

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Aikuiskoulutus ja palvelutoiminta  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Sosiaalialan koulutusohjelma

Outi Lindén & Sanna Nurmiainen

**HYVINVOINTITEKNOLOGIA  
MUISTIKUNTOUTUJAN ELÄMÄNLAADUSSA  
-ISISEMD-PROJEKTI ETELÄ-KARJALAN  
SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRISSÄ**

Opinnäytetyö 2011

## TIIVISTELMÄ

Outi Lindén, Sanna Nurmiainen

Hyvinvointiteknologia muistisairaana elämänlaadussa -ISISEMD-projekti Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä, 55 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: Lehtori Helena Rautiainen, Saimaan ammattikorkeakoulu,

hyvinvointiteknologia ohjaaja Mika Mitikka, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

Opinnäytetyön aiheena on hyvinvointiteknologia muistikuntoutujan elämänlaadussa -ISISEMD-projekti Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä. Työn tarkoituksena oli selvittää muistikuntoutujan elämänlaadun muutoksia hyvinvointiteknologian käyttämisen aikana. Aihe on ajankohtainen, niin muistisairauksien lisääntymisen, kuin ikääntyneiden itsenäisen asumisen tukemisen takia.

Euroopan komission rahoittama hanke ISISEMD-projekti (**I**ntelligent **S**ystem for **I**ndependent living and **S**elfcare of seniors with cognitive problems or **M**ild **D**ementia) kesti kokonaisuudessaan kaksi ja puoli vuotta. Projektin tarkoituksena oli yhdistää erilliset hyvinvointiteknologialaitteet yhden päätteen hallittavaksi. Lappeenrannan alueelle 10 muistikuntoutujaa sai kotiinsa CareBox-laitteen tukemaan itsenäistä asumista yhden vuoden ajan.

Tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä selvityskysymyksiä olivat seuraavat: millaiseksi muistikuntoutajat kokevat elämänlaadunsa, mihin elämänlaadun osa-alueisiin hyvinvointiteknologia on vaikuttanut ja onko hyvinvointiteknologiasta apua muistikuntoutujan elämänlaadun kohottajana. Teoriaosuudessa käsitellään muistisairautta ja sen mukana tuomia haasteita ikääntyneen elämään, hyvinvointiteknologiaa sekä elämänlaatua eri teorioiden pohjalta. Aineisto opinnäytetyöhön tuli R. Logsdonin tekemästä Quality of Life Alzheimer Disease -kyselystä, joka oli suomennettu Elämänlaadun kyselyksi. Opinnäytetyön tulokset tulivat ISISEMD-projektiin osallistuneilta tutkimusasiakkailta ja heidän omaisiltaan. Elämänlaadun kyselyn vastaukset saatiin pisteinä, jotka analysoitiin kvantitatiivisella sekä kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Analysoinnissa käytettiin teorialähtöistä ymmärtämistä pohjautuen Allardtin hyvinvointiteoriaan. Elämänlaadun osa-alueista muistikuntoutujien mielestä parantui tutkimusjakson aikana fyysinen kunto, muisti, taloudellinen tilanne, ystävät, itsetuntemus ja kyky tehdä asioita joista nauttii. Vastaavasti elämänlaadun osa-alueista eniten laski kyky tehdä kotiaskareita sekä avioliitto. Allardtin hyvinvointiteoriasta nousi esiin elintason tarpeentyydytys, jonka muistikuntoutajat kokivat nousseen hyvinvointiteknologiaa käytettäessä. Elämänlaadun kyselyiden vastausten perusteella voidaan päätellä elämänlaadun pysyneen suhteellisen samana. Hyvinvointiteknologialla voidaan ylläpitää muistikuntoutujan elämänlaatua, jolloin muistikuntoutuja pystyy asumaan itsenäisesti mahdollisimman pitkään omassa kodissa.

Asiasanat: hyvinvointiteknologia, elämänlaatu, muistisairaus

## ABSTRACT

Outi Lindén, Sanna Nurmiainen

Improving Quality of Life through Wellness Technology in Rehabilitation for Clients with Memory Problems – ISISEMD – a Project of the South Karelia District of Social and Health Services, 55 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Social Services

Bachelor's Thesis 2011

Instructors: Senior Lecturer Helena Rautiainen, Wellbeing Technology Coordinator Mika Mitikka of the South Karelia District of Social and Health Services

The subject of this thesis is improving quality of life using wellness technology rehabilitation for clients with memory problems in conjunction with the Intelligent System for Independent living and **SE**lfcare of seniors with cognitive problems or **Mild Dementia** (In ISISEMD) – a Project of the South Karelia of District Social and Health Services (SKDHS) funded by European Commission. The project aims to support the independent living of people who suffer from memory problems with help of wellness technology. The project was being carried out simultaneously in four European countries and lasted for 2 years.

This thesis was working life oriented and the objective was to analyze the quality of life of elderly people with Alzheimer's disease. A questionnaire (Quality of Life – Alzheimer Disease) was done by R. Logsdon, and was utilized in interviews of 10 participants. The interviews were done three times; first, before use of the wellness technology equipment, second, during use of equipment, and last, when the wellness technology equipment had been used about one year. The data from the questionnaires was analyzed both qualitatively and quantitatively.

The results revealed that the respondents experienced quality of life improvements in the following areas: physical health, memory, finances, friends, self-knowledge, and on the whole the ability to do things for fun. However, they felt that in 2 areas, ability to do chores around the house and marriage satisfaction, suffered during the use of wellness technology. The changes to quality of life before and after wellness technology use were not great.

Keywords: Memory Problems, Quality of Life, Wellness Technology

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 IKÄÄNTYNEIDEN ELÄMÄNLAATU JA KOTONA ASUMINEN.....	6
2.1 Itsenäinen asuminen ja turvattomuuden tunne .....	7
2.2 Muistisairaudet .....	9
2.3 Sosiaalinen eristäytyneisyys ja mielialavaikkeudet .....	10
3 HYVINVOINTITEORIAT .....	12
3.1 Allardtin hyvinvointiteoria.....	13
3.2 Onnistuva vanheneminen.....	14
4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA.....	15
4.1 Hyvinvointiteknologia muistisairaana arjessa .....	16
4.2 ISEMD-projekti.....	17
5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI.....	20
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja selvityskysymykset.....	20
5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	23
5.3 Kyselylomake: Quality of Life - Alzheimer Disease, R. Logsdon .....	27
5.4 Quality of Life - Alzheimer Disease - Kyselyn käyttöönotto .....	29
5.5 Aineiston analysointi ja luotettavuus.....	30
6 TULOKSET .....	32
6.1 Taustatietoa vastaajista.....	32
6.2 Muistikuntoutujan elämänlaatu pohjautuen Allardtin hyvinvointiteoriaan.....	33
6.2.1 Having - Elintaso.....	34
6.2.2 Loving - Yhteisyysuhteet.....	38
6.2.3 Being - Itsensä toteuttaminen .....	41
7 POHDINTA .....	48
KUVIOT .....	52
LÄHTEET .....	53

## LIITTEET

Liite 1 Lausunto Eettisen neuvoston päätöksestä

Liite 2 Quality of Life - AD haastattelu muistikuntoutujalle

Liite 3 Quality of Life - AD haastattelu omaisille ja hoitajille

Liite 4 Quality of Life haastatteluohjeet

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden kanssa tehtävä työ on monipuolista ja mielenkiintoista. Molemmilla opinnäytetyöntekijöillä on useamman vuoden työhistoria lähihoitajana tehostetussa palveluasumisessa. Oman kasvun ja oppimisen lisäksi sosionomi (AMK) koulutukselta lähdimme hakemaan työvälineitä ikääntyneen oman elämänhallinnan tukemiseen. Kun meille tarjottiin mahdollisuutta tehdä opinnäytetyö yhdessä työelämän kanssa, tartuimme mielellämme tarjoukseen, koska koimme opinnäytetyön palvelevan meidän lisäksi muistikuntoutujia. Lappeenrannan kaupunki (sittemmin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus) lähti mukaan vuonna 2009 kansainväliseen ISISEMD-projektiin, jossa muistikuntoutujalle ja hänen omaiselle kehitettiin innovatiivinen palvelu tukemaan itsenäistä asumista. Palvelussa on kehitetty älylaite, CareBox, johon on liitetty erilaisia turvalaitteita tukemaan muistikuntoutujan kotona asumista. Opinnäytetyössä käytämme muistisairas-, ja muistikuntoutujakäsitteitä. Muistikuntoutuja-sanalla haluamme tuoda esiin ne voimavarat ja mahdollisuudet, jotka ovat muistisairaalle resursseja. Muistisairas-sana kuvaa sairauden tuomia rajoituksia, ja siksi vältämme tietoisesti tämän sanan käyttöä. Ikääntynyt -sanalla tarkoitamme yli 65 -vuotiasta ihmisiä, mitä on myös Suomessa käytetty yleisesti määrittelemään ikääntyneen ikää.

Niin Suomessa, kuin myös muualla Euroopan valtioissa ikääntyneiden määrä on kasvanut ja tulee kasvamaan tulevana vuosikymmeninä. Korkean iän myötä sairaudet tulevat lisääntymään. Muistisairaus on yksi näistä lisääntyvistä sairauksista. Muistikuntoutujan kotona asumista tukemalla voidaan saada aikaan sekä yhteiskunnallisia säästöjä että ikääntyneiden elämänlaadun kohentumista. Omaisen huolta voidaan pienentää erilaisilla teknisillä ratkaisuilla, jotka palvelevat sekä muistikuntoutujaa kuin myös omaista.

Ikääntyneiden ja muistikuntoutujien itsenäinen asuminen tarvitsee erilaisia ratkaisuja ja palveluja. Hyvinvointiteknologia on yksi tällainen ratkaisu, jolla voidaan tuoda turvaa itsenäiseen asumiseen niin muistikuntoutujalle kuin

omaiselle. Opinnäytetyössä haluamme tuoda esiin muistikuntoutujan elämänlaadun muutokset hyvinvointiteknologian aikana. Haastattelimme muistikuntoutujat ja heidän omaisensa ennen CareBox-laitteen saamista kotiin, ½ vuoden ja noin vuoden kuluttua laitteen käyttöönottamisesta. Elämänlaadun haastattelut tutkimusasiakkaille ja heidän omaisille kuuluivat osaksi ISISEMD-projektia, jossa haastattelimme myös verrokkiasiakkaat ja heidän omaisensa. Opinnäytetyön analysointiin käytimme CareBox-tutkimusasiakkaiden ja heidän omaisten elämänlaadun vastauksia kolmesta haastattelukerrasta. Elämänlaadun tulokset on avattu määrällisen menetelmän lisäksi laadullisella ymmärtämisellä, jossa käytimme pohjana Allardtin hyvinvointiteoriaa.

## **2 IKÄÄNTYNEIDEN ELÄMÄNLAATU JA KOTONA ASUMINEN**

Ikääntyneen itsenäinen elämä koostuu elämisenlaadusta, psyykkisestä hyvinvoinnista ja tyytyväisyydestä. Vanhuus koetaan alkavaksi silloin, kun tunteiden, toiminnan ja ajatusten hallinta heikkenee. (Karjalainen & Kukkonen 2005, 284.) Myös fysiologinen toimintakyky voi vähentyä ja sosiaalinen toimintaympäristö kaventua. Vanhuuden tuomista toiminnan rajoitteista ikääntynyt voi selvitä saamalla konkreettista apua, mutta myös saamalla tukea henkisiin voimavaroihin. Ikääntyneiden parissa tehtävän vanhussosiaalityön perusteissa on tavoitteena auttaa ikääntynyttä lisäämään omaa selviytymiskykyään, vaikka toiminnanvajavaisuutta ja raihnaisuutta saattaisikin ilmaantua. (Koskinen 2004, 26; Heikkinen 2008, 404)

Suurin osa ikääntyneistä elää hyvää vanhuutta, ja he ovat tyytyväisiä elämäänsä. Riskitekijöitä hyvinvoinnin ja elämänlaadun uhkaan ovat tyypillisesti pienet tulot, terveysongelmat, toimintakyvyn heikkeneminen, yksinäisyys ja masennus. Elämänlaadun heikkenemisen uhkana koetaan lisäksi heikot asuin- ja ympäristöolot sekä palveluiden puuttuminen ja julkisen liikenteen huono saatavuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 77.)

Elämänlaatu merkitsee ikääntyneelle hyvää elämää ja sen edellytyksiä. Elämänlaatu on käsitteenä laaja, eikä sille löydy yksittäistä selitystä. Ikääntyneiden erikoistutkija Luoma (2008, 74) määrittelee elämänlaadun kokonaisuudeksi, johon kuuluvat terveys, elämän mielekkyys, aineellinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, tyytyväisyys, viihtyisä elinympäristö, hengelliset kokemukset ja suhtautuminen omaan toimintakykyyn sekä tarvittaviin palveluihin. Eloranta ja Punkanen (2008, 33) ovat huomioineet elämänlaadun kääntyvän ikääntyessä sosiaalisten suhteiden ja turvallisuuden arvostamiseen. Tämä johtunee suurilta osin sairauksien lisääntymisestä ikääntyneillä.

Elämänlaatu on ikääntyvästä itsestään lähtevä kokemus, subjektiivinen käsite, jossa ihminen käsittelee itseään eri ulottuvuuksien kautta. Näitä ulottuvuuksia ovat psyykinen, fyysinen, sosiaalinen hyvinvointi. (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri 2002, 510) Kivelä (2009, 12) puhuu elämän tasapainosta, jossa psyykinen tasapaino on oman subjektiivisen kokemuksen lisäksi yhteiskunnallista, yhteisöllistä ja kulttuurista ulottuvuuksien yhtymistä. Luoma puolestaan käsittelee psyykkistä ulottuvuutta oman vanhenemisen hyväksymisenä ja tyytyväisyytenä elämään. (Luoma 2008, 79 - 80.)

Eloranta ja Punkanen (2008, 33 - 34) muistuttavat, ettei elämänlaatu ole pelkästään fyysisen terveyden tuomaa hyvinvointia. Elämänlaatuun kuuluu kulttuurihistoriallinen ympäristö, joka peilaa jo elettyä elämää suhteessa omaan itseensä. Ikääntyneet ovat kokeneet Suomen historiassa sodan, pulan ja uudelleenrakentamisen. Kivelä puolestaan tuo esiin historialliset elämän tapahtumat, jotka tuovat arvon myös tähän päivään. Itsetunnon rakentuminen nousee onnistumisen kokemuksista, kuten myös voitetuista elämän rankoista kokemuksista. (Kivelä 2009, 167.)

## **2.1 Itsenäinen asuminen ja turvattomuuden tunne**

Suurin osa ikääntyneistä toivoo, että saisi asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Kuitenkin sairaudet ja toimintakyvyn lasku merkitsevät usein tuettuun asumiseen siirtymistä. Ikääntyneen oma motivaatio, läheisten

antama apu ja ulkopuolinen tuki mahdollistavat itsemääräämisoikeuden sekä itsenäisen elämän toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. (Laukkanen 2008; Luoma 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut keväällä 2008 ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen, jonka pääpaino on ehkäisevä toiminta ja kotona asumisen tukeminen. Lisäksi tavoitteena on lisätä ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden saamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 77) Useat ikääntyneet haluavat asua itsenäisesti omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Myös yhteiskunnalle tämä tulee edullisemmaksi. Kuitenkin tänä päivänä itsenäisesti omassa kodissa asuu yhä huonokuntoisempia ikääntyneitä. (Niemelä 2009, 26.)

Fyysisen ja sosiaalisen ympäristön merkitys kasvaa ikääntyneen itsenäisessä asumisessa. Sosiaalisissa suhteissa korostuvat naapurien sekä tuttujen antama apu ja läheisyys. Ikääntyneen toimintarajoitukset huomioiva esteetön asuinympäristö tukee ikääntyneen elämänhallintaa. Koskisen mukaan omassa kodissa asumista perustellaan muun muassa

- itsemääräämisoikeudella ja vapaudella
- itsenäisen elämän säilymisellä ja turvallisuudella
- sosiaalisten suhteiden säilymisellä
- tasavertaisuudella
- arvokkaalla elämällä ja arvostetuksi tulemisella
- oman minuuden vahvistumisella ja mahdollisuudella ilmaista omia tunteitaan

(Koskinen 2004).

Fyysisen asuinympäristön esteettömyys vaikuttaa ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Toimintarajoitteiden ehkäisyssä on tärkeässä osassa sairauksien varhainen tunnistaminen ja niiden tehokas hoito. Apuvälineillä voidaan palauttaa menetettyä toimintakykyä tai lievittää toiminnan vajetta. Fyysisen asuinympäristön turvallisuus, virikkeellisyys ja lämminhenkisyys

auttavat ikääntynyttä asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Helin 2008, 427; Luoma 2008, 81.)

Muistikuntoutujan omassa kodissa asuminen vaatii huolellista suunnittelua. Toimintakyvyn lasku sekä askeleen hidastuminen ja madaltuminen altistavat puolestaan tapaturmille. Muistamattomuus voi sinällään aiheuttaa erilaisia vaaratilanteita, kuten lieden päälle jäämisen, vesihanauksen auki jättämisen, avaimen unohtamisen sisätiloihin ja oven avaamisen tuntemattomille. Kotona tapahtuvista muutostöistä tulisi sopia yhdessä muistisairaana kanssa. (Kotilainen, Topo & Hurmasti 2008, 108 - 110)

Muistikuntoutujan turvallinen asuminen omassa kodissa edellyttää varhaista diagnostiikkaa, hyvää hoitoa sekä elämänlaadun tavoitteellista tukemista (Vuori & Heimonen 2007, 6). Yksin kotona asuva muistikuntoutuja kokee asumisensa turvallisiksi, kun hän tietää avun olevan saatavissa hädän hetkellä. Tämä edellyttää, että muistikuntoutujalla on käytettävissä väline, jolla saadaan tuotetuksi tietoa apua tarvitsevasta tilanteesta ja jolla tietoa voidaan välittää eteenpäin. (Äyväri 2009, 17.)

## **2.2 Muistisairaudet**

Muistibarometri 2010 mukaan vuosittain Suomessa sairastuu muistisairauksiin noin 13 000 ihmistä. Käypä hoito-suositus vuodelta 2010 arvioi, että 120 000 suomalaisen ihmisen kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt. Suomalaisista keskivaikean tai vaikean muistisairauden vaiheessa on 85 000 henkilöä ja alkavan muistisairauden vaiheessa on 35 000 henkilöä. Väestötutkimuksen mukaan heistä kotona asuu noin 70 000, joka on 60 % Suomen muistisairaista ihmisistä. Muistisairaista jopa puolet asuu yksin. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 10; Muistibarometri 2010, 5.)

Voidaan ajatella, että muistisairaudet ovat lisääntyvä kansantauti Suomessa ja ikääntyneiden määrän lisääntymisen myötä tulee olemaan haaste kuntien palvelujärjestelmälle. Laitoshoito tulee maksamaan yhteiskunnalle enemmän

kuin muistisairaana itsenäinen asuminen. Muistisairaudet aiheuttavat yleensä ikääntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Ne ovat pääsyy ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon. (Vuori & Heimonen 2007, 6; Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 9)

Ikääntymisen myötä erilaiset muistihäiriöt lisääntyvät keskushermoston toiminnan hidastuessa. Muita muistin toimintaan heikentäviä tekijöitä ovat Suutaman (2008, 195) mukaan passiivisuus, ärsykkeiden ympäristö, muistin vähäinen käyttö, motivaation puute, kielteiset asenteet, masennus, sairaudet, huono kunto, liikunnan puute, väsymys, unettomuus ja heikko ravinto. Muistihäiriöt eivät ole ensisijainen ongelma muistisairauksissa, mutta sairauksien edetessä muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminta heikkenee erittäin voimakkaasti. Muistisairausta kuulee puhuttavan "dementikkoina", vaikka dementialla tarkoitetaan tilaa, jossa useampi kuin yksi muistin ja tiedonkäsittelyn toiminto on heikentynyt verrattuna aikaisempaan suorituskäyttöön (Aho, Pirttilä & Puurunen 2009).

Vakavammat muistinhäiriöt voivat johtua aivoja rappeuttavasta sairaudesta. Näitä ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen dementia (aivojen verenkierröllinen häiriö) ja frontotemporaaliset degeneraatiot (aivojen otsalohkon alueella) (Suutama 2008, 195 - 197). Alzheimerin tauti on yleisin etenevästä muistisairauksista, joka lisääntyy iän myötä. Jopa 70 % muistioireista on peräisin Alzheimerin taudista, jonka varhaisia oireita ovat lähimuistin häiriöt ja oppimisvaikeudet. Tauti etenee hitaasti ja tasaisesti. Oireet lisääntyvät hiljalleen tiedonkäsittelyssä, tiedon tajuamisessa ja muistamisessa. Taudin eteneminen myös vähentää omatoimisuutta. Alzheimerin tautiin on lääkitys, mutta se ei paranna tautia, vaan hidastaa oireiden pahenemista. (Aho ym. 2009; Duodecim 2010.)

### **2.3 Sosiaalinen eristäytyneisyys ja mielialavaikkeudet**

Sosiaalinen yhteydenpito on tärkeää arjessa selviytymisen kannalta. Ikääntynyt on tottunut asumaan ja pärjäämään yksin, joten avun ja palvelujen

vastaanottaminen voivat olla vaikeata (Vuori 2007, 66). Kivelä on huomionut, että ikääntyneet ihmiset tuntevat yksinäisyyttä melko usein. Suuret elämänmuutokset, kuten leskeys, yksinasuminen, sosiaalinen eristäytyneisyys sekä sairaudet ovat yleisiä syitä, jotka saattavat aiheuttaa yksinäisyyden tunteen. Kivelän mukaan yksinäisyyden tunne aiheuttaa omakohtaista kärsimystä sekä heikentää elämänlaatua. Mielialan laskun vaarana on fyysisten sairauksien puhkeaminen, joka johtaa lääkärikäynteihin ja turhien psyykelääkkeiden käyttöön. Psyykelääkkeet puolestaan aiheuttavat erilaisia haittavaikutuksia, kuten kognitiivisen kyvyn ja muistin heikentymistä. Lääkitys voi aiheuttaa haittavaikutuksien lisäksi vaaratilanteita, kuten kaatumista tasapainon heikentyessä. Fyysinen kunto voi jopa heikentyä virheellisen hoidon takia. Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys saattavat altistaa masennuksen puhkeamiselle. (Kivelä 2009, 46 - 47.)

lökkäiden mieliala vaikuttaa heidän kotona selviytymiseensä. Optimistinen, valoisa mieliala vaikuttaa myönteisesti itsensä huolehtimiseen. Riitta-Liisa Heikkinen korostaa, että ikääntyneillä, jotka tiedostavat omat voimavaransa, on parempi mahdollisuus säilyttää itsenäisyys. Itsenäisyys säilyy vakavasta sairaudesta huolimatta. Omien voimavarojen löytäminen ja niistä huolehtiminen edistää ikääntyneen terveyttä, toimintakykyä ja mielen hyvinvointia. (Heikkinen R.-L. 2008, 455 - 456.)

Masennustilan hoidossa omaisten osallistuminen hoitoon on tärkeää. Toimintakyvyn lasku ja omatoimisuuden heikentyminen voivat johtaa siihen, että asioita aletaan tehdä muistisairaana puolesta. Sirkka-Liisa Kivelä toteaa, että tämä virheellinen toiminta saattaa voimistaa masennusta. Tällöin ikääntynyt tarvitsee ympärilleen itsetuntoa vahvistavan, kannustavan ja empaattisen sosiaalisen verkoston. (Kivelä 2009, 231.)

Muistisairauden alkuvaiheessa tietoisuus oman muistin heikkenemisestä, toimintakyvyn menettämisestä sekä pelko selviytymisestä tulevaisuudessa askarruttavat mieltä. Lievää muistisairautta sairastavien tyypillisiä masennuksen oireita ovat alavireisyys, masentuneisuus, kuolemantoiveet ja itsetuhoajatukset.

Kivelä toteaa, että muistisairailta masennus on yleistä. Sairaus voi puhjeta alkuvaiheessa tai myöhemmin muistin huononemisen edetessä. (Kivelä 2009, 224 - 225.)

### **3 HYVINVOINTITEORIAM**

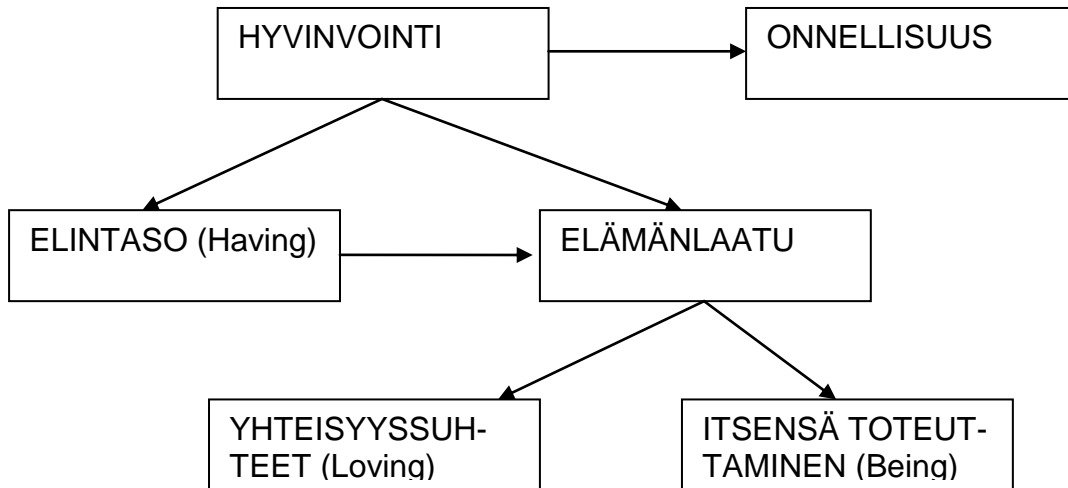
Monissa lähteissä mainitaan sanat "hyvinvointi" ja "elämänlaatu" toistensa synonyymeina. Elämänlaatu kuitenkin käsitetään subjektiivisena kokemuksena, kun hyvinvointi on puolestaan moniulotteisempi käsite (Raunio 2003, 307). Seppänen korostaa hyvinvoinnin perustuvan ihmisen elämän perusturvallisuuden osa-alueisiin. Ikääntyvän ihmisen hyvinvoinnissa terveydelliset ja sosiaaliset elämän osa-alueet kietoutuvat yhteen. Hyvinvointia voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta; objektiivisesta näkökulmasta (ulkopäin) ja subjektiivisesta näkökulmasta (oma näkemys). Seppänen nostaa esiin ikääntyneiden merkittävimiksi hyvinvoinnin kannalta terveyden, perhesuhteet ja läheiset ihmissuhteet. Muita merkittäviä hyvinvoinnin osa-alueita ovat luonto, koti, uskonto ja mahdollisuus tehdä itse omaan elämään vaikuttavat päätökset. (Seppänen 2010, 220 - 221.)

Koska hyvinvoinnista ei ole vain yhtä teoriaa, on tässä opinnäytetyössä nostettu esiin Allardtin hyvinvointiteoria (Allardt 1976) ja sitä tukemaan on otettu Kahn'in ja Rowenin onnistuva vanheneminen-käsite (Heikkinen E. 2008). Vaikka Allardtin hyvinvointiteoria on 35 vuotta vanha, on Allardtin hyvinvoinnin käsitekartta edelleen käytössä. Allardtin hyvinvointiteoria ja onnistuva vanheneminen-teoria ovat laajasti tunnettuja ja tuovat hyvin esiin hyvinvoinnin sisällön.

Erik Allardt on suomalainen sosiologi, joka on vuonna 1976 määritellyt ihmisen hyvinvointia. Hyvinvointi on tila, jossa ihmisellä on mahdollisuus ja tarve saada omat keskeiset tarpeensa tyydytyiksi. Tarpeiksi Allardt määrittelee konkreettiset toivomukset, jotka liittyvät ihmisen koko olemassaoloon. (Allardt 1976, 21 - 22.)

### 3.1 Allardtin hyvinvointiteoria

Hyvinvoinnin Allardt avaa hyvinvointi, onnellisuus, elintason ja elämänlaatu - käsitteiden avulla. Ihmisen hyvinvointi on kokoava käsite elintasolle ja elämänlaadulle. Kuviossa 1 on Allardtin hyvinvointiteoriasta muokattu käsitekartta, johon on lisätty onnellisuus-käsite.



Kuvio 1. Allardtin hyvinvointiteoriasta käsitekartta

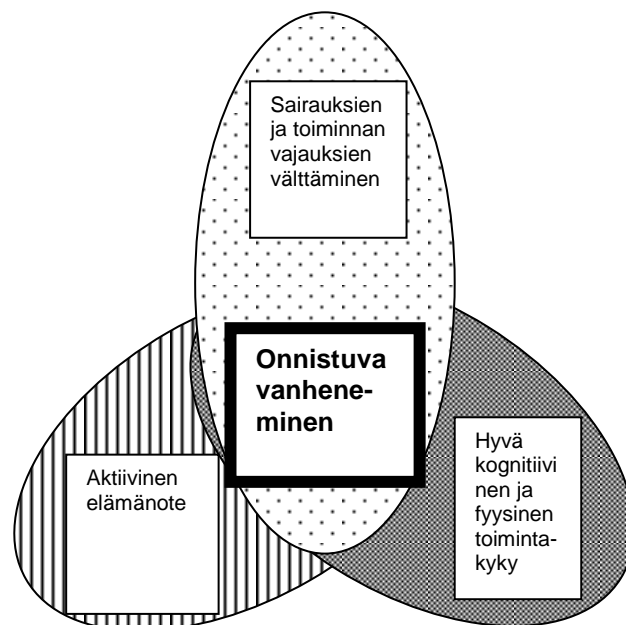
Vasemmalla on materialistinen maailma ja oikealla on subjektiivinen kokemusmaailma. Lisäksi kuvioon 1 on liitetty erityyppisten tarpeentyydytyksen luokitukset: elintaso, yhteisyyssuhteet ja itsensä toteuttamisen tasot. Onnellisuus on haluttu nostaa esiin, koska onnellisuus on Allardtin mukaan hyvin subjektiivinen kokemus. Onnellisuus eroaa hyvinvoinnista sillä, että hyvinvointi on pysyvämpi olotila, kuin hetkeen sidottu onnellisuus. (Allardt 1976, 34.)

Elämänlaatu on Allardtin mukaan tunne ja kokemus subjektiivisista kokemuksista ja tunteista. Vastakohtana elämänlaadulle on elintaso, joka on materiaalisempaa tarpeentyydytystä. Elintaso koostuu aineellisista ja persoonattomista resursseihin liittyvistä tarpeista. Kaikki ihmiset tarvitsevat fysiologisia perustarpeita, ruokaa, juomaa, ilmaa ja turvallisuutta. Nämä ovat

hyvinvointivaltiossa lähtökohtana, joten Allardt lähtee tarpeiden tyydyttämisen toimintatarpeista. Näitä elintason kuuluvia osatekijöitä on Allardt mukaan viisi; tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Yhteisyyssuhteet ovat ihmisen perustarpeisiin kuuluva tarve toveruudesta. Sosiaalisten suhteiden verkosto auttaa solidaarisuuteen ja välittämään kanssaihmisistä. Yhteisyyssuhteiden kolme osatekijää ovat: paikallisyhteisyys, perheyhteisyys ja ystävyysuhteet. Itsensä toteuttaminen ja oman itsensä kehittäminen ovat keskeisessä osassa hyvinvointia. Pohjoismaissa ihmisen arvo määräytyy pitkälti kulttuurin lähtökohdasta arvostaa ihmistä hänen saavutustensa perusteella. Neljä osatekijää itsensä toteuttamisessa ovat; status yhteiskunnassa, korvaamattomuus, mielenkiintoinen vapaa-ajan tekeminen ja poliittiset resurssit. Allardt käyttää yksilö-ajattelua poliittisen resurssien käsitteessä. Yksilö-ajattelu mahdollistaa ihmisen mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäänsä. (Allardt 1976, 32, 39 - 43, 46 - 50.)

### 3.2 Onnistuva vanheneminen

Onnistuva vanheneminen on noussut kansainväliseksi käsitteeksi vanhusten huollossa. Eino Heikkinen (2008, 404) kertoo onnistuvan vanhenemisen (succesful aging) olevan Rowen ja Kahn'in käsite (kuvio 2), joka on otettu käyttöön vuonna 1987.



Kuvio 2. Onnistuvan vanhenemisen osat Rowen ja Kahn'in mukaan (Heikkinen E. 2008, 404)

Onnistuva vanheneminen on jaettu kolmeen eri pääkomponenttiin: aktiivinen elämänote, hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky ja sairauksien ja toiminnan vajauksien välttäminen. Kuviossa 2 näkyy kolme pääkomponenttia, joista jokainen osa on yhtä tärkeä onnistuvassa vanhenemisessä. (Heikkinen E. 2008, 404.)

Aktiivinen elämänote on sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä ja uusien toimintojen oppimista. Hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky on fyysisen aktiivisuuden ylläpitämistä. Sairauksien ja toiminnan vajauksien välttäminen on haasteellista, mutta tyytyväisyys elämään voidaan saada sopeutumalla sairauksiin ja toiminnan vajavaisuuksiin. Aktiivinen elämänote on tärkeää, kun pyritään ylläpitämään ja parantamaan itsenäistä selviytymistä sekä asumista. Aktiivinen elämänote sisältää fyysisen aktiivisuuden, sosiaalisten verkostojen ylläpitämisen ja kyvyn olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Aktiivinen elämänote ehkäisee yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. Tukemalla aktiivista elämänotetta tuetaan elämän tarkoituksellisuuden löytymistä. (Heikkinen E. 2008, 403 - 405, 407.)

## **4 HYVINVOINTITEKNOLOGIA**

Teknologialla tarkoitetaan erilaisten välineiden keksimistä ja valmistamista sekä välineiden hyödyntämistä ja kehittämistä. Teknologia ei ole pelkästään tietoteknisiä ratkaisuja, vaan siihen kuuluvat suunnittelusta käyttöön liittyviä toimia. Hyvinvointiteknologian tavoitteena on ylläpitää tai parantaa ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia ja terveyttä. Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan useita osa-alueita, joita ovat

- apuvälineteknologia
- kommunikaatio- ja informaatioteknologia

- sosiaaliset teknologiat ja turvallisuus
- terveysteknologia
- esteetön suunnittelu ja Design for All (kaikille soveltuva suunnittelu)
- asiakas- ja potilasjärjestelmät.

(Ahtiainen & Auranne 2007, 10 - 11.)

Ikääntyneiden yhteydessä on käytetty geroteknologia tai geronteknologia - käsitteitä. Molemmat käsitteet ovat käyttökelpoisia ja tarkoittavat samaa asiaa. Geronteknologia kuuluu useihin hyvinvointitekniikan osa-alueisiin, kuten terveysteknologiaan, apuvälineteknologiaan ja turvallisuuteen. Gerontekniikan tarkoitus on, että ikääntynyt pystyy toimimaan ja haluaa toimia itsenäisesti. Gerontekniikan tavoitteena on kehittää ikääntyneille soveltuvaa teknologiaa, jolla ennaltaehkäistään ongelmia ja tuetaan ikääntyneen vahvuuksia sekä tuetaan ikääntyneiden parissa tehtävää hoivatyötä. (Ahtiainen & Auranne 2007, 10, 12 - 13.)

Hyvinvointitekniikalla muistikuntoutujan arjessa tarkoitetaan asuinympäristöä ja siihen kuuluvia esineitä, järjestelmiä sekä toimintatapoja. Hyvinvointitekniikalla halutaan viitata johonkin positiiviseen asiaan, jolla pyritään parantamaan muistisairaan elämänlaatua ja edistämään sitä. Tekniikan turvin halutaan tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään, ja tekniikka on yksi apuväline laitostumisen ajankohdan siirtämiseen. Tekniikalla halutaan myös tukea ihmisen toimintaa ja toimintakykyä. (Topo 2008, 515.)

#### **4.1 Hyvinvointitekniikka muistisairaan arjessa**

Muistikuntoutujalle suunnattu tekninen laite täytyy olla tarkkaan suunniteltu. Käyttäjältä ei voida edellyttää vaativia muistiin perustuvia suorituksia, koska hänen kognitiiviset taitonsa voivat olla huonontuneita. Laitteessa saa olla näkyvillä vain se informaatio, jota muistikuntoutujan odotetaan käyttävän sillä hetkellä. Tarkka informaatio helpottaa käyttämistä, koska muistikuntoutujalla on lyhyt lähimuisti. Lisäksi laitteessa ei saa olla mitään ylimääräistä, joka vie

muistikuntoutujan huomion tehtävästä asiasta. Laite ei myöskään saa olla liian nopea, jotta muistikuntoutuja ehtii reagoimaan annettuun tehtävään. Laitteen toimintojen on oltava riittävän erillään toisistaan, jotta muistikuntoutuja pystyy laitetta käyttämään. Laitteen on oltava helppokäyttöinen, koska käyttäjällä saattaa olla käden vapinaa, apraksiaa (liikesarjojen suorittamisen vaikeus) tai huono koordinaatio. (Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2000, 35.)

Muistisairaudet voivat lisätä apuvälineiden käytön tarvetta. Kuitenkin muistisairaus vaikeuttaa apuvälineiden käyttämistä ja oppimista. Ohjaus ja opastus laitteiden käytössä on tärkeä. Oikeanlaisella apuvälineellä voidaan tukea muistikuntoutujan päivittäistä toimintaa ja toimintakykyä. Muistisairauden vuoksi teknologian ja apuvälineiden käyttöön liittyy erityisvaatimuksia. Käytön tulee olla mahdollisimman helppoa muistisairaalle. Silti helppokäyttöisyys ei takaa, että käyttö onnistuisi toivotulla tavalla. (Kotilainen ym. 2008, 110 - 112.)

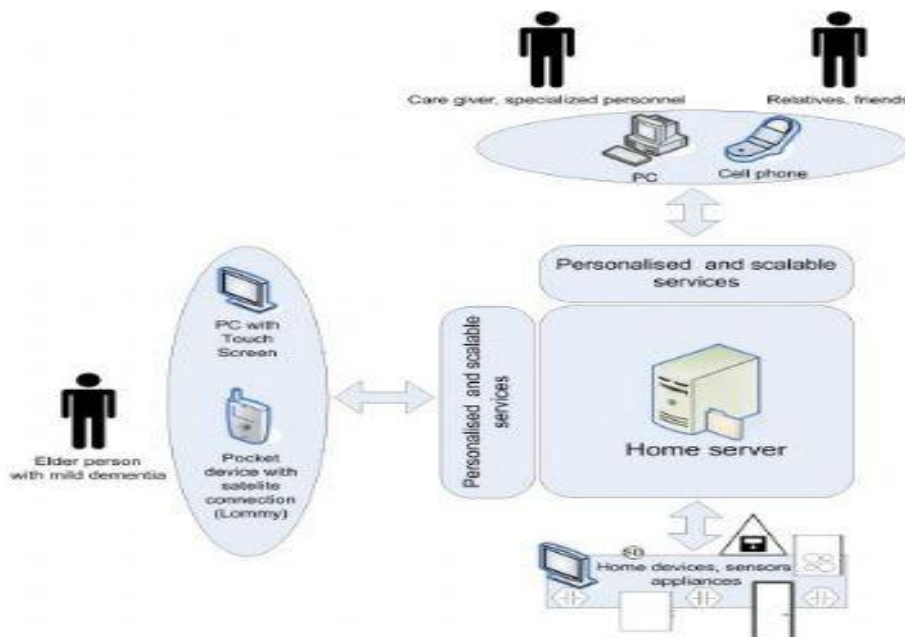
Teknologiaa voi hyödyntää muistikuntoutujan lisäksi myös hänen omaisensa. Siksi on tärkeää, että teknologia on luotettavaa ja että sen käyttö on helppoa. Yleisemmin muistikuntoutujalla on käytössään turva- ja seurantateknologia. Vaaratilanteissa omainen saa hälytyksen, esimerkiksi omaan puhelimeensa. Muistisairauden tuomat haasteet on huomioitava arjessa, kuten ajan ja paikanorientaatio, muistin lyhytkestoisuus sekä levottomuus ja ahdistuneisuus. Erilaisten hälyttimien on oltava sellaisia, että muistikuntoutuja ei säikähdä niiden ääniä tai valoja. (Kotilainen ym. 2008, 112.)

#### **4.2 ISISEMD-projekti**

ISISEMD (Intelligent System for Independent living and SEIfcare of seniors with cognitive problems or Mild Dementia) on Euroopan komission rahoittama hanke, jossa tuetaan lievää muistisairautta sairastavien ikääntyneiden kotona selviytymistä. Projekti kestää kokonaisuudessaan 2,5 vuotta. Projekti on alkanut 1.3.2010, ja se kestää 30.8.2011 saakka. EU ja osallistuvat tahot ovat rahoitusviranomaisina projektissa. Osallistuvia tahoja ovat muun muassa Alcatel-Lucent ja Hewlett Packard tuotannon osalta, johtamisvastuun kantaa

Pohjois-Tanskan EU-toimisto sekä mukana on myös pk-yrityksiä ja järjestöjä. Yhteensä projektiin kuuluu 12 kumppania julkiselta ja yksityiseltä sektorilta. Pilottina projektiin osallistuvat Suomesta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Eksote) vanhustenpalvelut, Lappeenranta ja Pohjois-Irlannista Belfast, Tanskasta Frederikshavn sekä Kreikasta Trikala. Tutkimus kestää yhden vuoden. Suomessa tehtävästä tutkimustyöstä on vastuussa projektipäällikkö Katja Rääpysjärvi Eksoltelta. (Rääpysjärvi & Tepponen 2010; ISISEMD.)

Projektissa on rakennettu Internet-pohjainen järjestelmä, jossa eri teknologian apuvälineet kootaan yhden päätelaitteen hallittaviksi. Kuviossa 3 on nähtävissä ISISEMD-järjestelmän käyttäjät ja laitteet. Erillisiä apuvälineitä palvelimella ovat oivhälytin, liesivahti, kulunvalvonta, kosteusvahti, paloilmoin ja turvapainike, joka on sisällytetty paikantimeen. Palvelu räätälöidään jokaiselle muistikuntoutujalle yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Projektin tavoitteena on testata palvelua ikääntyneille, muistisairaille tai henkilöille, jotka kärsivät kognitiivisista muistin häiriöistä. (Rääpysjärvi & Tepponen 2010.)



Kuvio 3. ISISEMD -järjestelmän käyttö (ISISEMD 2011)

Järjestelmän tavoitteena on tukea ja auttaa muistikuntoutujan itsenäistä asumista omassa kodissaan, luoda turvallinen elinympäristö sekä tukea sosiaalista kanssakäymistä. Näin vältetään riskejä omassa kotona ja estetään sosiaalista syrjäytymistä. Kuten kuvioista 3 näkee, palvelimen avulla muistisairas voi pitää yhteyttä omaisiinsa ja ystäviinsä sekä myös hoitohenkilökuntaan. Omaisen pitää yhteyttä tehokkaammin omalta päätteeltään välimatkasta huolimatta. Järjestelmän tavoitteena on vähentää omaisen huolen määräänsä hoidettavasta, koska laitteen avulla omaisen saa ajan tasalla olevat tiedot muistisairaana tilasta ja selviytymisestä kotona. (ISISEMD 2011.)

Projektiin valittujen muistikuntoutujan kotiin asennettiin kosketusnäytöllinen tietokone, josta muistikuntoutuja pystyy muun muassa kuittaamaan omaisen kirjoittaman viestin. Omaisen käyttää Internet-pohjaista käyttöliittymää, jonka kautta pystyy kirjoittamaan viestejä ja lisäämään tai poistamaan muistutuksia ja hälytyksiä. Muistikuntoutujan näyttöön tulee esiin omaisen kirjoittamat muistutukset. Muistutusten lisäksi näyttöön voidaan laittaa valokuvia ja pelejä. Näiden lisäksi näytössä on hälytyspainike, josta hälytys ohjautuu omaiselle tai hoitajalle. Muut tärkeät hälytykset menevät suoraan omaisen matkapuhelimeen, esimerkiksi savuhälytys tai kaatuminen. (Rääpysjärvi & Tepponen 2010.)

Projektin tarkoituksena on kehittää uudenlaista teknologiaa ikääntyneiden itsenäiseen selviytymiseen kotona. Itsenäisen elämisen mahdollistamiseen kuuluu myös elämänlaadun kohentuminen. Palvelun tarkoituksena on vahvistaa sosiaalista kuuluvuutta ja tuottaa turvallisuutta ikääntyneelle hänen omaan kotiinsa ja sitä kautta myös hänen omaisilleen. Itsenäisen asumisen ja sosiaalisen turvallisuuden lisäksi ISISEMD-projekti haluaa vähentävänsä omaisten taakkaa ja huolta läheisistään. Projektin käytössä oleva palvelu on nimeltään CareBox. Palveluun on integroitu muistutustoimintoja, kuvapuhelinyhteys, erilaista valvontaa, palohälytykset sekä kosteusanturit. Palveluiden lisäksi CareBoxin avulla voidaan paikantaa muistikuntoutujan ulkona liikkuminen sekä voidaan seurata sängyn anturin avulla unen määrää. (Rääpysjärvi & Tepponen 2010; ISISEMD 2011)

## **5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI**

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä työelämän kanssa ja yhteistyö oli koko ajan tiivistä. Mielenkiinto, hyödynnettävyys ja työelämälähtöisyys innostivat yhteistyöhön ryhtymistä. Hyvinvointiteknologiaohjaaja Mika Mitikka ISISEMD-projektista lupautui opinnäytetyön työelämävastaavaksi. Elämänlaatu-kysely kuului yhtenä oleellisena osana projektiin. Kyselyn vastauksia raportoitiin projektille useaan kertaan. Sosionomiopiskelijat (AMK) otettiin mielellään mukaan projektiin arvioimaan muistisairaana elämänlaatua. Raportoinnin lisäksi opinnäytetyötä esiteltiin ISISEMD-kokouksessa Lappeenrannassa 1.9.2010.

Opinnäytetyö lähti liikkeelle loppuvuodesta 2009, kun projektipäällikkö Katja Rääpysjärvi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiedusteli halukkuuttamme tehdä opinnäytetyö ISISEMD-projektiin. Opinnäytetyö rajautui osana projektia elämänlaadun kartoittamiseen. ISISEMD-projektille myönnettiin Lappeenrannan Eettiseltä neuvostolta tutkimuslupa 3.12.2009. Tutkimusluvassa oli hyväksyntä opinnäytetyölle, jossa selvitetään ISISEMD-palvelun tuomia elämänlaadun muutoksia. Tutkimusluvasta projektipäällikkö Rääpysjärvi antoi lausunnon, joka on liitteenä (Liite 1).

Tässä opinnäytetyöprosessi-luvussa kuvataan opinnäytetyön etenemistä. Opinnäytetyön selvityskysymysten jälkeen käsitellään tarkemmin kohderyhmää ja aineistoa. Kysely elämänlaadusta on avattu, ja on kerrottu, miten kyselyn tekijä (Rebecca Logsdon 2002) on validoinut, eli arvioinut kyselyn pätevyyden muistisairailta.

### **5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja selvityskysymykset**

Sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaus on tukea kotihoitoa. Valtioneuvosto käynnisti vuonna 2005 kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen PARAS-hankkeen, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveysalan palvelurakenteen

järkeistäminen. PARAS-hankkeen pyrkimyksenä on ollut turvata väestön terveys, hyvinvointi ja palvelut. (Lehtelä 2008,152) Lappeenrannan vanhuspoliittinen strategia vuodelta 2006 kertoo määrällisiksi tavoitteiksi sen, että 94–96 % 75 vuotta täyttäneistä asuisi kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa vuoteen 2015 mennessä (Lappeenrannan seniori-info 2011).

PARAS-hankkeen yhteydessä Etelä-Karjalaan perustettiin 1.1.2010 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, eli Eksote. Piiri tuottaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelut Lappeenrannan, Lemin, Luumäen, Parikkalan, Rautjärven, Ruokolahden, Savitaipaleen ja Taipalsaaren kunnissa. Imatra on mukana Eksotessa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta.

Teknologiaa muistikuntoutujien arjessa on alettu hyödyntää enemmässä määrin. Laitteiden suunnittelu ja käyttöönotto vaatii kokemusta ja tutustumista niin ammattilaiselta, omaiselta kuin itse asiakkaalta. Halusimme saada opinnäytetyöhön muistikuntoutujan oman mielipiteen, kun heille kehitettiin uusia palvelukonsepteja. Etenevän muistisairauden otimme huomioon liittämällä omaisten arviot tukemaan muistikuntoutujien kokemuksia. Näin hoitoteknologiaa voidaan kehittää osaksi muistikuntoutujan arjen apuvälineeksi. Tämän lisäksi teknologia auttaa omaishoitajaa heidän arjessaan.

Erilaisia teknologiaan liittyviä laitteita kehitetään jatkuvasti, ja niiden määrä lisääntyy ikääntyneiden kodeissa. Näillä laitteilla voidaan lisätä ikääntyneen itsenäisyyttä ja turvallisuutta, mutta myös auttaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä. Suhonen, Ahtiainen ja Siikanen (2007) huomauttavat, että vaikka sosiaali- ja terveysalan teknistyminen on näkyvää, ei koulutuksessa kuitenkaan panosteta hyvinvointiteknologia-teemaan. Vastasimme tähän haasteeseen ottamalla osaa pilottihankkeeseen, jossa ikääntyneiden itsenäistä kotona selviytymistä tuettiin teknologialaitteen, CareBoxin, avulla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä vastauksia elämänlaadussa tapahtuviin muutoksiin. Ajanjakso oli vain vuosi, mutta sillä haluttiin varmistaa, että

muistisairaus olisi samantasoinen koko hankkeen ajan. Opinnäytetyössä tarkoituksena oli katsoa ja raportoida, mitä tapahtuu muistikuntoutujan elämänlaadussa tietyssä ajassa. Tässä opinnäytetyössä on selvitetty melko uutta asiaa, muistikuntoutujan elämänlaatua CareBox-laitteen käytön aikana. Selvityskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaiseksi muistikuntoutujat kokevat elämänlaatunsa?
2. Mihin elämänlaadun osa-alueisiin hyvinvointiteknologia on vaikuttanut?
3. Onko hyvinvointiteknologiasta apua muistikuntoutujan elämänlaadun kohottajana?

Opinnäytetyö on selvitys, jossa tarkoitus on katsoa, mitä tapahtuu tietyn ajanjakson aikana. Samalla etsitään uusia näkökulmia muistisairaiden elämänlaatuun. Menetelmästrategiana opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista, eli laadullista menetelmää. Laadullisen selvityksen piirteet Hirsjärvi, Remes ja Rajavaara perustelevat kokonaisvaltaisella tiedon hankinnalla, joka toteutetaan todellisessa tilanteessa. Laadullisessa selvityksessä haastattelujoukko on tarkasti perusteltu sekä rajattu. (Hirsjärvi, Remes & Rajavaara 2009, 138, 164.) Opinnäytetyön elämänlaatua koskevat vastaukset tulivat pisteinä, jolloin opinnäytetyömme sisälsi myös kvantitatiivisen eli määrällisen menetelmän.

Toivonen kirjoittaa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusten eron olevan epätarkka. Yleispiirteeksi Toivonen toteaa kvalitatiivisen tutkimuksen keskittyvän "pehmeisiin arvoihin" ja kvantitatiivisen tutkimuksen "koviin arvoihin". (Toivonen 1999, 98 - 99.) Tästä syystä vastaus-pisteet on avattu myös sanallisiksi tuloksiksi. Vastauspisteet saatiin kvantitatiivisen menetelmän tuloksina, mutta tulokset on avattu kvalitatiiviseen suuntaan. Tästä syystä opinnäytetyötä voidaan pitää triangulaationa. Triangulaatio on tutkimusmenetelmänä monia menetelmiä yhdistävä menetelmä (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 233). Tällä metodilla pääsee tutkittavan ääni esiin pelkkien pisteiden sijaan. Metsämuuronen (2008, 60) toteaa, useamman tutkimusmenetelmän tuovan tutkimukseen varmempaa tietoa. Siksi tässä työssä yhdistettiin laadullisen ja määrällisen menetelmä toimivaksi kokonaisuudeksi.

## 5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohdejoukko valittiin Lappeenrannan alueella asuvista ikääntyneistä. Kaikilla haastateltavilla oli diagnosoitu muistisairaus tai kognitiivinen häiriö. Eksoten muistipoliklinikan muistihoitajat Tarja Laine ja Tuija Liikka kokosivat haastateltavat yhteistyössä Joutsenon kotihoidon muistihoitaja Eija Tyrmin kanssa. Haastateltaville tehtiin muistitestit MMSE (Mini Mental Status Examination) ja MoCa (Montreal Cognitive Assesment). Hyvinvointiteknologiaohjaaja Mitikan mukaan MoCa-testin pisteraja oli 15/30, jolloin pystyi osallistumaan projektiin. Muistikuntoutujilta ja lähiomaiselta tarvittiin suostumus ja motivaatio osallistua projektiin. Jaottelu CareBox-tutkimusryhmään ja verrokkiryhmään tapahtui kesällä 2010 arpomalla.

ISISEMD-projektin alkuperäisenä tarkoituksena oli saada 10 muistikuntoutujaa omaisineen CareBox-tutkimusryhmään ja 10 muistikuntoutujaa omaisineen verrokkiryhmään. Koska muistisairaus on etenevä sairaus, se vaikutti myös CareBox-ryhmän ja verrokkiryhmän kokoonpanoon. Kolme asiakasta tutkimusryhmästä lopetti sairauden etenemisen takia. Yksi asiakas tuli tilalle, jolloin haastateltavien ryhmä oli seuraava:

- kahdeksan (8) asiakasta, joilla oli teknologiaaite
- kolme (3) asiakasta, jotka olivat verrokkiryhmässä.

Naisia osallistujista oli kymmenen ja miehiä yksi. ISISEMD-projektiin osallistuneiden iät olivat 65 - 90 vuoteen. Tarkempaa selvitystä tutkimusryhmäläisten ja verrokkiasiakkaiden sukupuolesta, iästä tai asumismuodosta ei tehty anonymiteetin takia. Voidaan todeta, että yksinasuvia oli molemmista ryhmistä suurin osa. Osallistujia oli maaseudulta ja kaupungista, ja kaikki osallistujat olivat Lappeenrannan alueelta.

Verrokkiryhmä oli pieni (3 asiakasta) opinnäytetyön selvitykseen, joten tehtiin tammikuussa 2011 yhdessä projektipäällikkö Rääpysjärven ja

hyvinvointiteknologiaohjaaja Mitikan kanssa päätös, jossa päätimme jättää pois verrokkiryhmän opinnäytetyön analysoinnista. Jo mukana olleille verrokkiryhmän jäsenille ja omaisille tehtiin silti kaikki elämänlaadun haastattelut, kaikilta haastattelukierroksilta, koska ei katsottu hyväksi vaihtaa elämänlaadun haastattelijaa kesken ISISEMD-projektin. Helmikuussa 2011 projektiin saatiin lisättyä verrokki-asiakkaita, mutta näitä verrokkeja ei tavanneet opinnäytetyön merkeissä, vaan muistihoitajat ja projektipäällikkö tekivät uusille verrokki-asiakkaille elämänlaadun kyselyt. Syytä verrokkiryhmän alhaiseen osallistujamäärään oli vaikea arvioida, mutta projektipäällikkö Rääpysjärvi kertoi syyksi vaikeuden saada mukaan asiasta kiinnostuneita muistikuntoutujia ja omaisia. Toisaalta rekrytointiin vaikutti se tosiasia, ettei kaikille osallistujille voitu luvata CareBox-laitetta kotiin.

Mitikka kertoi, että ISISEMD-projektin tarkoituksena oli tutkia CareBox-laitteen toimintaa. Näin tutkimusryhmä, jolla oli CareBox-laite kotonaan, saatiin pidettyä täysimääräisenä. Elämänlaadun haastattelu -kyselyn lisäksi muistikuntoutujille ja heidän omaisille tehtiin muitakin kyselyjä. Nämä haastattelut ovat taulukko 1, josta käy ilmi, mitä haastatteluja projektin aikana tehtiin ja ketkä ne suorittivat.

Haastatteluja tekivät opinnäytetyön tekijöiden lisäksi Eksoten muistipoliklinikan ja kotihoidon muistihoitajat ja projektipäällikkö. Kaikkiaan ISISEMD-projektissa tehtiin kolme opinnäytetyötä.

Taulukko 1. Kyselyt ja haastattelut ISISEMD-pilotin aikana muistikuntoutujille ja omaisille

<b>Kysely/ haastattelu</b>	<b>Asiakas</b>	<b>Omainen</b>	<b>Kuka suoritti haastattelun</b>
Elämänlaatu	QOL-AD alussa, ½ vuoden kuluttua ja maaliskuussa 2011	QOL-AD alussa, ½ vuoden kuluttua ja maaliskuussa 2011	sosionomi- opiskelijat
Muistitestit	MMSE alussa		muistihoitajat

	MoCA alussa, ½ vuoden kuluttua ja lopussa		
Toimintakyky	ADL alussa ½ vuoden kuluttua ja lopussa		muistihoidajat
Kysely päivittäisistä toiminnoista	IADL alussa ½ vuoden kuluttua ja lopussa		muistihoidajat
Kysely tyytyväisyydestä	½ vuoden kuluttua ja lopuksi	½ vuoden kuluttua ja lopuksi	työharjoittelija ja projektipäällikkö
Zarit, kokemukset ja tuntemukset omaistaan hoitavalle		ZBI (Zarit Burden Interview) alussa, ½ vuoden kuluttua ja lopuksi	muistihoidajat
Käyttöönoton arviointi	nykytilan analysointi alussa ja käyttöönoton arviointi laitteen ollessa käytössä (maaliskuu 2011)	nykytilan analysointi alussa ja käyttöönoton arviointi laitteen ollessa käytössä (maaliskuu 2011)	ohjelmistotekniikan opiskelija (AMK) ja tietotekniikan DI-opiskelija

Elämänlaadun haastatteluiden osalta aloitus oli huhtikuu 2010 ja lopetus maaliskuu 2011. Koko projekti päättyy elokuussa 2011, jolloin saadaan tulokset kaikista neljästä Euroopan maasta, joissa oli projektiin osallistuvia loppukäyttäjiä. Haastattelut elämänlaadusta tapahtuivat kolmeen (3) kertaan; projektin alkuvaiheessa (huhtikuu 2010), keskivaiheessa (marraskuu 2010) ja lopussa (maaliskuu 2011). Elämänlaadun kyselyn viimeinen haastattelu tehtiin poiketen muista kyselyistä jo maaliskuussa 2011, koska tulokset elämänlaadusta tuli olla valmiit kesään 2011 mennessä.

Kahden asiakkaan alkuvaiheen haastattelu tapahtui syyskuussa ja joulukuussa 2010, koska he tulivat projektiin myöhemmin. Haastattelut tapahtuivat

asiakkaan kotona, jonne haastattelija saapui sovittuna aikana. Tapaamisaika oli sovittu aina lähiomaisen kanssa, joka oli paikalla. Kolmessa haastattelukohteessa lähiomainen asui toisella paikkakunnalla, ja tapaamista ei saatu sovitettua. Tällöin omaiselle oli lähetetty haastattelulomake sähköpostitse, ja haastattelija meni muistikuntoutujan kotiin pelkästään asiakasta haastattelemaan. Muistikuntoutujien lisäksi haastateltiin samalla lähiomaista omaisten elämänlaadun kyselyllä. Haastatteluiden pisteet muistikuntoutujilta ja omaisilta menivät myös projektipäällikölle tietoisuuteen. Tässä opinnäytetyössä käytettiin muistikuntoutujien ja omaisten haastattelupisteitä. Omaisten haastattelupisteet ovat tukemassa muistikuntoutujien omaa arviota elämänlaadusta.

Itse haastattelu kesti 15 minuuttia, mutta tilanteeseen oli varattu tunnista puoleentoista tuntiin aikaa. Riittävä aika toi haastattelutilanteeseen välittömän ja vapautuneen tunnelman. Tutustuminen ja kuulumisten kertominen olivat tärkeitä ikääntyneelle, ja näin saatiin aikaan onnistunut vuorovaikutuksellinen suhde. Kyselyn luotettavuuden takia asiakkaat jaettiin kahteen ryhmään, molemmille opinnäytetyön tekijöille oli omat haastateltavat. Omilla haastateltavilla saatiin aikaan luottamuksellisen ja vuorovaikutuksellisen ilmapiirin koko projektin ajaksi.

Huusko ja Pitkälä ovat pohtineet elämänlaadun arvioimista omaisten näkökulmasta. Omaisten on vaikea arvioida ikääntyneen elämänlaatua, koska he katsovat sitä oman arvomaailmansa kautta. Tutkijoiden mielestä omaiset jopa aliarvioivat läheistensä elämänlaadun. Ikääntynyt voi kokea elämänsä hyvin tyytyväiseksi sairaudesta huolimatta (Huusko & Pitkälä 2006, 19 - 20). Tästä syystä ISISEMD-projektissa muistikuntoutujalla ja omaisella olivat omat haastattelukyselyt. Omaisen täytti omaa kyselylomaketta samalla, kun haastattelija keskittyi muistikuntoutujaan ja hänen kyselyynsä. Omaisen ja muistikuntoutujan ollessa samassa tilassa oli etukäteen ohjeistettu, että kumpikin vastaa vain omaan kyselyynsä. Näin välttyttiin toisen vastauksiin vaikuttamiselta.

Luoma (2008, 76, 84) kirjoittaa, että muistisairaat jäävät usein elämänlaadun mittaamisen ulkopuolelle. Syynä tähän on muistisairauden eteneminen, jolloin muistikuntoutuja pystyy harvoin ilmaisemaan omia kokemuksiaan. Ohjeeksi Luoma esittää muistikuntoutujan kohtaamista ainutkertaisena yksilönä, jolloin kartoitetaan muistikuntoutujan kokonaistilanne. Haastattelut tapahtuivat yksilöhaastatteluna, mutta tilanteessa hyödynnettiin parihaastattelun hyviä puolia (Hirsjärvi ym. 2009, 210 - 211). Muistikuntoutujat olivat paljon vapautuneempia, kun omainen oli fyysisesti läsnä, vaikka ei vastannutkaan asiakkaan puolesta haastatteluun. Elämänlaadun kyselyssä ei kysytty muistinvaraisista asioista, joissa omaisen olisi pitänyt auttaa.

Aineiston keruu tapahtui kvantitatiivisiin menetelmiin kuuluvalla strukturoidulla haastattelulla, eli lomakehaastattelulla. Hirsjärvi, Remes, ja Sajavaara (2009, 208) toteavat strukturoidun haastattelun kysymysten etenemisen olevan ennalta määrättyssä järjestyksessä. Tässä työssä itse haastattelu oli näin helpompi, koska etenemisjärjestys oli haastattelijalle tuttu. Haastattelu paikan päällä, eli kontrolloitu haastattelu, toi mukanaan haastattelijalle etuja. Näitä etuja ovat Hirsjärveä, Remestä ja Sajavaaraa (2009, 195) mukaillen se, että haastattelijalla

- tapaa asiakkaat henkilökohtaisesti, pystyy luomaan vuorovaikutussuhteen.
- aikataulullisesti saa toimimaan haastattelutilanteen.
- pääsee luomaan asiakkaaseen luottamuksellisen ja avoimen suhteen, jolloin vastaukset ovat luotettavampia.
- voi korjata väärinymmärrykset jo paikan päällä.
- voi kertoa selvityksen tarkoituksesta.
- saavat täytetyt vastauslomakkeet heti mukaansa.

### **5.3 Kyselylomake: Quality of Life - Alzheimer Disease, R. Logsdon**

ISISEMD-projektiin kuului elämänlaadun kyselyt Quality of Life - AD - lomakkeella. Tämän elämänlaadun kyselyn on tehnyt Rebecca Logsdon Washingtonin yliopistosta. Quality of Life - AD on lyhyt, 13-kohtainen tarkka kysely, jolla saadaan luokiteltua muistisairaahan elämänlaatu. Elämänlaadun

kysely on erikoistunut mittaamaan Alzheimerin tautia sairastavien elämänlaatua. (Logsdon 1996.)

Elämänlaadun kyselyjä oli kaksi; muistikuntoutujan (Interview version for the person with dementia) ja omaisen (Questionnaire Version for the Family Member or Caregiver). Kyselyissä muistikuntoutuja tarkastelee omaa elämänlaatuaan ja omainen tai läheinen hoitaja tarkastelee muistikuntoutujan elämänlaatua. (Logsdon 1996.)

Quality of Life - AD on suomennettu yhteistyössä Muistiliiton, MAPI-instituutin, ISISEMD-projektityöntekijöiden ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Interview version for the person with dementia (Liite 2) on suomennettu haastatteluksi muistikuntoutujalle ja Questionnaire Version for the Family Member or Caregiver (Liite 3) on suomennettu haastatteluksi omaisille ja hoitajille. Tämän lisäksi on ohjeistus haastattelijalle (Liite 4), jota käytettiin haastatteluissa.

Elämänlaadun kyselyyn tuli seuraavat suomennokset elämänlaadun osa-alueille: fyysinen kunto, vireystaso, mieliala, asuinolosuhteet, muisti, perhetilanne, avioliitto, ystävät, itsetuntemus, kyky tehdä kotiaskareita, kyky tehdä asioita joista nauttii, taloudellinen tilanne ja elämän kokonaistilanne.

Logsdonin elämänlaadun haastattelu on kehitetty tarkastelemaan kognitiivisten häiriöiden vaikutusta elämänlaatuun. Elämänlaadun haastattelussa tarkoituksella käytetään yksinkertaista ja selvää kieltä. Vastaukset annetaan 4-portaisella asteikolla, joka on yhdenmukainen jokaisessa kysymyksessä. Kysymyksen esittäjän on oltava Logsdonin mukaan kokenut, vanhustyötä osaava henkilö. Haastattelut tulee tapahtua asiakkaan kotona, mieluiten siten, että omainen on haastattelutilanteessa eri huoneessa. (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri 2002, 510 - 512.)

Kysymyksiin oli tarkat ohjeet, jotka käsittelivät tarkemmin muun muassa avioliittoa ja kyselyyn vastaamattomuutta. Avioliitto-kohdassa Logsdon, Gibbons, McCurry ja Teri ohjeistavat naimattomia ja leskiä arvioimaan heidän

suhdettaan lähimpään omaiseen. Jos muistikuntoutuja ei pysty vastaamaan kahteen tai useampaan kysymykseen, haastattelija katsoo kyselyn epäonnistuneeksi. Tällöin kirjataan kommentteihin epäonnistumisen syy. (Logsdon ym. 2002, 512.)

#### **5.4 Quality of Life - Alzheimer Disease - Kyselyn käyttöönotto**

Rebecca Logsdon on validoinut Quality of Life AD -kyselyn luotettavuuden, toistettavuuden ja pätevyyden. Filosofian tohtori Logsdonin lisäksi työryhmään ovat kuuluneet filosofian tohtorit Laura Gibbons, Susan McCurry ja Linda Teri. Validoinnin tulokset ovat ilmestyneet vuonna 2002 Amerikan Psykosomaattisen yhdistyksen julkaisussa. Seuraavassa avataan Logsdonin työryhmän tutkimusaineistoa kyselyn käyttöönotosta. Logsdon työryhmineen (2002, 510, 513.) on elämänlaadun kyselyssä halunnut vertailla muistisairaana ja hoitajan tai omaisen arviota muistikuntoutujan elämänlaadusta. Lisäksi Logsdon työryhmineen halusi selvittää elämänlaadun arvion, kun muistisairaana elämässä tapahtui muutoksia. Tulokset antoivat tutkijoille arvokasta tietoa siitä, mitkä muutokset olivat toivottuja ja mielekkäitä muistisairaana arjessa. Hypoteesina Logsdonin ja ryhmän tutkimuksissa oli, että suuremmat pisteet elämänlaadussa vaikuttivat positiivisesti muistisairaana psyykkiseen tilaan, fyysiseen toimintakykyyn ja paransivat muistisairaana sosiaalisia suhteitaan.

Elämänlaadun kyselyn luotettavuus on arvioitu (N)177 muistisairaalla, joista 155 pystyivät vastaamaan kyselyyn. Niillä 22 muistisairaalla, jotka eivät pystyneet ymmärtämään kyselyä, muistipisteet (MMSE) olivat 0 - 10 pisteen välillä. Muistisairaille, jotka pystyivät vastaamaan kyselyyn (n) 155, muistipisteet (MMSE) olivat välillä 4 - 29. Näiden 155 muistisairaana omaiset tai hoitajat osallistuivat myös elämänlaadun arviointiin. Muistisairaiden iällä, koulutuksella, muistisairauden kestolla ei ollut merkitystä siihen, pystyikö kyselyyn vastaamaan. Uusintakysely tehtiin viikon kuluttua, jolla tuloksen toistettavuutta ja luotettavuutta arvioitiin. (Logsdon ym. 2002, 510, 513 - 514.)

Tuloksina Logsdonin ryhmä osoitti, että elämänlaadun kysely oli mahdollista tehdä muistisairaille, jotka sairastivat lievää tai keskivaikeaa dementiaa. Muistisairaiden ja omaisten vastaukset olivat johdonmukaisia toisiinsa nähden. Elämänlaadun vastaukset olivat luotettavia ja päteviä arvioimaan muistisairaana elämänlaadun osa-alueilta. Elämänlaadun osa-alueet olivat Logsdonin ryhmän mukaan toimintakyky, koettu elämänlaatu, sosiaalinen verkosto ja mahdollisuus toimia omien mieltymyksien mukaan. (Logsdon ym. 2002, 512, 518.)

## 5.5 Aineiston analysointi ja luotettavuus

Opinnäytetyön aineistossa analyysina käytettiin ymmärtämistä (Hirsjärvi ym. 2009, 224). Metsämuuronen (2008, 49) ohjeistaa analysoimaan *"sosiaalisten tyyppien mukaan"*. Tämä *"sosiaalisten tyyppien analysointi"* ja ymmärtäminen on hyvin lähellä toisiaan ja siksi käytimme näitä molempia.

Sosiaalisten tyyppien analysoinnissa tyypit, eli tutkimuksen osat rakennettiin siten, että opinnäytetyöntekijät ymmärsivät tutkittavan asian. Nämä tyypit tulivat Allardtin hyvinvointiteoriasta; elintaso (having), yhteisyysuhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). Tässä käytettiin teorialähtöistä analyysiä. Analyysistä saatiin tyypit, jotka nojautuivat yhteen teoriaan ja se jäseni tuloksia teoriaan (Hirsjärvi ym. 2009, 144).

Hyvän mittarin tulee olla selkeä, helposti ymmärrettävä ja nopeasti täytettävä. Sen luotettavuus tulisi osoittaa toistomittauksissa sekä arvioidessa tilannetta tietyin aikaväleihin, myös ulkopuolisten arvioitsijoiden välillä. (Huusko & Pitkälä 2006, 21.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli toistettavuuden kautta. Pätevyyttä arvioidaan sillä, kuinka tarkasti kysely antaa vastaukset kyseessä olevaan asiaan. Pätevyyteen kuuluvat niin mittarit kuin myös menetelmät, joilla tutkitaan kyseistä asiaa. Keinoina toistettavuuden toteuttamiseen on käyttää useampaa tutkijaa samaan asiaan tai tehdä tutkimus useampaan kertaan. Näin voidaan poistaa tutkittavan asian sattumanvaraisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 - 232.)

Opinnäytetyön yksi tärkeä tekijä on luottavuuden ja uskottavuuden arviointi. Uskottavuutta voidaan arvioida opinnäytetyön prosessin katsomisella kriittisin silmin. Otantajoukon ollessa pieni, on huomioitava se tosiasia, että jokaisen vastaajan tulokset vaikuttavat lopulliseen keskiarvoon. Keskiarvoon vaikuttaa niiden vastaus, jotka kokivat muistinsa ensimmäisellä haastattelukerralla huonoksi, mutta eivät osallistuneet sairauden etenemisen takia viimeiseen haastattelukertaan. Oman aseman arvioiminen, lähdekritiikki, prosessin kokonaisuuden näkeminen ja taustatekijöiden vaikuttavuus kuuluu läpinäkyvyyteen. Seuraavassa pohdimme näitä läpinäkyvyyden asioita. Oma asema haastattelijana on myös hyvä asettaa arvostelun kohteeksi.

Haastattelija voi toimia omien ajatustottumuksien mukaisesti, jolloin haastattelutilanteesta voi tulla passiivinen (Hirsjärvi ym. 2009, 130). Elämänlaadun-kyselyyn ja sen taustamateriaaliin tutustuttiin jo etukäteen. Haastattelu aloitettiin kertomalla ISISEMD-projektista, elämänlaadun-kyselystä, opinnäytetyöstä sekä siihen liittyvistä asioista. Itse kyselyn jälkeen kyseltiin asiakkaan ja omaisen mielipidettä kyselystä. Muistikuntoutujille ja omaisille annettiin mahdollisuus kirjoittaa kyselylomakkeen loppuun omia kommentteja kyselystä, elämänlaadusta, haastatteliijoista ja omia terveisiä. Jokaisen kyselykierroksen jälkeen opinnäytetyöntekijät purkivat haastattelukokemukset keskenään.

Opinnäytetyön kannalta on hyvä pohtia lähdekritiikkiä. Teoriaosuudessa käytettiin laajaa lähdemateriaalia, mutta viitekehyksenä oli muistisairaus, elämänlaatu ja hyvinvointiteknologia. Lähteiden alkuperä selvitettiin ja pyrittiin käyttämään tunnettuja kirjoittajia ja tuoreita lähteitä. Allardtin hyvinvointiteoria on vanha (1976), mutta elämänlaatuna aihe on käyttökelpoinen. Elämänlaatua käsiteltiin myös uudempien tulkitsijoiden kautta.

Opinnäytetyö oli prosessi, jossa piti pystyä näkemään kokonaisuus. ISISEMD-projekti on EU-hanke, jonka tarkoituksena oli pilotoida todelliseen käyttöön laitteita tukemaan muistikuntoutujien itsenäistä arkea. Näin ollen tutkimusprojektilla oli hypoteesina saada muistikuntoutujien elämänlaatua parannettua

CareBox-laitteen avulla. Opinnäytetyössä haluttiin saada puolueettomia analyyseja, jotka olivat todellisia muistikuntoutujien vastauksia. Hirsjärvi ym. (2009, 114) toteavat, tutkimuksien olevan arvovapaita ja asennoitumiseltaan puolueettomia.

Luotettavuuden kannalta on hyvä pohtia myös teknologiaa etiikan näkökulmasta. Hyvinvointiteknologian lähtökohtana on tukea ikääntyneen jäljellä olevaa toimintakykyä eikä estää toimintakyvyn ja voimavarojen käyttöä. Lisäksi ikääntyneen yksityisyyttä muistetaan kunnioittaa. Perusoikeuksien lisäksi ikääntyneellä on oikeus saada apua silloin, kun sitä tarvitaan. Hyvinvointiteknologian käyttö ei saa johtaa ikääntyneen ylisuojelamiseen eikä teknologian varaan jättämiseen. Tärkeintä on kuitenkin se, että hyöty kohdistuu ikääntyneelle ihmiselle itselleen. (Topo 2007, 39)

## **6 TULOKSET**

Alussa käsitellään vastaajien taustatietoja, jotka ovat oleellisia tutkimustuloksissa. Selvitetään, mitkä muistikuntoutujien elämänlaadun osa-alueet muuttuivat projektin aikana, kun käytössä oli CareBox-hyvinvointiteknologia. Tulokset avataan pohjautuen Allardtin hyvinvointiteoriaan.

### **6.1 Taustatietoa vastaajista**

Projektin alussa kymmenelle muistikuntoutujalle asennettiin kotiin CareBox-laite. Projektin aikana tutkimusasiakkaiden määrä terveydellisistä syistä vähentyi, jolloin lopulliseen haastattelijoukkoon kuului kahdeksan muistikuntoutujaa ja heidän omaisensa. Kaikilla muistikuntoutujilla oli diagnosoitu alkava muistisairaus tai kognitiivinen häiriö. Suurin osa haastateltavista selviytyi itsenäisesti kotona tai he saivat tarvitsemansa avun läheisiltään. Osalla kävi kotihoito auttamassa arjen askareissa. Tuloksissa

verrataan muistikuntoutujan ja omaisen näkökantoja elämänlaadun osa-alueiden muutoksiin vuoden aikana. Haastattelut tapahtuivat seuraavasti:

- keväällä 2010, jolloin CareBox-laitetta ei ollut asennettu
- syksyllä 2010, jolloin CareBox-laite oli ollut käytössä 1-4 kuukautta
- keväällä 2011, jolloin CareBox-laite oli ollut käytössä noin yhden vuoden ajan.

Anonymiteetin takia ei voida kertoa tarkempaa selvitystä tutkimusasiakkaiden sukupuolesta tai asumismuodosta. Voidaan todeta, että yksinasuvia oli suurin osa ja kaikki osallistujat olivat Lappeenrannan alueelta. Iältään kaikki muistikuntoutujat olivat yli 65-vuotiaita.

Alkuhaastatteluun saatiin kahdeksan vastausta, keskivaiheessa kuusi vastausta ja lopussa seitsemän vastausta. Vastaajia pyydettiin arvioimaan oma tuntemuksensa senhetkisen elämäntilanteen mukaan 13 eri elämänlaadun osa-alueesta. Kyselyn kaikki kolmetoista kohtaa oli pisteytetty yhdestä neljään. Pisteissä 1 on huono, 2 on tyydyttävä, 3 on hyvä ja 4 on erinomainen. Annetut vastaukset pisteytettiin. Tuloksien analyysissä verrattiin saatuja pisteitä pohjautuen Allardtin hyvinvointiteoriaan.

## **6.2 Muistikuntoutujan elämänlaatu pohjautuen Allardtin hyvinvointiteoriaan**

Quality of Life - AD-kyselyn tulokset avattiin laadullisen tutkimuksen menetelmällä, eli aineiston ymmärtämisellä sekä määrällisen tutkimuksen menetelmällä. Molempien menetelmien käyttö antoi selkeämmän kokonaistilanteen ja tuki elämänlaadun ymmärtämistä. Ymmärtämisessä käytettiin teoriapohjana Allardtin Hyvinvointiteoriaa. Quality of Life - AD-lomaketta ei ole ennen avattu hyvinvointiteoriaan pohjaten, joten tässä opinnäytetyössä käytetty menetelmä on uusi ja ainutlaatuinen. Elämänlaadun kyselyn osa-alueet on jaoteltu Hyvinvointi-teoriaan kuuluvien tarpeentyydytysten luokitusten avulla.

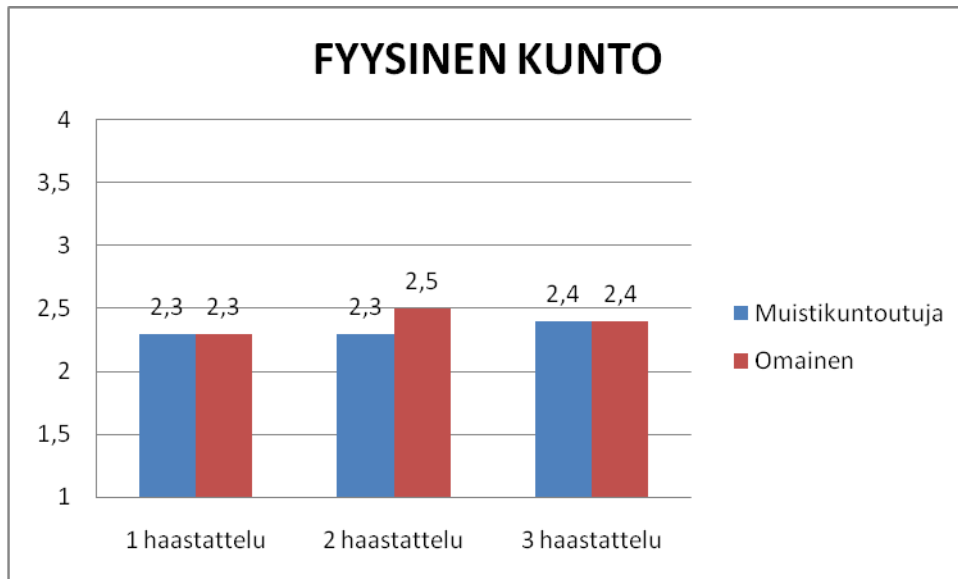
Tuloksia avattiin ymmärtämisellä CareBox-tutkimusasiakkaiden kolmelta haastattelukerralta. Omaisten vastaukset olivat tukemassa tutkimusasiakkaiden tuloksia, kuitenkin pääpaino tulosten ymmärtämisessä oli muistikuntoutujien vastauksissa. Tuloksien perään koottiin muistikuntoutujilta ja omaisilta kommentteja, joita oli mahdollisuus kirjoittaa kyselylomakkeeseen. Kommenttien jälkeen oleva kirjain kertoo vastaajasta (M - muistikuntoutuja, O - omainen) ja numero (1 - 3) kertoo haastattelukerran, jolloin kommentti on annettu.

### **6.2.1 Having – Elintaso**

Having tarkoittaa elintasoja, johon kuuluu Allardtin hyvinvointiteorian materiaallinen tarpeentyydytys, perustarpeet, tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Nämä tarpeet ovat helposti määriteltävissä ja mitattavissa ihmisen elämästä. Elämänlaadun kyselyssä seuraavat osa-alueet kuuluvat Having-tarpeentyydytyksen alle (suluissa perusteet):

- fyysinen kunto (terveys)
- asuinolosuhteet (asumistaso)
- muisti (terveys)
- taloudellinen kokonaistilanne (tulot).

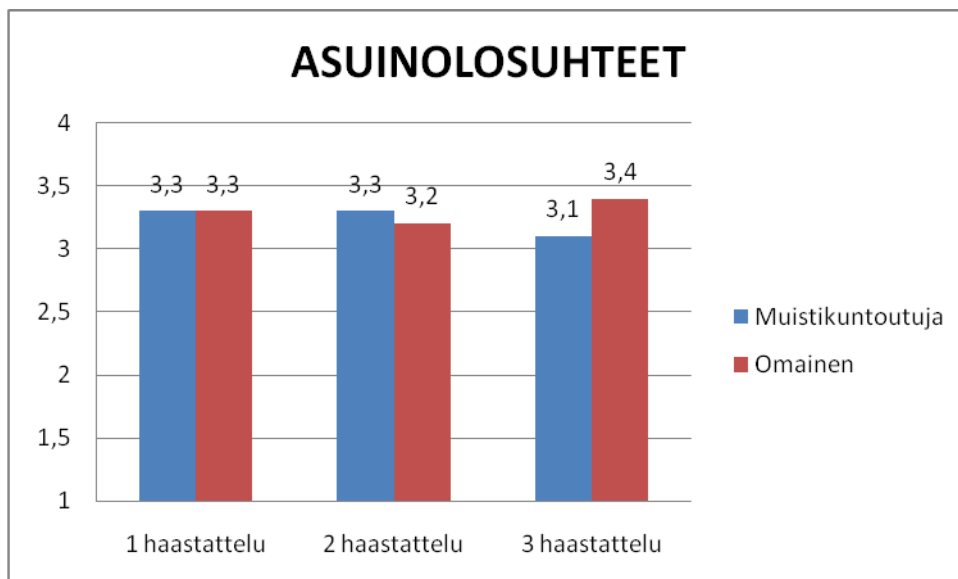
Haastatteluissa fyysisellä kunnolla, (kuvio 4) haluttiin selvittää muistikuntoutujan omaa tuntemusta fyysisestä kunnosta ja toimintakyvystä sekä omaisen näkemys muistikuntoutujan fyysisen kunnan tilasta.



Kuvio 4 Fyysisen kunnon arvio

Fyysinen kunto koettiin melko samanarvoiseksi vuoden aikana myös omaisten mielestä. Ennen CareBox-laitetta molemmat kokivat muistikuntoutujan fyysisen kunnon keskiarvona 2,3 ja lopussa keskiarvo nousi hieman ollen 2,4.

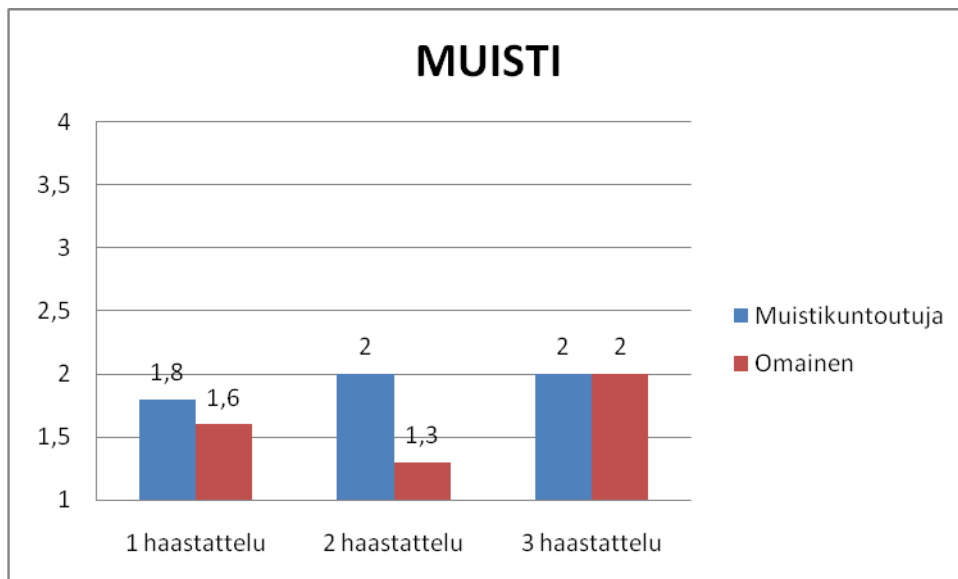
Asuinolosuhteissa (kuvio 5) tarkasteltiin muistikuntoutujan omaa arviota nykyisestä omasta asunnostaan, jossa muistikuntoutuja asuu. Sekä omaisen vastaus hänen näkökannastaan muistikuntoutujan asuinolosuhteisiin.



Kuvio 5 Asuinolosuhteiden arvio

Asuinolosuhteet saivat molemmilta hyvät ja erinomaiset arvosanat. Muistikuntoutujat asuivat koko projektin ajan samassa tutussa asunnossa. Muistikuntoutujilla keskiarvo hieman tipahti alusta, mutta säilyi kuitenkin keskiarvoltaan hyvänä ollen 3,1. Omaisten arvio asuinolosuhteista nousi hieman alkuhaastatteluista ja keskivaiheen haastattelukerrasta ollen lopussa 3,4. Omaiset kokivat asuinolosuhteiden olevan parempi kuin muistikuntoutujat asian kokivat.

Muistin osa-alueessa (kuvio 6) selvitettiin muistikuntoutujan omaa tuntemusta siitä, millaisena he kokevat oman muistinsa. Muistikuntoutujan oman arvion lisäksi omaiset arvioivat sitä, millaisena he näkevät muistikuntoutujan muistin tason sillä hetkellä.

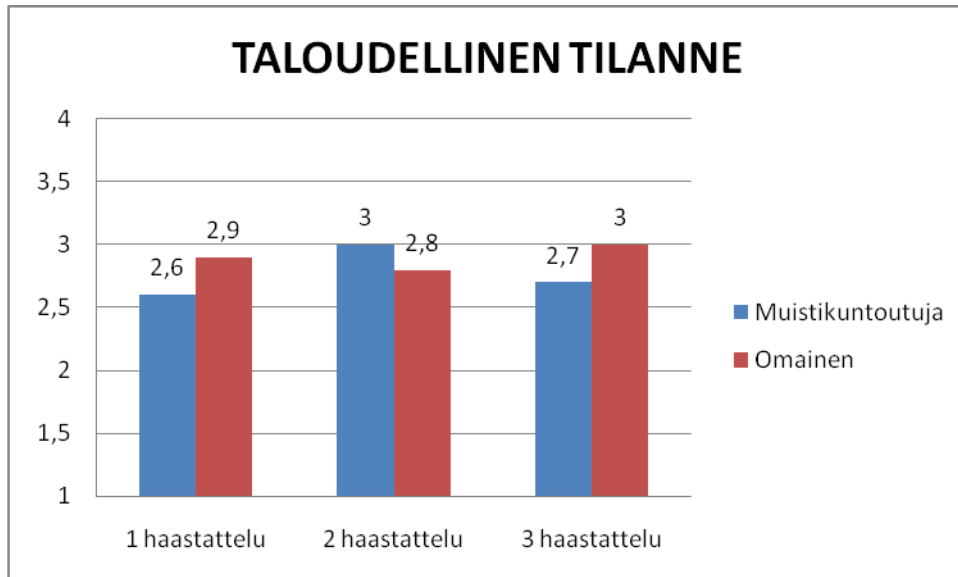


Kuvio 6 Muistin kokeminen

Muistikuntoutujat arvioivat oman muistinsa melko tasaisesti huonona tai tyydyttävänä alussa, keskiarvon ollessa 1,8. Laitteen asennettua keskiarvo nousi kahteen ja pysyi siinä myös lopussa. Omaiset kokivat muistin tason alussa muistikuntoutujia huonompana, ja keskiarvo laski edelleen laitteen asennettua. Lopussa omaiset kuitenkin kokivat muistin selvästi parantuneen.

*Lähimuisti lähes olematon. (O1)*

Kuviossa 7 tiedusteltiin muistikuntoutujan taloudellista tilannetta ja sitä, mitä mieltä hän on omasta taloudellisesta tilanteestaan sekä omaisen arviota asiasta. Kysymyksessä ei haluttu tietää vastaajan varallisuutta, vaan haluttiin selvittää kokeeko muistikuntoutuja taloudellisesti olonsa turvatuksi.



Kuvio 7 Taloudellinen tilanne

Muistikuntoutujat kokivat taloudellisen tilanteensa pysyneen hyvänä. Keskiarvo nousi alkutilanteen jälkeen ja lopussa keskiarvo tipahti ollen kuitenkin 2,7. Samaa mieltä olivat myös omaiset, jotka kokivat, että muistikuntoutuja pärjää taloudellisesti ja että taloudellinen tilanne on hyvä.

Elämänlaadun kyselyn elintason osa-alueiden tuloksien keskiarvo oli muistikuntoutujilla ensimmäisellä haastattelukerralla 2,5, keskimmaisella haastattelukerralla 2,7 ja viimeisellä haastattelukerralla 2,6. Omaisten vastaavat pisteet olivat ensimmäiseltä 2,5, keskimmaiseltä haastattelukerralla 2,5 ja viimeiseltä kerralla 2,7.

Tuloksista käy ilmi, että elintaso pysyi kohtuullisen samana koko tutkimusjakson ajan. Pientä eroa oli, jonka pystyi pisteistä huomaamaan. Muistikuntoutujat kokivat hyvinvointiteknologian käyttöönoton (haastattelukerta 2) vaikuttaneen elintason elämänlaatua parantava asiana. Tosin omaiset kokivat saman

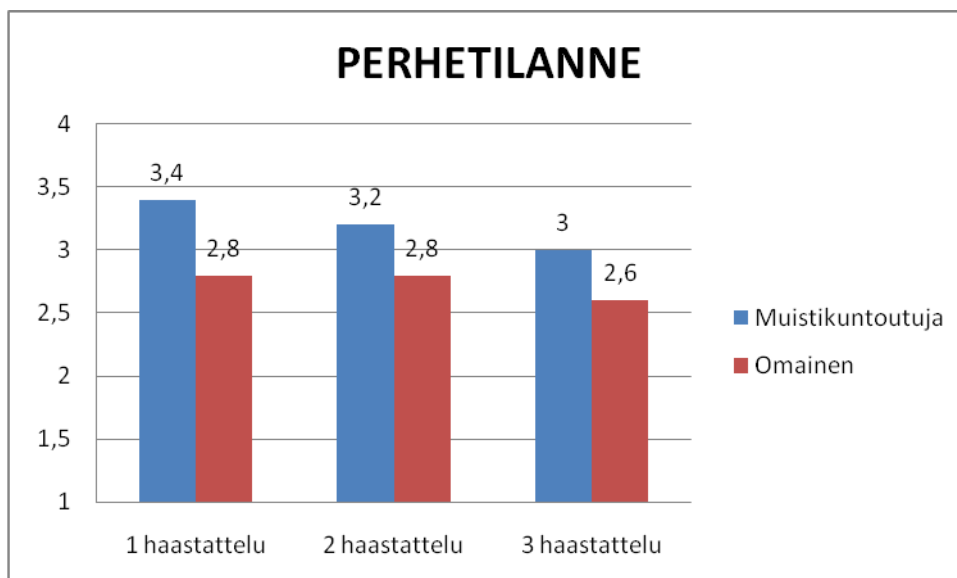
hyvinvointiteknologian käyttöönoton pitänee muistikuntoutujan elintason vakaana. Hyvinvointiteknologian käyttäminen (haastattelukerta 3) näkyi elintason tuloksissa myönteisenä vaikutuksena elämänlaatuun. Muistikuntoutajat ja omaiset arvioivat hyvinvointiteknologian vaikuttaneen muistikuntoutujan elintason elämänlaatua parantavana.

## 6.2.2 Loving – Yhteisyyssuhteet

Loving tarkoittaa yhteisyyssuhteita. Yhteisyyssuhteet ovat ihmisen tarpeita kuulua joukkoon ja tarve toveruudesta. Loving-luokitukseen kuuluvat paikallis-, perhe- ja ystävyys-suhteet. Elämänlaadun kyselyn seuraavat osa-alueet kuuluvat Loving -tarpeentyydytyksen alle (suluissa perusteet):

- perhetilanne (perhesuhteet)
- avioliitto (perhesuhteet)
- ystävät (ystävyyssuhteet).

Perhetilanteessa (kuvio 8) muistikuntoutuja arvioi, miten hän kokee perhe-elämän ja suhteet perheenjäseniin. Mikäli muistikuntoutuja vastasi, ettei hänellä ole perhettä, haastattelijä pyysi häntä arvioimaan suhdettaan sisaruksiin, lapsiin jne.

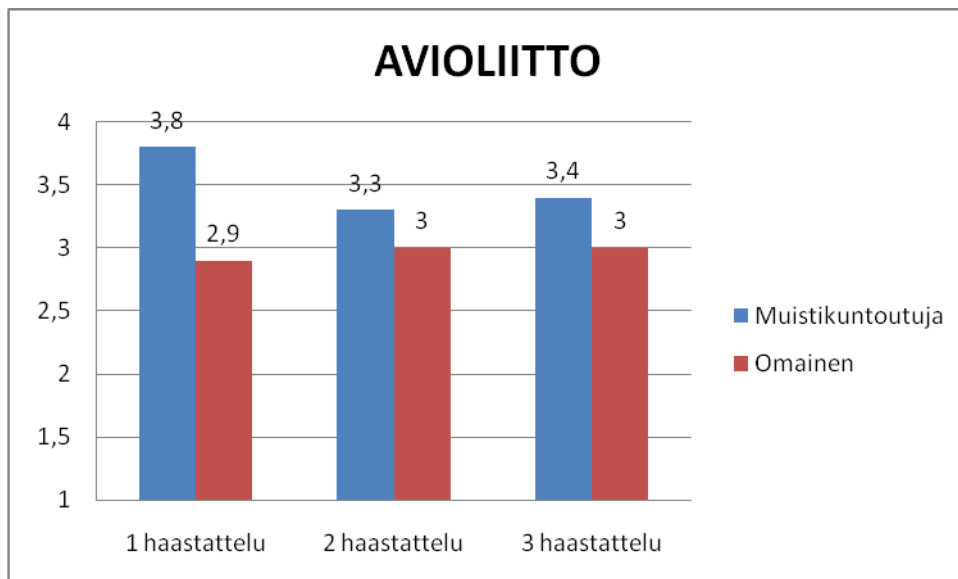


Kuvio 8 Perhetilanteen arvio

Muistikuntoutujien osalta arvio perhetilanteesta laski vuoden aikana selvästi. Alussa perhesuhdetta arvioitiin hyväksi ja jopa erinomaiseksi. Mutta laitteen asennettua keskiarvot tipahtivat 3,4:stä kolmeen. Omaiset näkivät perhetilanteen pysyneen tasaisena CareBox-laitteen käytön aikana, tosin lopussa oli pientä laskua keskiarvossa.

*Poika ei useinkaan pidä äitiinsä yhteyttä, vaikka asuu lähellä. (O3)*

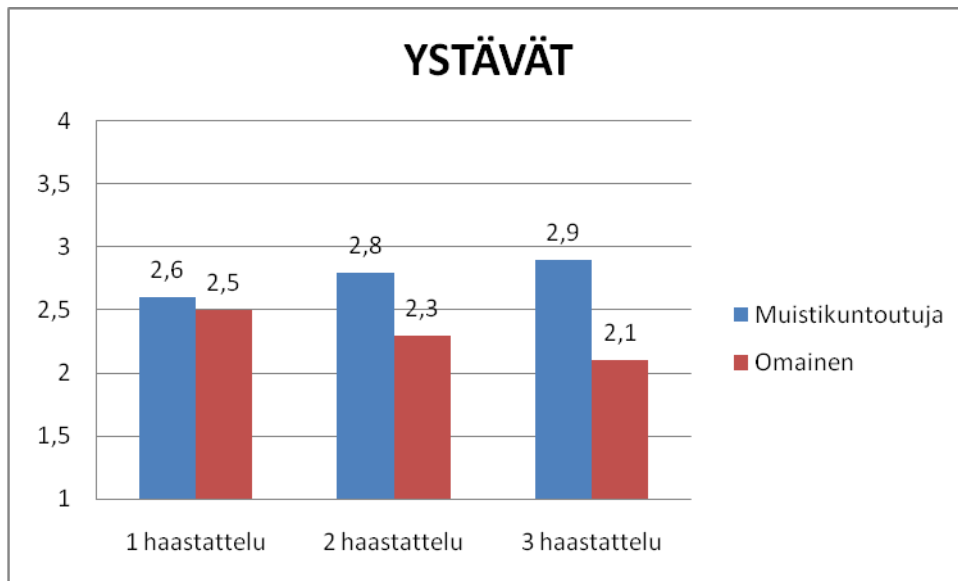
Avioliitto-kohdassa, (kuvio 9) selvitettiin muistikuntoutujan tuntemus omasta avioliitosta. Toisin sanoen haluttiin arvioida, millaisena vastaajat kokevat parisuhteen haastatteluhetkellä. Jos vastaaja oli yksinasuva, leski tai eronnut, arvioi vastaaja suhdetta henkilöön, jonka kanssa hänellä on läheisimmät välit. Yleensä tämä oli muistikuntoutujan omainen.



Kuvio 9 Avioliiton kokeminen

Suhdetta aviopuolisoon tai lähiomaiseen muistikuntoutujat pitivät selvästi tärkeänä ja keskiarvo oli alussa varsin korkea 3,8. Keskiarvo kuitenkin laski hieman vuoden aikana, mutta pysyi hyvänä ja erinomaisena. Keskiarvo oli lopussa 3,4. Omaiset kokivat avioliiton tai suhteen muistikuntoutujaan tasaisesti hyvänä keskiarvon ollessa kolme.

Kuviossa 10 selvitettiin muistikuntoutujan tämänhetkisiä ystävyyssuhteita ja niiden merkitystä.



Kuvio 10 Ystävyyssuhteiden merkitys

Muistikuntoutujien ystävyyssuhteiden merkityksen keskiarvo oli alussa 2,6, mutta keskiarvo nousi selvästi vuoden aikana. Ystävyyssuhteet koettiin tärkeäksi, ja lopussa keskiarvo oli noussut 2,9:ään. Omaiset näkivät asian puolestaan päinvastaisena, ja ystävyyssuhteiden merkityksen keskiarvo laski heidän vastauksissaan vuoden aikana reilusti.

*Ystäviä ei ole, entiset eivät pidä yhteyttä. (O3)*

*Ystäviä vähän, yksi hyvä. (O2)*

*On huono lähtemään toimintoihin mukaan nykyisin, ei pidä enää itse yhteyttä ystäviin - sukulaisiin. (O3)*

Yhteisyssuhteiden tuloksien keskiarvo oli muistikuntoutujilla ensimmäisellä haastattelukerralla 3,3, keskimmaisella haastattelukerralla 3,1 ja viimeisellä haastattelukerralla 3,2. Omaisten vastaavat pisteet olivat ensimmäiseltä kerralla 2,7, keskimmaiseltä haastattelukerralla 2,7 ja viimeiseltä kerralla 2,6.

Tuloksista on nähtävissä, että muistikuntoutajat kokivat yhteisyssuhteet parempina kuin omaiset. Muistikuntoutujien saamat pisteet yhteisyssuhteista

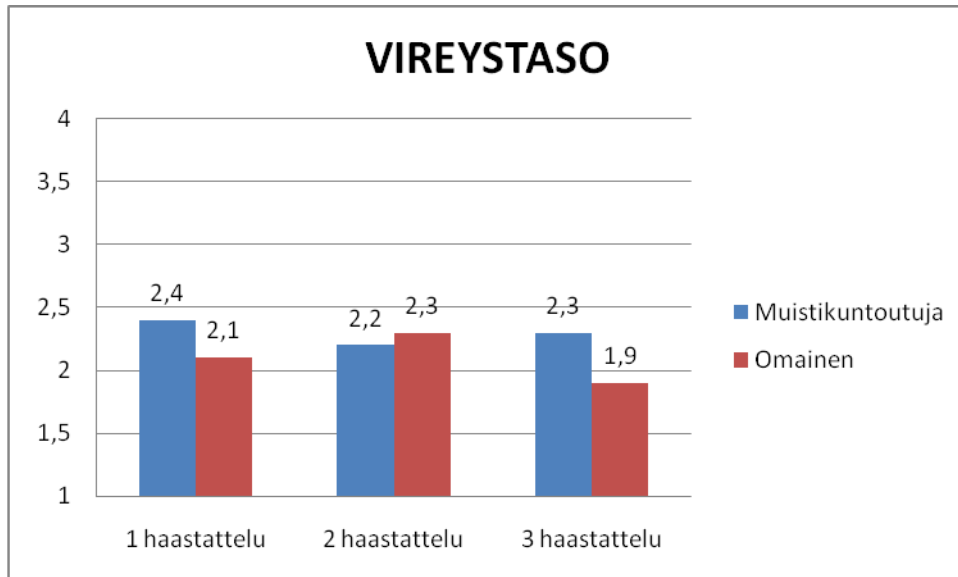
olivat samanarvoisia koko tutkimusjakson ajan. Omaiset vastasivat yhteisyyssuhteiden olevan heidän mielestä selvästi huonompia kuin muistikuntoutujat itse asiat kokivat. Muistikuntoutujat kokivat hyvinvointiteknologian käyttöönoton (haastattelukerta 2) vaikuttaneen hiukan negatiivisempaan suuntaan suhteessa alkutilanteeseen (haastattelukerta 1). Muistikuntoutujat kokivat hyvinvointiteknologian käyttämisen (haastattelukerta 3) parantaneen yhteisyyssuhteita, vaikka kuitenkin voidaan nähdä yhteisyyssuhteiden jääneen alkutilanteita hiukan huonommaksi. Omaiset kokivat muistikuntoutujien yhteisyyssuhteiden elämänlaadussa pysyneen samana hyvinvointiteknologian käyttöönoton aikana. Omaiset kokivat yhteisyyssuhteiden laskeneen hyvinvointiteknologian käyttämisen (haastattelukerta 3) aikana. Näin ollen elämänlaatu yhteisyyssuhteiden osalta laski muistikuntoutujien ja omaisten mukaan alkutilanteeseen verrattuna. Kokonaisuudessaan yhteisyyssuhteet elämänlaadussa koettiin hyvin samanarvoisina, vain pieniä eroja tuli esiin haastattelukerroilla.

### **6.2.3 Being - Itsensä toteuttaminen**

Being on hyvinvointiteorian tarpeentyydytyksen luokituksessa itsensä toteuttamista. Itsensä toteuttamiseen kuuluvat yhteiskunnallinen asema, korvaamattomuuden tunne, mielenkiintoinen vapaa-ajan tekeminen ja poliittiset resurssit. Poliittisia resursseja Allardt (1976) käyttää kuvaamaan yksilön vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämään. Nämä tarpeet ovat subjektiivisia kokemuksia omasta elämästä. Elämänlaadun kyselyn seuraavat osa-alueet kuuluvat Being-tarpeentyydytyksen alle (suluissa perusteet):

- vireystaso (mielenkiintoinen vapaa-aika)
- mieliala (mielenkiintoinen vapaa-aika)
- itsetuntemus (yhteiskunnallinen asema)
- kyky tehdä kotitöitä (korvaamattomuus)
- kyky tehdä asioita, joista nauttii (poliittiset resurssit)
- elämän kokonaistilanne (yhteiskunnallinen asema).

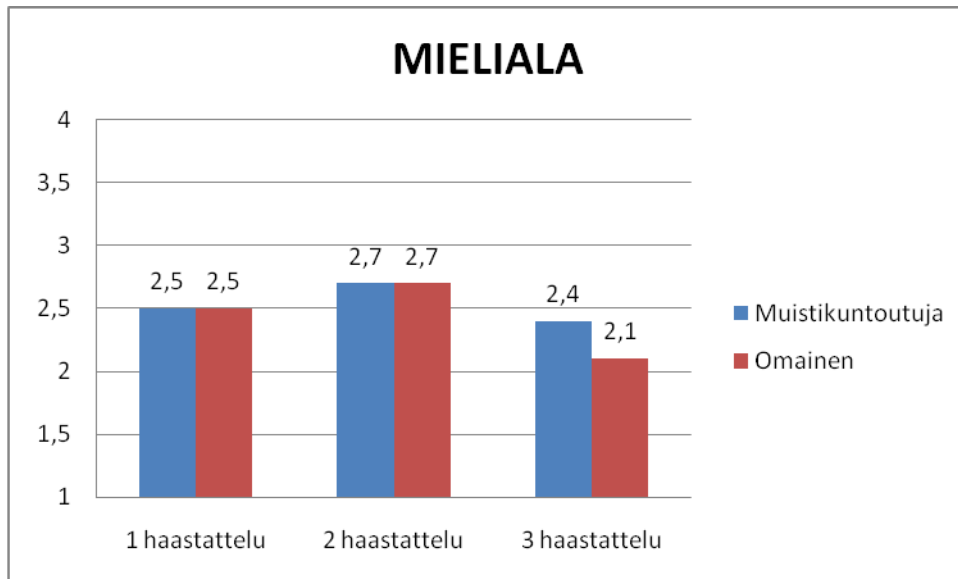
Kuviossa 11 selvitettiin muistikuntoutujan tuntemuksia ja omaisen näkemystä muistikuntoutujan vireystasosta sen hetkisen tuntemuksen mukaan. Jos vastaaja kertoi, että toiset päivät parempia kuin toiset, on häntä pyydetty arvioimaan, miltä hänestä on tuntunut useimmiten viime aikoina.



Kuvio 11 Vireystason tuntemus

Vireystason keskiarvo oli muistikuntoutujilla alussa 2,4, joka laski hieman laitteen asentamisen jälkeen, mutta lopussa keskiarvo oli 2,3. Muistikuntoutujien oma näkemys ei vuoden aikana muuttunut kuitenkaan oleellisesti, mutta omaisten mielestä vireystaso laski selvemmin. Alussa keskiarvo oli 2,1, mutta lopussa 1,9, joka nähtiin vireystasossa huonona tai tyydyttävänä.

Mieliala (kuvio 12) kuvastaa sitä, millaisena muistikuntoutuja piti omaa mielialaansa, olivatko vastaajat esimerkiksi hyvällä mielellä vai mahdollisesti alakuloisia. Arvioimisessa pyydettiin pohtimaan mielialaa senhetkisen tilanteen mukaan.



Kuvio12 Mielialan kokeminen

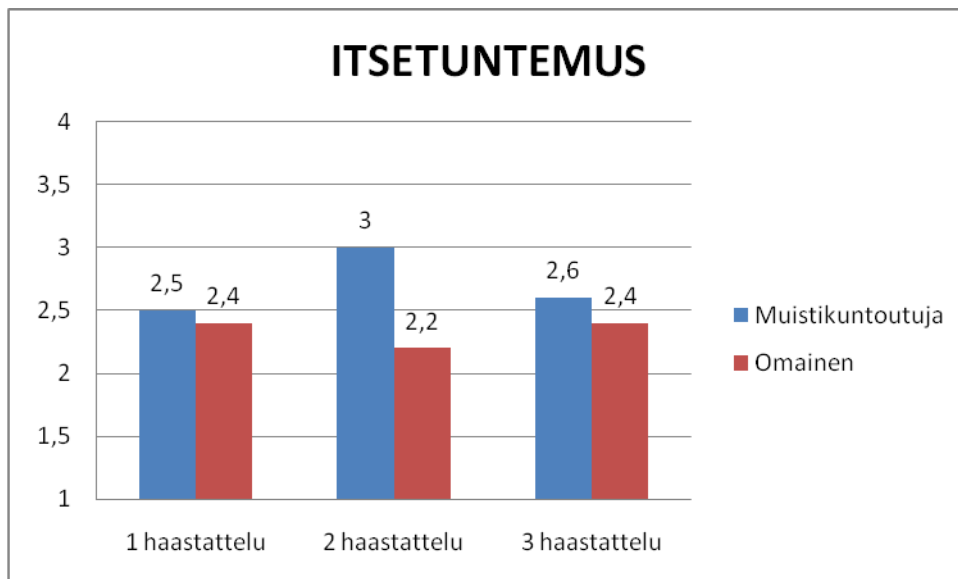
Alkutilanteessa mielialan muistikuntoutujat ja omaiset kokivat samanarvoisena, keskiarvo oli molemmilla 2,5. Muistikuntoutujat itse arvioivat mielialan nousseen laitteen asentamisen jälkeen, mutta lopussa keskiarvo laski hieman alusta. Keskvaiheessa keskiarvo oli sama molemmilla, 2,7. Lopussa omaiset kokivat mielialan laskeneen selvästi laitteen asentamisen jälkeen.

*Oma-aloitteisuus puuttuu, mielekäs tekeminen ei onnistu. (O3)*

*Mielialalääkitys alkanut pikkuhiljaa virkistämään mielialaa ja auttanut lähtemään esim. aktiivikerhoon. (O3)*

*Muistisairaus aiheuttaa mieliala-vaihteluja, jolloin päivät saattavat olla erilaisia esim. toimintakyky ja vireystila vaihtelevat. (O1)*

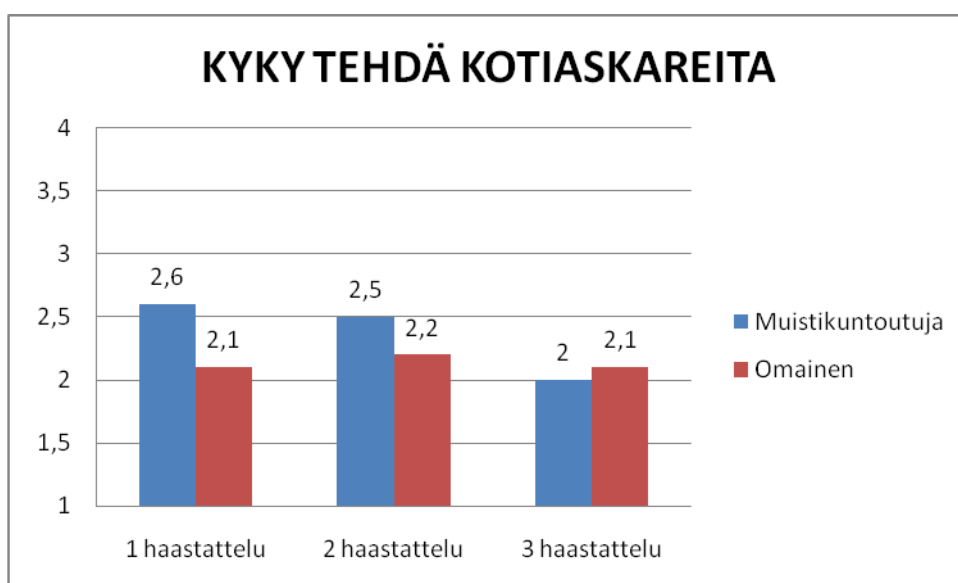
Itsetuntemuksessa (kuvio 13) tiedusteltiin muistikuntoutujan kuvausta ja arviota itsestään kokonaisuutena.



Kuvio 13 Arvio itsetuntemuksesta

Itsetuntemus nousi selvästi laitteen käytön jälkeen keskiarvon ollessa hyvä kolme, mutta se laski siitä loppua päin. Keskiarvo oli lopussa samaa luokkaa kuin alussa ollen 2,6. Omaiset näkivät itsetuntemuksen tasaisena alku- ja loppuhaastatteluissa, mutta arvio laski hieman laitteen asentamisen jälkeen.

Kotiaskareissa (kuvio 14) tiedusteltiin muistikuntoutujan kykyä hoitaa arkiaskareita omassa kodissaan. Omaiset vastasivat kokemuksiansa mukaan, miten he kokevat muistikuntoutujan kyvyn tehdä kotiaskareita.

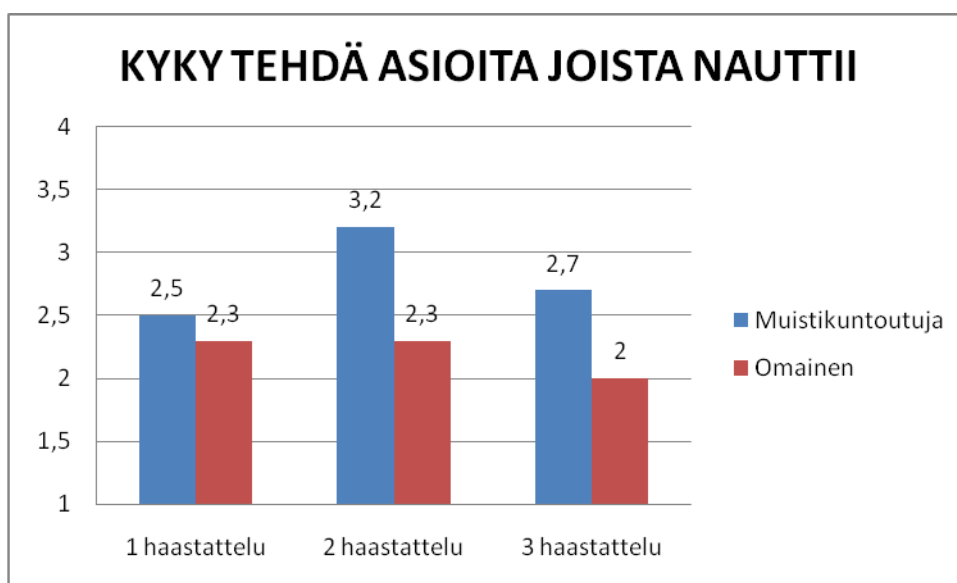


Kuvio 14 Kyky tehdä kotiaskareita

Muistikuntoutujat itse arvioivat kyvyn tehdä kotiaskareita laskeneen selvästi joka haastattelukerralla. Keskiarvo oli lopussa tyydyttävä kaksi, kun se vielä alussa oli 2,6. Omaiset arvioivat kyvyn tasaisena tyydyttävänä.

*Ruoanlaitto kehnoa, tarvitsee apua aloitukseen, työntekoon. (O3)  
Äiti tekee ja toimii mielestäni hyvin, mutta looginen ajattelukyky on jonkin verran heikentynyt. (O2)*

Kuviossa 15 selvitetään, onko muistikuntoutujalla mahdollisuutta tehdä asioita, joista hän nauttii ja miten hän itse arvioi omat mahdollisuutensa toteuttaa itseään.



Kuvio 15 Kyky tehdä asioita joista nauttii

Mahdollisuutta tehdä asioista, joista nauttii, muistikuntoutujat arvioivat selvästi nouseen laitteen asennettu käyttöön. Keskiarvo oli hyvä 3,2. Lopussa keskiarvo tipahti selvästi ollen vielä hyvä 2,7. Omaisilla keskiarvo pysyi vielä samana alku- ja keskivaiheessa, mutta lopussa laski, ja keskiarvo oli tyydyttävä kaksi.

*Kun ei löydä paikkaa, teatterit yms. jää käymättä, jos ei toinen vie.*

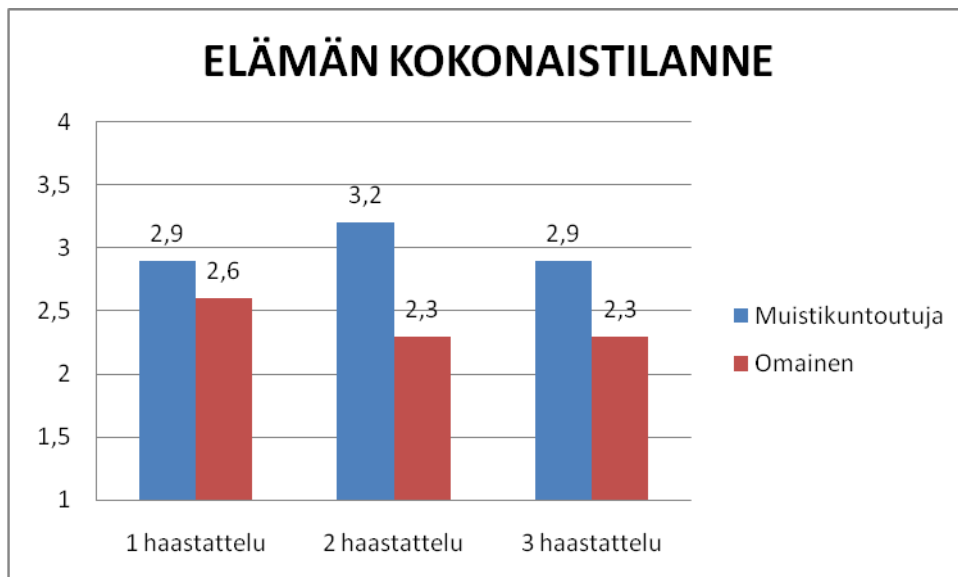
(O3)

*Olen omatahtoinen ihminen - niin sanottu oman tien kulkija, osittain.*

(M2)

*Jonkin verran oma-aloitteisuus on vähentynyt joka vaikuttanee ystävyysuhteisiin ja kykyyn tehdä asioita joista nauttii. (O1)*

Kuviossa 16 selvitettiin muistikuntoutujan omaa tuntemusta siitä, miten hän kuvailisi elämäänsä kokonaisuutena ja sitä, miten omainen näkee muistikuntoutujan elämän kokonaistilanteen.



Kuvio 16 Elämän kokonaistilanteen arvio

Muistikuntoutujien keskiarvo oman elämänsä kokonaistilanteesta nousi alkutilanteesta jonkin verran, mutta laski lopussa takaisin alkutilanteen lukemiin 2,9. Omaiset kokivat muistikuntoutujan elämän kokonaistilanteen laskeneen jonkin verran laitteen asennuksen jälkeen, ja keskiarvo pysyi 2,3:ssa myös loppuvaiheessa.

*Kaikki em. seikat vaikuttavat kokonaistilanteeseen. Nyt on kerta viikossa toimintapäivä, josta nauttii. (O3)*

*Yllä mainituista seikoista johtuen mielestäni huono ajatellen kokonaisuutta. (O2)*

Elämänlaadun kyselystä itsensä toteuttamisen tuloksien keskiarvo oli muistikuntoutujilla ensimmäisellä haastattelukerralla 2,6, keskimmaisella haastattelukerralla 2,8 ja viimeisellä haastattelukerralla 2,5. Omaisten vastaavat pisteet olivat ensimmäiseltä 2,3, keskimmaiselta haastattelukerralla 2,3 ja viimeiseltä kerralla 2,1.

Itsensä toteuttamisen koettiin olevan tyydyttävän ja hyvän välillä koko tutkimusjakson ajan. Muistikuntoutajat kokivat hyvinvointiteknologian käyttöön oton (haastattelukerta 2) tuoneen positiivisuutta itsensä toteuttamiseen. Kuitenkin muistikuntoutajat kokivat elämänlaadun osalta itsensä toteuttamisen laskeneen hyvinvointiteknologian käytön (haastattelukerta 3) aikana. Omaiset kokivat muistikuntoutujan itsensä toteuttamisen olleen huonommalla tasolla kuin miten muistikuntoutajat itse asian kokivat. Omaiset näkivät itsensä toteuttamisen pysyneen muistikuntoutujalla samalla tasolla hyvinvointiteknologian käyttöönoton aikana. Omaiset kokivat itsensä toteuttamisen laskeneen muistikuntoutujilla hyvinvointiteknologian käyttämisen aikana.

Muistikuntoutajat arvioivat elämänlaadun muuttuneen vain hiukan hyvinvointiteknologian aikana. Elintaso oli hiukan jopa muistikuntoutujien mielestä noussut suhteessa alkutilanteeseen. Yhteisyysuhteet laskivat käyttöönoton aikana. Käytettäessä hyvinvointiteknologiaa muistikuntoutajat kokivat ystävyysuhteiden parantuneen, kuitenkin kokonaisuudessa yhteisyysuhteiden osa-alue huonontui. Itsensä toteuttamisen muistikuntoutajat kokivat huonontuneen hyvinvointiteknologian käytön aikana. Syytä tähän ei elämänlaadun kyselyn tuloksista voi nähdä suoraan. Elämänlaatu ei muistikuntoutujien kokemusten mukaan kovinkaan muuttunut. Omaisten kokemukset tukivat muistikuntoutujien omaa kokemusta. Näin ollen tulokset kertoivat, että elämänlaatu pysyi kohtuullisen samana oli hyvinvointiteknologiaa käytössä tai ei.

## 7 POHDINTA

Hyvinvointiteknologiaa aletaan yhä enemmissä määrin hyödyntää myös sosiaali- ja terveysalalla. Hyvinvointiteknologian erilaisia ratkaisuja on jo ollut ikääntyneillä käytössä, mutta kaikkia laitteita yhdistävää teknologialaitteita on odotettu tarpeeseen. Lappeenranta (sittemmin Eksote) lähti mukaan ISISEMD-projektiin vuonna 2009, koska tiedetty tosiasia oli, että muistisairaiden kotona asumista tulee tukea. Laitos- ja vanhainkotipaikkojen vähentäminen yhdistettynä muistisairauksien lisääntymiseen tuovat yhteiskunnalle haastetta kotihoidon kehittämiseen. Hyvinvointiteknologiasta etsitään yhtä tällaista ratkaisua, jotta muistikuntoutuja saisi elää omassa kodissa itsenäistä ja hyvää elämää mahdollisimman pitkään.

Hyvinvointiteknologia on hyvä apuväline yhteydenpitoon ja turvallisuuteen, mutta se ei korvaa inhimillistä kanssakäymistä, jota muistikuntoutujat myös itse kaipasivat. Kun teknologiaa hyödynnetään oikein, se mahdollistaa itsenäisen ja turvallisen elämän. Sen vaikutus kohdistuu muistikuntoutujaan itseensä sekä omaisen jaksamiseen. Välineenä se tukee muistikuntoutujan omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja lisää aktiivisuutta sekä ylläpitää sosiaalisia kontakteja. Nämä ovat tärkeitä seikkoja, jos muistikuntoutujan toimintakyky on heikentynyt. Tavoitteena hyvinvointiteknologialla on omaisten huolen vähentäminen ja muistikuntoutujien elämän mielekkyyden lisääminen.

Teoriaosuudessa käsiteltiin hyvinvointiteknologian lisäksi elämänlaatua ja onnistunutta vanhenemista. Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin R. Logsdon Elämänlaatu-kyselyllä. Halusimme tuoda uuden ymmärtämistavan Elämänlaadun-kyselystä viitaten Allardtin hyvinvointiteoriaan, jota ei ole ennen kokeiltu.

Kokonaisarvio elämänlaadusta pysyi samana projektin ajan. Tästä voimme päätellä, että muistikuntoutujat kokivat hyvinvointiteknologian pitäneen elämänlaadun samalla tasolla kuin ennen laitteen käyttöönottamista. Omaiset

puolestaan näkivät kokonaistilanteen huonontuneen. Syynä tähän näemme muistisairauden etenemisen.

Tuloksissa muistikuntoutajat kokivat elämänlaadun osa-alueet pääosin tyydyttävänä ja hyvinä. Erinomaisina koettiin asuinolosuhteet ja avioliitto. Alhaisimmat pisteet sai muistin osa-alue. Tarkemmin osa-alueet, jotka muuttuivat parempaan suuntaan olivat fyysinen kunto, muisti, taloudellinen tilanne, ystävät, itsetuntemus ja kyky tehdä asioita joista nauttii. Hyvinvointiteknologian käyttö nosti elämänlaadun osa-alueiden pisteitä, koska laite auttoi muistuttamalla asioista ja pitämällä muistikuntoutujan osallisena sosiaalisessa verkostossa. Hyvinvointiteknologian käyttö sai muistikuntoutujan itsetunnon kohoamaan, ja näin ollen muistikuntoutajat kokivat muistinsa parantuneen. Hyvinvointiteorian mukaisesti yhteisyyssuhteiden koettiin huonontuneen, koska hyvinvointiteknologian vaikutuksesta muistikuntoutajat kokivat sosiaalisen yhteydenpidon vähentyneen. Elämänlaadun osa-alueena ystävät-kohta oli kuitenkin parantunut. Kommentteista voidaan päätellä, että ystävyysuhteita oli aiempaa vähemmän. Mielestämme tämä selittyy CareBox-laitteen valokuvien avulla. Useat omaiset laittoivat vaihtuviksi valokuviksi juhlien ynnä muiden tapaamisten kuvia, jolloin muistikuntoutuja tuli tietoisiksi ystävistään. Voidaankin ajatella muistikuntoutujien kokeneen, että hyvinvointiteknologialaitteen käyttö sai pitämään suhteita yllä laitteen kautta ja näin vähentämään kasvojen tapahtumaa vuorovaikutusta.

Huomasimme tuloksissa, että muistikuntoutajat kokivat taloudellisen tilanteen ja fyysisen kuntosuhteensa parantuneen. Kuitenkin nämä osa-alueet olivat todellisuudessa pysyneet muuttumattomina projektin aikana, joten emme näe hyvinvointiteknologialla olevan suoraa vaikutusta näihin osa-alueisiin. Lisäksi joidenkin osa-alueiden vastaus heijastui mielestämme toisiin osa-alueisiin. Eli mitä muistikuntoutuja vastasi edelliseen osa-alue kohtaan, vaikutus heijastui seuraavaan kohtaan. Osa-alueet, joissa pisteet laskivat, olivat mieliala, vireystaso, kyky tehdä kotiaskareita, perhesuhteet ja avioliitto. Vaikka avioliitto ja perhesuhteet koettiin hyvinä ja jopa erinomaisina, pisteet kuitenkin laskivat selvästi projektin aikana.

Allardtin hyvinvointiteoriaan pohjalta voidaan sanoa, että materiaallinen elämänlaatu, eli elintaso, on helpommin todettavissa ja pisteytettävissä kuin subjektiivinen kokemus yhteisyyssuhteista ja itsensä toteuttamisesta. Kokonaistuloksista voimme päätellä, että hyvinvointiteknologiasta on hyötyä muistisairaana arjessa. Yhteydenpito omaisiin sujui teknisistä ongelmista huolimatta hyvin. Omaisille Carebox-laite antoi turvallisuuden tunteen, koska sen avulla omainen sai ajan tasalla olevaa tietoa muistikuntoutujan tilanteesta. Alun arvelujen ja ehkä pelonkin hävittyä muistikuntoutajat uskalsivat rohkeasti käyttää laitetta. Näin voidaan todeta, että hyöty todella kohdistui heille itselleen. Elämänlaadun koettiin pysyneen kutakuinkin samana hyvinvointiteknologian aikana. Toisaalta vaikka muistisairaus on edennyt, hyvinvointiteknologiaa hyödyntämällä elämänlaatu on saatu pysymään entisellä tasolla.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista, mutta aikaa vievää. Kiitokset annamme työelämälle Mikalle ja Katjalle, jotka olivat tukenamme koko opinnäytetyönprosessin ajan. Opinnäytetyö kulki "punaisena lankana" koko sosionomi-koulutuksen ajan. Muistikuntoutujien ja omaisten haastattelut toivat tähän prosessiin piristystä ja muistuttivat, miksi aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Opinnäytetyömme puitteissa saimme tutustua uusiin ihmisiin ja seurata vuoden ajan heidän elämäänsä. Vaikka itse haastattelut olivat strukturoituja, saimme käydä antoisia keskusteluita liittyen muistikuntoutujan kotona asumiseen. Keskustelut muistikuntoutujien ja omaisten kanssa olivat niin meille kuin varmasti heillekin tärkeitä ja tarpeellisia. Jo alussa päätimme jakaa asiakkaat keskenämme, jotta tapaisimme samat, tutut haastateltavat jokaisella haastattelukerralla. Näin saimme synnytettyä luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen heidän kanssaan. Vuosi on toisaalta lyhyt aika kartoitukseen, mutta muistisairauden aikana yksi vuosi voi tuoda ja viedä paljon. Vuoden aikana huomasimme, kuinka muistisairaus oli monella edennyt, ja osa asiakkaista joutuikin lopettamaan projektissa muistin ja toimintakyvyn laskun vuoksi. Molempien opinnäytetyöntekijöiden muistihoidaja -koulutus tuki niin opinnäytetyön tekemistä, kuin muistikuntoutujien ja omaisten aitoa kohtaamista. Opinnäytetyössä lisäarvoa antoi tieto siitä, että opinnäytetyö on työelämää

palveleva. Koimme tärkeäksi asiaksi tuoda esiin muistikuntoutujien oman mielipiteen hyvinvointiteknologiasta.

Haasteelliseksi koimme muistisairauden etenemisen. Viimeisellä haastattelukerralla ei enää moneltakaan onnistunut itsenäinen haastattelulomakkeen täyttäminen. Toinen asia, jonka koimme haasteelliseksi oli yhteisen ajan löytyminen niin muistikuntoutujan, omaisen ja haastattelijan kesken. Jouduimme moneen kertaan vaihtelevaan haastattelu-aikoihin, jotta muistikuntoutujan harrastukset, omaisen työteko ja haastattelijan opinnot saatiin sovitettua yhteen. Yhden haasteen antoi myös opinnäytetyöntekijöiden yhteisen ajan löytämisen kirjoittamisprosessille.

### **Kehitysehdotukset**

Halusimme opinnäytetyön loppuun kerätä kehittämissideoita niin työelämää kuin koulua varten. Opinnäytetyömme käsitteli tutkimusasiakkaiden elämänlaatua, koska verrokki-ryhmä jäi sovitusti pois. Jatkoa ajatellen olisi mielenkiintoista vertailla hyvinvointiteknologiaa käyttävien tutkimusasiakkaiden ja verrokkien välistä elämänlaatua. Näiden ryhmien välinen vertailu vastaisi kysymykseen, miten muistikuntoutujien elämänlaatu muuttuu ilman hyvinvointiteknologia ja hyvinvointiteknologiaa käytettäessä. Toinen kehitysidea, jonka haluamme työelämän huomioivan kehitettäessä hyvinvointiteknologiaa, on omaisten voimavarojen huomioiminen. Omassa opinnäytetyössä tuli se tosiasia esiin, että hyvinvointiteknologian käyttöönotto ja käyttäminen vaatii yhteiskunnan panostuksen lisäksi omaisten panostusta. Uuden laitteen käyttämisen opetteluun ja ylläpidossa muistikuntoutuja turvautuu mieluiten lähimmäisen apuun. Haluaisimme tällä kehitysidealla tuoda esiin omaisen työpanosta ja jaksamista hyvinvointiteknologian viitekehityksessä. Yhtenä ehdotuksena toivoisimme muistikuntoutujien ohjautuvan hyvinvointiteknologian pariin nykyistä aikaisemmin. Viimeisenä ehdotuksena haluaisimme ammattikorkeakoulujen huomioivan hyvinvointiteknologian opetuksessaan. Oma kiinnostus ikääntyvien sosiaalityöhön ei ole yksinään riittävä, kun työhön tarvitaan innovatiivisia ja ammattitaitoisia sosionomeja. Maailma muuttuu ja kehittyy, niin myös teknologia

ja sen sovellukset. Näin ollen toivomme, että koulut huomioisivat hyvinvointitekniikan kehittämisen opetussuunnitelmassaan ja sitä kautta vaikuttaisivat ikääntyvien ja muistiokuntoutujien itsenäisen elämisen tukemiseen.

## **KUVIOT**

Kuvio 1 Allardtin hyvinvointiteorian käsitekartta, s. 13

Kuvio 2 Onnistuvan vanhenemisen osat Rowen ja Kahn'in mukaan, s. 14

Kuvio 3 ISISEMD-järjestelmän käyttö, s. 18

Kuvio 4 Fyysisen kunnon arvio, s. 34

Kuvio 5 Asuinolosuhteiden arvio, s. 35

Kuvio 6 Muistin kokeminen, s. 36

Kuvio 7 Taloudellinen tilanne, s. 37

Kuvio 8 Perhetilanteen arvio, s. 38

Kuvio 9 Avioliiton kokeminen, s. 39

Kuvio 10 Ystävyysuhteiden merkitys, s. 40

Kuvio 11 Vireystason tuntemus, s. 42

Kuvio12 Mielialan kokeminen, s. 43

Kuvio 13 Arvio itsetuntemuksesta, s. 44

Kuvio 14 Kyky tehdä kotiaskareita, s. 44

Kuvio 15 Kyky tehdä asioita joista nauttii, s. 45

Kuvio 16 Elämän kokonaistilanteen arvio, s. 46

## **TAULUKOT**

Taulukko 1 Kyselyt ja haastattelut ISISEMD-pilotin aikana muistikuntoutujille ja omaisille, s. 24 - 25

## LÄHTEET

- Aho, T., Pirttilä, T. & Puurunen, M. 2009. Alzheimerin tauti.  
<http://www.oulunomahoito.fi/?page=2998589&id=khp00060#s3> (Luettu 6.1.2011)
- Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologian määrittelyä ja yleisesittely. Teoksessa Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla –hyöty vai haitta?. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu C-26. Tampere, 9 - 20.
- Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.
- Duodecim. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s11> (Luettu 6.1.2011)
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9 - 14.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- ISISMD. Isisemd-projekti. <http://www.isisemd.eu> (Luettu 7.1.2011)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen, E. 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 402 - 408.
- Heikkinen, R.-L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 449 - 457.
- Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 417 - 435.
- Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko, T., Standberg, T. & Huusko, K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankeen tutkimusraportti no 12. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus, 11 - 21.
- Karjalainen, S. & Kukkonen, P. 2005. Psykologista käyttötietoa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivelä, S.-L. 2009. Depressiosta tasapainoon: Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyneen voimavarat. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana - Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, 24 - 90.

Kotilainen, H., Topo, P. & Hurnasti, T. 2008. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 105 - 118.

Lappeenrannan seniori-info. Lappeenrannan vanhuspoliittinen ohjelma.  
<http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=11397&NakymaID=423>  
(Luettu 3.1.2011)

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 261 - 278.

Lehtelä, K-M. 2008. Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2005-2007. Teoksessa Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. (toim.) Suomalainen hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 148 - 161.

Logsdon, R. 1996. Quality of Life. University of Washington.

Logsdon, R., Gibbons, L., McCurry, S. & Teri, L. 2002. Assessing quality of life in older Adults Cognitive Impairment. Psychosomatic Medicine (vol.64), 510 - 519.

Luoma, M.-L. 2008. Elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 74 - 89.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3 painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Muistibarometri 2010. Muistiliiton julkaisusarja.  
<http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista/?nid=112> (Luettu 7.11.2010)

Mäki, O., Topo, P., Rauhala, M. & Jylhä, M. 2000. Teknologia dementiahoidossa. Eettinen näkökulma päätöksentekoon. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niemelä, A.-L. 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy, 25 - 47.

Raunio, K. 2003. Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. 5. painos. Tampere: Tammerpaino Oy.

Rääpysjärvi, K. & Tepponen, M. 2010. Isisemd-lehdistötiedote 28.4.2010.  
<http://www.eksote.fi/Tiedote.asp?KohdeID=0&Hakusanat=isisemd&TiedoteID=6530> ( Luettu 10.1.2011)

Seppänen, M. 2010. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Suhonen, L., Ahtiainen, M. & Siikanen, T. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa. Teoksessa Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisuja C osa 26. Tampere, 21 - 31.

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 192 - 203.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010:1.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1488473](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1488473) (luettu 12.1.2011)

Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus, Filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.

Topo, P. 2007. Hyvinvointiteknologiaa iäkkäille käyttäjille – eettisiä pohdintoja. Teoksessa Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla – hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu C osa 26. Tampere, 32 - 40.

Topo, P. 2008. Ikääntyminen ja teknologia. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 515 - 522.

Vuori, U. & Heimonen, S. 2007. Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Äyväri, H. 2009. Teknologia kotona asumisen tukena. Teknologia apuvälineissä, asuinympäristössä ja palveluissa.  
[http://www.valli.fi/pdf/teknologia\\_kotona\\_asumisen\\_tukena\\_raportti\\_elokuu2009.pdf](http://www.valli.fi/pdf/teknologia_kotona_asumisen_tukena_raportti_elokuu2009.pdf) (luettu 12.1.2011)



ETELÄ-KARJALAN  
SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI

LAUSUNTO

1 (1)

4.2.2011

Lappeenrannan kaupungin eettinen toimikunta hyväksyi ISISEMD (Intelligent System for Independent living and SElf-care of seniors with cognitive problems or Mild Dementia) –projektin tutkimuslupahakemuksen torstaina 3.12.2009 pidetyssä kokouksessa.

Eettiselle toimikunnalle toimitetussa tutkimuslupahakemuksessa oli sisäänkirjoitettu sosionomiopiskelija Sanna Nurmiainen ja Outi Lindenin opinnäytetyön tutkimuslupahakemus. Opinnäytetyön aiheena on QOL-AD (Quality Of Life –Alzheimer disease) haastattelut tutkimusasiakkaille ja omaisille. Heidän opinnäytetyössään tutkitaan ISISEMD –palvelun tuomaa elämänlaadun muutosta. Opinnäytetyö sai puoltavan lausunnon.

Katja Rääpysjärvi  
Projektipäällikkö  
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri

**Quality of Life - AD**  
(Haastattelu muistikuntoutujalle)

Haastattelu tehdään standardisoidun ohjeen mukaan.

Ympyröi parhaiten kuvaava vaihtoehto

1. Fyysinen kunto	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
2. Vireystaso	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
3. Mieliala	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
4. Asuinolosuhteet	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
5. Muisti	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
6. Perhetilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
7. Avioliitto	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
8. Ystävät	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
9. Itsetuntemus	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
10. Kyky tehdä kotiaskareita	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
11. Kyky tehdä asioita, joista nauttii	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
12. Taloudellinen tilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
13. Elämän kokonaistilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen

Kommentteja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Quality of Life: AD

## (Haastattelu omaisille ja hoitajille)

Seuraavat kysymykset koskevat omaisesi / hoidettavasi elämän laatua.

Omaisesi/hoidettavasi elämään liittyy erilaisia näkökulmia, jotka on listattu alla. Arvioi tilanne viimeisen kuukauden ajalta asteikolla huono, tyydyttävä, hyvä tai erinomainen. Jos Ette osaa vastata johonkin kysymykseen, antakaa paras mahdollinen arvionne. Jos Teillä on kysyttävää, kaavakkeen antaja vastaa kysymyksiinne.

Ympyröi parhaiten kuvaava vaihtoehto				
1. Fyysinen kunto	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
2. Vireystaso	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
3. Mieliala	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
4. Asuinolosuhteet	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
5. Muisti	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
6. Perhetilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
7. Avioliitto	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
8. Ystävät	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
9. Itsetuntemus	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
10. Kyky tehdä kotiaskareita	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
11. Kyky tehdä asioita, joista nauttii	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
12. Taloudellinen tilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen
13. Elämän kokonaistilanne	Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen

Kommentteja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Quality of Life-AD

### Haastatteluohjeet

QOL-AD on kehitetty muistisairaiden testaamiseen. Seuraavassa ohjeistetaan kuinka testi tehdään. Lihavoituja ohjeita tulee noudattaa mahdollisimman sanatarkasti.

**Haluaisin kysyä teiltä muutamia kysymyksiä liittyen elämän laatuunne. Voitte vastata näihin kysymyksiin yhdellä neljästä vaihtoehdosta: huono, tyydyttävä, hyvä, erinomainen.**

Painota jokaista sanaa (huono, tyydyttävä, hyvä, erinomainen) kaavakkeesta kun sanot ne.

**Elämässänne on erilaisia näkökulmia, kuten fyysinen terveytenne, vireystasonne, perhe-elämänne ja taloudellinen tilanne. Pyydän teitä arvioimaan näitä alueita. Haluaisin saada selville mitä mieltä olette nykyisestä elämäntilanteestanne.**

**Jos ette ymmärrä mitä kysymykset tarkoittavat, voitte kysyä minulta. Jos ette osaa vastata johonkin kysymykseen, antakaa paras mahdollinen arvio.**

Yleensä osallistuja ymmärtää kysymykset ja pystyy vastaamaan kysymyksiin. Jos osallistuja vastaa kaikkiin kysymyksiin samalla tavalla, tai osoittaa muuten, että hänellä on ymmärtämisen kanssa ongelmia, haastattelija voi selventää kysymyksiä. Haastattelija ei kuitenkaan saa johdatella tiettyyn vastaukseen, vaan jokainen vastausvaihtoehto on käytävä läpi.

Jos osallistujalla on vaikeuksia valita vaihtoehdoista, siitä tulee tehdä merkintä kommentteihin. Jos vastaajalla on vaikeuksia vastata kahteen tai useampaan kysymykseen, testi tulee keskeyttää. Tämä tulee merkitä kommentteihin.

Kun luet alla olevia ohjeet, osallistuja ympäröi parhaaksi katsomansa vaihtoehdon. Jos osallistujalla on vaikeuksia ympäröidä valitsemansa vastaus, voit ympäröidä sen hänen puolestaan. Osallistujalla tulee olla samanaikaisesti oma kopionsa edessään kun luet ohjeita.

- 1. Aloitetaan. Millaiseksi koette fyysisen terveytenne? Kuvailisitteko sitä huonoksi, tyydyttäväksi, hyväksi vai erinomaiseksi? Ympyröikää sopivin vastaus.**
- 2. Minkälaiseksi koette vireystasonne? Onko se mielestänne huono, tyydyttävä, hyvä, erinomainen?** Jos osallistuja sanoo, että toiset päivät ovat parempia kuin toiset, pyydä häntä arvioimaan miltä hänestä viime aikoina on useimmiten tuntunut.
- 3. Minkälainen mieliala teillä on ollut viime aikoina. Oletteko olleet hyvällä mielellä vai alakuloinen? Arvioisitteko mielialaanne huonoksi, tyydyttäväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**

4. **Minkälaiset ovat asuinolosuhteenne? Mitä mieltä olette asunnostanne, jossa asutte juuri nyt? Arvioisitteko asuinolosuhteitanne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**
5. **Minkälaiseksi koette muistinne? Arvioisitteko muistinne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**
6. **Minkälaiseksi koette perhe-elämänne ja suhteenne perheenjäseniin? Kuvailisitteko perhe-elämänne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?** Jos vastaaja sanoo, että hänellä ei ole perhettä, kysy veljistä, sisarista, lapsista, sisaruksien lapsista...
7. **Millaiseksi kuvailisitte avioliittoanne? Minkälainen suhde teillä on (puolison nimi) kanssa? Koetteko parisuhteenne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?** Jotkut osallistujista voivat olla yksineläjiä, leskiä tai eronneita. Tässä tapauksessa voitte kysyä osallistujalta henkilöstä, jonka kanssa hänellä on läheisimmät välit. Tämä henkilö voi olla perheenjäsen tai ystävä. Jos osallistujalla on omaishoitaja, kysy heidän välisestä suhteestaan. Jos osallistujalla ei ole ketään läheistä henkilöä tai hän on epävarma, voidaan kysymys jättää väliin. Jos osallistuja arvioi jotakin muuta henkilöä kuin puolisoaan, tämä tulee merkitä kommentteihin.
8. **Kuinka kuvailisitte tämänhetkisiä ystävyysuhteitanne. Kuvailisitteko niitä huonoiksi, tyydyttyviksi, hyväksi vai erinomaisiksi?**  
Jos osallistuja vastaa ettei hänellä ole ystäviä tai kaikki hänen ystävänsä ovat kuolleet, kysy seuraavaa: **Onko teillä perheen ulkopuolelta joku henkilö kenen kanssa vietätte aikaa? Kutsuisitteko tätä henkilöä ystäväksi?** Jos vastaus on edelleen ettei osallistujalla ole ystäviä, kysy tuntuuko se hänestä: **huonolta, tyydyttyvältä, hyvältä vai erinomaiselta?**
9. **Miten kuvailisitte itseänne kokonaisuutena. Kuvailisitteko itseänne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**
10. **Millaiseksi koette kykyenne hoitaa arkiaskareita kotonanne. Kuvailisitteko kykyänne huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**
11. **Voitteko tehdä asioita, joista nautitte. Ovatko mahdollisuutenne tähän mielestänne huonot, tyydyttyvät, hyvät vai erinomaiset?**
12. **Mitä mieltä olette taloudellisesta tilanteestanne? Koetteko sen huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?** Jos vastaaja epäröi vastata, selitä että et halua tietää paljonko vastaajalla on varallisuutta, vaan kokeeko hän olonsa taloudellisesti turvatuksi.
13. **Miten kuvailisitte elämänne kokonaisuutena? Kuvailisitteko sitä huonoksi, tyydyttyväksi, hyväksi vai erinomaiseksi?**

**QOL-testin pisteytys: huono = 1, tyydyttyvä = 2, hyvä = 3, erinomainen = 4**  
**Kokonaispistemäärä saadaan laskemalla kaikkien 13 kysymyksen pisteet yhteen.**

