaiden omiin tarpeisiin ja toiveisiin yksilöllisesti. Samalla voidaan kehittää myös muistisairaiden kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Analyysin avulla koottiin opinnäytetyön tulokset. Tulosten raportointiin liittyy eettisiä velvollisuuksia. Kirjoittajan tulee esittää tietoa, joka on mahdollisimman luotettavaa ja todennettua (Hirsjärvi ym, 2013, 20). Opinnäytetyön arviointi koko prosessin aikana kuuluu osaksi työn tekemistä. Sen avulla saadaan selville, kuinka luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa työllä on pystytty tuottamaan. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen toteuttamisesta. Aineiston tuottamisen vaiheet tulee kertoa selkeästi ja totuudenmukaisesti. (Kamk.) Tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuutta alentaa tekijän kokemattomuus ja opinnäytetyön tekeminen yksin.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty työ on aina kokonaisuutena ainutlaatuinen, jota ei pysytä koskaan toistamaan sellaisenaan. Toisen henkilön pitäisi kuitenkin kyetä saavuttamaan samoilla hauilla ja säännöillä vähintään tekijän esittämä tulkinta. (Vilkkä 2017.) Tämän vuoksi opinnäytetyön etenemistä ja sen eri vaiheita on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohteisesti muun muassa tiedonhaun tarkalla raportoinnilla. Opinnäytetyössä on käytetty erilaisia taulukoita helpottamaan työn seuraamista ja lisäämään luotettavuutta. Kirjallisuuden tulee olla korkeatasoista ja lähteiden alkuperäisiä. (Hirsjärvi ym, 2013.) Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat tieteellisesti laadukkaita ja lähdeviittaukset on tehty ohjeiden mukaisesti ja asianmukaisesti. Lähteiden hankinnassa on pyritty noudattamaan sisäänotto- ja poissulkukriteereitä ja vain asianmukaisia lähteitä on käsitelty. Lähteiden kielinä on pyritty käyttämään vain suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, jotta käänkövirheitä välttäisiin.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että mielekkyyttä voi tapahtua vain, jos sitä toteutetaan. Jokaisen muistisairaahan asukkaan tulisi voida tuntea olonsa mielekkääksi, arvostetuksi ja yksilölliseksi. Viihtyisällä hoitoympäristöllä luodaan muistisairaille kodikas ja mielekäs olo ja parannetaan heidän elämänlaatuaan. Oikein kohdennetuilla koulutuksilla pystyttäisiin kehittämään hoitotyötä, joka korostaisi nykyistä enemmän asukkaiden yksilöllistä huomioimista päivittäisessä elämässä.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ympärivuorokautisessa palveluasumisessa muistisairaiden hoitotyön kehittämiseksi. Toimintatapojen kehittäminen ei välttämättä vaadi suuria muutoksia tai toimenpiteitä, sillä muistisairaiden mielekästä arkea voidaan edistää vaatimattomilla ja arkisilla teoilla. Työntekijöiden ja omaisten lisäksi onnistuneessa hoidossa korostuu esimiehen rooli. Esimiehen tehtävänä on valvoa yksiköissä työn laadun säilymistä, mutta ennen kaikkea kannustaa ja tukea työntekijöitä kehittämään ammattitaitoaan ja työtään sekä tukea kehittämisideoita monipuolisesti ja viedä mahdollisuuksien mukaan ideoita eteenpäin ylemmille tahoille.

Tulosten perusteella erityistä huomiota tulisi kiinnittää mielekkyyttä tuottavien toimintojen huomioimiseen yksilöllisesti jokaisen asukkaan kohdalla sekä kodinomaisen ympäristön luomiseen. Jotta edellä mainittuja asioita voitaisiin kehittää oikeaan suuntaan, olisivat seuraavat mahdolliset tutkimuskohteet tarpeellisia: miten kodinomaisuutta voidaan muistisairaiden näkökulmasta lisätä sekä miten huomioida paremmin asukkaiden yksilöllisyys muistisairauden kaikissa vaiheissa?

LÄHTEET

Atula S, 2018, Parkinsonin tauti, Terveysportti, Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00055> [viitattu: 21.3.2021]

Atula S, 2019a, Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus), Terveysportti, Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106> [viitattu: 20.3.2021]

Atula S, 2019b, Lewyn kappale -tauti, Duodecim, Terveysportti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105> [viitattu: 20.3.2021]

Bradshaw S, Playford E, Riazi A, 2012, Systematic review Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies, Age and Ageing 41: 429-440. Saatavissa: <https://academic.oup.com/ageing/article/41/4/429/47424> [viitattu: 3.5.2021]

Blomberg K, Kihlgren A, James I, 2014, A meaningful daily life in nursing homes - a place of shelter and a space of freedom: a participatory appreciative action reflection study, Örebro University. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/264126043_A_meaningful_daily_life_in_nursing_homes_-_a_place_of_shelter_and_a_space_of_freedom_A_participatory_appreciative_action_reflection_study [viitattu: 17.8.2021]

Crespo M, Hornillos C, Bernaldo -de Quiros M, 2013, Factors associated with quality of life in dementia patients in long-term care, Complutense University of Madrid, International Psychogeriatrics. Saatavissa: [file:///C:/Users/niina/Downloads/InternationalPsychogeriatrics2013%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/niina/Downloads/InternationalPsychogeriatrics2013%20(2).pdf) [viitattu: 6.9.2021]

Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J, Soininen H, 2015, Muistisairaudet. Duodecim, 2. uudistettu painos, Otavan kirjapaino Oy. [viitattu: 19.3.2021]

Grøndahl V, Helgesen A, Larsen D, 2020, Quality of Care in a Nursing Home as Experienced by Patients with Dementia, Østfold University. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33364776/> [viitattu: 27.8.2021]

Haapala O, Koskenniemi J, Parisod H, Okkonen E, Saarnio R, Tuomikoski A, 2019, Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä, Hoitosuosituksen lyhennelmä, Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/03/hoitosuosituksen-lyhennelma-muistinsairas-2020.pdf> [viitattu: 3.5.2021]

Hallikainen M, Mönkäre R, Nukari T, Forder M. 2014, Muistisairaahan kuntouttava hoito, Duodecim, 1. painos, Boowell Oy [viitattu: 16.4.2021]

Hallikainen M, Immonen A, Mönkäre R, Pihlakari P. 2019, Muistisairaahan hoito, Duodecim, 1. painos, Otavan kirjapaino Oy. [viitattu: 16.4.2021]

Hallikainen M, Mönkäre R, 2019, Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille, Duodecim. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00899> [viitattu: 24.5.2021]

Heimonen S, Fried S, 2015, Vanhuuden mieli, Ikäinstituutti, 2.painos, Trinket Oy. Saatavissa: https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Vanhuuden_mieli_kirja_final.pdf [viitattu: 3.5.2021]

Holopainen A, Siltanen H, 2015, Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä, Muistiliiton julkaisusarja 1/2015, Muistiliitto. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf [viitattu: 24.5.2021]

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. [viitattu: 24.5.2021]

Hämminen M, 2011, Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikaishoidossa, Pro-gradu, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://www.finna.fi/Record/jykdok.1163610> [viitattu: 26.8.2021]

Jaatinen M, 2017, Iäkkään muistisairaahan terveyteen liittyvä elämänlaatu tehostetussa palveluasumisessa, Pro-Gradu, Tampereen yliopisto, saatavissa: <https://www.finna.fi/Record/tuni.999758094205973> [viitattu: 7.9.2021]

Juva K, 2018, Alzheimerin tauti, Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Terveyskirjasto, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699> [viitattu: 19.3.2021]

Kamk, Opinnäytetyön eettiset suositukset, Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset> [viitattu: 24.5.2021]

Kangasniemi M, Utriainen K, Ahonen S-M, Pietilä A-M, Jääskeläinen P, Liikainen E, 2013, Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon, Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki [viitattu: 24.5.2021]

Karlsson K, 2016, Tehostettu palveluasuminen psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta, Pro-gradu, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50191/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201606082970.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu: 21.8.2021]

Karvonen-Kälkälä A, 2012, Unohtuiko vanhuus? Vanhustyön keskusliitto, Vammalan Kirjapaino Oy. Saatavissa: https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2019/07/Unohtuuko_vanhus.pdf [viitattu: 16.4.2021]

Klapwijk M, Caljouw M, Pieper M, van der Steen J, Achterberg W, 2016, Characteristics Associated with Quality of Life in Long-Term Care Residents with Dementia: A Cross-Sectional Study, Article, Department of Public Health and Primary Care, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290445/> [viitattu: 28.8.2021]

Kymsote, Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen, 2020, Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalot. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/medias/ik-ntyneiden-tehostetun-palveluasumisen-palvelukuvaus.pdf?context=bWFzdGVyfHBlbGkiZi1hdHRhY2htZW50c3wxODk4MTJ8YXBwbGljYXRpb24vcGRm-fGhiNS9oZDEvODkzNTc1Mzg3NTQ4Ni9Ja8Okw6RudHluZWl-kZW4gdGVob3N0ZXR1biBwYWx2ZWx1YXN1bWlZlZW4gcGFsdmVsdWt1dm>

[F1cy5wZGZ8ZWEwMzM0NjZjYWZiM2RmYzMxND-QwYzE5NzdjNjc5MjNIMjQzMWJIMTkxODhkZDQ1NDI1ZjdiM-zJkYmY0YTY5OQ](https://www.kaypahoito.fi/hoi50044) [viitattu: 11.4.2021]

Käypä hoito suositus, 2021, Muistisairaudet, Duodecim. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044> [viitattu: 19.3.2021]

Lääkäriliitto, 2016, Muistisairaudet, Läkarförbundet, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevyydet/muistisairaudet/> [viitattu: 19.3.2021]

Muistisairaudet, 2021, Käypä hoitosuositus, Suomalainen lääkärisseura Duodecim, www-dokumentti. Saatavissa: https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=hoi50044#s11 [viitattu: 20.3.2021]

Muistisairaudet, 2016a, Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale-tauti, Käypä hoito -työryhmä, Suomalainen lääkärisseura Duodecim, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01604> [viitattu: 20.3.2021]

Muistisairaudet, 2016b, Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia), Käypä hoito -työryhmä, Suomalainen lääkärisseura Duodecim, www-dokumentti. Saatavissa; <https://www.kaypahoito.fi/nix0159> [viitattu: 20.3.2021]

Muistisairaudet, 2016c, Ohje potilaille ja läheisille: Parkinsonin taudin muistisairaus, Käypä hoito- työryhmä, Suomalainen lääkärisseura Duodecim, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01596> [viitattu: 3.5.2021]

Laine M, Heimonen S-L, 2011, Mahdollisuuksien matka, Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaahan ihmisen hoidossa, 2. painos, Oriveden hoivapalveluyhdistys ry, [viitattu: 16.4.2021]

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 2012, Finlex, päivitetty: 9.7.2020. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> [viitattu:12.4.2021]

Laukkanen A, 2019, Muistelumenetelmä muistisairaana ikäihmisen toimintakyvyn tukemiseen palvelutalon lyhytaikashoidon yksikössä, Opinnäytetyö YAMK, Lapin ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/265139/%20opinn%E4ytety%F6%202019%20YAMK.pdf?sequence=2> [viitattu: 3.5.2021]

Martikainen K, 2009, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonliitto Oy, päivitetty 2017. Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/lewyn-kappale-tauti> [viitattu: 20.3.2021]

Moyle W, Ventur-to L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Ox-lade D, Murfield J, 2017, Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative perspective, Griffith University, Routledge. Saatavissa: <file:///C:/Users/niina/Downloads/Factorsinfluencingqualityoflifeforpeoplewithdementia-aqualitativeperspective.pdf> [24.8.2021]

Muistiliitto, 2013, Muistisairaana ihmisen oikeudet, Minnerförbundet, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/etuudet-ja-oikeudet/muistisairaana-ihmisen-oikeudet> [viitattu: 15.4.2021]

Muistiliitto, 2015, Muistisairaudet, Minnerförbundet, www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet> [viitattu:19.3.2021]

Muistiliitto, 2016, Hyvän hoidon kriteeristö, Muistiliitto ry, www-dokumentti. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/9916/0611/1963/Hyvan_hoidon_kriteeristo_tyokirja_tulostettavajasaavutettava_2020pdf.pdf [viitattu. 15.4.2021]

Muistiliitto, 2019, Elämää muistisairauden kanssa, Muistiliitto ry, www-dokumentti. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/8215/8088/7370/Elamaa_muistisairauden_kanssa_saavutettava_verkko.pdf [viitattu: 15.4.2021]

Muistiliitto s.a, Liikunnasta muistinvireyttä, Muistiliitto ry, www-dokumentti.

Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/aivot-ja-muisti/aivoterveys/liikunnasta-muistinvireytaa> [viitattu: 3.5.2021]

Nygaard A, Hal-vorsrud L, Grov E-K, Bergland A, 2020, What matters to you when the nursing is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes, BMC Geriatrics. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325251/> [viitattu: 21.8.2021]

Närhi N, 2016, Muistisairaudet, Psykososiaalinen hoito, Savonia YAMK. Saatavissa: <https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com/psykososiaalinen-ja-psykomotorinen-hoito/> [viitattu: 3.5.2021]

Ollikainen P, 2012, Hoivatyöstä kuntouttavaan hoitotyöhön, Voisimmeko olla yhdessä enemmän – Gerontologinen erityisosaaja mukana ikääntyvien ihmisten arjessa, Katsauksia ja aineistoja 24, Diakonia ammattikorkeakoulu, Juvenes Print Oy, Tampere. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140445/C_24_ISBN_%209789524931830.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu: 4.6.2021]

Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja, Kirjallisuuskatsaukset, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/> [viitattu: 24.4.2021]

Parkinson liitto, 2015, Parkinsonin tauti, Suomen Parkinson liitto ry. Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti> [viitattu: 21.3.2021]

Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, 2019, Ikäihmisten ympärivuorokautisen palveluasumisen kriteerit. Saatavissa: <file:///C:/Users/niina/Downloads/Ymparivuokautisen-palveluasumisen-kriteerit-1.8.2019-2.pdf> [viitattu: 11.4.2021]

Pohjanaho N, Tuohenmaa P. 2014, Muistisairaahan asukkaan kohtaamisen taidot, TAMK, Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74554/Pohjanaho_Nina%20Tuohenmaa_Pia.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu: 11.4.2021]

Rappe E, Rajaniemi J, Topo P, 2020, Hyvä asuminen muistisairaana, Ikäinstituutti. Saatavissa: <https://journal.fi/gerontologia/article/view/84947/53430> [viitattu: 3.5.2021]

Reijo S, 2019, Ikäihmisten arvostusten mukainen elämä tehostetussa palveluasumisessa, Pro-gradu, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/66012/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201910244578.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu: 19.8.2021]

Remes A, Haanpää R, Suhonen N-M, Junttila A, Solje E, 2018, Otsalohkodemientia – salakavala muistisairaus, Lääkärilehti, Lääkäriliitto. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/otsalohkodementia-ndash-salakavala-muistisairaus/?public=989ddb04b2fb7e544f635e3c5501f7d5> [viitattu: 20.3.2021]

Routasalo P, Toivonen H, Rautiainen M, 2013, Hyvä arki vanhukselle, Voimavarojen aktivoiminen taidelähtöisillä menetelmillä, Turun ammattikorkeakoulun raportteja 154. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163547.pdf>

Räsänen R, 2011, Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille, Väitöskirja, Lapin yliopisto, Acta Universitas Lapponiensis, Juvenes Print. Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4%20 [viitattu: 2023.5.2021]

Salonen K, 2015, Vapaa-ajan aktiviteettien tuottamat hyvinvointikokemukset kolmasikäisten keskuudessa, Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 43, Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165497.pdf> [viitattu: 3.5.2021]

Salminen A, 2011, Mikä kirjallisuuskatsaus, Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin, Vaasan yliopisto. Saatavissa:

https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu: 24.4.2021]

Semi T, Salmi T, Mykkänen J, 2016, Yötaivaan toivo: muistiystävällinen ympäristö - tilasta kokemukseen, Espoo: T&J Semi Oy

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020, Henkilöstömitoitus iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa, STM. Saatavissa: <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus> [viitattu: 12.4.2021]

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012, Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, STM. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu: 12.4.2021]

Soite, 2016, Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kriteerit 1.2.2017 alkaen, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä. Saatavissa: https://www.soite.fi/media/Tehostetun_palveluasumisen_ja_laitoshoidon_kriteerit.pdf/format-pdf [viitattu: 11.4.2021]

Strandberg T, Kivipelto M, 2019, Terveet elämäntavat – terveet aivot, Terveet aivot 100 vuotta katsaus, Duodecim. Saatavissa: <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.xamk.fi/xmedia/duo/duo13507.pdf> [viitattu: 3.5.2021]

Stenberg T, 2015, Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä, Ikäinstituutti. Saatavissa: <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/muistelu-vuorovaikutusmenetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf> [viitattu: 3.5.2021]

Stolt M, Axelin A & Suhonen R, 2016, Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, Turun yliopisto, 2, korj. painos [viitattu: 24.4.2021]

Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja 63, Kirkko ja toiminta, 2019, Hengellinen tuki muistisairaana ihmisen elämässä, Kirkkohallitus. Saatavissa: https://www.vahvike.fi/sites/default/files/perussivu-pdf/KKH_Hengellinen%20tuki%20muistisairaana%20ihmisen%20el%C3%A4m%C3%A4ss%C3%A4_verkkojulkaisu.pdf [viitattu: 24.5.2021]

Suomen Kuntaliitto, 2013, ”Vanhuspalvelulaki”, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, Sosiaali- ja terveystministeriö. Saatavissa: https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/STM_Kuntaliitto_liitemuistio_yleiskirjeeseen_13802013_evl.pdf [viitattu: 12.4.2021]

Tarnanen K, Pekkonen E, Atula S, 2019, Parkinsonin tauti, Käypä hoito, Duodecim. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00057> [viitattu: 21.3.2021]

Tamminen N, Solin P, 2013, Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asuin- ja hoivapalveluissa, THL, Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy, Tampere. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu: 3.5.2021]

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos, 2020, Muistisairaudet, THL. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet> [viitattu: 19.3.2021]

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos, 2019, Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019, THL, Päivitetty: 18.12.2020. Saatavissa; <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut> [viitattu: 14.4.2021]

Toivanen K, 2019, Hengellisyysten tukeminen ikääntyneiden muistisairaiden hoidossa, Mainiokodit. Saatavissa: <https://mainiokodit.fi/ajankohtaista/hengellisyysten-tukeminen-ikaantyneiden-muistisairaiden-hoidossa> [viitattu: 24.5.2021]

UKK- instituutti, 2020, Liikunta parantaa muistisairaant liikkumis- ja toimintakykyä sekä kotona että laitoksessa. Saatavissa: <https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-sairaudet/muistisairaudet/> [viitattu: 3.5.2021]

Vilka H, 2021, Tutki ja kehitä, Ps- kustannus: Jyväskylä, 1. painos [viitattu: 24.5.2021]

Voimaa vanhuuteen, 2015, Ulkoilu, Ikäihmisten terveystiikuntaan tietoa ja hyviä käytäntöjä, Ikäinstituutti. Saatavissa: <https://www.voimaavanhuuteen.fi/ulkoilu/> [viitattu: 3.5.2021]

Voutilainen P, Löppönen M, 2016, Hyvä ympärivuorokautinen hoito, Käypä hoito, Duodecim, Päivitetty: 4.9.2020. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01676> [viitattu: 19.4.2021]

Ylä-Outinen T, 2012, Ikäihmisen arki –kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä, Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta, Väitöskirja. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/11649/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf?sequence=1

LIITTEET

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
Medic	2011–2021, Pro-gradut, ylempi AMK tutkimukset	Dement*, muistisaira*, palveluas*, pitkäaikaishoi*	37	5	2
Cinahl	2011–2021	dementia, memory disorders, nursing homes, long term cares	16	3	1
PubMed	2011–2021	meaningful life in nursing homes	161	40	5
Finna	2011–2021, Pro-gradut, ylempi AMK tutkimukset	tehostettu palveluasuminen, ikäänyneet, muistisairas	62	13	3
Yhteensä					11

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset
Blomberg K, Kihlgren A, James I, 2014, A meaningful daily life in nursing homes - a place of shelter and a space of freedom: a participatory appreciative action reflection study	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata iäkkäiden kokemuksia ja tietoa esteistä, mahdollisuuksista ja ratkaisuksista merkityksellisen päivittäisen elämän kehittämiseen hoitokodeissa	Tutkimus toteutettiin PAAR ja hermeneuteettista lähestymistapaa hyödyntämällä. Tutkimuksessa haastateltiin 25 muistisairasta tai kognitiivista häiriötä sairastavaa iäkästä henkilöä. Haastatteluilla selvitettiin heidän mielipidettään merkityksellisen arjen tekijöistä jokapäiväisessä elämässä.	Tutkimuksessa hahmottui 5 alustavaa teemaa, jotka käsitelivät mahdollisuuksia ja ratkaisuja mielekkään arjen toteutumiseen sekä mielekkään arjen estäviä tekijöitä. Teemoissa 2 ja 4 käsitellään estäviä tekijöitä, teemoissa 1,3 ja 5 käsitellään mahdollisuuksia ja ratkaisuja mm. oma tila ja aika, turvallisuuden ja kuuluvuudentunne jne
Crespo M, Hornillos C, Bernaldo - de Quiros M, 2013, Factors asso-	Tutkimuksen tarkoituksena oli	Tutkimus aineisto kerät-	Tuloksista selvisi, että muisti-

<p>ciated with quality of life in dementia patients in long-term care, artikkeli</p>	<p>selvittää pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus tehtiin sekä asukkaiden, että läheisten ja hoitajien näkökulmasta.</p>	<p>tiin 11 palvelutalosta elämänlaatumukseyden (QoL-AD) avulla. Asukkaat valittiin satumanvaraisesti. Elämänlaadun arviointiin osallistuivat myös hoitohenkilökunta ja asukkaiden omaiset</p>	<p>sairaiden asukkaiden näkökulmasta elämänlaatuun vaikuttaa vahvasti mieliala. Omaisten ja hoitajien näkökulmasta tarkasteltaessa suurin elämänlaatuun vaikuttava tekijä oli kyky suoriutua päivittäisistä toimista mahdollisimman itsenäisesti. Näin ollen hoitajien ja omaisten näkökulma erosi suuresti asukkaiden itsensä näkemyksestä. Lisäksi havaittiin, että palvelutalon ominaisuudet tai hoitajien ja läheisten henkilökohtaiset ominaisuudet eivät vaikuta elämänlaatu-arvioihin merkittävästi.</p>
--	---	---	---

<p>Grøndahl V, Helgesen A, Larsen D, 2020, Quality of Care in a Nursing Home as Experienced by Patients with Dementia, artikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitokodeissa asuvien muistisairaiden kokemuksia hoidon laadusta</p>	<p>Tutkimus toteutettiin poikkileikkaus menetelmää käytämällä. Henkilökohtaiset haastattelut tehtiin QPP-DC-kyselylomakkeella, jossa oli kiinteät vastausvaihtoehdot.</p>	<p>Tuloksista ilmeni, että yli 80% kokee terveytensä huonoksi tai ei hyväksi eikä huonoksi. Kaksi kymmenestä oli tyytyväisiä hoitokodissa asumiseen. n. 50% vastasi saaneensa joskus apua ja tukea ahdistuneisuuden tai yksinäisyyteen hoitajilta</p>
<p>Hämminen M, 2011, Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikais- hoidossa, Pro gradututkielma, Jyväskylän yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eri dementiaasteita sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu palveluasumisessa</p>	<p>Tutkimus toteutettiin havainnoinnilla ja eri toimintamittareiden avulla pitkäaikais- hoidossa oleville muistisairaille, joiden MMSE oli 17 tai alle.</p>	<p>Tutkimustulokset osoittavat, masennuksen olevan yleistä dementiaa sairastavilla. Myös alhaista elämänlaatu havaittiin olevan. Kognitiivisesti kyvykkäimmillä muistisairailta masennuspisteet olivat korkeammat kuin vaikeasti dementoitu-</p>

			neilla. Vastavasti elämälaatu oli vaikeasti dementoituneilla alhaisempi.
Jaatinen M, 2017, läkkään muistisairaahan terveyteen liittyvä elämänlaatu tehostetussa palveluasumisessa	Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa iäkkään muistisairaahan kokemasta elämänlaadusta	Tutkimusaineisto kerättiin eteläsuomalaisen kaupungin omista ja ostopalveluina tuotetuista tehostetun palveluasumisen hoivakodeista käyttämällä 15D-elämänlaatumittaria, Asukkaista kerättiin taustatietoja strukturoidun kyselylomakkeen avulla.	lääkkäät muistisairaathan kokivat terveyteen liittyvän elämänlaatusensa hyväksi. Miehet kokivat sen hieman paremmaksi kuin naiset. Vierailijoiden käyntimäärällä, ulkoilun määrällä ja aktiviteetteihin osallistumisella oli yhteyttä koettuun terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sen sijaan siviilisäädillä tai kognition heikkenemisen tasolla ei todettu olevan yhteyttä
Karlsson K, 2016, Tehostettu palveluasuminen psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta, Pro-gradu	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tehostetussa	Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluiden	Tuloksista ilmenee, että parhaimmillaan palveluasuminen

	<p>palveluasumisessa asuvien asukkaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.</p>	<p>avulla. Tutkimukseen osallistui 10 asukasta iältään 60–94-vuotiaita.</p>	<p>antaa asiakkaalle hyvää hoitoa, kodinomaisten ja turvallisen ympäristön elää, oman elämän hallinnan tunteen ja yksityisyyden. Asukkaat olivat tyytyväisiä vapautteen oleskella yhteisissä tiloissa, jossa pääsee vuorovaikutukseen toisten asukkaiden ja hoitohenkilökunnan kanssa. Palveluasumisessa tuettiin sosiaalisia suhteita omaisiin ja yhteisöön. Aktiivista ja osallistavaa arkea pidettiin tärkeänä.</p>
<p>Klapwijk M, Caljouw M, Pieper M, van der Steen J, Achterberg W, 2016, Characteristics Associated with Quality of Life in Long-Term Care Residents with Dementia: A Cross-Sectional Study</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat</p>	<p>Tutkimuksen aineisto kerättiin 12 palvelutalosta, kyse-</p>	<p>Tutkimus tuloksesta havaittiin, että dementiaa sairastavan ihmisen elämän-</p>

	keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta sairastavien elämänlaatuun pitkäaikaishoidossa	lylomakkeilla, jotka täyttivät hoitohenkilökunta. Elämänlaatua arvioitiin kuudella eri akselilla: demografiset muuttajat, kognitiivinen toimintakyky, kipu, aktiviteetit, neurologiset oireet ja oheissairaudet.	laatuun vaikuttaa vahvasti: ikä, päivittäiset aktiviteetit, demention vaikeusaste, kipu, psyykkiset oireet ja neurologiset ongelmat.
Moyle W, Venturto L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Oxlade D, Murfield J. 2017, Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative perspective	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat pitkäaikaisyksikössä asuvien muistisairaiden elämänlaatuun	Puolistrukturoidu haastattelu tutkimus, jossa hyödynnettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Tutkittavana 32 muistisairasta neljästä eri pitkäaikaisyksiköstä	Muistisairaiden elämänlaatuun vaikuttivat sosiaalisten suhteiden ja aktiviteettien määrä, henkilökunnan ammattitaito, läheisten ja muiden ihmisten osallisuus

<p>Nygaard A, Halvorsrud L, Grov E-K, Bergland A, 2020, What matters to you when the nursing is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia hoivakodissa asuvien muistisairaiden käsityksiä hoivakodista kotina.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena kyselytutkimuksena, jossa haastateltiin 35 muistisairasta. Aineiston analysoimisessa käytettiin teema-analyysiä</p>	<p>Tuloksena muotoutui 4 teemaa 1. Hoivakodissa asumisen hyväksyminen 2. Sosiaaliset kontaktit 3. Aktiivinen ja mielekäs arki 4. Yksilöllinen elinympäristö</p>
<p>Rappe E, Rajaniemi J, Topo P, 2020, Hyvä asuminen muistisairaana, Artikkel</p>	<p>Kyselytutkimuksena toteutettu tutkimus, jonka tarkoituksen oli tarkastella asiantuntijahaastatteluiden ja esimerkitapausten avulla muistisairaiden asumisympäristön laadutekijöitä ja niiden yhteyttä asuk-</p>	<p>Pääosin laadullisena tutkimuksena toteutettu. Teoriittiseen viitekehyyseen käytetty toimija-verkkoteoriaa sekä tarjoumateoriaa.</p>	<p>Muistisairaiden asumisen keskeisiä tekijöitä olivat toimijat (asukkaat, omaiset, hoitohenkilökunta) Toimija-verkon näkökulmasta asumisen verkostoon kuulivat rakennuksen sisä- ja ulkotilat esineistöineen, teknologia, toimintakulttuurit, luonto ja viherympäristö.</p>

	kaiden toimintamahdollisuuksiin		
Reijo S, 2019, Ikäihmisten arvostusten mukainen elämä tehostetussa palveluasumisessa, Progradu	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tehostetussa palveluasumisessa asuvien ikäihmisten arvostuksen mukaisen elämän toteutumista palvelutalossa.	Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluiden avulla. Haastatteluita oli yhteensä 8. Haastateltavat olivat iältään 74–90-vuotiaita, joiden kognitiiviset kyvyt mahdollistivat haastattelun toteutumisen. vaikeasti muistisairaat rajattiin haastattelun ulkopuolelle.	Tutkimus tuloksista ilmeni, että fyysinen palvelutaloympäristö sekä mahdollisesti, että estivoitukseellisen elämän toteutumisista. Tutkimus osoitti, että asukkaiden yksilöllisyyttä olisi mahdollista tukea pienten asioiden avulla. Palvelutaloissa on niin yksilöllisyyttä tukevia toimintatapoja kuin toimintamahdollisuuksia heikentäviä käytäntöjä. Oman elämän hallinta ja siihen vaikuttaminen nähtiin tärkeänä. Hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välinen vuorovaikutuksella havaittiin olevan

			merkittävä vaikutus. Pienetkin asiat tuovat asukkaille merkityksellisyyttä elämään.
--	--	--	---

Taulukko 3. Teemoittelun tulokset

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Pääteema
Kodinomaisuus, asuintilat, sosiaaliset suhteet läheisiin ja muihin asukkaisiin, yhteisöön kuuluminen, turvallisuus	Elinympäristö	
Arjen rutiinit, arvostus, vastavuoroisuus, mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään (arkeen), selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista vähin avuin, yksilöllisyys	Oman elämän hallinta	Mielekkään arjen edistävät tekijät
Virikkeet, ulkoilu, uuden oppiminen, osallisuus, vapauden tunne	Aktiivinen ja mielekäs arki	
Ei mahdollisuutta vaikuttaa jokapäiväiseen elämään, avun tarpeen lisääntyminen, sopeutuminen vanhan uuden kodin välillä, hoitajien rutiineihin ja aikatauluihin mukautuminen, sairaudet	Oman elämän hallinnan heikentyminen	
Päivien tyhjiys, turvattomuus, ei ole läheisiä tai synny suhteita muihin asukkaisiin, ahdistuneisuus, omissa huoneissa oleminen	Yksinäisyys	Mielekkään arjen estävät tekijät
Kyseenalaistaminen, hoitajien vaihtuvuus ja vähyys, hoitajien kiire, aikataulut, huonoasenne	Hoitohenkilökunnan resurssit ja asenne	