

**Kyselytutkimus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä  
sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Oona Kettunen ja Kiia Sylvelin

Pro gradu -tutkielma

Ohjaajat: Pia Lindevall ja Ida Luotonen

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Psykologian ja logopedian laitos

Logopedia

2024

TURUN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Psykologian ja logopedian laitos

KETTUNEN, OONA & SYLVELIN, KIIA: Kyselytutkimus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Pro gradu -tutkielma, 33 s., + 8 liites.

Logopedia

Joulukuu 2024

---

Muistisairauksiin kuuluvien kognitiivis-kommunikatiivisten oireiden aiheuttamiin vaikeuksiin arjen toimintakyvyssä voidaan vaikuttaa puheterapeuttisella kuntoutuksella. Kaikki muistisairaajat henkilöt eivät kuitenkaan aina saa tarvitsemaansa puheterapiaa, eikä puheterapeuttien asiantuntijuutta muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa aina tunnisteta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollossa päättävässä asemassa tai esihenkilöasemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen Suomessa. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, ovatko muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet yhteydessä näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiasta. Suomessa ei ole tiettävästi tehty aikaisempaa tutkimusta aiheesta.

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena, ja siihen osallistui 84 henkilöä. Kyselyn ensimmäisessä osiossa tutkittiin muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita. Asenteita kartoitettiin Dementia Attitudes Scale (DAS) -kyselyllä. Kyselyn toisessa osiossa kysyttiin osallistujien näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiasta väittämien avulla. Näille väittämille tehtiin pääkomponenttianalyysi, jotta ne saatiin tiivistettyä komponentteihin. DAS-kyselyllä tutkittujen asenteiden sekä kuntoutus- ja puheterapiaväittämistä muodostettujen komponenttien välistä yhteyttä tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä. Kyselyn kolmannessa osiossa kysyttiin osallistujien näkemyksiä puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä väittämien ja avoimen kysymyksen avulla. Väittämiä tarkasteltiin tunnuslukujen ja histogrammien avulla, ja avoimen kysymyksen vastaukset ryhmiteltiin.

Osallistujien näkemysten mukaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät liittyivät tietouteen muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta, muiden asiakasryhmien priorisointiin sekä resursseihin liittyviin tekijöihin. Pääkomponenttianalyysin perusteella kuntoutus- ja puheterapiaväittämät ryhmiteltiin neljään komponenttiin, jotka nimettiin ”kuntoutuksen keskeiset periaatteet”, ”puheterapeuttinen kuntoutus ja asiantuntijuus”, ”kuntoutuksen haasteet” ja ”kommunikaatio ja käytösoireet”. Myönteisemmät muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet ennustivat myönteisempiä näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen keskeisistä periaatteista sekä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta. Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä näkemyksiin kuntoutuksen haasteista tai muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista.

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että tietoutta muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta tulisi lisätä. Tietoutta lisäämällä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumista voitaisiin mahdollisesti parantaa ja heidän puheterapiapalveluitaan kehittää. Jatkossa puheterapiapalveluiden toteutumista voitaisiin selvittää tarkemmin, jotta niihin vaikuttavia tekijöitä pystyttäisiin tarkemmin nimeämään. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu voi osaltaan auttaa yhdenmukaisten ja yhdenvertaisten puheterapiapalveluiden kehittämisessä.

Avainsanat: sosiaali- ja terveydenhuolto, muistisairaudet, puheterapia, kuntoutus, asenteet

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.2	Muistisairaiden henkilöiden kommunikatiivinen toimintakyky.....	2
1.3	Muistisairaiden henkilöiden puheterapia.....	4
1.4	Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät.....	6
1.5	Muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen ja puheterapiaan liittyvät asenteet.....	7
1.6	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	8
2	Menetelmät.....	9
2.1	Osallistujat.....	9
2.2	Kysely.....	10
2.2.1	Näkemykset muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä.....	11
2.2.2	Näkemykset muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiasta.....	11
2.2.3	Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet.....	12
2.3	Aineiston analyysi.....	13
2.4	Tutkimuksen eettisyys.....	14
3	Tulokset.....	16
3.1	Puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät.....	16
3.2.1	Kuntoutusväittämien komponenttirakenne.....	19
3.3.2	Lineaarinen regressioanalyysi.....	20
4	Pohdinta.....	24
4.1	Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät.....	24
4.1.1	Tietous.....	24
4.1.2	Resurssit ja priorisointi.....	25
4.1.4	Puheterapian hyödyllisyys ja näyttö vaikuttavuudesta.....	26
4.2	Asenteen vaikutus kuntoutus- ja puheterapianäkemyksiin.....	27
4.2.1	Asenteen vaikutus näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista.....	27
4.2.2	Asenteen vaikutus näkemyksiin puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta.....	28
4.2.3	Asenteen vaikutus näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen haasteista.....	29
4.2.4	Asenteen vaikutus näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista.....	29
4.3	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	30
4.4	Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset.....	32
4.5	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	33
	Lähteet.....	34
	LIITE 1: Kyselylomake.....	42
	LIITE 2: Kyselylomakkeen avointen vastauskenttien vastaukset ryhmiteltynä.....	50

## 1 Johdanto

Muistisairaudet vaikuttavat laajasti sairastuneen henkilön kommunikatiiviseen toimintakykyyn (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], ei pvm.). Muistisairauksien aiheuttamia kommunikaation haasteita ja niiden vaikutuksia toimintakykyyn voitaisiin usein vähentää puheterapeuttisella kuntoutuksella (Douglas & MacPherson, 2021; Swan ym., 2018). Suomessa muistisairaajat henkilöt, joilla kommunikatiivinen toimintakyky on alentunut, eivät kuitenkaan systemaattisesti ohjautu puheterapeuttiseen arviointiin ja kuntoutukseen (Pekkala, 2017). Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen arviointiin ja kuntoutukseen ei myöskään ole Suomessa vakiintuneita käytänteitä. Muistisairaiden henkilöiden puheterapian vaikuttavuudesta on enenevässä määrin näyttöä (Eggenberger ym., 2013; Hopper ym., 2013; Swan ym., 2018), jolloin myös puheterapiapalveluiden merkitystä toimintakykyä tukevien palveluiden osana tulisi nostaa yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Tällä hetkellä Suomessa on yli 190 000 muistisairasta henkilöä, ja muun muassa väestön ikääntymisen myötä määrä tulee kasvamaan voimakkaasti tulevina vuosina (Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL], 2023a). Muistisairauksien vaikutukset ulottuvat sairastuneen lisäksi tämän lähipiiriin ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön, minkä vuoksi muistisairauksien vaikutukset ovat laaja-alaisia ja aiheuttavat merkittävien kansantaloudellisten haasteiden lisäksi paljon inhimillisiä kustannuksia (Rud Pedersen Public Affairs Oy, 2021; WHO, 2017). Muistisairauksien laaja-alaisen yksilöllisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten pienentämiseksi kuntoutuksen merkitystä tulisi aktiivisesti nostaa keskusteluun, sillä kuntoutuksella voidaan ylläpitää muistisairaahan henkilön toimintakykyä, hidastaa sairauden etenemistä ja vähentää sairauden aiheuttamaa haittaa sekä sairastuneen että lähipiirin näkökulmasta (Cammisuli ym., 2016; Laver ym., 2016; Spijker ym., 2008). Yksilölliset kuntoutustoimet voivat mahdollistaa muistisairaahan henkilön itsenäisen arjen kotona pidempään (Cations ym., 2017; Pitkälä, 2021), ja näin ollen siirtää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta myöhemmäksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollossa päättävässä asemassa tai esihenkilöasemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin Suomessa. Tarkoituksena on myös selvittää, vaikuttavatko osallistujien muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet heidän näkemyksiinsä muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta ja kuntoutuksesta yleisesti. Päättävässä asemassa ja esihenkilöasemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä ja asenteita on tasavertaisten palveluiden kehittämisen valossa tarpeellista tarkastella, sillä heillä on toisiin henkilöihin nähden

päättäv vastuuta ja sosiaalisesti määräytyvää vaikutusta ja valtaa (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, [THL], 2018). Tässä tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden puheterapiaa tarkastellaan ainoastaan kommunikatiivisen toimintakyvyn kautta, ja puheterapeuttien asiantuntijuuden hyödyntäminen nielemiseen liittyen on rajattu tutkimusaiheen ulkopuolelle. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta on merkityksellistä tehdä tutkimusta Suomessa, sillä se on melko tuntematon aihe ja se nousee keskusteluun harvoin. Muistisairauksien monimuotoisilla oireilla on merkittävä vaikutus muistisairaiden henkilöiden kommunikointiin, ja jo lievässä muistisairaudessa esiintyy kommunikointiin liittyviä vaikeuksia ja osallistumisen rajoitteita, jotka vaikuttavat muistisairaahan henkilön toimintakykyyn (Badarunisa ym., 2015).

## **1.2 Muistisairaiden henkilöiden kommunikatiivinen toimintakyky**

Muistisairauksiin liittyvät kognitiivis-kommunikatiiviset oireet hidastavat ja vaikeuttavat arkisia kommunikaatiotilanteita (ASHA, ei pvm.; Dooley & Walshe, 2019), mikä vaikuttaa heikentävästi muistisairaiden henkilöiden kommunikatiiviseen toimintakykyyn. Kognitiivis-kommunikatiiviset oireet ovat kognition heikentymisestä johtuvia kommunikaation vaikeuksia (ASHA, ei pvm.). Muistisairaudet ovat eteneviä muistiin sekä muihin kognitiivisiin kykyihin ja käyttäytymiseen vaikuttavia neurologisia sairauksia, jotka vaikuttavat laaja-alaisesti sairastuneen toimintakykyyn (World Health Organization [WHO], 2017). Kognitiivisten toimintojen, kuten muistin, toiminnanohjauksen, päättelyn, ongelmanratkaisun, kielellisten toimintojen ja aloitekyvyn heikkeneminen vaikuttavat kommunikointiin esimerkiksi heikentämällä sen joustavuutta ja tehokkuutta (Dooley & Walshe, 2019). Kommunikoinnin osa-alueita ovat puheen tuottaminen, kuullun ymmärtäminen, lukeminen, kirjoittaminen ja sosiaalinen vuorovaikutus (MacDonald, 2017).

Laaja-alaisten kognitiivis-kommunikatiivisten oireiden myötä muistisairaiden henkilöiden kommunikointi vaikeutuu, ja vaikeudet voivat ilmetä monin eri tavoin aina nimeämisen vaikeuksista laajempiin puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksiin (Banovic ym., 2018). Kommunikoinnin vaikeudet vaikuttavat muistisairaahan henkilön kykyyn kommunikoida tarpeitaan, tunteitaan ja mieltymyksiään niin, että lähitoimijat eli muistisairaahan henkilön kanssa toimivat ihmiset pystyvät ne ymmärtämään (Dooley & Walshe, 2019). Näin ollen kommunikoinnin vaikeudet voivat vaikuttaa esimerkiksi muistisairaahan henkilön itsetuntoon ja identiteettiin, elämänlaatuun ja sosiaalisiin suhteisiin (Braithwaite Stuart ym., 2022; Jones, 2015). Kommunikoinnin vaikeuksilla on siis merkittäviä vaikutuksia muistisairaahan henkilön toimintakykyyn, eikä muistisairauden etenemisaste ennusta, kuinka paljon kommunikoinnin vaikeudet rajoittavat tai estävät itsenäistä suoriutumista ja osallistumista arjessa (Badarunisa ym., 2015).

Neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet (*Behavioral and Psychological Symptoms*) ovat merkittävä osa muistisairauden oireita, ja niitä esiintyy jo muistisairauden alkuvaiheessa jopa 85 %:lla sairastuneista henkilöistä (Monastero ym., 2009). Neuropsykiatristen oireiden ja käytösoireiden etiologia on monitekijäinen, mutta esimerkiksi kommunikoinnin vaikeudet voivat johtaa neuropsykiatrisiin oireisiin ja käytösoireisiin (Warren, 2022). Neuropsykiatrisia oireita ja käytösoireita ovat esimerkiksi aggressiivisuus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, apaattisuus, verbaalinen kiihtyneisyys ja levottomuus (Cerejeira ym., 2012; Lyketsos ym., 2011). Nämä neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet voivat näyttäytyä haastavana käyttäytymisenä, vaikka usein haastava käyttäytyminen on osoitus sosiaalisen tai fyysisen ympäristön muutoksesta, joka aiheuttaa turhautumista, hämmennystä tai pelkoa muistisairaalle henkilölle (Herron & Wrathall, 2018). Käyttäytyminen voi siis olla kommunikointikeino tai osoitus siitä, että muistisairas henkilö ei ymmärrä muita (Warren, 2022). Neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet aiheuttavat ahdistusta niin muistisairaalle henkilölle kuin hänen lähitoimijoilleen (Warren, 2022). Niiden tulkitseminen kommunikointina voi parantaa muistisairaahan henkilön elämänlaatua sekä kommunikointia ja yhteyttä muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan välillä.

Kuntoutus, kuten puheterapiakin, määrittellään kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähteväksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on ylläpitää ja edistää yksilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, osallistumismahdollisuuksia ja elämänlaatua (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2022). Kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen vaikutusten arvioinnin perusta on toimintakyky, jolla tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisistä elämän toiminnoista (STM, 2022; THL, 2024). Toimintakyky on riippuvainen ympäristön myönteisistä ja kielteisistä vaikutuksista (STM, 2022). Toimintakykyä voidaan kuvata WHO:n (2004) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health [IFC]) avulla. Toimintakyvyn osa-alueita ovat kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät (THL, 2023b).

ICF-toimintakykyluokituksen soveltaminen muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa mahdollistaa sen, että muistisairauksien moninaiset ja yksilölliset vaikutukset henkilön toimintakykyyn voidaan paremmin tunnistaa (Hopper, 2007). Usein muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn tarkastelussa keskitytään enemmän suoritukseen ja osallistumiseen, ympäristö- ja yksilötekijöiden jäädessä vähemmälle huomiolle (Huang ym., 2023; Kristensen ym., 2024). Tällöin sosiaalisen kontekstin ja vuorovaikutuksen huomioiminen toimintakyvyn arvioinnissa voi jäädä vähäiseksi (Kristensen ym., 2024). Ympäristöllä on merkittävä vaikutus siihen, kuinka hyvin

muistisairaahan henkilön kommunikointi onnistuu. Yksilötekijöiden tunnistaminen taas auttaa ymmärtämään, kuka asiakas on, mitä ja miten hän ajattelee, miten hän arvioi ja ymmärtää omaa tilannettaan, mitä hän toivoo ja kuinka hän selviytyy arjestaan (Karhula ym., 2021).

Muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa tulisi toimintakyvyn lisäksi ottaa huomioon muistisairaahan henkilön kokemus omasta elämänlaadustaan (Bowling ym., 2015), sillä sen ylläpitäminen ja edistäminen on yksi kuntoutuksen tavoitteista (STM, 2022). Elämänlaatu kuvaa henkilön omaa näkemystä hyvinvoinnistaan ja tyytyväisyydestään elämäänsä (Bowling ym., 2015). Muistisairaahan henkilön elämänlaatua kuitenkin kysytään usein muistisairaahan henkilön sijaan hänen läheiseltään, joka arvioi elämänlaadun tyypillisesti huonommaksi kuin muistisairas henkilö itse (Heuer & Willer, 2020). Elämänlaatuun vaikuttavat erilaiset ympäristötekijät sekä yksilön tavoitteet, odotukset, normit ja huolenaiheet (WHO, ei pvm.). Myös kommunikoinnin vaikeuksilla on vaikutus elämänlaatuun (Baker ym., 2015; Braithwaite Stuart ym., 2022).

Muistisairauksien aiheuttamat kognitiivis-kommunikatiiviset vaikeudet vaikuttavat muistisairaahan henkilön mahdollisuuksiin osallistua yhteisön toimintaan ja toimia arjessa itsenäisesti (ASHA, ei pvm.; WHO, 2012), minkä vuoksi niiden tunnistaminen ja kuntouttaminen on yksilön kannalta merkityksellistä. Dooleyn ja Walshen (2019) mukaan muistisairaiden henkilöiden kommunikoinnin vaikeuksien tunnistaminen ja helpottaminen on puheterapeuttien ydinosaa, minkä vuoksi puheterapeuttista asiantuntijuutta voitaisiin kognitiivis-kommunikatiivisten oireiden sekä neuropsykiatristen oireiden ja käytösoireiden vähentämisessä hyödyntää.

### **1.3 Muistisairaiden henkilöiden puheterapia**

ASHA:n (2016) mukaan puheterapeuteilla tulisi olla keskeinen rooli muistisairauksien seulonnassa, arvioinnissa, diagnosoinnissa sekä kuntoutuksessa, mutta Suomessa puheterapeutin työnkuva muistisairaiden henkilöiden parissa on vasta muotoutumassa (Pekkala, 2017). Suomessa muistisairaant henkilöt ovat puheterapeuteilla marginaalinen asiakasryhmä, toisin kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa, jossa muistisairaudet ovat puheterapeuttien kliinisessä työssä neljänneksi yleisin syy puheterapialle aikuisasiakkailta (ASHA, 2024). Pekkalan ym. (2017) mukaan muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen kuntoutukseen ei ole Suomessa saatavilla virallisia hoitolinjauksia tai -käytäntöjä, eikä tilanne tiettävästi ole muuttunut. Esimerkiksi Puheterapeuttiliitto ei ole julkaissut muistisairaiden henkilöiden hyviä puheterapiakäytänteitä (ks. Suomen Puheterapeuttiliitto ry, 2024). Puheterapeutin työnkuva on siis muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa vielä vakiintumatta. Arvion mukaan Suomessa on tällä hetkellä yli 190 000 muistisairasta henkilöä, ja muun muassa väestön ikääntymisen myötä muistisairautta sairastavien määrä tulee kasvamaan voimakkaasti tulevina vuosina (THL,

2023a). Palveluiden kehittämistä ja vakiintuneiden käytänteiden luomista tulisi siis edistää, jotta kasvavaan palveluiden tarpeeseen voidaan tulevaisuudessa vastata paremmin.

Kommunikatiivisen toimintakyvyn tukemisessa keskeisiä puheterapeuttisia lähestymistapoja ovat lääkkeettömät menetelmät, ohjaus ja koulutus. Lääkkeettömät menetelmät ovat psykososiaalisia menetelmiä, joiden keskiössä ovat vuorovaikutus ja ympäristön muokkaaminen (Koponen & Vataja, 2023). Puheterapeuttista kuntoutusta ei nimeltä mainita lääkkeettömiä hoitomuotoja käsittelevissä katsauksissa (ks. Dyer ym., 2018; Meyer & O'Keefe, 2020; Watt ym., 2019). Kuitenkin esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen ja kognitiivinen stimulaatio, jotka ovat puheterapeuttisen kuntoutuksen keskiössä, ovat esimerkkejä lääkkeettömistä hoitomuodoista (Dyer ym., 2018; Vataja, 2023), minkä vuoksi lääkkeettömät menetelmät käsitellään tässä tutkimuksessa.

Lääkkeettömien menetelmien hyödyntämisestä muistisairaiden henkilöiden neuropsykiatristen oireiden ja käytösoireiden hoidossa on paljon näyttöä, ja ne ovat sekä suomalaisten Käypä hoito -suositusten että monien kansainvälistenkin hoitosuositusten mukaan ensisijaisia menetelmiä niiden hoidossa (Vataja, 2023). Neuropsykiatrisia oireita ja käytösoireita voidaan vähentää esimerkiksi kognitiivisella stimulaatioterapialla, jossa pyritään tarjoamaan muistisairaalle henkilölle mielekästä tekemistä ja ylläpitämään kognitiivisia toimintoja esimerkiksi muistisairaahan henkilön elämänhistorian muistelun kautta (Meyer & O'Keefe, 2020; Watt ym., 2019). Kognitiivisella stimulaatioterapialla voidaan vaikuttaa myös elämänlaatuun ja kognitiivisiin toimintoihin sekä toimintakykyyn (Meyer & O'Keefe, 2020). Muistisairaiden henkilöiden kuntoutus on usein ryhmämuotoista, sillä siinä pyritään kommunikatiivisen toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen (ASHA, ei pvm.; Pekkala, 2017). Lähtötoimijoiden ohjaaminen on myös keskeinen psykososiaalinen menetelmä muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa kuntoutuksessa (ASHA, ei pvm.; Eggenberger ym., 2013). Esimerkiksi erilaiset muistisairaahan henkilön ja lähtötoimijan väliseen keskusteluun kohdistuvat interventiot, psykoedukaatio sekä kommunikaation apuvälineiden käytön ohjaaminen ovat tutkitusti vaikuttavia keinoja tukea muistisairaahan henkilön kommunikointia ja elämänlaatua (Eggenberger ym., 2013; Machiels ym., 2017; Prado ym., 2022; Swan ym., 2018).

Puheterapeutin asiantuntijuutta voidaan hyödyntää muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn tukemisessa laajalti. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien henkilöiden koulutuksessa voidaan hyödyntää puheterapeutteja (ASHA, 2016). Jo videovälitteisillä hoitohenkilökunnalle suunnatuilla koulutuksilla, jotka käsittelevät muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiota, oli pystytty lisäämään tietoutta muistisairaiden henkilöiden kanssa kommunikoinnista, ja parantamaan valmiutta hoitaa muistisairaita henkilöitä (Broughton ym., 2011; Conway & Chenery, 2016). Abraham ym. (2017) katsauksessa neuropsykiatristen ja käytösoireiden

hoidossa muistisairaahan henkilön läheisiin tai hoitohenkilökuntaan kohdistuvat kommunikaation interventiot todettiin tehokkaiksi. Suomessakin muistisairauksiin kuuluvien neuropsykiatristen oireiden ja käytösoireiden hoitoon suositellaan hoitohenkilökuntaan kohdistuvia ja kommunikaatiota edistäviä interventiota (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023).

#### **1.4 Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät**

Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin voivat vaikuttaa monet tekijät. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä ei tiettävästi ole tehty aikaisempaa tutkimusta, mutta kuntoutuksen saamiseen yleisesti vaikuttavat tekijät voidaan jakaa asiakkaaseen liittyviin tekijöihin, organisaatioon liittyviin tekijöihin sekä terveydenhuollossa työskenteleviin henkilöihin liittyviin tekijöihin (Longley ym., 2019; Scerri ym., 2023). Muistisairaisiin henkilöihin liittyvät piirteet, kuten muistin heikentyminen tai käyttäytymisen muutokset voivat vaikuttaa muistisairaahan henkilön kuntoutuksen saamiseen. Esimerkiksi Cationsin ja muiden (2020) tutkimuksessa, jossa selvitettiin terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä, näiden piirteiden tunnistettiin olevan este muistisairaahan henkilön kuntoutukseen osallistumiselle, jolloin ne voivat vaikuttaa myös muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen.

Myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä organisaatioon liittyvät tekijät voivat vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin. Scerrin ja muiden (2023) katsauksessa muistisairaiden henkilöiden saamaan kuntoutukseen vaikuttivat joustamattomat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, mikä voi olla myös puheterapiapalveluihin vaikuttava tekijä. Suomessa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin voi vaikuttaa myös se, että käytänteet muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen arviointiin ja kuntoutukseen eivät ole vakiintuneita (Pekkala, 2017). Myös rahan ja työvoimaan liittyvät resurssit vaikuttavat palveluihin (Longley ym., 2019; Scerri ym., 2023). Rajalliset resurssit voivat muistisairaiden henkilöiden hoidossa vaikuttaa esimerkiksi lääkehoidon ensisijaiseen käyttöön kuntoutuksen ja näin ollen myös puheterapian sijaan (Cohen-Mansfield ym., 2013; Preuss ym., 2016). Resurssikysymyksiin liittyen muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin voi vaikuttaa myös muiden asiakasryhmien priorisointi (Cations ym., 2020). Myös Suomen Puheterapeuttiliitto ry on Puheterapia perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa -kannanotossaan (2017) todennut, että puheterapiapalvelut kohdistuvat Suomessa pääsääntöisesti alle kouluikäisiin lapsiin, ja muut asiakasryhmät, kuten ikääntyneet, jäävät suurilta osin palveluiden ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleviin henkilöihin liittyvät tekijät, kuten tietous ja asenteet voivat myös vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin. Esimerkiksi Paulin ja Mehrhoffin (2015) mukaan muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen kuntoutuksen tarvetta ei

aina tunnisteta. Muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen merkitystä ei terveydenhuollossa aina laajemminkaan tunnisteta tai mielletä kuuluvaksi osaksi muistisairaiden henkilöiden hoitoa (Cations ym., 2020; Scerri ym., 2023). Cationsin ym. (2020) tutkimuksessa terveydenhuollon henkilökunta oli epävarma kuntoutuksen määritelmästä ja kuntoutuksen hyödyllisyydestä muistisairaille henkilöille, ja osa terveydenhuollon henkilökunnasta ei ollut välttämättä tullut ajatelleeksi, että muistisairaajat henkilöt voisivat hyötyä kuntoutuksesta. Scerrin ym. (2023) katsauksessa myös tunnistettiin, että tietoutta muistisairaiden henkilöiden kanssa kommunikoinnista tarvitaan lisää, ja näin ollen tunnistettiin koulutuksen tarve. Myös yleiset asenteet liittyen muistisairauksiin ja puheterapiaan voivat vaikuttaa muistisairaiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen, sillä asenteet vaikuttavat yleisestikin siihen, miten ihmiset toimivat ja ajattelevat (THL, 2018).

### **1.5 Muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen ja puheterapiaan liittyvät asenteet**

Asenteet vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja sosiaaliseen elämään, ja ne heijastelevat ihmisen tapoja, tottumuksia, ideologioita, arvoja ja normeja (THL, 2018). Sekä yksilölliset että yhteisölliset asenteet luovat käytänteitä, jotka voivat olla joko yksilöä kunnioittavia tai syrjiviä. Erilaiset sosiaaliset normit ja käytänteet sekä yhteisön asenteet vaikuttavatkin yksilön toimintakykyyn (Alzheimer's Disease International [ADI], 2019; 2024). Terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden asenteilla on monia vaikutuksia, sillä ne ohjaavat heidän työskentelyään ja päätöksentekoaan. Terveydenhuollon henkilökunnan asenteet voivat vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten asiakas kohdataan ja millaista hoitoa hän saa (VanPuymbrouck ym., 2020). Puheterapeuttiseen kuntoutukseen liittyen tästä ei ole tehty aiempaa tutkimusta, joten tässä asenteita käsitellään yleisesti kuntoutuspalveluiden kautta.

Muistisairauksiin liittyä terveydenhuollossa erilaisia asenteita, jotka voivat vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden saamaan hoitoon ja kuntoutukseen (ADI, 2019; 2024). Esimerkiksi Laytonin ja muiden (2024) tutkimuksessa terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden tietous ja kielteiset asenteet muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen liittyen nimettiin esteeksi kuntoutukselle. Terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt voivat liittää muistisairaisiin henkilöihin piirteitä, joiden tulkitaan vaikuttavan muistisairaajan henkilön kykyyn osallistua kuntoutukseen ja hyötyä siitä (Cations ym., 2020; Hall ym., 2023). Muun muassa kognitiivis-kommunikatiivisten vaikeuksien sekä neuropsykiatristen oireiden ja käytösoireiden voidaan ajatella vaikuttavan kielteisesti muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen (Evripidou ym., 2019; Scerri ym., 2023). Muistisairaiden henkilöiden kohdalla erilaiset uskomukset ja asenteet voivat vaikuttaa esimerkiksi siihen, kuinka todennäköisesti muistisairaita henkilöitä ohjataan kuntoutukseen (Scerri ym., 2023) ja millaista kuntoutusta he saavat (Hall ym., 2023). Terveydenhuollon henkilökunnan asenteita ja näkemyksiä sekä tietoutta

muistisairauksiin ja muistisairaiden henkilöiden palveluihin liittyen on hyvä tarkastella, jotta keskustelua voidaan ohjata merkityksellisten teemojen pariin. Näin myös palveluiden kehittäminen paremmin muistisairaiden henkilöiden tarpeita vastaaviksi voisi olla mahdollista.

### **1.6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspalveluissa tai ikääntyneiden palveluissa esihenkilöasemassa tai päättävässä asemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sekä kuntoutuksesta ja puheterapiasta yleisesti. Tutkimuksessa selvitetään myös muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita, mikä mahdollistaa muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvien asenteiden ja kuntoutukseen sekä puheterapiaan liittyvien näkemysten yhteyden tutkimisen.

Terveystieteiden tutkimuksessa päättävässä asemassa ja esihenkilöasemassa työskentelevillä henkilöillä on toisiin henkilöihin nähden päätävästä ja sosiaalisesti määräytyvää vaikutusta ja valtaa (THL, 2018), minkä vuoksi heidän näkemysten ja asenteiden tarkastelu on tasavertaisten palveluiden kehittämisen kannalta tarpeellista. Kansainvälisissä tutkimuksissa on nostettu esiin muistisairaisiin henkilöihin ja heidän kuntoutukseensa liittyviä stereotyyppisiä ajatusmalleja ja asenteita, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan myös asenteita puheterapiapalveluihin mahdollisesti vaikuttavana tekijänä (Cations ym., 2020; Scerri ym., 2023). Suomen kontekstissa tutkimusta muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista ei ole tehty, minkä takia tutkimus puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä on ajankohtaista.

#### **Tutkimuskysymykset:**

1. Mitkä tekijät terveydenhuollossa päättävässä asemassa tai esihenkilöasemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksen mukaan vaikuttavat muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin?
2. Ovatko terveydenhuollossa päättävässä asemassa tai esihenkilöasemassa työskentelevien henkilöiden muistisairaisiin henkilöihin liittyvät asenteet yhteydessä heidän näkemyksiinsä muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta?

## 2 Menetelmät

### 2.1 Osallistujat

Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan henkilöitä, jotka toimivat hyvinvointialueilla julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa päättävässä asemassa tai esihenkilöasemassa ikääntyneiden palveluissa tai kuntoutuspalveluissa. Tutkimukseen pyrittiin keräämään näkemyksiä eri organisaatioitasoilta. Kysely jaettiin tutkimusjoukkoille hyvinvointialueiden yhteyshenkilöiden välittämänä sähköpostitse. Näin ollen tarkkaa tietoa tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvien määrästä ei ole tiedossa, sillä yhteyshenkilöitä ei tietosuojaan vedoten veloitettu raportoimaan, kenelle ja kuinka monelle kysely on lähetetty. Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukkoon viitataan terveydenhuollon esihenkilöinä.

Tutkimukseen osallistui 84 julkisessa terveydenhuollossa esihenkilöasemassa työskentelevää henkilöä. Osallistuneiden henkilöiden ikäjakauma oli 32–66 vuotta ( $m = 48.0$ ;  $ka = 49.2$ ;  $kh = 8.7$ ) ja he olivat työskennelleet nykyisessä tai sitä vastaavassa työtehtävässä 0–36 vuotta ( $m = 5.3$ ;  $ka = 7.7$ ;  $kh = 7.5$ ). Osallistujista 80 (95.2 %) oli työskennellyt muistisairaiden henkilöiden kanssa ja 4 (4.8%) taas ei ollut työskennellyt muistisairaiden henkilöiden kanssa. Taulukossa 1 esitetään osallistujien koulutusasteet.

#### Taulukko 1.

*Osallistujien jakautuminen koulutusasteittain*

	Yhteensä ( $N = 84$ )	
	<i>n</i>	%
Toisen asteen tutkinto	8	9.5
Alempi korkeakoulututkinto	19	22.6
Ylempi korkeakoulututkinto	56	66.7
Tutkijan koulutusaste	1	1.2

Valtaosalla osallistujista oli sosiaali- ja terveysalan tutkinto. Tarkkaa määrää ei pystytty raportoimaan, sillä muita kuin sosiaali- ja terveysalaan liittyviä tutkintoja oli raportoitu vähän, eikä kaikista vastauksista tullut ilmi todellista tutkintoa, vaan ennemminkin työnkuvaa kuvaava nimike. Esitietona kartoitettiin myös osallistujien työnkuvaa, ja millaisia vastuualueita heillä on. Vastausten perusteella osallistujia oli eri organisaatioitasoilta, sekä yksiköiden esihenkilöitä että johtajia eri

toimialueista ja palvelukokonaisuuksista. Vastuualueiden kuvaukset olivat yksilöllisiä, ja liittyivät monipuolisesti sekä hallinnolliseen että kliiniseen työhön. Osallistujien vastuualueita ei raportoida tarkemmin, sillä niiden tarkoitus oli ensisijaisesti se, että niiden avulla voitiin varmistaa osallistujan soveltuvuus tutkimusjoukkoon. Yhtäkään osallistujaa ei lopulta jätetty tutkimuksen ulkopuolelle vastuualuekuvauksen perusteella. Taulukossa 2 esitetään osallistujien jakautuminen yhteistyöalueittain. Yhteistyöalueet muodostuvat yliopistollisten sairaaloiden ympärille, ja näin ollen niitä on viisi. Jokainen hyvinvointialue kuuluu siis yhteen yhteistyöalueeseen.

## Taulukko 2.

*Osallistujien jakautuminen yhteistyöalueittain*

	Yhteensä (N = 84)	
	n	%
Pohjois-Suomen yhteistyöalue	17	20.2
Itä-Suomen yhteistyöalue	2	2.4
Sisä-Suomen yhteistyöalue	15	17.9
Länsi-Suomen yhteistyöalue	15	17.9
Etelä-Suomen yhteistyöalue	35	41.7

*Lisätiedot:* Pohjois-Suomen yhteistyöalue, OYS (Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue); Itä-Suomen yhteistyöalue, KYS (Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon hyvinvointialue); Sisä-Suomen yhteistyöalue, TAYS (Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan hyvinvointialue); Länsi-Suomen yhteistyöalue, TYKS (Pohjanmaan, Satakunnan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue); Etelä-Suomen yhteistyöalue (HUS, Helsinki ja Etelä-Karjalan, Itä-Uudenmaan, Keski-Uudenmaan, Kymenlaakson, Länsi-Uudenmaan, Päijät-Hämeen sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialue)

## 2.2 Kysely

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena, ja aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Turun yliopiston hallinnoiman REDCap-järjestelmän välityksellä. Valmis kysely pilotoitiin muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevillä henkilöillä ( $n = 4$ ). Pilotoinnin jälkeen kyselyyn tehtiin tarvittavat muutokset. Kyselyyn lisättiin lähitoimijan selite sekä tarkennettiin eri osioiden ohjeistusta. Tutkimustiedotteen kuvaus laajennettiin koskemaan puheterapiapalveluiden lisäksi myös kuntoutuspalveluita, jotta osallistuja saisi tutkimuksen sisällöstä mahdollisimman kattavan käsityksen.

Esitietojen jälkeen kyselyn ensimmäisessä osiossa selvitettiin muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita kansainvälisesti käytössä olevan Dementia Attitudes Scale (DAS) -kyselyn (O'Connor & McFadden, 2010) tutkimusta varten suomennetun version avulla. Toinen osio sisälsi

väittämiä, joilla selvitettiin osallistujien näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiapalveluista. Kolmannessa osiossa oli väittämiä, joilla selvitettiin näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä. Kysely esitetään kokonaisuudessaan liitteessä 1.

### **2.2.1 Näkemykset muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä**

Näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä kartoitettiin väittämien avulla (Taulukko 3). Väittämät pohjattiin osittain aikaisempaan pro gradu -tutkielmaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä (Kohonen, 2014). Lisäksi väittämien muodostamisessa hyödynnettiin Cationsin ym. (2020) ja Scerrin ym. (2023) tutkimuksia, jotka käsittelivät yleisesti näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspalveluihin vaikuttavista tekijöistä. Väittämiin vastattiin VAS-asteikolla (*Visual Analogue Scale*), jonka ääripäät olivat ”täysin eri mieltä” – ”täysin samaa mieltä”. VAS-asteikon lukuarvot vaihtelivat välillä 0–100. Osallistujille annettiin myös mahdollisuus nimetä kyselystä puuttuvia puheterapiapalveluihin vaikuttavia tekijöitä avoimeen vastauskenttään, jotta kyselyllä saatiin osallistujien näkemykset palveluiden toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä selville mahdollisimman kattavasti.

#### **Taulukko 3.**

##### *Väittämät muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä*

---

Muistisairaana henkilöiden haastavaksi koettu käyttäytyminen estää näiden henkilöiden kuntoutuksen.

Puheterapiapalveluiden merkitystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa ei tunnisteta.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapian vaikuttavuudesta ei ole tarpeeksi näyttöä.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ei ole rahoitusta.

Muiden asiakkaiden puheterapiapalvelut priorisoidaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden edelle.

Muistisairas henkilö ei hyödy puheterapiasta.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin ei ole tarpeeksi puheterapeutteja.

---

### **2.2.2 Näkemykset muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiasta**

Näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutus- ja puheterapiapalveluista kartoitettiin väittämien avulla (Taulukko 4). Väittämien muodostamisessa hyödynnettiin eri lähteitä, kuten *Muistisairaudet Käypä hoito* -suositusta (2023), Duodecimin *Muistisairaudet* -kirjaa (2015) sekä STM:n (2022) *Lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet* -opasta. Väittämät pyrittiin koostamaan niin, että ne kartoittivat vastaajien näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutus- ja puheterapiapalveluista mahdollisimman monipuolisesti. Väittämiin vastattiin VAS-asteikolla, jonka ääripäät olivat ”täysin eri mieltä” – ”täysin samaa mieltä”. VAS-asteikon lukuarvot vaihtelivat välillä 0–100.

#### **Taulukko 4.**

##### *Väittämät muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiasta*

---

Muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan kanssa tulee laatia yksilölliset tarpeet täyttävä ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

Varhainen tuki on tärkeää muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan sopeutumisessa ja kotona asumisen jatkumisessa.

Lääkkeettömien menetelmien tulee olla ensisijaisia hoitomuotoja muistisairaiden henkilöiden käytösoireiden hoidossa.

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa.

Muistisairaahan henkilön kuntoutus on hyödyllistä.

Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen tavoitteita on vaikea määrittää.

Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea mitata.

Muistisairaahan henkilön tarve kommunikointiin säilyy läpi elämän.

Kommunikointikyky vaikuttaa muistisairaahan henkilön arjen toimintakykyyn.

Kuntoutuksella tulee tukea muistisairaahan henkilön kommunikointia.

Muistisairaita henkilöitä hoitavien koulutuksessa tulee hyödyntää puheterapeuttien asiantuntijuutta.

Puheterapia on hyödyllistä kaikissa muistisairauden vaiheissa.

Puheterapeuttinen kuntoutus voi olla muistisairaahan henkilön lähitoimijoiden ohjaamista.

Lähitoimijoiden vuorovaikutustaitoja tukemalla voidaan vähentää muistisairaahan henkilön haastavaksi koettua käyttäytymistä.

---

### **2.2.3 Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet**

Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita kartoitettiin kansainvälisellä asenteita mittaavalla Dementia Attitudes Scale (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010) -itsearviointilomakeella. DAS-kysely sisälsi 20 väittämää, joilla mitattiin asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan. DAS-kysely on kehitetty ja validoitu alun perin korkeakouluopiskelijoilla sekä hoitajilla, mutta sitä on käytetty tutkimuskirjallisuudessa myös yleisemmin terveydenhuollon ammattilaisten asenteiden mittaamiseen (Larkin, 2017; Scerri ym., 2020; Zhao ym., 2022), joten sen ajateltiin soveltuvan asenteiden kartoittamiseen tässäkin tutkimuksessa. DAS-kyselyn väittämiin vastattiin 7-portaisella Likert-asteikolla välillä ”täysin eri mieltä” – ”täysin samaa mieltä”. Asteikon keskimäinen vastausvaihtoehto oli ”ei samaa eikä eri mieltä”. Kahdestakymmenestä väittämästä kuusi oli käänteisiä, ja ne on raportoitu taulukossa 5. DAS-kyselystä voitiin laskea kokonaispistemäärä, jossa korkeampi pistemäärä kertoi myönteisemmästä asenteesta muistisairaita henkilöitä kohtaan. DAS-kyselystä saatu kokonaispistemäärä pystyi saamaan arvoja 20–140 välillä.

DAS-kysely suomennettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistusta mukailleen (THL, 2023c). DAS-kysely suomennettiin siten, että pro gradu -tutkielman tekijät ja toinen tutkielman ohjaajista suomensivat väitteet tahoillaan, jonka jälkeen suomennoksia vertailtiin parhaan mahdollisen käännöksen löytämiseksi. Tämän jälkeen englannin kielen aineenopettaja käänsi suomennetut

väittämät takaisin englannin kielelle, jotta niitä voitiin vertailla alkuperäisiin DAS-kyselyn väittämiin. Tällä pyrittiin varmistamaan käännosten oikeellisuus ja täsmällisyys.

#### **Taulukko 5.**

##### *Dementia Attitude Scale -mittarista suomennetut väittämät*

---

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentely on palkitsevaa.  
Muistisairaavat henkilöt pelottavat minua. \*  
Muistisairaavat henkilöt voivat olla luovia.  
Tunnen oloni itsevarmaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.  
Minulle on luontevaa koskettaa muistisairaita henkilöä.  
Tunnen oloni epämurkavaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa. \*  
Jokaisella muistisairaalla henkilöllä on erilaiset tarpeet.  
En ole perehtynyt muistisairauksiin kovin hyvin. \*  
Välttelisin muistisairasta henkilöä, jos hän vaikuttaisi kiihtyneeltä. \*  
Muistisairaavat henkilöt pitävät tuttuja asioita mielellään lähettyvillä.  
Muistisairaiden henkilöiden elämäntarina on tärkeää tuntea.  
Vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa voi nauttia.  
Tunnen oloni rennoksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.  
Muistisairaavat henkilöt voivat nauttia elämästä.  
Muistisairaavat henkilöt tuntevat, kun heille ollaan ystävällisiä.  
Tunnen itseni turhautuneeksi, kun en tiedä, miten muistisairaita henkilöitä voisi auttaa. \*  
En pysty kuvittelemaan, että pitäisin huolta muistisairaasta henkilöstä. \*  
Ihailen muistisairaiden henkilöiden selviytymiskeinoja.  
Voimme tehdä useita asioita parantaaksemme muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua.  
Haastava käyttäytyminen saattaa olla muistisairaalle henkilölle keino kommunikoida.

---

\*Käänteiset väittämät

### **2.3 Aineiston analyysi**

Kyselyn vastaukset siirrettiin REDCap-järjestelmästä IBM SPSS Statistics 29 -ohjelmaan, jossa aineisto analysoitiin kvantitatiivisesti. Osallistujien näkemykset liittyen muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttaviin tekijöihin tarkasteltiin tunnuslukujen avulla. Lisäksi avoimen vastauskentän vastaukset ryhmiteltiin. Avoimista vastauksista poistettiin tiedot, joista yksittäisen osallistujan olisi mahdollisesti voinut tunnistaa.

DAS-kyselyn normaalistajakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Sminorffin testillä, jotta varmistettiin sen sopivuus selittäväksi tekijäksi lineaariseen regressioanalyysiin. Lisäksi tarkasteltiin DAS-kyselyn reliabiliteettia sisäisen konsistenssin menetelmällä.

Muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen ja puheterapiaan liittyville väittämille tehtiin pääkomponenttianalyysi (PKA), jonka avulla voitiin tiivistää aineistoa komponentteihin. Ennen PKA:n tekemistä kahden kielteisen väittämän pisteet käännettiin myönteisiä väittämiä vastaavaksi. Tarkoituksena oli siis ryhmitellä aineistoa ja vähentää näin tarkasteltavia muuttujia. Yksittäiset näkemykset ryhmiteltiin näin laajempiin kokonaisuuksiin, pääkomponentteihin. Korrelaatiomatriisin sopivuutta PKA:iin arvioitiin Bartlettin huipukkuustestillä ja Kaiser-Meyer-Olkin -testillä (KMO).

Jotta aineistoon voitiin sovittaa komponenttiratkaisua, tuli Bartlettin huipukkuustestin tuloksen olla merkitsevä, ja KMO:n tuloksen olla  $> 0.6$  (Bartlett, 1954; Kaiser, 1974). PKA:ssa rotaatiomenetelmänä käytettiin vinokulmaista Direct Oblimin -rotaatiota, jossa komponenttien annettiin korreloida keskenään. Oletuksena siis oli, että kuntoutusta ja puheterapiaa koskevat väittämät ovat yhteydessä toisiinsa. Kuntoutusta ja puheterapiaa koskevia väittämiä oli 14. PKA:n suorittamisen jälkeen tarkasteltiin kommunaliteetit sekä komponenttiratkaisun muuttujien lataukset komponenteille. Mallista poistettiin muuttujia, jos ne latautuivat voimakkaasti useammalle kuin yhdelle komponentille.

Aineiston tiivistäminen PKA:lla mahdollisti sen, että asenteen vaikutuksia näkemyksiin kuntoutuksesta voitiin tarkastella lineaarisella regressioanalyysillä. Regressioanalyysissä tarkasteltiin siis DAS-kyselyn summapisteyden ja kuntoutukseen ja puheterapiaan liittyvistä väittämistä muodostettujen komponenttien yhteyttä toisiinsa. Linearisessa regressiossa tarkasteltiin, miten selittävien muuttujien muutokset vaikuttivat selitettävään muuttujaan. Selittävinä muuttujina tutkimuksessa olivat sekä taustamuuttujat (ikä, koulutustaso) että asenne, ja selitettävänä muuttujana kuntoutukseen ja puheterapiaan liittyvät näkemykset, joita siis edustivat kuntoutus- ja puheterapiaväittämistä muodostetut komponentit. Oletuksena lineaarisessa regressiossa oli, että muuttujat korreloivat keskenään. Näin ollen ennen lineaarisen regression suorittamista tarkasteltiin muuttujien välistä lineaarista yhteyttä korrelaation avulla.

## **2.4 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimukseen haettiin hyvinvointialueilta tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimusluvut saatiin 16 hyvinvointialueelta, jotka olivat Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Helsingin, Itä-Uusimaan, Kainuun, Kanta-Hämeen, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Lapin, Länsi-Uusimaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen, Vantaa ja Keravan sekä Varsinais-Suomen hyvinvointialueet. Tutkimuslupia ei saatu kuudelta hyvinvointialueelta, jotka olivat Etelä-Savon, Keski-Uusimaan, Kymenlaakson, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Satakunnan hyvinvointialueet. Vaikka luvat haettiin yksittäisiltä hyvinvointialueilta, tunnisteiden takia osallistujista ei kuitenkaan kerätty tietoa hyvinvointialueittain, vaan heitä pyydettiin raportoimaan yhteistyöalue, jolla he työskentelevät. Yhteistyöalueet koostuvat useammasta hyvinvointialueesta, ja jokaisella yhteistyöalueella sijaitsee yksi yliopistollinen sairaala. Kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet on kuvattu taulukossa 2.

Tutkimus oli täysi-ikäisille suunnattu kyselytutkimus, josta ei aiheutunut osallistujille eikä heidän läheisilleen riskiä tai haittaa. Tutkimus ei vaatinut eettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa. Tutkimukseen osallistuminen oli koehenkilöille vapaaehtoista. Osallistujilla oli mahdollisuus

keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Erillistä suostumusta ei kysytty, vaan osallistujaa informoitiin siitä, että suostumuksena toimii kyselylomakkeen lähettäminen.

Kyselylomakkeen täytön keskeytyessä tiedot eivät tallentuneet järjestelmään. Kun kysely oli lähetetty, suostumusta ei voinut enää perua. Tutkimuksessa ei kerätty suoria tunnistetietoja, mutta kerättiin epäsuoria tunnistetietoja (ikä, koulutus, yhteistyöalue), joista oli erittäin epätodennäköistä tunnistaa osallistuja. Lupaa aineiston julkaisuun avoimessa aineistotietokannassa ei saatu yhdeltä hyvinvointialueelta, joten tällaisenaan aineistoa ei julkaistu avoimessa tietokannassa. Näin ollen muilla tutkimusryhmän ulkopuolisilla tutkijoilla ei ole pääsyä aineistoon. Tutkimusaineistoa säilytetään 15 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen Turun yliopiston Seafire-palvelussa salasanalla suojatussa kansiossa, johon on pääsy vain tutkimusryhmän jäsenillä. Tutkimusaineiston poistamisesta vastaavat tutkimuksen vastuuhenkilöt Ida Luotonen ja Pia Lindevall. Tutkimuksen arvioitu päättymisaika on viimeistään 31.12.2026.

### 3 Tulokset

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkittiin sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien esihenkilöiden näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sekä muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvien asenteiden vaikutusta näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta.

#### 3.1 Puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät

Osallistujien näkemyksiä puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä selvitettiin väittämien kautta. Osallistujien näkemysten mukaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavia tekijöitä olivat tietous muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta, muiden asiakasryhmien priorisointi sekä resursseihin liittyvät tekijät. Näkemyksiä kartoittavien väittämien kuvailevat tunnusluvut on esitetty taulukossa 6.

#### Taulukko 6.

*Puheterapiapalveluihin vaikuttavien tekijöiden kuvailevat tunnusluvut*

Vaikuttavat tekijät	<i>Ka</i>	<i>Kh</i>	<i>Md</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Puheterapiapalveluiden merkitystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa ei tunnisteta.	80.0	18.4	84.0	2	100
Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin ei ole tarpeeksi puheterapeutteja.	76.9	20.6	80.0	0	100
Muiden asiakkaiden puheterapiapalvelut priorisoidaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden edelle.	76.1	20.3	79.5	0	100
Muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ei ole rahoitusta.	70.1	19.7	72.0	30	100
Muistisairaiden henkilöiden puheterapian vaikuttavuudesta ei ole tarpeeksi näyttöä.	60.7	20.2	50.0	7	100
Muistisairaana henkilöiden haastavaksi koettu käyttäytyminen estää näiden henkilöiden kuntoutuksen.	49.8	27.2	50.0	2	100
Muistisairas henkilö ei hyödy puheterapiasta.	27.6	19.6	22.0	0	79

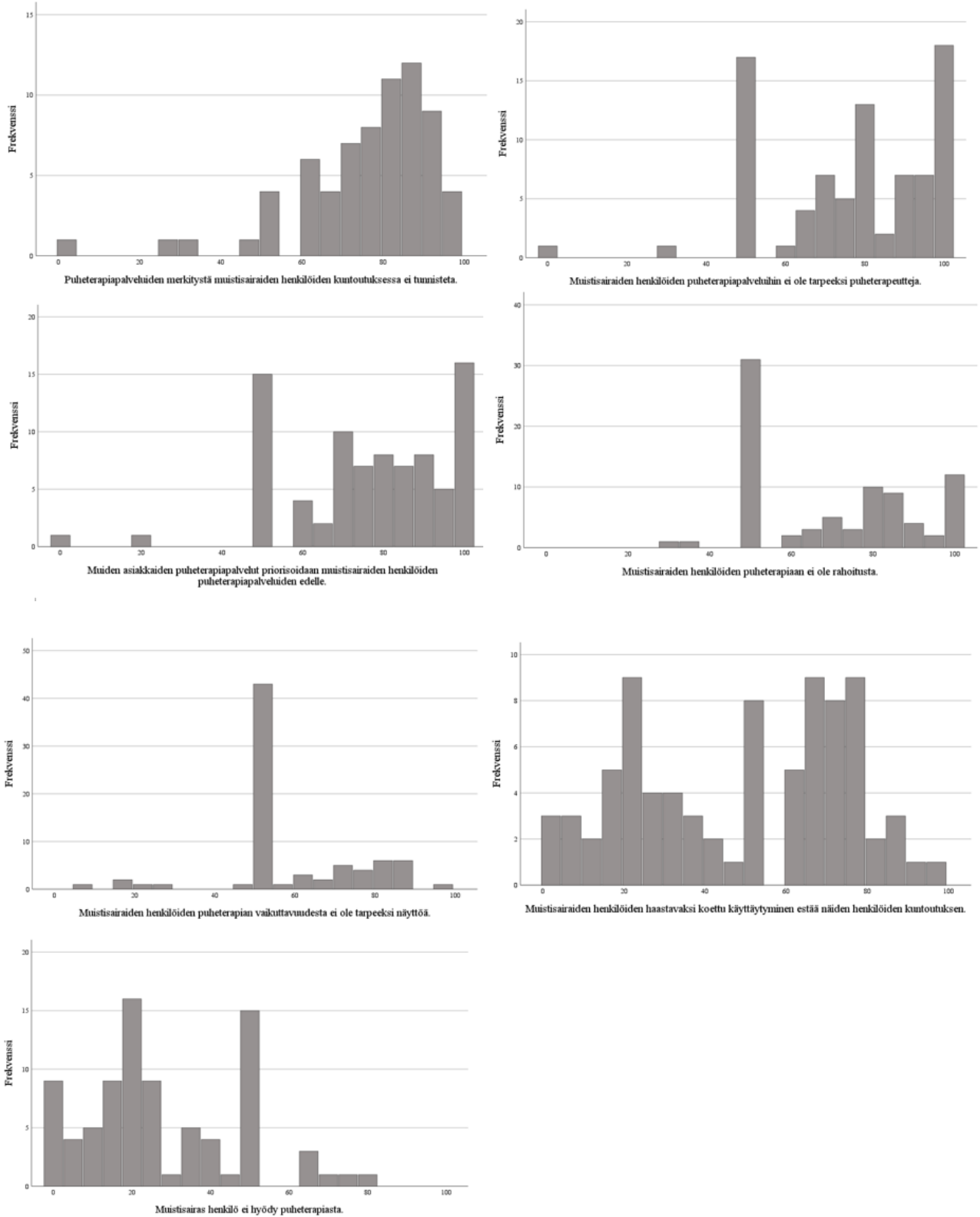
Osallistujista valtaosa oli samaa mieltä siitä, puheterapian merkitystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa ei tunnisteta. Osallistujat olivat keskimäärin samaa mieltä myös siitä, että

puheterapeutteja ei ole riittävästi muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, ja että muut kuin muistisairaajat henkilöt priorisoidaan puheterapiapalveluissa. Molemmissa näihin teemoihin liittyvissä väittämässä moni oli vastannut myös, että ei ole samaa eikä eri mieltä, eli vastaukset olivat VAS-janan keskellä. Rahoitukseen liittyen osallistujien vastausten hajonta oli samankaltainen kuin edellisissä, mutta suurempi osa oli vastannut, että ei ole samaa eikä eri mieltä eli vastaukset olivat janan keskivaiheilla. Puheterapian vaikuttavuuteen liittyvässä väittämässä yli puolet vastaajista olivat vastanneet ei samaa eikä eri mieltä. Eniten hajontaa oli näkemyksissä liittyen väittämään ”Muistisairaiden henkilöiden haastavaksi koettu käyttäytyminen estää näiden henkilöiden kuntoutuksen”. Puheterapian hyödyllisyyteen liittyvän väittämän vastauksissa oli hajontaa, mutta valtaosan osallistujista vastaukset olivat VAS-asteikon puolenvälin alapuolella, mikä viittaisi siihen, että valtaosan mielestä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin ei vaikuta se, että muistisairaajat henkilöt eivät hyötyisi puheterapiasta. Osallistujien vastausten hajonta on esitetty histogrammeihin kuvassa 1.

Osallistujia pyydettiin halutessaan lisäämään omia näkemyksiään puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä avoimeen vastauskenttään. Avoimeen vastauskenttään näkemyksiään kirjoittivat vähän alle puolet osallistujista ( $n = 40$ ). Avoimen vastauskentän vastaukset ryhmiteltiin, ja niissä useimmin mahdollisesti puheterapiapalveluihin vaikuttaviksi tekijöiksi nostettiin terveydenhuollon henkilökunnan tietous muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ( $n = 15$ ) sekä muiden asiakasryhmien priorisointi ja resursseihin liittyvät tekijät ( $n = 16$ ). Muiden asiakasryhmien priorisoinnissa erityisesti lasten ajateltiin menevän puheterapiaresurssien jaossa etusijalle. Yksi osallistuja pohti kuntoutustermien käytön oikeellisuutta muistisairauksien kontekstissa, ja yksi vastasi yleisen asenneilmapiirin vaikuttavan siihen, miten hyödylliseksi muistisairaiden henkilöiden kuntoutus yleisesti koetaan. Myös näytön riittävyttä pohdittiin ( $n = 4$ ), tosin sitä ei suoraan nimetty palveluihin vaikuttavaksi tekijäksi. Vastaukset ja niiden ryhmittely löytyvät liitteestä 2.

**Kuva 1.**

*Vastausten hajonta näkemyksissä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä. Väittämiin vastattu asteikolla 0 = täysin eri mieltä – 100 = täysin samaa mieltä.*



## 3.2 Asenteen vaikutus kuntoutusnäkemysiin

### 3.2.1 Kuntoutusväittämien komponenttirakenne

Pääkomponenttianalyysillä tarkasteltiin kuntoutukseen liittyvien väittämien komponenttirakennetta. Tutkimuksessa aineiston havaintoyksikköjen määrä on muuttujaa kohden 7.6, jolloin PKA voidaan suorittaa, sillä yleisen säännön mukaan luotettava PKA vaatii 5–10 havaintoyksikköä muuttujaa kohden (Metsämuuronen, 2008). PKA:n vaatimusten mukaisesti osa muuttujien korrelaatioista oli  $>.30$  (Tabachnick ja Fidel, 2007). Alkuperäisestä 14 muuttujan PKA:sta saatua komponenttiratkaisua (*Pattern Matrix*) tarkastelemalla päädyttiin poistamaan kolme muuttujaa, sillä ne latautuivat vahvasti ( $>.40$ ) useammalle kuin yhdelle komponentille. Poistetut muuttujat olivat ”Lähihoimijoiden vuorovaikutustaitoja tukemalla voidaan vähentää muistisairaana henkilön haastavaksi koettua käyttäytymistä”, ”Kommunikointikyky vaikuttaa muistisairaana henkilön arjen toimintakykyyn” ja ”Kuntoutuksella tulee tukea muistisairaana henkilön kommunikointia”. Muuttujia tuli lopulliseen malliin 11. Lopullisessa pääkomponenttimallissa osatekijöillä ei ollut yli .25 latauksia muille kuin yhdelle komponentille. Pääkomponenttianalyysin tulokset on esitetty taulukossa 7.

Bartlettin testin tilastollisesti merkitsevä tulos ( $p < .001$ ), KMO:n tulos 0.73 ja determinantin tulos 0.02 tukivat korrelaatiomatriisin soveltuvan PKA:iin. Cattelin Scree-testin ja Kaiserin kriteerin perusteella päädyttiin neljän komponentin malliin. Kaikkien neljän komponentin ominaisarvot olivat  $>1$ . Kaikkien muuttujien kommunaliteetit olivat suhteellisen korkeita (.55-.91), joten malli selittää muuttujien vaihtelua melko hyvin. Kommunaliteetit ovat esitettynä taulukossa 7. Neljän komponentin malli selitti 72 % kaikkien 11 muuttujan kokonaisvarianssista. Ennen jatkoanalyysiin siirtymistä tarkasteltiin vielä komponenttien normaalistijakautuneisuus, vaikka lineaarinen regressioanalyysi ei sitä vaadi. Komponentit eivät olleet normaalistijakautuneita.

#### Taulukko 7.

*Pääkomponenttianalyysin tulokset, kommunaliteetit ja muuttujien selitysosuus (%)*

Muuttujat	Komponentit (ominaisarvo)				<i>H<sup>2</sup></i>
	1 Kuntoutuksen keskeiset periaatteet (3.83)	2 Puheterapeuttinen kuntoutus ja asiantuntijuus (1.54)	3 Kuntoutuksen haasteet (1.39)	4 Kommunikaatio ja käytösoireet (1.12)	
Muistisairaana henkilön ja lähihoimijan kanssa tulee laatia yksilölliset tarpeet täyttävä ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma.	.83				.66

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa.	.81				.72
Varhainen tuki on tärkeää muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan sopeutumisessa ja kotona asumisen jatkumisessa.	.86				.70
Muistisairaahan henkilön kuntoutus on hyödyllistä.	.69				.69
Puheterapia on hyödyllistä kaikissa muistisairaahan vaiheissa.		.85			.68
Puheterapeuttinen kuntoutus voi olla muistisairaahan henkilön lähitoimijoiden ohjaamista.		.72			.55
Muistisairaita henkilöitä hoitavien koulutuksessa tulee hyödyntää puheterapeuttien asiantuntijuutta.		.77			.77
Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen tavoitteita on vaikea määrittää.*			.88		.81
Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea mitata.*			.87		.79
Lääkkeettömien menetelmien tulee olla ensisijaisia hoitomuotoja muistisairaiden henkilöiden käytösoireiden hoidossa.				.91	.82
Muistisairaahan henkilön tarve kommunikointiin säilyy läpi elämän.				.70	.70
Muuttujien selitysosuus (%)	35	14	13	10	72

*Lisätiedot:* H2 = kommunaliteetti. Muuttujat, jotka ovat ennen analysointia koodattu käänteisesti, on merkattu tähdellä\*.

### 3.3.2 Lineaarinen regressioanalyysi

Tutkimuksessa muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita mitattiin DAS-kyselyllä. DAS-kyselyn vastauksista muodostettujen summapisteyden normaalistajakautuneisuutta testattiin Kolmogorov-Sminorffin testillä, jonka mukaan summapisteydet olivat normaalistajakautuneita ( $p =$

.196). Osallistujien DAS-summapisteiden arvot vaihtelivat välillä 92–140 ( $ka = 122$ ,  $kh = 9$ ). Lisäksi tarkasteltiin DAS-kyselyn reliabiliteettia sisäisen konsistenssin menetelmällä ( $\alpha = .82$ ).

DAS-kyselyn summapisteiden yhteyttä näkemyksiin kuntoutuksesta ja puheterapiasta selvitettiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa selitettävänä muuttujana oli kuntoutus- ja puheterapianäkemykset (komponentit), ja selittäjinä olivat asenne (DAS-summapisteet), ikä ja koulutusaste. Regressioanalyysi suoritettiin erikseen jokaiselle neljälle komponentille. Jotta koulutusaste voitiin ottaa selittäjäksi, suoritettiin alkuperäisille muuttujan luokille dummy-koodaus ennen lineaarisen regression tekoa. Dummy-koodauksessa luotiin dummy-muuttujia, jotka pystyivät saamaan vain arvoja 0 tai 1. Dummy-muuttujia luotiin yksi vähemmän kuin alkuperäisen muuttujan luokkia. Alkuperäisen muuttujan luokkia olivat toisen asteen koulutus, alempi korkeakoulututkinto, ylempi korkeakoulututkinto sekä tutkijan koulutusaste. Näistä ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanut ryhmä toimi analyysissä vertailuryhmänä, sillä se oli osallistujien yleisin koulutusaste.

Lineaarinen regressioanalyysi suoritettiin kaikille selitettäville muuttujille kolmella selittäväällä muuttujalla: DAS-summapisteet, ikä ja koulutusaste. Koulutusasteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta selitettävään muuttujaan, kun vertailuryhmänä oli ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet henkilöt. Myös standardoidut  $\beta$ -arvot olivat pieniä, joten se jätettiin pois selittäviksi muuttujista. Myöskään ikä ei malleissa tilastollisesti merkitsevästi vaikuttanut selitettävään muuttujaan, mutta  $\beta$ -arvot olivat kuitenkin suurempia kuin koulutustason. Tilastolliset merkitsevyydet olivat myös huomattavasti lähempänä merkitsevän rajaa ( $p = .05$ ) kuin koulutusasteella, joten ikä päädyttiin ottamaan mukaan regressioanalyysiin. Lopullinen regressioanalyysi suoritettiin siis kahdella selittäväällä muuttujalla, jotka olivat DAS-summapisteet ja ikä.

Selitettävät muuttujat eli kuntoutus- ja puheterapianäkemyksistä muodostetut komponentit eivät olleet normaalijakautuneita, mutta selitettävän muuttujan normaalijakautuneisuus ei ole lineaarisessa regressiossa välttämätöntä, vaan tärkeämpää on, että jäännöstermit ovat normaalijakautuneita (Casson & Farmer, 2014). Kaikkien komponenttien jäännöstermit olivat normaalijakautuneita. Jäännöstermeillä ei ollut autokorrelaatiota Durbin-Watsonin testin mukaan. Jäännöstermien varianssit olivat yhtä suuret eli homoskedastisuusoletus toteutui. DAS-summapisteiden ja komponentin 1 välillä oli kohtalainen korrelaatio ( $r = .57$ ), kuin myös summapisteiden ja komponentin 2 välillä ( $r = .32$ ). Summapisteiden ja komponenttien 3 ja 4 välillä korrelaatiot olivat hyvin heikkoja.

Komponenttiin 1 kuuluvat väittämät käsittelivät huolellisen kuntoutussuunnitelman laatimista yhdessä muistisairaana ja tämän läheisen kanssa, moniammatillisuutta sekä varhaisen tuen ja kuntoutuksen merkitystä. Väittämät kartoittivat siis osallistujien näkemyksiä yleisiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen liittyviin käytänteisiin ja kuntoutuksen hyödyllisyyteen liittyen, joten komponentti nimettiin ”Kuntoutuksen keskeiset periaatteet”. Korkeammat DAS-kyselyn summapisteteet ennustivat myönteisempää näkemystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen keskeisistä periaatteista,  $B = .059$ ,  $95\%CI = [0.039, 0.079]$ ,  $\beta = .55$ ,  $t = 5.98$ ,  $p < .001$ . Ikä ei selittänyt näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen keskeisistä periaatteista tilastollisesti merkitsevästi  $B = .013$ ,  $95\%CI = [-0.008, 0.034]$ ,  $\beta = .11$ ,  $t = 1.24$ ,  $p = .218$ . Malli, jossa ennustaja oli parempi kuin tyhjä malli,  $F(2,81) = 20.54$ ,  $p < .001$ . Selitysaste oli melko hyvä  $R^2 = .34$ .

Komponenttiin 2 kuuluvat väittämät käsittelivät muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttista kuntoutusta ja puheterapeuttien hyödyntämistä esimerkiksi hoitajien koulutuksessa, ja kartoittivat näin ollen näkemyksiä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuuden hyödyntämisestä, joten komponentti nimettiin ”Puheterapeuttinen kuntoutus ja asiantuntijuus”. DAS-kyselyn summapisteteet ennustivat myönteisempää näkemystä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta,  $B = .036$ ,  $95\%CI = [0.013, 0.059]$ ,  $\beta = .33$ ,  $t = 3.12$ ,  $p = .002$ . Ikä ei tilastollisesti merkitsevästi selittänyt näkemyksiä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta  $B = -.012$ ,  $95\%CI = [-0.036, 0.013]$ ,  $\beta = -.10$ ,  $t = -.94$ ,  $p = .349$ . Malli, jossa ennustaja oli parempi kuin tyhjä malli,  $F(2,81) = 4.96$ ,  $p = .009$ . Selitysaste oli kohtalainen  $R^2 = .11$ .

Komponenttiin 3 kuuluvat väittämät käsittelivät kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyn ja vaikuttavuuden mittaamisen haastetta, ja kartoittivat näin ollen näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen haasteista, joten komponentti nimettiin ”Kuntoutuksen haasteet”. DAS-kyselyn summapisteteillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta näkemyksiin kuntoutuksen haasteista  $B = .016$ ,  $95\%CI = [-0.008, 0.040]$ ,  $\beta = .15$ ,  $t = 1.35$ ,  $p = .180$ . Ikä ei tilastollisesti merkitsevästi selittänyt näkemyksiä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta  $B = .010$ ,  $95\%CI = [-0.015, 0.035]$ ,  $\beta = .086$ ,  $t = 0.78$ ,  $p = .439$ . Malli, jossa ennustaja ei ollut parempi kuin tyhjä malli,  $F(2,81) = 1.44$ ,  $p = .242$ . Selitysaste oli heikko  $R^2 = .034$ .

Komponenttiin 4 kuuluvat väittämät käsittelivät käytösoireiden hoitoa ja muistisairaana henkilön kommunikoinnin tarvetta, ja ne kartoittivat näin ollen näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden käytösoireiden hoidosta ja kommunikaatiosta, joten komponentti nimettiin ”Käytösoireet ja kommunikaatio”. DAS-kyselyn summapisteteillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta näkemyksiin käytösoireista ja kommunikaatiosta  $B = .020$ ,  $95\%CI = [-0.003, 0.043]$ ,  $\beta = .19$ ,  $t = 1.71$ ,  $p = .092$ . Ikä ei tilastollisesti merkitsevästi selittänyt näkemyksiä puheterapeuttisesta

kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta  $B = .015$ ,  $95\%CI = [-0.010, 0.040]$ ,  $\beta = .133$ ,  $t = 1.21$ ,  $p = .229$ .  
Malli, jossa ennustaja ei ollut parempi kuin tyhjä malli,  $F(2,81) = 2.63$ ,  $p = .078$ . Selityssaste oli heikko  $R^2 = .061$ .

## 4 Pohdinta

Tutkimuksessa selvitettiin sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien esihenkilöiden näkemyksiä sekä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä että kuntoutuksesta ja puheterapiasta yleisesti. Dementia Attitudes Scale -kyselyllä selvitettiin myös muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvia asenteita, mikä mahdollisti asenteiden sekä kuntoutus- ja puheterapianäkemyksen yhteyden tutkimisen. Myös taustatekijöiden, iän ja koulutustason, yhteyttä näkemyksiin tarkasteltiin. Osallistujien vastausten perusteella muistisairaiden puheterapiapalveluihin vaikuttivat erityisesti tietous, resursseihin liittyvät tekijät ja muiden asiakasryhmien priorisointi. Muistisairaiden henkilöiden puheterapian hyödyllisyys, näytön riittämättömyys tai muistisairauksiin kuuluvat neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet taas eivät osallistujien vastausten mukaan vaikuttaneet muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, vaikka vastauksissa olikin jonkin verran hajontaa. Myönteisemmät muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet ennustivat myönteisempiä näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen keskeisistä periaatteista sekä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta. Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä näkemyksiin kuntoutuksen haasteista tai muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista.

### 4.1 Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavat tekijät

Näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä kartoitettiin väittämällä, joihin vastattiin VAS-asteikolla, jonka ääripäät olivat ”täysin eri mieltä” (0) ja ”täysin samaa mieltä” (100). Väittämien lisäksi osallistujilla oli mahdollisuus kirjoittaa muita näkemyksiään avoimeen vastauskenttään. Avoimen vastauskentän vastaukset ryhmiteltiin, ja ne ovat esitettynä liitteessä 2. VAS-asteikolla kerättyjä vastauksia tulkittiin tunnuslukujen ja histogrammien perusteella. Pohdinnassa käytetyt kuvailevat käsitteet siitä, miten samaa tai eri mieltä osallistujat ovat, olivat tutkijoiden arvioimia, sillä VAS-asteikolla ei ollut kuin ääripäät ”täysin eri mieltä” – ”täysin samaa mieltä”.

#### 4.1.1 Tietous

Osallistujien vastausten suurin keskiarvo oli väittämässä ”Puheterapiapalveluiden merkitystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa ei tunnusteta”. Näin ollen osallistujat ajattelivat tietouden vaikuttavan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin. Myös avointen vastauskenttien vastauksissa pohdittiin paljon sitä, että tietoutta aiheesta tarvitaan lisää. Tietous oli avoimissa vastauksissa resurssien ohella yleisimmin mainittu muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttava tekijä. Tämä viittaa siihen, että tietoa puheterapian

hyödyntämisestä tarvitaan lisää. Tietouden vaikutus puheterapiapalveluiden toteutumiseen oli odotetunlainen, sillä esimerkiksi Scerrin ja muiden (2023) katsauksen mukaan osa terveydenhuollossa työskentelevistä henkilöistä ei aina miellä kuntoutusta kuuluvaksi muistisairaiden henkilöiden hoitoon, eikä näin ollen puheterapiankaan tarvetta välttämättä tunnusteta. Laytonin ja muiden (2024) tuoreessa tutkimuksessa tietous muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta oli merkittävin este muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspalvelujen toteutumiselle, minkä vuoksi sitä olisi hyvä lisätä.

#### **4.1.2 Resurssit ja priorisointi**

Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttivat vastausten keskiarvojen perusteella rahoituksen puute ja se, että puheterapeutteja ei ole tarpeeksi – siis resurssit. Myös histogrammeista oli nähtävissä, että osallistujien vastaukset asettuivat VAS-janalla joko puoleen väliin tai sen yli, mikä kertoi osallistujien olleen enimmäkseen samaa mieltä siitä, että resurssit ovat muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttava tekijä. Rahoituksen puutteen vaikutus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin oli odotettu tulos, sillä julkisen terveydenhuollon taloudelliset vaikeudet ovat tällä hetkellä laajasti yhteiskunnallisen keskustelun kohteena (ks. esim. Valtiovarainministeriö, 2024). Kuitenkin esimerkiksi kunnallisalan kehittämissäätiön ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista käsittelevässä raportissa kuntoutus mainittiin keskeisimpänä keinona sosiaali- ja terveyspalvelujen kestävyysvajeen supistamisessa (Hussi ym., 2017), mikä tukee ajatusta siitä, että muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspalveluiden, ja myös puheterapiapalveluiden, kehittäminen ei olisi ainoastaan uusi menoerä. Raportissa mainittiin erikseen myös muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen tärkeys, ja sen vaikutukset hoivakustannuksiin. Puheterapeuttiresurssien riittämättömyys on yleisesti tiedossa oleva kaikkien asiakasryhmien puheterapiapalveluihin vaikuttava tekijä (ks. esim. Suomen Puheterapeuttiliitto ry, 2022), minkä vuoksi myös se, että osallistujat olivat keskimäärin samaa mieltä siitä, että puheterapeuttien vähäinen määrä vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, oli odotettu tulos. Avoimissa vastauksissakin resurssien pohdittiin vaikuttavan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, ja resurssien puute nostettiin usein esiin yleisenä ongelmakohtana julkisessa terveydenhuollossa.

Muiden kuin muistisairaiden henkilöiden priorisoinnin nähtiin myös tutkimuksessa vaikuttavan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen. Tämä näkyi myös avointen vastauskenttien vastauksissa, joissa erityisesti lapset nostettiin ensisijaisiksi puheterapian saajiksi. Priorisointiin vaikuttavat kokonaisuudessaan puutteelliset puheterapiaresurssit, mutta esimerkiksi Scerrin ym. (2023) mukaan myös tietoudella ja asenteilla voi olla vaikutusta siihen, että muistisairaajat henkilöt eivät aina saa tarvitsemaansa puheterapiaa. Maailman terveysjärjestön (2024) mukaan

sairauden tai vamman ei pitäisi vaikuttaa kuntoutuksen saamiseen, vaan toimintakyvyn tarkastelun tulisi olla kuntoutustarpeen arvioinnin keskiössä. Myös Suomessa puheterapiapalveluiden yhdenvertaisuutta pidetään merkityksellisenä, ja esimerkiksi Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n suosituksen puheterapiapalvelujen järjestämisestä (2022) mukaan mitään ryhmää ei saisi sulkea palveluiden ulkopuolelle esimerkiksi iän tai diagnoosin perusteella. Suomen lääkäriliiton (2021) mukaan priorisoinnin tulee perustua eettisesti hyväksytyihin periaatteisiin, joissa korostuvat yhdenvertaisuuden, hoidon tarpeen ja kustannusvaikuttavuuden huomioon ottaminen. Priorisointiin liittyy siis paljon huomioon otettavia asioita, eikä se näin ollen ole aina yksiselitteistä. Siihen kuitenkin liittyy myös terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden omaa harkintaa (Suomen Lääkäriliitto, 2021), jolloin esimerkiksi tietouden vaikutuksia muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin liittyen on hyödyllistä pohtia.

#### **4.1.3 Muistisairauteen liittyvät neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet**

Muistisairauksiin liittyvien neuropsykiatrisiin oireisiin ja käytösoireisiin liittyvän väittämän kohdalla osallistujien vastauksissa oli paljon hajontaa, mikä tarkoittaa, että osa osallistujista ajatteli, että neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet eivät vaikuta muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, ja osa puolestaan ajatteli niiden vaikuttavan. Kansainvälisessä World Alzheimer Report 2024 -raportissa kolmasosa vastaajista piti muistisairaita henkilöitä vaarallisina, ja kaksi kolmasosaa ajatteli heidän olevan impulsiivisia ja arvaamattomia (Alzheimer's Disease International, 2024), mikä tukee ajatusta siitä, että muistisairaiden henkilöiden käyttäytymistä voidaan toisinaan tulkita kielteisesti. Käyttäytymisen tulkitseminen kielteisesti voi vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, ja esimerkiksi Cationsin ym. (2020) tutkimuksessa tunnistettiin, että muistisairaiden henkilöiden neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet voidaan nähdä esteenä kuntoutukseen osallistumiselle.

#### **4.1.4 Puheterapian hyödyllisyys ja näyttö vaikuttavuudesta**

Tässä tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin ei osallistujien vastausten mukaan juurikaan vaikuta se, että muistisairas henkilö ei hyötyisi puheterapiasta. Esimerkiksi Scerrin ja muiden (2023) katsauksessa terveydenhuollon henkilökunnan näkemykset muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen hyödyllisyydestä tai muistisairaahan henkilön ”kuntoutuspotentiaalista” (*rehabilitation potential*) todettiin voivan vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen liittyvään päätöksentekoon. Cationsin ym. (2020) terveydenhuollon henkilökunnan näkemyksiä kartoittavassa tutkimuksessa todettiin, että osa terveydenhuollossa työskentelevistä henkilöistä suhtautui muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen varauksellisesti, ja esimerkiksi muistin heikkenemisen ja käytöksen muutosten ajateltiin olevan esteitä vaikuttavalle kuntoutukselle. Tämän

tutkimuksen perusteella voisi kuitenkin ajatella, että Suomessa terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt suhtautuvat muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen, ainakin puheterapiaan, jokseenkin myönteisemmin. Ainakin osallistujat olivat keskimäärin eri mieltä siitä, että muistisairaiden puheterapiapalveluihin vaikuttaisi se, että muistisairaatt henkilöt eivät hyödy puheterapiasta.

Osallistujien vastausten keskiarvon perusteella näytön puutteen muistisairaiden henkilöiden puheterapian vaikuttavuudesta voi tulkita jonkin verran vaikuttavan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin. Myös avoimen vastauskentän vastauksissa oli jonkin verran pohdintaa siitä, onko muistisairaiden henkilöiden puheterapian vaikuttavuudesta riittävästi näyttöä. Histogrammin perusteella osallistujien vastaukset painottuivat kuitenkin kokonaisuudessaan vahvasti VAS-asteikon keskivaiheille, mikä viittaisi ennen kaikkea siihen, että osallistujat eivät tiedä, vaikuttaako näytön puute puheterapiapalveluihin tai onko näyttöä vaikuttavuudesta olemassa. Tämä tulkinta tukee tässä tutkimuksessa ja esimerkiksi Paul ja Mehrhoffin (2015) tutkimuksessa saatuja tuloksia siitä, että tietous muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta on vähäistä.

## **4.2 Asenteen vaikutus kuntoutus- ja puheterapianäkemyksiin**

Asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan mitattiin DAS-kyselyllä, jossa korkeampi pistemäärä ennusti myönteisempiä asenteita. Näkemyksiä puheterapiasta ja kuntoutuksesta yleisesti mitattiin väittämällä, ja niihin vastattiin VAS-asteikolla, jonka ääripäät olivat ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Kuntoutus- ja puheterapiaväittämille tehtiin pääkomponenttianalyysi, jonka perusteella väittämät jakautuivat neljään komponenttiin. Komponentit olivat ”kuntoutuksen keskeiset periaatteet”, ”puheterapeuttinen kuntoutus ja asiantuntijuus”, ”kuntoutuksen haasteet” ja ”kommunikaatio ja käytösoireet”. Komponentit siis heijastelivat näkemyksiä näistä teemoista. DAS-kyselyn pistemäärän ja komponenttien välistä yhteyttä tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä.

### **4.2.1 Asenteen vaikutus näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista**

Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvilla asenteilla oli vaikutusta näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista. Kuntoutuksen keskeisiä piirteitä kuvaava komponentti sisälsi väittämät ”Muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan kanssa tulee laatia yksilölliset tarpeet täyttävä ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma”, ”Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa”, ”Varhainen tuki on tärkeää muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan sopeutumisessa ja kotona asumisen jatkumisessa ja ”Muistisairaahan henkilön kuntoutus on hyödyllistä”.

Tutkimuksessa DAS-summapisteiden tunnuslukujen (ka, min, max) arvot olivat korkeita, jolloin asenteiden voitiin tulkita olleen melko myönteisiä muistisairaita henkilöitä kohtaan (O'Connor &

McFadden, 2010). Tässä tutkimuksessa lähes kaikki osallistujat olivat työskennelleet muistisairaiden henkilöiden kanssa, mikä on voinut vaikuttaa myönteisesti asenteisiin, sillä kokemuksen muistisairaiden henkilöiden kanssa toimimisesta on todettu olevan yhteydessä myönteisempään asenteeseen (Gkioka ym., 2020; O'Connor & McFadden, 2010; Travers ym., 2013). Tässä tutkimuksessa myönteistenkin asenteiden vaihtelulla oli vaikutusta näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista, kun taas esimerkiksi Scerrin ym. (2023) katsauksen mukaan terveydenhuollon henkilökunnan nimenomaan kielteisillä asenteilla oli vaikutusta muun muassa uskomuksiin siitä, miten muistisairaahan henkilön ajatellaan hyötyvän kuntoutuksesta. Tässä tutkimuksessa asenteiden ei siis tarvinnut olla kielteisiä vaikuttaakseen näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista. Jo myönteistenkin asenteiden vaihtelun vaikutus näkemyksiin kuntoutuksen keskeisistä periaatteista viittaisi siihen, että asenteita on hyödyllistä tarkastella kuntoutuspalveluiden kehittämisen näkökulmasta.

#### **4.2.2 Asenteen vaikutus näkemyksiin puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta**

Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvilla asenteilla oli vaikutusta näkemyksiin puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta. Puheterapeuttista kuntoutusta ja asiantuntijuutta kuvaava komponentti sisälsi väittämät ”Puheterapia on hyödyllistä kaikissa muistisairauden vaiheissa”, ”Puheterapeuttinen kuntoutus voi olla muistisairaahan henkilön lähitoimijoiden ohjaamista” ja ”Muistisairaita henkilöitä hoitavien koulutuksessa tulee hyödyntää puheterapeuttien asiantuntijuutta”.

Asenteet olivat yhteydessä näkemyksiin puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta, joten voitiin pohtia, vaikuttavatko ne myös muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin ja niiden toteutumiseen. Asenteet vaikuttavat kuitenkin esimerkiksi siihen, ohjataan muistisairaita henkilöitä kuntoutukseen ja millaista kuntoutusta he saavat (Scerri ym., 2023; Hall ym., 2023). Toisaalta asenteet olivat tässä tutkimuksessa kokonaisuudessaan myönteisiä, minkä perusteella asenteilla ei ehkä Suomen kontekstissa olisi muistisairaiden puheterapiapalveluihin suurta vaikutusta. On myös mahdollista, että asenteiden ei tarvitse olla ’kielteisiä’ vaikuttaakseen palveluihin. Tämän tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin aihetta ainoastaan yhteyden pohtimiseen, eikä varsinaisten syy-seuraussuhteiden osoittaminen asenteen ja puheterapiapalveluiden välillä ole mahdollista. Puheterapiapalveluiden toteutumisen ja kehittämisen näkökulmasta on kuitenkin hyödyllistä ottaa huomioon myös asenteiden mahdollinen vaikutus.

#### **4.2.3 Asenteen vaikutus näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen haasteista**

Tulosten mukaan muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvilla asenteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen haasteista. Kuntoutuksen haasteita kuvaava komponentti sisälsi väittämät ”muistisairaahan henkilön kuntoutuksen tavoitteita on vaikea määrittää” ja ”muistisairaahan henkilön kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea mitata”.

On mahdollista, että muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet eivät vaikuttaneet näkemyksiin kuntoutuksen haasteista, sillä kuntoutuksen tavoitteiden määrittely ja vaikuttavuuden mittaamisen vaikeus, joihin kuntoutuksen haasteita kuvaavan komponentin väittämät liittyivät, ovat usein yleisestikin kuntoutuksen haasteita. Myös se, että asenteet olivat lähtökohtaisesti tutkimuksessa myönteisiä eikä vaihtelu niissä ollut suurta, on voinut vaikuttaa siihen, että asenteiden yhteyttä tässä käsitelyihin näkemyksiin ei löydetty. Cationsin ja muiden (2020) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon henkilökunta koki merkityksellisten tavoitteiden määrittelyn vaikeaksi, sillä muistisairaiden henkilöiden ei ajateltu kykenevän saavuttamaan mitattavia tavoitteita. Sen, että muistisairaiden henkilöiden ei ajateltu kykenevän tavoitteiden saavuttamiseen voidaan Cationsin ym. (2020) tutkimuksessa ajatella liittyneen kielteisiin näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta, toisaalta asenteiden vaikutusta juuri näkemyksiin tavoitteiden asettamisesta ja vaikuttavuuden mittaamisesta ei tutkittu.

#### **4.2.4 Asenteen vaikutus näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista**

Tulosten mukaan muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvilla asenteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta näkemyksiin muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista. Kommunikaatiota ja käytösoireita kuvaava komponentti sisälsi väittämät ”lääkkeettömien menetelmien tulee olla ensisijaisia hoitomuotoja muistisairaiden henkilöiden käytösoireiden hoidossa” ja ”muistisairaahan henkilön tarve kommunikointiin säilyy läpi elämän”.

Tulos voi johtua esimerkiksi siitä, että komponentti ei edustanut kommunikaatiota ja käytösoireita ilmiönä kovin laajasti. Erityisesti väittäminen lääkkeettömistä menetelmistä on enemmän tietouteen liittyvä, joten on mahdollista, että asenteella ei ole ollut siihen vaikutusta. Asenteen vaikutus näkemyksiin muistisairaahan henkilön kommunikaatiosta ja käytösoireista oli lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa, mikä voi selittyä sillä, että komponentin sisältämät väittämät liittyivät kuitenkin selkeästi muistisairauksiin ja muistisairaisiin henkilöihin. Näin ollen muistisairaisiin kohdistuvat asenteet ovat voineet jonkin verran olla yhteydessä kyseiseen komponenttiin, vaikka se ei olekaan kattavasti kuvannut ilmiötä.

### 4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jolloin tutkimukseen osallistuminen oli mahdollisimman vaivatonta ja vähän aikaa vievää. Kyselyllä pystyttiin sähköpostitse hyvinvointialueiden yhteyshenkilöiden avulla tavoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon esihenkilöitä kohdennetusti, ja kuitenkin myös mahdollisimman kattavasti. Vaikka muun muassa aikataulusyistä kaikilta hyvinvointialueilta ei saatu tutkimuslupaa, kattoi kyselytutkimus kuitenkin Suomen maantieteellisesti melko hyvin. Näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sekä tietoa asenteen vaikutuksista näkemyksiin kuntoutus- ja puheterapiapalveluista saatiin siis kansallisesti kattavasti, mikä parantaa tulosten yleistettävyyttä Suomessa.

Tutkimus kartoitti ennen kaikkea sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien esihenkilöiden näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista, jolloin tutkimusta voidaan pitää hyvänä lähtökohtana mahdolliselle tarkemmalle tutkimukselle näihin palveluihin ja niiden toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Yleisesti kyselytutkimukseen liittyvänä rajoitteena voidaan pitää sitä, että kyselyssä kartoitettiin osallistujien subjektiivisia näkemyksiä. Kuitenkin se, että näkemyksiä kartoitettiin nimenomaan kuntoutuspalveluissa tai ikääntyneiden palveluissa esihenkilöasemassa ja päättävässä asemassa työskenteleviltä henkilöiltä tuo painoarvoa tutkimuksen tuloksille, sillä on syytä olettaa, että heillä on kattava kuva tämänhetkisestä palvelutarjonnasta myös muistisairaille henkilöille. Tällä tavalla sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien ääni saatiin myös paremmin esille kuin esimerkiksi jos palveluiden tarkkaa toteutumista olisi lähdetty selvittämään tilastojen kautta.

Tutkimusjoukkoon liittyvänä rajoitteena voidaan pitää sitä, että lopullisen tulkinnan tutkimusjoukkoon kuuluvista henkilöistä tekivät hyvinvointialueiden yhteyshenkilöt. Yhteyshenkilöiden käyttäminen kyselyn jakelussa oli kuitenkin välttämätöntä, sillä se oli hyvinvointialueiden käytänteiden mukaista. Siten kysely saatiin myös jaettua sellaisille esihenkilöille, joiden tiedot eivät olleet julkisesti nähtävissä hyvinvointialueiden verkkosivuilla. Tutkimuseettisistä näkökulmista mahdollisten osallistujien henkilöllisyys ei tullut tutkimusryhmän tietoon, ja näin tutkimusryhmä ei käsittelyt suorita henkilötietoja. Tämä vähensi todennäköisyyttä sille, että yksittäinen osallistuja voitaisiin tunnistaa aineistosta. Jotta tutkimuksessa pystyttiin varmistamaan osallistujien soveltuminen tutkimusjoukkoon, kyselyn esitiedoissa kartoitettiin työnkuvaa ja vastuualuetta avoimella kysymyksellä. Yhdenkään osallistujan vastausta ei kuitenkaan päädytty poistamaan esitietojen perusteella, joten ohjeistus yhteyshenkilöille sekä tutkittavan tiedotteessa ollut tutkimusjoukon kuvaus lienevät olleet riittävän täsmälliset.

Tutkimusaineiston analysointiin liittyvä rajoite oli, että kyselyn kuntoutus- ja puheterapiaväittämiä taustalla ei ollut ennako-oletusta siitä, kuinka monelle komponentille muuttajat latautuvat. Tämä on voinut vaikuttaa komponenttien muodostukseen ja näin ollen myös tuloksiin. Kuntoutus- ja puheterapianäkemyksiä mittaavia väittämiä karsittiin pääkomponenttianalyysia tehdessä, sillä osa väittämistä latautui melko voimakkaasti useammalle kuin yhdelle komponentille. Ehkä osin tämän takia komponentit, kuten näkemyksiä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta kuvaava komponentti ei kuvannut näkemyksiä niin kattavasti kuin olisi ollut tarpeellista. Kun väittämiä karsittiin mallista, sen informaationsisältö myös väheni, mikä on vaikuttanut siihen, kuinka hyvin komponenttien kuvaamia näkemyksiä on lopulta pystytty kuvaamaan.

Tutkimusaineiston analysointiin ja täten tuloksiin on voinut vaikuttaa se, että lopullisissa analyyseissa vain yksi taustamuuttuja eli ikä otettiin mukaan lineaariseen regressioanalyysiin. Ikä otettiin mukaan lineaariseen regressioanalyysiin, sillä se oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä toisin kuin koulutusaste. Mahdollisimman realistisen selityksasteen saamisen valossa taustamuuttujien jättäminen kokonaan pois mallista ei olisi ollut mielekäästä. Taustamuuttujien, joilla ei ole yhteyttä selitettävään muuttujaan, sisällyttäminen malliin voi aiheuttaa malliin kohinaa ja näin ollen vaikuttaa tulosten tulkittavuuteen (Field, 2024). Siitä huolimatta, että iällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä selitettävään muuttujaan, sen ajateltiin paremmin selventävän muuttujien välisten yhteyksien taustalla olevia rakenteita kuin koulutusasteen ja näin lisäävän mallin tulkittavuutta. Ikä toimi mallissa kontrollimuuttujana ja varmisti, että ikäerot eivät selitä tutkimuksen päämuuttujien välistä yhteyttä eikä selitettävään muuttujaan vaikuttanut jokin iän kautta välittyvä ulkopuolinen tekijä.

Kyselyn luomiseen liittyi rajoitteita, sillä muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen liittyvä käsitteistö oli vaihtelevaa. Kuntoukseen viitattiin muun muassa lääkkeettömänä kuntoutuksena, psykososiaalisena kuntoutuksena, kognitiivis-kommunikatiivisten taitojen tukemisena sekä käyttäytymisen kuntoutuksena. Myös muistisairauksiin liittyvistä neuropsykiatrisista oireista ja käytösoireista puhuttiin kirjavasti. Käytössä olevia käsitteitä olivat esimerkiksi responsiivinen käyttäytyminen, haastava käyttäytyminen, käyttäytymisen muutokset, aggressiivinen käyttäytyminen sekä tunne- ja käytöshäiriöt. Kyselyn väittämät koostettiin taustakirjallisuuden pohjalta, jolloin kyseessä ei ollut validoitu menetelmä. Väittämille tehty pääkomponenttianalyysi kuitenkin lisäsi validiteettia, sillä se mahdollisti muistisairaiden henkilöiden kuntoutus- ja puheterapiaan liittyvien näkemysten mittaamisen mahdollisimman tarkasti, esimerkiksi epäsoivat väittämät pystyttiin poistamaan. PKA:n avulla pystyttiin varmistamaan se, että väittämät kattoivat taustakirjallisuuden avulla tunnistetut keskeiset osa-alueet. Tässä tutkimuksessa eri muistisairauksia ja muistisairauksien etenemisasteita ei myöskään eroteltu, mikä voidaan nähdä rajoituksena. Toisaalta muistisairaiden

henkilöiden puheterapiapalveluiden tarkastelu ei välttämättä vaatinut sitä, sillä muistisairauden etenemisasteen ei pitäisi vaikuttaa kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutukseen.

#### **4.4 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimus antaa arvokasta tietoa näkemyksistä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sekä tietoa asenteen vaikutuksista näkemyksiin kuntoutus- ja puheterapiapalveluista, sillä aikaisempaa tutkimusta aiheesta ei ole tiettävästi tehty. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä väestön ikääntymisestä ja sen vaikutuksista esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kantokykyyn keskustellaan paljon. Väestön ikääntymisen ja sitä kautta muistisairautta sairastavien henkilöiden määrän lisääntymisen myötä, myös muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn tukeminen ja itsenäisen arjen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään ovat niin yksilöiden kuin yhteiskunnankin kannalta merkityksellisiä asioita (Valtioneuvosto, 2022). Valtioneuvoston (2022) Kansallisessa ikäohjelmassa vuoteen 2030 tunnistetaan ikääntyneiden henkilöiden oikea-aikaisen ja riittävän kuntoutuksen merkitys toimintakykyä parantavana sekä palveluiden tarvetta vähentävänä tekijänä. Lisäksi kunnallisan alan kehittämissäätöön ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista käsittelevässä raportissa kuntoutus mainitaan keskeisimpänä keinona sosiaali- ja terveystalouden kestävyysvajeen supistamisessa (Hussi ym., 2017). Näin ollen onkin merkityksellistä tarkastella muistisairaiden henkilöiden kuntoutus- ja puheterapiapalveluihin vaikuttavia tekijöitä palveluiden kehittämisen näkökulmasta.

Tutkimus antoi viitteitä siitä, että puheterapeuttien asiantuntijuuden hyödyntämistä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa ei Suomessa aina tunnisteta. Kansainvälisestikin on todettu, että muistisairaiden henkilöiden puheterapia- ja kuntoutuspalveluiden merkitys jää usein tunnistamatta (Paul & Mehrhoff, 2015; Scerri ym., 2020). Monissa katsauksissa, jotka käsittelevät muistisairaiden henkilöiden lääkkeetöntä hoitoa ja kuntoutusta, ei ole tunnistettu tai mainittu puheterapiaa kuntoutusmuotona ollenkaan (esim. Meyer & O’Keefe, 2020; Scales ym., 2018), vaikka puheterapeuttiseen kuntoutukseen soveltuvat menetelmät ovat olleet monien interventioiden keskiössä. Tietoutta muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta tulisi siis lisätä, jotta muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumista voitaisiin mahdollisesti parantaa ja heidän puheterapiapalveluitaan kehittää. Muistisairaiden henkilöiden kommunikointiin liittyen esimerkiksi puheterapeuttien pitämällä koulutuksella terveydenhuollon henkilökunnalle voitaisiin lisätä tietoutta (Broughton ym., 2011; Conway & Chenery, 2016) sekä mahdollisesti vaikuttaa myös muistisairaisiin henkilöihin kohdistuviin asenteisiin. Toisaalta myös puheterapeuttien tietoutta muistisairaiden henkilöiden kommunikatiivisen toimintakyvyn tukemiseen liittyen tulisi todennäköisesti lisätä.

Jatkotutkimuksissa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumista voitaisiin selvittää tarkemmin, jotta yhdenvertaisia puheterapiapalveluita voitaisiin kehittää. Olisi myös hyödyllistä saada lisää tutkittua tietoa siitä, miten Suomessa puheterapeuttista asiantuntijuutta voitaisiin hyödyntää esimerkiksi terveydenhuollossa työskentelevien koulutuksessa. Tämä voisi mahdollistaa myös sen, että sopivia tapoja moniammatilliseen yhteistyöhön voitaisiin kehittää. Jatkossa olisi hyvä selvittää myös puheterapeuttien näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyen. Puheterapeuttien näkemyksiä on Suomessa selvitetty aiemmin mainitussa pro gradu -tutkielmassa (Kohonen, 2014), ja siinä myös puheterapeutit tunnustivat jatkokoulutuksen tarpeen liittyen muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan. Ajantasaisempi tutkimus antaisi hyödyllistä tietoa tämänhetkisistä puheterapeuttien näkemyksistä, ja esimerkiksi mahdollisen lisäkoulutuksen tarpeesta.

#### **4.5 Yhteenveto ja johtopäätökset**

Tutkimuksessa osallistujat olivat samaa mieltä siitä, että ainakin tietous, resurssit ja muiden asiakasryhmien priorisointi vaikuttavat muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin. Näistä erityisesti tietous nousi monessakin kohdassa esiin, ja se heijastui kautta vastausten. Muistisairaiden henkilöiden puheterapian hyödyllisyys, näytön riittämättömyys tai muistisairauksiin kuuluvat neuropsykiatriset oireet ja käytösoireet taas eivät osallistujien vastausten keskiarvojen mukaan vaikuttaneet muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin, vaikka vastauksissa olikin jonkin verran hajontaa. Muistisairaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet ennustivat myönteisempää näkemystä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen keskeisistä periaatteista sekä puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta. Asenteet eivät olleet merkittävästi yhteydessä näkemyksiin kuntoutuksen haasteista tai muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiosta ja käytösoireista.

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että tietoutta muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta tulisi lisätä. Tietoutta lisäämällä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumista voitaisiin mahdollisesti parantaa ja heidän puheterapiapalveluitaan kehittää. Jatkotutkimuksissa puheterapiapalveluiden toteutumista voitaisiin selvittää tarkemmin, jotta niihin vaikuttavia tekijöitä pystyttäisiin tarkemmin nimeämään. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu voi osaltaan auttaa yhdenmukaisten ja yhdenvertaisten puheterapiapalveluiden kehittämisessä.

## Lähteet

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Alzheimer's Disease International, ADI. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- Alzheimer's Disease International, ADI. (2024). *World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (ei pvm.). *Cognitive-Communication Referral Guidelines for Adults*. Viitattu 9.11.2024. <https://www.asha.org/slp/cognitive-referral/?srsltid=AfmBOoqlzLH6ZdmVR0 - uz1iJf2BZueELycgemzPHYdTREKrszBVPPhcN>
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology: Scope of practice*. Viitattu 22.11.2024. <https://www.asha.org/policy/>
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (2024). *SLP Health Care Survey Report: Caseload Characteristics 2021–2023*. <https://www.asha.org/siteassets/surveys/2019-slp-hc-survey-summary-report.pdf>
- Badarunisa, M. B., Sebastian, D., Rangasayee, R. R., & Kala, B. (2015). ICF-Based Analysis of Communication Disorders in Dementia of Alzheimer's Type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(3), 459–469. <https://doi.org/10.1159/000441183>
- Baker, R., Angus, D., Smith-Conway, E. R., Baker, K. S., Gallois, C., Smith, A., Wiles, J., & Chenery, H. J. (2015). Visualising conversations between care home staff and residents with dementia. *Ageing and Society*, 35(2), 270–297. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000640>
- Banovic, S., Zunic, L., & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio Medica*, 30(2), 221. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224>
- Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., Joly, L., & Manthorpe, J. (2015). Quality of life in dementia: A systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Ageing & Mental Health*, 19(1), 13–31. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915923>
- Braithwaite Stuart, L., Jones, C. H., & Windle, G. (2022). A qualitative systematic review of the role of families in supporting communication in people with dementia. *International Journal of*

*Language & Communication Disorders*, 57(5), 1130–1153. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12738>

- Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., Humphreys, M. S., Gallois, C., Byrne, G. J., & Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1436–1444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.007>
- Cammissuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer’s Disease: A critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, 7(1), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.002>
- Casson, R. J., & Farmer, L. D. (2014). Understanding and checking the assumptions of linear regression: A primer for medical researchers. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 42(6), 590–596. <https://doi.org/10.1111/ceo.12358>
- Cations, M., May, N., Crotty, M., Low, L.-F., Clemson, L., Whitehead, C., McLoughlin, J., Swaffer, K., & Laver, K. E. (2020). Health Professional Perspectives on Rehabilitation for People With Dementia. *The Gerontologist*, 60(3), 503–512. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz007>
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Cohen-Mansfield, J., Juravel-Jaffe, A., Cohen, A., Rasooly, I., & Golander, H. (2013). Physicians’ practice and familiarity with treatment for agitation associated with dementia in Israeli nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25(2), 236–244. <https://doi.org/10.1017/S104161021200172X>
- Conway, E. R., & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: A controlled pretest-post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1145–1155. <https://doi.org/10.1111/jocn.13134>
- Dooley, S., & Walshe, M. (2019). Assessing cognitive communication skills in dementia: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5), 729–741. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12485>
- Douglas & MacPherson. (2021). Positive Changes in Certified Nursing Assistants’ Communication Behaviors With People With Dementia: Feasibility of a Coaching Strategy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 239–252. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00065](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00065)

- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, *30*(3), 295–309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, *25*(3), 345–358. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001664>
- Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2019). Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*(1), 48–60. <https://doi.org/10.1111/ppc.12291>
- Field, A. P. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th edition.). Sage Publications.
- Gkioka, M., Tsolaki, M., Papagianopoulos, S., Teichmann, B., & Moraitou, D. (2020). Psychometric properties of dementia attitudes scale, dementia knowledge assessment tool 2 and confidence in dementia scale in a Greek sample. *Nursing Open*, *7*(5), 1623–1633. <https://doi.org/10.1002/nop2.546>
- Hall, A. J., Manning, F., & Goodwin, V. (2023). Qualitative study exploring health care professionals' perceptions of providing rehabilitation for people with advanced dementia. *BMJ Open*, *13*(7), e072432. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072432>
- Heuer, S., & Willer, R. (2020). How Is Quality of Life Assessed in People With Dementia? A Systematic Literature Review and a Primer for Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *29*(3), 1702–1715. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00169](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00169)
- Hopper, T. (2007). The ICF and Dementia. *Seminars in Speech and Language*, *28*(4), 273–282. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986524>
- Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C. D., Hickey, E., Frymark, T., & Schooling, T. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Cognitive Interventions for Individuals With Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *22*(1), 126–145. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0137\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0137))
- Huang, Y., Wang, Y., Yang, J., Johansson, L., Ma, B., Zhang, X., Lu, Q., Wang, Y., & Zhao, Y. (2023). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in dementia research and practice: A scoping review. *Aging & Mental Health*, *27*(2), 357–371. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2053835>

- Hussi, E., Mäkinen, E., & Vauramo, E. (2017). *Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito*. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf>
- Jones, D. (2015). A family living with Alzheimer's disease: The communicative challenges. *Dementia*, 14(5), 555–573. <https://doi.org/10.1177/1471301213502213>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
- Karhula, M., Saukkonen, S., Kinnunen, A., Heiskanen, T., Xiong, E., & Anttila, H. (2021). ICF-luokituksen yksilötekijöiden kuvaus on osa toimintakyvyn laaja-alaista arviointia: Kartoittava kirjallisuuskatsaus ICF-yksilötekijöitä käsittelevistä tutkimuksista. *Kuntoutus*, 44(2), 9–24. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.109476>
- Kohonen, J. (2014). *Muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa*. [pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto]. Helsingin yliopisto: Käyttäytymistieteiden laitos.
- Koponen, H. & Vataja R. (2023). *Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito*. Käypä hoito -suosituksessa: Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Viitattu 21.11.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>
- Kristensen, F., Gregersen, R., Pedersen, M. K., Skrubbeltrang, C., & Thuesen, J. (2024). Rehabilitation needs in people living with Dementia: A scoping review of assessment tools and procedures. *Aging and Health Research*, 4(2), 100187. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2024.100187>
- Larkin, A. (2017). The Knowledge of Attitudes of Nurses and Doctors caring for Dementia Patients in Hospital. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 535. <https://doi.org/10.5334/ijic.3855>
- Laver, K., Dyer, S., Whitehead, C., Clemson, L., & Crotty, M. (2016). Interventions to delay functional decline in people with dementia: A systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*, 6(4), e010767. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010767>
- Layton, N., Devanny, C., Hill, K., Swaffer, K., Russell, G., Low, L., Lee, D. A., Cations, M., Skouteris, H., Mc O'Connor, C., Collyer, T. A., Neves, B. B., Andrew, N. E., Haines, T., Srikanth, V. K., Petersen, A., & Callisaya, M. L. (2024). The Right to Rehabilitation for People With Dementia: A Codesign Approach to Barriers and Solutions. *Health Expectations*, 27(5), e70036. <https://doi.org/10.1111/hex.70036>

- Longley, V., Peters, S., Swarbrick, C., & Bowen, A. (2019). What factors affect clinical decision-making about access to stroke rehabilitation? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 33(2), 304–316. <https://doi.org/10.1177/0269215518808000>
- Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., Cedarbaum, J., Brashear, R., & Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(5), 532–539. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.2410>
- MacDonald, S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain Injury*, 31(13–14), 1760–1780. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613>
- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P. H., & Zwakhalen, S. M. G. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>
- Metsämuuronen, J. (2008). *Monimuuttujamenetelmien perusteet*. Faktorianalyysi (s. 25–84). International Methelp Oy.
- Meyer, C., & O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927–1954. <https://doi.org/10.1177/1471301218813234>
- O'Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Paul, N., & Mehrhoff, J. (2015). Descriptive Analysis: Survey of Direct and Indirect Interventions for Persons With Dementia-Based Communication Disorders. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25(4), 125–141. <https://doi.org/10.1044/nnsld25.4.125>
- Pitkälä, K. (2021). *Kuntoutus muistisairauksissa*. Käypä hoito -suosituksessa: Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit-yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Viitattu 10.10.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix01641>
- Pekkala, S. (2017). Muistisairaiden ihmisten kielen ja kommunikaation kuntoutus: Training of language and communication of the people with dementia. Teoksessa *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 303–312). Gaudeamus.

- Prado, Norman RS, Vasquez L, Glassner A, Osuoha P, Meyer K, Brackett JR, & White CL. (2022). An Interprofessional Skills Workshop to Teach Family Caregivers of People Living with Dementia to Provide Complex Care. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100481>
- Preuss, U., Wong, J., & Koller, G. (2016). Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Psychiatria Polska*, 50(4), 679–715. <https://doi.org/10.12740/PP/64477>
- Rud Pedersen Public Affairs Oy. (2021). *Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset*. Viitattu 7.5.2024. [https://www.biogen.fi/content/dam/corporate/fi\\_FI/pdfs/muistisairauksien\\_yhteiskunnalliset\\_vaikutukset1709.pdf](https://www.biogen.fi/content/dam/corporate/fi_FI/pdfs/muistisairauksien_yhteiskunnalliset_vaikutukset1709.pdf)
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl\_1), S88–S102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2020). Person-centered dementia care in acute hospital wards—The influence of staff knowledge and attitudes. *Geriatric Nursing*, 41(3), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.001>
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2023). Healthcare professionals’ perceived challenges and solutions when providing rehabilitation to persons living with dementia—A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5493–5513. <https://doi.org/10.1111/jocn.16635>
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM. (2022). *Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet*. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164488/STM\\_2022\\_17\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164488/STM_2022_17_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Spijker, A., Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Adang, E., Wollersheim, H., Grol, R., & Verhey, F. (2008). Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1116–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01705.x>
- Suomen Lääkäriliitto. (2021). Lääkäri ja yhteiskunta: priorisointi terveydenhuollossa. Teoksessa: *Lääkäriin etiikka* (s. 231-236). Painotalo Plus Digital Oy Lahti 2021. <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarini-etiikka-2021.pdf>
- Suomen Puheterapeuttiliitto ry. (2024). *Hyvät puheterapiakäytännöt*. Viitattu 10.12.2024. <https://puheterapeuttiliitto.fi/puheterapia/hyvat-puheterapiakaytannot/>

- Suomen Puheterapeuttiliitto ry. (2020). *Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n suositus puheterapiapalvelujen järjestämisestä*. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2022/01/Suositus-puheterapiapalvelujen-jarjestamisesta.pdf>
- Suomen Puheterapeuttiliitto ry. (2017). *Puheterapia perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa*. [https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Peruspalvelu\\_kannanotto\\_2017.pdf](https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Peruspalvelu_kannanotto_2017.pdf)
- Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. (2018). Speech-Language Pathologist Interventions for Communication in Moderate–Severe Dementia: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(2), 836–852. [https://doi.org/10.1044/2017\\_AJSLP-17-0043](https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0043)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. (13.3.2024). *ICF-luokitus*. Viitattu 21.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. (5.12.2023a). *Muistisairauksien yleisyys*. Viitattu 28.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. (5.12.2023b). *ICF-luokituksen rakenne*. Viitattu 21.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. (21.12.2023c). *Kyselylomakkeiden kääntäminen*. Viitattu 27.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/kyselylomakkeiden-kaantaminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. 2018. *ICF-koodit sähköisenä kirjana*. Viitattu 23.10.2024. <https://www.thl.fi/icf-koodit/>
- Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M., & Fielding, E. (2013). A survey of the Queensland healthcare workforce: Attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatrics*, 13(1), 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-101>
- Valtioneuvosto. (2022). *Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikävykyäs Suomi*. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164495/VN\\_2022\\_70.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164495/VN_2022_70.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Valtiovarainministeriö. (2024). *Hyvinvointialuelouden näkymät 2024–2028*. <https://vm.fi/documents/10623/0/Hyvinvointialuelouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf/1eaec2f-9594-4e45-6643-81796fdffb05/Hyvinvointialuelouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf?t=1715152380777>

- VanPuymbrouck, L., Friedman, C., & Feldner, H. (2020). Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabilitation Psychology*, 65(2), 101–112. <https://doi.org/10.1037/rep0000317>
- Warren, A. (2022). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia as a Means of Communication: Considerations for Reducing Stigma and Promoting Person-Centered Care. *Frontiers in Psychology*, 13, 875246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.875246>
- Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., Thompson, Y., Tricco, A. C., & Straus, S. E. (2019). M. *Annals of Internal Medicine*, 171(9), 633. <https://doi.org/10.7326/M19-0993>
- World Health Organization, WHO. (2024). *Rehabilitation 2030 initiative*. Viitattu 17.7.2024. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
- World Health Organization, WHO. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization, WHO. (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. World Health Organization. Viitattu 15.10.2024. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization, WHO. (2004). *ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9513311597\\_fin.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9513311597_fin.pdf)
- Zhao, W., Moyle, W., Wu, M. W., & Petsky, H. (2022). Hospital healthcare professionals' knowledge of dementia and attitudes towards dementia care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13–14), 1786–1799. <https://doi.org/10.1111/jocn.15590>

# LIITE 1: Kyselylomake

Confidential

Page 1

## Tutkimus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista

Tervetuloa osallistumaan tutkimukseen muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen ja puheterapiapalveluihin liittyen! TIEDOTE TUTKIMUKSESTATiedote tutkittaville koskien tutkimusta: Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen vaikuttavat tekijät.Pyyntö osallistua tutkimukseenSinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan hyvinvointialueen palveluista päättävien ja eri organisaatiotasolla esihenkilöasemassa olevien henkilöiden näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiapalveluista. Tällä hetkellä muistisairaiden henkilöiden hoidossa ja kuntoutuksessa ei juurikaan hyödynnetä puheterapeuttista osaamista, ja tässä tutkimuksessa kartoitetaan mahdollisia syitä siihen.Sinua pyydetään osallistumaan tähän tutkimukseen, koska tutkimus auttaa ymmärtämään muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimukseen haetaan eri organisaatiotasolla työskenteleviä esihenkilöitä, jotka jollain tavalla työskentelevät muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspalveluiden parissa. Kyselyyn voivat vastata kaikki ikääntyneiden palveluissa tai kuntoutuspalveluissa työskentelevät esihenkilöt organisaation eri tasoilta. Toivomme vastauksia matalalla kynnyksellä, ja olisimme kiitollisia, jos sinulla on noin 10 minuuttia aikaa kyselyn täyttämiseen! VapaaehtoisuusTutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää tutkimukseen vastaamisen milloin tahansa. Kyselylomakkeen täytön keskeytyessä tiedot eivät tallennu järjestelmään.Kun kysely on lähetetty, suostumusta ei voi enää perua. Kyselyssä ei kerätä suoria tunnistetietoja, joten yksittäisten henkilöiden vastausten jäljittäminen jälkikäteen ei ole mahdollista.Tutkimuksen toteuttaja ja rahoittajaTämän tutkimuksen toteuttaa logopedian oppiaine, Turun yliopiston Psykologian ja logopedian laitoksessa.Tutkimukseen kulkuTutkimukseen osallistuminen tapahtuu sähköisen kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia, ja se koostuu muistisairauksiin ja muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen ja puheterapiapalveluihin liittyvistä väittämistä ja kysymyksistä. Kysely suoritetaan kertaluontoisesti, eikä sinuun oteta yhteyttä tutkimukseen osallistumisen jälkeen.Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat hyödyt ja haitatTutkimuksesta ei koidu tutkittavalle itselleen merkittävää hyötyä tai haittaa. Yhteiskunnallisella tasolla tutkimus auttaa kartoittamaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden nykyistä tilannetta Suomessa, ja mahdollisesti kehittämään niitä.Tutkimuksesta maksettavat korvauksetTutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.Henkilötietojen käsittelyTutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia ja niiden käsittelyyn osallistuvat ainoastaan tutkimusryhmän jäsenet. Tutkimuksessa kerättäviä henkilötietoja käsitellään tietosuojaa-asetuksen mukaisesti. Tutkimuksen aikana ei kerätä suoria tunnistetietoja (IP-osoitetta, sähköpostia, nimeä, henkilötunnusta ym.). Tutkimuksessa kerätään epäsuoria tunnistetietoja (esim. ikä ja koulutus). Aineistosta tullaan julkaisemaan opinnäytetyö ja mahdollisesti tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Yksittäiset henkilöt eivät ole tunnistettavissa tulospöytäkirjoista. Avoimen tieteen periaatteiden mukaisesti aineisto saatetaan jakaa avoimessa aineistotietokannassa (esim. osf.io), joka mahdollistaa myös muiden tutkijoiden pääsyn aineistoon. Ennen aineiston jakamista mahdolliset epäsuorat tunnistetiedot poistetaan (esim. tilanteissa, joissa yksittäistä mahdollisesti tunnistettavaa taustamuuttujaa (kuten sukupuoli) on alle 5 havaintoa, tämä muuttuja poistetaan julkisesta aineistosta, tai ne ryhmitellään laajempiin luokkiin (esim. ikä -> ikäryhmä)).Tutkimusaineiston säilyttäminen ja tutkimustulosten raportointiTutkimuksessa kerätyt aineistot säilytetään Turun yliopiston Seafire-palvelussa salasanaalla suojatussa kansiossa, johon on pääsy vain tutkimusryhmän jäsenillä.Tutkimusaineistoa säilytetään 15 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen Turun yliopiston Seafire-palvelussa salasanaalla suojatussa kansiossa, johon on pääsy vain tutkimusryhmän jäsenillä. Tutkimuksen arvioitu päättymisaika on viimeistään 31.12.2026. Tutkimusaineiston poistamisesta vastaavat tutkimuksen vastuuhenkilöt Ida Luotonen ja Pia Lindevall. Tietoja ei luovuteta kolmansille osapuolille, eikä EU:n tai ETA:n ulkopuolisille alueille.Tutkimustulokset raportoidaan tieteellisissä julkaisuissa/opinnäytetöissä/konferenssi- ja seminaariesityksissä.Tutkimuksen tarkemman tietosuojailmoituksen pääset lukemaan linkistä: Tietosuojailmoitus\_Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalvelut\_2024.pdf Lisätietojen antajan yhteystiedot Tutkimuksen tekijät: Oona Kettunen otkett@utu.fi Kiiia Sylvelin kksylv@utu.fi Sinulla on mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä lisätietoja tutkimuksen myös vastuuhenkilöiltä: Pia Lindevall Ida Luotonenyliopisto-opettaja, FM yliopisto-opettaja, FMTurun yliopisto Turun yliopistoPsykologian ja logopedian laitos Psykologian ja logopedian laitospia.lindevall@utu.fi ida.luotonen@utu.fi\*\*\*Vastaukset tallentuvat vasta viimeisen sivun Lähetä-painikkeella, joten tee kysely kerralla loppuun asti. Kiitos osallistumisesta!

Olen perehtynyt tutkimuksen sisältöön, ja vastauksiani saa käyttää osana tieteellistä tutkimusta. Ymmärrän, että kyselyyn vastaaminen ilmaisee suostumusta tutkimukseen osallistumiseen. Olen täysi-ikäinen.

Kyllä  Ei

Ikä

-----

29.10.2024 13:23

projectredcap.org



Koulutusaste

- Perusasteen tutkinto Toisen
- asteen tutkinto Alempi
- korkeakoulututkinto Ylempi
- korkeakoulututkinto
- Tutkijan koulutusaste

Tutkintonimike

-----

Millä yhteistyöalueella työskentelet?

- Pohjois-Suomen yhteistyöalue, OYS (Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue)
- Itä-Suomen yhteistyöalue, KYS (Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon hyvinvointialue)
- Sisä-Suomen yhteistyöalue, TAYS (Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan hyvinvointialue)
- Länsi-Suomen yhteistyöalue, TYKS (Pohjanmaan, Satakunnan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue)
- Etelä-Suomen yhteistyöalue (HUS, Helsinki ja Etelä-Karjalan, Itä-Uudenmaan, Keski-Uudenmaan, Kymenlaakson, Länsi-Uudenmaan, Päijät-Hämeen sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialue)

Mitkä ovat työsi päävastuualueet?

-----

Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä tai sitä vastaavassa tehtävässä?

-----

Oletko työskennellyt muistisairaiden henkilöiden kanssa?

- Kyllä
- Ei

Seuraavan osion väittämät ovat käännöksiä kansainvälisesti käytössä olevasta kyselystä. Osa väittämistä liittyy kliiniseen hoitotyöhön, mutta kyselyyn vastaaminen ei vaadi kokemusta muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelystä.

Arvioi jokainen väittämä ja valitse vastaus sen mukaan, kuinka samaa tai eri mieltä olet väittämän kanssa.

Vastaa rehellisesti, kyselyssä ei ole oikeita tai vääriä vastauksia.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentely on palkitsevaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaajat henkilöt pelottavat minua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaajat henkilöt voivat olla luovia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen oloni itsevarmaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle on luontevaa koskettaa muistisairaita henkilöä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen oloni epämukavaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jokaisella muistisairaalla henkilöllä on erilaiset tarpeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En ole perehtynyt muistisairauksiin kovin hyvin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Välttelisin muistisairasta henkilöä, jos hän vaikuttaisi kiihtyneeltä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaajat henkilöt pitävät tuttuja asioita mielellään lähettyvillä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaiden henkilöiden elämäntarina on tärkeää tuntea.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa voi nauttia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen oloni rennoksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

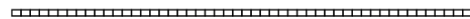
Muistisairaat henkilöt voivat nauttia elämästä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaat henkilöt tuntevat, kun heille ollaan ystävällisiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen itseni turhautuneeksi, kun en tiedä, miten muistisairaita henkilöitä voisi auttaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pysty kuvittelemaan, että pitäisin huolta muistisairaasta henkilöstä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihailen muistisairaiden henkilöiden selviytymiskeinoja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voimme tehdä useita asioita parantaaksemme muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haastava käyttäytyminen saattaa olla muistisairaalle henkilölle keino kommunikoida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavassa osiossa kysytään muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta ja puheterapiapalveluista. Väittämässä lähitoimijalla tarkoitetaan kaikkia muistisairaahan henkilön kanssa toimivia henkilöitä, kuten terveydenhuollon työntekijöitä, puolisoa tai muita perheenjäseniä.

Siirrä liukuri janan kohtaan, joka vastaa parhaiten näkemyksiäsi seuraavien väittämien suhteen.

Muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan kanssa tulee laatia yksilölliset tarpeet täyttävä ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

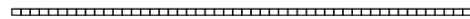
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Varhainen tuki on tärkeää muistisairaahan henkilön ja lähitoimijan sopeutumisessa ja kotona asumisen jatkumisessa.

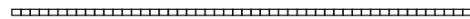
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Lääkkeettömien menetelmien tulee olla ensisijaisia hoitomuotoja muistisairaiden henkilöiden käytösoireiden hoidossa.

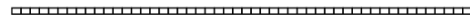
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa.

täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Muistisairaahan henkilön kuntoutus on hyödyllistä.

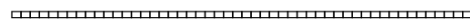
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen tavoitteita on vaikea määrittää.

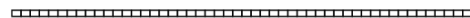
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Muistisairaahan henkilön kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea mitata.

täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Muistisairaahan henkilön tarve kommunikointiin säilyy läpi elämän.

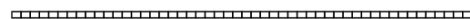
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Kommunikointikyky vaikuttaa muistisairaahan henkilön arjen toimintakykyyn.

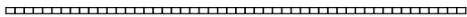
täysin eri mieltä täysin samaa mieltä



(Place a mark on the scale above)

Kuntoutuksella tulee tukea muistisairan henkilln kommunikointia.


tysin eri mielt tysin samaa mieltan



*(Place a mark on the scale above)*

Muistisairaita henkillit hoitavien koulutuksessa tulee hyodyntaa puheterapeuttien asiantuntijuutta.


tysin eri mieltan tysin samaa mieltan



*(Place a mark on the scale above)*

Puheterapia on hyodyllist kaikissa muistisairauden vaiheissa.


tysin eri mieltan tysin samaa mieltan



*(Place a mark on the scale above)*

Puheterapeuttinen kuntoutus voi olla muistisairan henkilln lahitoimijoiden ohjaamista.


tysin eri mieltan tysin samaa mieltan



*(Place a mark on the scale above)*

Lahitoimijoiden vuorovaikutustaitoja tukemalla voidaan vahentaa muistisairan henkilln haastavaksi koettua kyttytymistan.

tysin eri mieltan tysin samaa mieltan



*(Place a mark on the scale above)*



Kiitos vastauksistasi!

Kuulemme vielä mielellämme, millaisia ajatuksia kysely sinussa herätti.

Minkälaisia ajatuksia tämä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin liittyvä kysely sinussa herätti?

---

## LIITE 2: Kyselylomakkeen avointen vastauskenttien vastaukset ryhmiteltynä

Selitteet:

1= tietous puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ja asiantuntijuudesta (15)

2= näkemys kuntoutuksesta (1)

3= resurssit ja priorisointi (16)

4= asenne (1)

5= näyttö puheterapian/kuntoutuksen hyödyllisyydestä (4)

Osallistujien avoimen vastauskentän vastaukset:

**Tosi vähän on tietoa**<sup>1</sup> puheterapian mahdollisuuksista muistisairaana ja hänen läheistensä ja ammattilaisten mahdollisuuksista tätä kautta mm. parempaan kommunikointiin sairastuneen kanssa.

**Jäin miettimään kuntoutus-termiä**<sup>2</sup> ja sen sisältöä ja kohdentamista. Perinteinen asiakkaaseen kohdistettu kuntoutus tuskin on kovin vaikuttavaa, jos muistisairaus on edennyt. Sen sijaan vaikuttavaa varmasti on ympäristöön kohdistuva ohjaus ja neuvonta. Mutta voiko silloin sitä kutsua muistisairaana kuntoutukseksi vai onko se osa laajempaa hoitopolkua, joka sisältää kuntoutustyöntekijän ohjausta ja neuvontaa. Toinen asia on, että kommunikointitapoja tukemaan ei välttämättä tarvita aina puheterapeuttia. Esim. eri vammaisryhmissä kommunikointikeinoja opettaa mm. kuntoutusohjaajat, toimintaterapeutit jne. **Eli kuinka oleellista on, että ohjaus tulee juuri puheterapeutilta**<sup>1</sup>, jos kyse on enemmän ympäristön muokkaamisesta muistisairaalle sopivaksi.

On surullista, että usein kaikista heikoimmassa asemassa olevilta evätään kuntoutustoiminta. He eivät pysty itse pitämään puoliaan ja usein ikäihmisten tapauksessa läheiset ja asioista huolehtivat ovat itsekin iäkkäitä. **Vähäiset hoitajaresurssit**<sup>3</sup> ovat usein haasteena ikäihmisille toteutettavassa kuntoutustoiminnassa. **Ihmisten yleinen asenne**<sup>4</sup> näyttäytyy välinpitämättömyytenä sille, että olisi kannattavaa kuntouttaa ikäihmisiä.

Mielestäni muistisairauksien hoidossa **ei riittävästi korosteta puheterapian merkitystä**<sup>1</sup>.

Muistisairaiden puheterapian tulee perustua hyviin hoitokäytäntöihin ja tutkimusnäyttöön, samoin kuin muidenkin asiakasryhmien.

Puheterapeuttien työn kohdentaminen muistisairaita hoitaville, ammattilaisille ja omaishoitajille olisi tarkoituksenmukaista. Ryhmäohjauksen ja ryhmäkoulutuksen menetelmin.

**Puheterapeutteja ei ole tarpeeksi**<sup>3</sup> hoitamaan edes lapsipotilaita, olisi ihanaa jos olisi puheterapeutteja myös muistisairaille. Muistisairaiden hoidossa on vielä paljon kehitettävää ihan joka hoidon vaiheessa. Se kuinka muut ihmiset suhtautuvat muistisairaaseen vaikuttaa eniten hänen käyttökseen, haastava käyttäytyminen on aina oire jostakin. Tulen surulliseksi kun tiedän kuinka paljon kehitettävää on. Kun ihminen sairastuu hänen läheisensä tarvitsevat tietoa ja koulutusta ja tukea, hoitajia hoitopaikassa tulee kouluttaa validaatiomenetelmiin ja muihin lääkkeettömiin keinoihin. Hallituksen suunnitelmat laskea hoitajamitoitusta ympärivuorokautisissa palveluissa uhkaa myös laadukkaan hoidon toteutusta, mitä muistisairas kipeiten kaipaa on aikaa hoitajalta.

**Puheterapiaa ei mielletä muistisairaiden terapiaksi**<sup>1</sup> ja siksi sen tarve jää helposti tunnistamatta.

**Puheterapiaresurssia on riittämättömästi<sup>3</sup>.** Puheterapiaan hoitoon ohjautumisessa on vielä puutteita aikuisasiakkaiden osalta, muut **ammattilaiset eivät riittävästi tunnista puheterapian mahdollisuuksia<sup>1</sup>** eri potilasryhmien osalta.

**Puheterapeuttien saatavuus joillakin alueilla Suomessa on todella haasteellista<sup>3</sup>** ja etäpalvelut eivät kata myöskään riittävän laajasti, jotta niitä voitaisiin hyödyntää.

Muistisairauden vaihe vaikuttaa siihen miten puheterapiapalveluita saa/toteutetaan: miten asiakas saadaan sitoutumaan harjoitteluun, pystyykö oppimaan/ottamaan käyttöön uusia toimintatapoja ja/tai tukikeinoja, onko arjessa tukena omaisia, **onko kuntoutus vaikuttavaa<sup>5</sup>** vai onko kyse enemmän ohjauksellisesta näkökulmasta?

**Ensisijaisesti puheterapiapalvelut lapsille<sup>3</sup>.** **Onko tutkimusnäyttöä<sup>5</sup>**, että muistisairaajat merkittävästi hyötyvät puheterapiasta?

**Aihealue, jota ei ole pidetty kovin paljon yhteiskunnallisessa keskustelussa mukana<sup>1</sup>.** Tärkeä huomioda, että kuntoutuminen/kuntouttaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen kulkevat yhtä matkaa. Läheisten tukeminen tärkeää tilanteessa, jossa asiakkaalla itsellään ei ole enää merkityksellisiä sanoja/vuorovaikutuksen keinoja käytettävissä.

Viitisen vuotta sitten KELA ei tunnistanut muistisairaajan puhutun tarvetta. Sairastuneen itsenäinen asiointi on haastavaa, jos hänellä ei ole puhettaan ymmärtävää tulkkia asiointissa.

**Puheterapeuttien määrä on liian pieni<sup>3</sup>.** Heidän osaamistaan muistisairaiden potilaiden hoidossa **ei oikein ymmärretä ja osata hyödyntää<sup>1</sup>.**

Itselläni ei ole asiasta riittävästi **tietoa<sup>1</sup>**

Meillä hoidetaan jo pidemmälle edenneitä muistisairautta ja käytösoireita sairastavia potilaita joille **ei etusijalla ole puheterapiapalvelut<sup>3</sup>**

Mielestäni kyse niin itsestään selvästä asiasta, että tästä olisi erittäin suuri hyöty muistisairaalle, ja toivoisin, että olisi poliklinikoita ja vastaanottoja, joissa kiinnitettäisiin kokonaisuuteen huomio, nyt ei ole. Pelkään että **puheterapeutteja on liian vähän<sup>3</sup>**, jotta tätä palvelua olisi kaikilla oikeus saada

**Ehdottomasti tarvittaisiin lisää tietoa<sup>1</sup>** tästä aiheesta sekä sairastuneille, omaisille että myös ammattilaisille.

Kysely avasi omaakin näkemystä, miten tärkeä osa-alue puheterapia muistisairaalle olisi. Helpottaisi heidän ymmärretyksi tulemistä ja hoitajien ja asukkaiden välistä kommunikointia ja vuoropuhelua.

Puheterapeuttipalveluissa **itsellä aukko sivistyksessä<sup>1</sup>/ puheterapeutteja ei tarpeeksi<sup>3</sup>**

Kiinnostava ja erittäin tärkeä aihe. Muistisairauksien lisääntyvä määrä huolestuttaa. Kaikki keinot muistisairaiden henkilöiden auttamisessa pitäisi ehdottomasti ottaa käyttöön. **Hoitohenkilökunnan koulutus ja tieto puheterapiapalveluista muistisairaiden hoitamisessa ensiarvoisen tärkeää<sup>1</sup>.**

Todella tärkeä aihe - **resurssit vain puuttuvat<sup>3</sup>.**

Pohdin, **onko puheterapian vaikuttavuudesta muistisairauksissa näyttöä<sup>5</sup>?** Tai omaisten/lähihenkilöiden ohjaamisesta? Kyseessä on kuitenkin sairaus, jossa henkilön oma oppimiskyky heikkenee.

Hyvä olisi lisätä puheterapeuttien työpanosta myös muistisairaiden hoidossa.

Havahduin siihen, että **ammattilaisille tarvitaan enemmän tietoa ja koulutusta asiasta**<sup>1</sup>. Olen toiminut muistisairaiden parissa yli 15 vuotta ja asiaa on todella harvoin nostettu esille.

**Puheterapeutteja on aivan liian vähän**<sup>3</sup>. Miksi koulutuksen aloituspaikkoja niin vähän koska tarve on valtava?!

Aiheena melko vieras, mutta tarpeellinen.

Heräsi kiinnostus millaisia keinoja puheterapeutilta voisi löytyä muistisairaalle kanssa kommunikointiin? Vuorovaikutus on kuitenkin tärkeä työkalu yleensäkin toisen ihmisen kohtaamisessa, ja varmaan vielä korostuu muistisairaalle kanssa.

Rauhallinen ympäristö on eduksi muistisairaalle. Ei liikaa ihmisiä ympärillä, koska hän saattaa stressaantua ja ahdistua siitä.

Toivottavasti tulevaisuudessa tällaiset palvelut olisivat käytettävissä myös muistisairaille, **hyvinvointialueiden rahapula**<sup>3</sup> kyllä aiheuttaa pessimistisiä ajatuksia siitä että jotain palvelua voisi tulla lisää.

Oikein mielenkiintoinen kysely. Olen toiminut muistisairaiden ryhmäkuntoutuksessa, jossa toimivat ammattilaisina fysioterapeutti, toimintaterapeutti, geriatri ja muistikoordinaattori. Vieläkin kokemuksesta tulee hyvä mieli.

**Koska puheterapiaresursseissa on pitkään ollut alueella vajetta**<sup>3</sup>, ei muistisairaiden kuntoutukseen tai edes kuntoutuksen tarpeeseen ole aiemmin kiinnitetty huomiota. Uskon, että keskustelu aiheesta tulee lähivuosina lisääntymään, tietoisuus kasvaa ja tämänkin asiakasryhmän tarpeet tulevat näkyväksi.

Myös itsellä on omassa toiminnassa parannettavaa muistisairaiden kuntoutusta suunnitellessa ja henkilöstö resursseja miettiessä.

Hyvä ja tärkeä aihe tutkia. Nämä potilaat ohjautuvat satunnaisesti alueellani puheterapiapalveluiden piiriin. Suunnitteilla on ollut tiedon jakaminen muistisairaiden omaisille kommunikoinnin tukikeinoista. Tämä on jäänyt **pitkien hoitojonojen**<sup>3</sup> vuoksi odottamaan toteutusta. Menestystä tutkimuksen loppuun saattamiseen!

Ehkä resursointiin liittyen, ainakin omalla alueella **tosi vähän puheterapeutteja**<sup>3</sup> ja tulee tunne, etteivät edes lapset meinaa päästä terapiaan, kun tabletilla

Oma kokemukseni on, että muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa käytetään liikaa lääkkeellisiä keinoja. On hyvä, että tutkimuksen avulla tuodaan esille muitakin keinoja, joiden pitäisi olla ensisijaisia.

Itselle kovin vieras aihe, koska ei ole kontaktipintaa tähän asiaan ja en ole nähnyt, että omalla alueellani muistisairaalle saivat puheterapiaa, kun **muillekin pula heistä on suuri**<sup>3</sup>.

Huomasin että minulla **ei ole tarpeeksi tietoa**<sup>1</sup> muistisairaiden puheterapian mahdollisuuksista tai tuloksista

Tärkeä aihe

**Onko tutkimusnäyttöä<sup>5</sup>**, että muistisairaat merkittävästi hyötyvät puheterapiasta? Vähät resurssit tärkein suunnata lapsille. Muistisairaana kanssa tärkein työkalu on kohtaaminen.

Ajatuksia siitä, miten vähän puheterapiapalveluita muistisairaille tarjotaan. Myös ajatuksia siitä, että **tietopohjaa itsellä ei ole tarpeeksi tästä temasta<sup>1</sup>**.

Mielenkiintoinen aihe, johon en ole aiemmin törmännyt. Aihe kaipaisi laajempaa yhteiskunnallista keskustelua ja asian esille tuomista.

**Luultavasti emme omaa tarpeeksi tietoa siitä<sup>1</sup>**, että puheterapiaa voidaan hyödyntää muistisairaiden kuntoutuksessa. Tietoisuutta olisi hyvä levittää. Kuten kaikki terapia, tähän pitäisi panostaa enemmän, sillä se vaikuttaa kotona pärjäämiseen ja sitä kautta auttaa vähentämään sairaalapalveluiden tarvetta.

Hyvä, että asiaa tutkitaan. Huomaan, että **en tiedä kovinkaan paljoa aiheesta<sup>1</sup>**.

Hyvä, että tiedostetaan muistisairauksissa myös muut kuin fyysiset kuntoutusmuodot ja tunnistetaan kommunikoinnin tärkeys sairausryhmästä riippumatta

Tärkeä aihe, joka merkityksellistä nostaa mukaan keskusteluun, kun halutaan vaikuttaa muistisairaiden henkilöiden elämänlaatuun. Tärkeä myös muistiystävällisen yhteiskunnan rakentamisen näkökulmasta.

Toivottavasti tutkimustulokset vahvistavat muistisairaiden puheterapian ja puhetulkin tärkeyttä.

Johdattelevia, puheterapiasiiloihin ohjaavia kysymyksiä. Tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa ei ole varaa muuhun kuin yhteistyöhön.

Muistisairauksia on monenlaisia ja monen asteisia, mikä hankaloittaa kysymyksiin vastaamista.

Uusia näkökulmia asiaan

Tärkeä aihe, kaipaa lisää tutkimustietoa. Muistisairaiden kuntoutus kaipaa puheterapian tehokkaampaa mukaanottoa.