

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2010

Jenni Tuominen

IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTA- KYVYN YLLÄPITÄMINEN PAL- VELUTALOSSA

– Viriketoimintakansion luominen hoitajien käyt-
töön



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Tuominen

IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMINEN PALVELUTALOSSA

– Viriketoimintakansion luominen hoitajien käyttöön

Tämän työn tarkoituksena on kirjallisuuteen pohjautuen selvittää millä voidaan vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn ja sen ylläpitämiseen sekä kehittää monipuolinen virikekansio palvelutaloihin ja tuottaa viriketuokion pitämiseen kansio hoitajien käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on palvelutalon asukkaiden hyvinvoinnin ylläpitäminen ja parantaminen viriketuokioita kehittämällä sekä tuottaa asukkaita motivoivaa viriketoimintaa. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Turun sosiaali- ja terveystoimen välillä.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen kirjallisuuspohjainen työ ja se on toteutettu kahdessa vaiheessa. Työhön kuuluu raportin lisäksi tuotettu virikekansio, jota palvelutalon työntekijät/hoitajat voivat hyödyntää viriketuntia suunnitellessa ja toteuttaessa.

Raportin keskeisiksi aihealueiksi nousivat kirjallisuuskatsauksen pohjalta ikääntyneen toimintakyky ja siihen vaikuttavat tekijät, kuten muistin heikkeneminen, tasapaino-, liikunta- ja voimaharjoittelu. Näihin aiheisiin perustuvat kansioon valitut virikkeet. Virikekansiosta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä ja monipuolinen.

Työ on toteutettu kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kirjallisuuden pohjalta virikekansio, joka on tarkoitus ottaa käyttöön turkulaisiin palvelutaloihin ylläpitämään asukkaiden elämänlaatua ja toimintakykyä. Toisessa vaiheessa oli tarkoitus kehittää luotua kansiota. Tuotetun materiaalin toimivuutta testattiin palvelutaloympäristössä hoitajan työvälineenä. Palautetta kerättiin puolistrukturoidun lomakkeen avulla palvelutalon hoitajilta, asukkailta palaute kerättiin suullisesti pidetyn viriketunnin pohjalta. Saatua palaute oli positiivista. Vastaajat pitivät kansiota monipuolisena ja virikkeitä asukkaille sopivina.

ASIASANAT:

Ikääntynyt, viriketoiminta, palvelutalo, toimintakyky, liikunta, tasapaino

Hanke: Terveystieteiden edistämisen uudet menetelmät.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Public Health Nurse

April 2010 | 53 pages + 6 appendices

Jenni Tuominen

RECREATIONAL ACTIVITY FOR ELDERLY IN SHELTERED ACCOMMODATION

- Creating a recreational activity folder for nurses to use

The purpose of this bachelor's thesis is to make clear that how can we affect for elderly peoples functional ability and maintain it, and develop versatile folder for nurses to use in sheltered accommodation. The objective of this thesis is by developing a recreational moment for the elderly that is motivational, we can maintain and improve well-being of the residents in sheltered accommodation. This bachelor's thesis is executed in collaboration with Turku University of Applied Sciences and Turku Municipal Social Services and Health Care Department.

This thesis is a functional and based on literature review that is executed in two phases. This report includes a product to be utilized in practice. The product is a folder that contains 12 different types of action for elderly, so nurses may utilize when creating and putting into practice those activity moments.

The essential issues on report are functional ability of elderly, memory loss, balance, exercise and strength training. In these topics are based on the activities in the folder. The folder was aspired to make versatile and untroubled as possible.

This thesis is executed in two phases. First phase includes creating versatile folder that can be utilized in sheltered accommodations in Turku. In second phase includes testing the folder in one specific sheltered accommodation and gather feedback from nurses and residents by form and orally. The received feedback was positive. Answerers thought that the folder was versatile and the activities were suitable for residents.

KEYWORDS:

Elderly, aged, sheltered accommodation, functional ability, exercise, balance,

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTUS	9
3 IKÄÄNTYNEEN TERVEYS JA ELÄMÄNLAATU	10
3.1 Ikääntymisen tuomat muutokset	11
3.2 Terveys ja elämänlaatu	13
4 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	14
4.1 Ikääntyneen toimintakyky	15
4.1.1 Toimintakykyä tukevia terapioidia	17
4.2 Liikunta toimintakyvyn ylläpitäjänä	21
4.2.1 Ikääntyneiden terveyskunto	22
4.2.2 Voima- ja tasapainoharjoittelu	23
4.3 Muistin heikkeneminen	25
4.3.1 muistihäiriöt ja dementia	26
4.3.2 Aivojen harjoittaminen	27
4.4 Masennus toimintakyvyn heikentäjänä	28
4.4.1 Masennuksen tunnistaminen ja ehkäisy	29
4.5 Kaatumistapaturmat	30
4.5.1 Kaatumisten riskitekijät	32
4.4.2 Kaatumiset laitoksissa	33
4.6 Viriketoiminta	34
4.6.1 Asukkaiden ja hoitajien mielipiteitä	35
5 PALVELUASUMINEN	38
6 VIRIKETOIMINTAKANSION SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA KEHITTÄMINEN	42
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	44
8 POHDINTA	46
9 LÄHTEET	49

LIITTEET

Liite1: Virikekansion etusivu

Liite2: Virikekansion sisältö

Liite3: Kyselylomake hoitajille

Liite4: Kysymyksiä asukkaille

Liite5: Yhteenveto hoitajien palautteesta

Liite6: Yhteenveto asukkaiden palautteesta

KUVIOT

Kuvio1: Väestö iän mukaan 31.12.2008

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen puhuttaa jatkuvasti. Jatkuvasti ikääntyneiden osuus väestössä kasvaa. Kotiin ja kodin lähelle tuotettavien palveluiden tarve kasvaa, sillä ikääntyneet haluavat yleensä asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Laitoshoidon ja tavallisen asunnon lisäksi tarvitaan näiden välimuotoja. palvelutalojen ynnä muiden asumismuotojen kehittäminen on yksi haaste. Asuntojen ja asumisympäristön tulee olla turvallisia. Ympäristöministeriön ja THL:n selvityksen mukaan tarvitaan 9000-24000 tehostetun palveluasumisen paikkaa vuoteen 2025 mennessä, riippuen valitusta vanhuspalvelurakenteesta. (Ympäristöministeriö 2010).

Ikääntymiseen liitetään usein monia toimintakyvyn heikkenemiseen johtavia tekijöitä. Heikko toimintakyky ei kuitenkaan ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan ikääntyneen elintavat vaikuttavat suuresti toimintakyvyn säilymiseen. Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys -hankkeessa kehitettiin uusia menetelmiä toimintakyvyn arviointiin ja parantamiseen. Erilaisten tutkimusten mukaan edistämällä fyysistä aktiivisuutta ja terveellistä ravitsemusta saadaan hyviä tuloksia myös ikääntyneillä. Iäkkäiden liikunta-aktiivisuutta ovat haitanneet motivaation ja taitojen puute. Liikkumattomuuteen ovat myös vaikuttaneet käsitykset siitä, että liikunta ei olisi sopivaa ikääntyneille. (Heinonen, 2007.)

Ikääntyneiden viriketoimintaa on tutkittu todella vähän. Aihe on erittäin tärkeä, sillä viriketoiminta on osa vanhuksen hoitotyötä ja sen on katsottu ehkäisevän muun muassa masennusta. Työn edetessä mielipiteeni aiheen tärkeydestä on vahvistunut. Viriketoiminnalla on ikääntyneitä piristävä vaikutus ja se tuo päivittäisiin rutiineihin muutosta. Viriketoiminnan positiiviset vaikutukset ikääntyneissä näkyvät myös hoitajien mielialassa ja jaksamisessa. Haluan tuoda työssäni esille viriketoiminnan tärkeyden ikääntyneen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukijana.

Työ on yhteistyöhanke Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Työn tarkoituksena on luoda monipuolinen virikekansio turkulaisiin palvelutaloihin, jota henkilökunnan olisi helppo käyttää. Virikkeiden on tarkoitus sopia eri kuntoisille ikääntyville palvelutalon asukkaille. Kansion hyvänä puolena ovat sen helppous sekä virikkeiden helpot toteutukset. Näin kansio luo jokaiselle taidot toteuttaa viriketoimintaa. On tärkeää, että jokainen työntekijä osaa järjestää viriketoimintaa ikääntyneille.

Työ on tärkeä, jotta saadaan yhtenäistettyä ikääntyneiden viriketoimintaa. Näin kaikissa Turun palvelutaloissa olisi mahdollisuus tarjota monipuolista viriketoimintaa, jota työntekijöiden olisi helppo toteuttaa ja asukkaiden kynnys osallistua olisi matala.

2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuden avulla selvittää millä keinoin ikääntyneen toimintakykyyn ja sen ylläpitämiseen voidaan vaikuttaa sekä kehittää saadun tiedon pohjalta monipuolista materiaalia palvelutalojen virike-tuokioihin. Tavoitteena on, että materiaali on kiinnostavaa, hyödyllistä, monipuolista, luotettavaa sekä uutta ja perusteltua. Viriketoiminnan tulee olla monipuolista, sopia eri-ikäisille ja kuntoisille asukkaille sekä hoitajien on helppo sitä toteuttaa. Materiaali sisältää selkeät ohjeet kullekin virikkeelle, mitä tarvikkeita tarvitaan ja miten tuokio toteutetaan. Materiaali sisältää muun muassa tuolijumppa-, tasapaino-, muistelu-, sanaleikit ja sananlaskut, tietovisa-, bingo- ja laulutuokiovirikkeet. Yhteensä kansioon on koottu 12 erilaista virikettä. kansio luo jokaiselle vanhusten kanssa työskenteleville taidot toteuttaa viriketoimintaa. On tärkeää, että jokainen työntekijä osaa järjestää viriketoimintaa ikääntyneille ja että kynnys sen järjestämiselle on pieni. Työ on toteutettu yhteistyössä Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa.

Tämä on kirjallisuuspohjainen, toiminnallinen opinnäytetyö. Lopullisena tuotoksena toiminnallisessa opinnäytetyössä on aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi tietopaketti tai ohjeistus. Opinnäytetyön tietoperustan tulee oman alan kirjallisuuteen. (Vilkkä & Airaksinen, 2004, 51, 129.) Työn aihealueet perustuvat kirjallisuuskatsaukseen, jossa kartoitettiin seuraavia: ikääntyneen terveys ja elämänlaatu, toimintakykyyn vaikuttavat tekijät sekä palveluasuminen.

Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kirjallisuuskatsauksen keskeisimmistä aihealueista kehitettiin erilaisia virikkeitä kansioon. Toinen vaihe koostui virikekansion kehittämisestä. Virikekansiota päätettiin testata palvelutaloympäristössä, jotta saatiin käsitys sen toimivuudesta hoitajan työvälineenä. Yksi kansiota valittu viriketuoquio pidettiin yhdessä turkulaisessa palvelutalossa. Virikkeen kesto oli puolituntia. Palautetta kerättiin tuokion

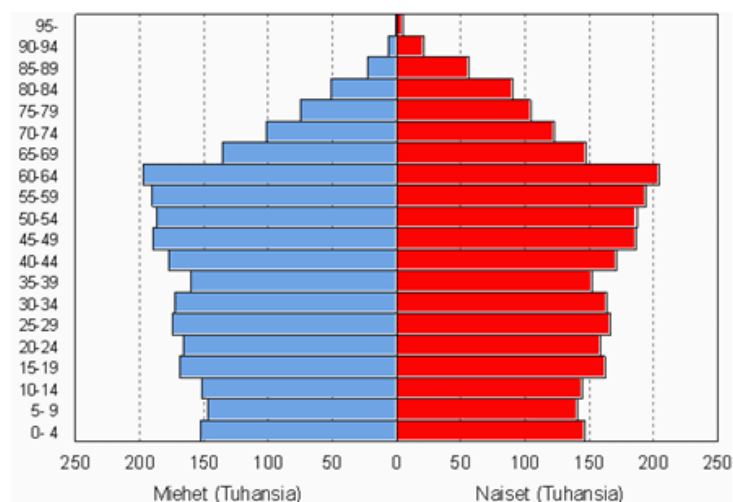
jälkeen hoitajilta puolistrukturoidulla lomakkeella ja osallistuvilta asukkailta suullisesti.

3 IKÄÄNTYNEEN TERVEYS JA ELÄMÄNLAATU

YK:n määritelmän mukaan ikääntynyt on 60 vuotta täyttänyt. Ikääntyvä taas määritellään yleensä 45-vuotiaaksi työelämässä olevaksi, eli noin 45-60 vuotiaaksi. Vanhus-määritelmää ei enää juuri käytetä, vaan puhutaan ikääntyneistä tai senioreista. (Tekniikka & Talous 2003.)

Ikääntyneen kohdalla terveyden ja hyvän elämän tai hyvän vanhenemisen käsitteitä on vaikea erottaa toisistaan. Laaja-alaisempaan vanhenemisen käsitteeseen kuuluu aktiivinen elämäntapa, sairauksien ja toiminnanvajauksien välttäminen sekä fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky. 2000-luvulla on alettu puhua terveestä vanhenemisestä. (Lyyra ym. 2007, 25.)

Suomen väkiluku kasvoi vuoden 2008 aikana 25 830 henkilöllä, väkimäärän lisäys oli suurin vuoden 1992 jälkeen. Väestötilastojen osalta vuosi 2008 oli historiallinen. Ensimmäistä kertaa 65 vuotta täyttäneiden määrä ylitti alle 15-vuotiaiden määrän. Vuoden 2008 lopulla 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä oli väestössä 892 068. Suurin ikäluokka oli 1948 syntyneet. Heitä oli 83 361 henkilöä. 100 vuotta täyttäneitä henkilöitä vuonna 2008 oli 514, joista miehiä 77 ja naisia 437. (Tilastokeskus 2009a.)



Kuvio 1. Väestö iän mukaan 31.12.2008. (Tilastokeskus 2009b).

3.1 Ikääntymisen tuomat muutokset

Vanheneminen on luonnollinen osa elämää. Vanheneminen ja vanhenemisnopeus riippuvat perinnöllisistä ja ulkoisista tekijöistä. Esimerkiksi pitkäikäisyyden tiedetään olevan tyypillistä tietyille suvuille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.) Kaikki ihmiset eivät vanhene yhtä nopeasti. Vanheneminen etenee tietyn aikataulun mukaan, niin kuin kasvu ja kehityskin. Useimmat fysiologiset toiminnot alkavat heiketä 20.-30. ikävuoden jälkeen. Lihasten voima heikkenee ja maksimaalinen hapenottokyky vähenee, molemmat 1% vuodessa. Luiden mineraalien määrä vähenee 35. ikävuoden jälkeen ja naisilla väheneminen kiihtyy vaihdevuosien aikana. Myös elimistön rasvamäärä lisääntyy 25. ja 70. ikävuoden välillä 15% noin 30%:iin. (Nienstedt ym. 2004, 596-597.)

Ikääntymisen myötä näkö, kuulo ja tasapaino heikkenevät. Nämä ja erilaiset sairaudet voivat johtaa eristäytymiseen. Ihmissuhteiden luomiseen ja niiden ylläpitämiseen vaikuttaa voimavarojen väheneminen. (Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry 2007, 3.) Aivojen ikääntyminen vaikuttaa kognitiivisiin ominaisuuksiin: keskittymiskykyyn, muistiin, visuaaliseen havainnointiin, puheen tuottamiseen, motoriikkaan sekä ongelmanratkaisukykyyn. Terveet elintavat sekä monipuolinen aktiivisuus hidastavat aivojen ikääntymistä. Uskotaan, että

tietoisella aivojen harjoittamisella voidaan ylläpitää uusien hermosolujen syntymistä aivoissa koko eliniän ajan. Näin voitaisiin vähentää ikääntymisen kielteisiä vaikutuksia sekä ylläpitää ja kehittää päätöksentekokykyä. (Aivojumppa 2009.)

Ruokahalu alkaa huonontua 70-80 vuoden iässä, koska makuaisti heikkenee, suu kuivuu ja ruoansulatusvaivoja ilmenee. Yksinäisyys ruokapöydässä taas saattaa masentaa vanhusta. Kotona asuvan vanhuksen ruokavalinnoissa saat-
taa näkyä säästeliäisyys ja ruoan pois heittämisen välttäminen. Myös purenta-ongelmat ja huono syljeneritys rajoittavat ruoan, erityisesti kovan kuitupitoisen ruoan syömistä. Ummetus taas on hyvin yleinen ongelma, etenkin laitoshoidos-
sa. Hampaiden huono kunto ja heikko purenta vaikuttavat tuoreiden juuresten, kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöön. Hyvä ravitsemustila on siis ikäänty-
neen terveyden ja toimintakyvyn perusta. Hyvinvointiin vaikuttaa niin riittävä ravinto kuin vanhuksen oma tyytyväisyys. Oikea ravitsemus on siis osa hyvää elämää, mutta erityisesti ruokailu ja syöminen ovat sosiaalinen tapahtuma ja nautinto. (Medina, A. ym. 2006, 69-70.) Kun ruoka ei maistu, ruokahalua voi herätellä eri tavoin. On parempi syödä usea pienempi annos, kuin yksi suuri. Liikkuminen ja ulkoilu lisäävät ruokahalua. Myös kaunis kattaus vaikuttaa. (Lahden kaupunki, 2010, 7.)

Erityisesti ikääntyneillä on riski aliravitsemukseen. Aliravitsemus onkin merkittävä ja hallitseva ongelma ikääntyneillä. Ei ole olemassa yksimielisyyttä liittyen aliravitsemuksen seulontaan ikääntyneillä ja aliravitsemuksen yleisyydestä palvelutaloissa asuvilla tiedetään melko vähän. Ikääntyneiden aliravitsemusta on testattu erilaisilla testeillä, joita sitten on vertailtu keskenään. Testejä ovat painoindeksi, käsivarren ympärysmitta, albumiini, hemoglobiini, lymfosyytit, kolesteroli sekä vajaaravitsemuksen toteamiseen tehty testi (MUST) ja ravitsemustilan arviointi (MNA). (Harris ym. 2008, 3-8.) Aliravitsemuksen ehkäisy ja hoito riippuvat syistä, jotka ovat johtaneet aliravitsemustilaan. Kroonisesti sairaiden ja erityisesti laitoksissa asuvien ikääntyneiden aliravitsemustilaa ei välttämättä

pystytä korjaamaan ravinnon määrää lisäämällä, erityisesti esimerkiksi demen-tian loppuvaiheen kuihtumisessa. (Räihä, 2010.)

3.2 Terveys ja elämänlaatu

Terveys on monimutkainen käsite. Eri tieteen aloilla terveys määritellään eri tavoin. WHO:n esittämä määrite lienee tunnetuin. Sen mukaan terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa fyysistä hyvää oloa on tutkittu sen perusteella, minkälaista heidän arjesta selviytyminen on, millaiseksi he kokevat terveytensä ja onko heillä kipuja tai väsymystä. (Medina ym. 2006, 57.) Yhtenä haasteena ikääntyneiden terveydelle on pienentää sosioekonomisten ryhmien välisiä suuria terveyseroja. Ikääntyneiden suurempaan sairastavuuteen liittyy sosiaalinen syrjäytyminen ja huono sosiaalinen asema. Ikääntyneiden terveyden edistämiseksi ja terveyserojen pienentämiseksi luodaan edellytyksiä, kun vähennetään ennakkoluuloja ja ikäsyrjintää. (STM 2001, 26.)

Yksinäisyys on yksi keskeinen terveyttä ja hyvinvointia heikentävä tekijä ikään-tyneillä. Ikääntymiseen liittyy monia tekijöitä jotka osaltaan altistavat yksinäisyyden tunteille. Yli 80-vuotiailla on suuri riski menettää ihmissuhteita ja kärsiä terveyden heikkenemisestä. Yksinäisyyden on myös todettu ennustavan kuolleisuutta, masennusta, muistin heikkenemistä, laitokseen joutumista sekä huonoksi koettua terveyttä. (Lyyra ym. 2007, 153.) Yksinäisyys koskettaakin yli 300.000 yli 65-vuotiaasta Suomessa. On arvioitu, että yksinäisiä ikääntyneitä on parinkymmenen vuoden kuluttua yli puoli miljoonaa. Vaikka kyseessä onkin ihmiselle vaikeaa kärsimystä aiheuttava ongelma, se on myös kansantaloudellinen kysymys, koska yksinäiset käyttävät sosiaali- ja terveystaloudellisesti huomattavasti enemmän kuin muut ikäisensä. Ikääntyneillä yksinäisyyden erityispiirteenä on se, että mahdollisuuksia uusien ihmissuhteiden luomiseen ei tunnu olevan. (Marjovuori, 2010.)

Elämän laatua on tutkittu jo yli 40 vuoden ajan. Käsitteelle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Suurin osa tutkijoista on sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu objektiivisesti mitattavista hyvän elämän ehdoista että subjektiivisesta ulottuvuudesta. Elämän laatu merkitsee eri ihmisille eri asioita. Elämänlaatu on kokonaisuus, joka kattaa periaatteessa rajattoman määrän ulottuvuuksia. Siihen kuuluvat muun muassa terveys, elämän mielekkyys, aineellinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, tyytyväisyys, elinympäristön viihtyisyys, hengelliset kysymykset sekä oma suhtautuminen toimintakykyyn sekä hoitoon ja palveluun. Terveydellinen elämänlaatu tarkoittaa yksilön kokemusta omasta terveydentilastaan ja terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. Terveysteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan sairauden vaikutuksina yksilöön. (Vanhustyön keskusliitto, 2009.)

Siihen, miten ikääntynyt kokee elämänlaatunsa, voi vaikuttaa monenlaiset eri tekijät. Ikääntyneiden elämänlaatu voi olla verkostomainen kokonaisuus, jossa eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Elämänlaatuun sisältyy psyykkisen, sosiaalisen, fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin osa-alueita (Sarvimäki 1998: 12). Elämänlaadun arviointiin on kehitetty useita mittareita, mutta mittaamisessa on edelleen ongelmia. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamiseen taas on vain harvoja mittareita, joiden validiteettia ikäihmisillä on selvitetty vain vähän. Keskeisin tavoite ikääntyneiden kuntoutuksessa tulisi olla elämänlaadun parantaminen, mutta sen mittaaminen ja kuntoutuksen tuloksellisuuden osoittaminen ovat kuitenkin ongelmallisia. (Vanhustyön keskusliitto, 2009.)

4 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Ikääntyneiden keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on viime vuosikymmeninä pidentynyt huomattavasti. Suurinta se on ollut yli 80-vuotiailla. Alle 75-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut ja tämän ikäisistä lähes kaikki asuvat omissa kodeissaan itsenäisesti, huolimatta pitkäaikaissairauksien yleisyydestä. Tuettaessa ikääntyneiden autonomisen elämän edellytyksiä, tulee sairauksia ehkäistä, edistää toimintakykyä ja kuntouttaa. (STM 2001, 25.)

Heikko toimintakyky ei ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan jokaisen elintavat vaikuttavat toimintakyvyn säilymiseen. Edistämällä fyysistä aktiivisuutta ja terveellistä ravitsemusta saadaan hyviä tuloksia myös ikääntyneillä. Tärkeitä fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä toimintoja ovat sosiaaliset suhteet ja osallistuminen erilaiseen sosiaaliseen toimintaan. Iäkkäiden liikunta-aktiivisuutta ovat haitanneet motivaation ja taitojen puute. Myös vääränlaiset käsitykset liikunnasta ikääntyneillä voivat ylläpitää liikkumattomuutta. Ikääntyneiden toimintakyvyn edistämisessä tulee katsoa ongelmaa laaja-alaisemmin. (Heinonen 2007.)

Toimintakyvyn heikkeneminen on tärkeimpiä elämänlaatuun heikentävästi vaikuttavia tekijöitä ikääntyessä (Heikkinen 2002). Arvioitaessa ikääntyneiden toimintakykyä on eri osa-alueiden arviointi välttämätöntä, koska toimintakyvyllä on olennaisia vaikutuksia ikääntyneen selviytymiseen elin- ja asuinympäristössään. Toimintakyky onkin aina suhteutettava ikääntyneen omaan ympäristöön. Arvioinnissa voidaan hyödyntää kaikkien ikääntyneen hoitoon osallistuneiden havaintoja. (Ruoppila & Heikkinen 1992.) Arvioinnin avulla voidaan tavoittaa ikääntyneiden ihmisten heterogeenisuutta eli esimerkiksi sitä, miten he samankaltaisista sairauksistaan huolimatta selviytyvät arkielämänsä toiminnoista eri tavalla kuin toiset (Helin 2001).

4.1 Ikääntyneen toimintakyky

Ikääntyminen ei ole aina syy toimintakyvyn heikkenemiseen, vaan osa muutok-
sista voi johtua toimintojen käyttämättömyydestä. Ne voidaan palauttaa harjoit-
telemalla. Usein toimintakyky-käsitettä kuvataan päivittäistoiminnoista selviyty-
misellä (ADL) tai se jaetaan kolmeen osaa: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaali-
seen toimintakykyyn. Osa-alueet vaikuttavat toisiinsa säädellessään ikääntyvän
toimintaa. (Tuomikoski 2006.)

Fyysinen toimintakyky muodostuu hengitys-, ja verenkiertoelimistön, tuki- ja lii-
kunaelimistön sekä keskus- ja ääreishermoston toimintakyvystä. Heikkenemi-
nen johtuu osittain biologisista vanhenemismuutoksista. Iän myötä lähes kaikki
toiminnot heikkenevät. Sairaudet huonontavat toimintakykyä enemmän kuin
vanheneminen. Toimintakykyyn liittyvät rajoitukset yleistyvät ja pahenevat kes-
kimäärin 75 ikävuoden jälkeen. (Medina, A. ym. 2006, 58.) Fyysinen toimintaky-
ky merkitsee myös kykyä selviytyä päivittäisistä arkitoiminnoista, kuten liikkumi-
sesta paikasta toiseen, peseytymisestä ja pukeutumisesta. Liikunnalla on vaiku-
tusta fyysisen toimintakyvyn perustekijöihin, kuten lihasvoimaan ja liikkuvuu-
teen. Omatoimisen selviytymisen edistämisessä arki- ja hyötyliikunnan merkitys
on tärkeää. (Nettineuvo 2006.)

Psyykkinen toimintakyky sisältää muun muassa muistin, oppimisen, psyykkisen
hyvinvoinnin ja persoonallisuuden. Siihen vaikuttaa kokemukset ja eletty elämä.
(Tuomikoski 2006.) Se liittyy myös ikääntyneen henkisiin voimavaroihin ja niiden
riittävyYTEEN arkielämässä. Se voi myös vaikuttaa siihen, miten ikääntynyt sel-
viytyy elämän kriisitilanteissa. Psyykkinen toimintakyky on siis kykyä selviytyä
älyllisistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Selvimät muu-
tokset ovat havaintotoimintojen hidastumisessa ja tarkkuuden huonontumises-
sa. (Medina, A. ym. 2006, 58.)

Sosiaalinen toimintakyky on sitä, miten ikääntynyt kykenee toimimaan yhteis-
kunnan ja yhteisön jäsenenä (Tuomikoski 2006). Sitä voidaan tarkastella sosi-

aalisista voimavaroista, esimerkiksi ystävyys- ja perhesuhteista, tuloista, koulutuksesta ja terveydestä. Sosiaalinen toimintakyky perustuu siis sosiaalisiin taitoihin. Sen vanhenemismuutoksista on vain vähän tietoa. Joidenkin tutkimusten mukaan ikääntyneet pystyvät sovittamaan käyttäytymisensä muiden ihmisten mukaan paremmin kuin nuoret, sillä persoonallisuus kehittyy iän myötä ja käyttäytymistään voi muuttaa havaintojen mukaan. (Medina, A. ym. 2006, 59.)

4.1.1 Toimintakykyä tukevia terapioidia

Terveyden ja toimintakyvyn tukemisessa, sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään monia erityisterapioita. Terapia-sana liittyy erityisosaamista vaativaan toiminta-alueeseen, näin ollen erityisterapioita ohjaakin erikoiskoulutettu ammattihenkilö. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä nopeasti, erityisterapeutit ohjaavat tulevaisuudessa hoitohenkilökuntaa vastaamaan terapioidista. Keskeistä terapioidissa on niiden tavoitteellisuus ja elämänlaatua parantava vaikutus. (Medina, A. ym. 2006, 67.)

Fysioterapian keskeinen tavoite on ylläpitää liikunta- ja toimintakykyä ja parantaa niitä. Fysioterapiassa selvitetään ikääntyneen liikkumista ja toimintakykyä ja niihin liittyviä ongelmia. Ikääntyneiden fysioterapiassa olennaisinta on inaktiivisuuden välttäminen ja toimintakyvyn edistäminen. Toimintakyvyn huonontuminen tai sen menetys yhdellä osa-alueella voi johtaa lyhyessäkin ajassa koko toimintakyvyn romahtamiseen. Toimintaterapian avulla pyritään löytämään ikääntyneelle luontaiset toimintatavat ja tukemaan hänelle merkityksellistä toimintaa. Toimintaterapiassa valitaan sellaisia elämäntapaan sopivia toimintamuotoja, joita ikääntynyt itse pitää tärkeinä. Sen tulee sisältää riittävästi haasteita, mutta ei kuitenkaan saa ylittää ikääntyneen toimintakykyä. Toiminta voi sisältää esimerkiksi ruoanvalmistusta, muistelua tai laulamista. (Medina, A. ym. 2006, 70, 78.)

Musiikkia on käytetty terapeuttisesti jo vuosisatoja. (Medina, A. ym. 2006, 79). Musiikki on kaikissa kulttuureissa läsnä. Sitä kuuntelevat kaikenikäiset ihmiset, rodusta ja etnisestä taustastaan huolimatta. Musiikilla voi olla erilaisia vaikutuksia, riippuen kuuntelijansa iästä, kulttuurista ja terveydellisestä tilastaan. Muita tekijöitä joilla on vaikutusta, ovat muun muassa tempo, sävelkorkeus, melodia ja rytmi. Musiikilla voi olla myös suoria vaikutuksia fyysisesti, psyykkisesti ja sosioemotionaalisesti. Tämän päivän musiikkiterapia alkoi toisen maailmansodan jälkeen, kun muusikot alkoivat soittaa veteraanisairaaloissa. (Smith & Waugh 2009.) Nykyään musiikkiterapiaa voidaan käyttää kaikenikäisten hoito- ja kuntoutusmuotona. Musiikkiterapia on kaikkea niitä tietoisia ja suunnitelmallisia menetelmiä, joissa musiikkia tai musiikin erillisiä elementtejä käytetään yksilön tai ryhmän hoidossa. Musiikki on siis työväline ja keino, ei itse tarkoitus. Varsinaista musiikkiterapiaa antaa koulutettu terapeutti, mutta musiikkia voi kuka tahansa käyttää terapeuttisesti. (Medina, A. ym. 2006, 79.) Musiikki parantaa hyvinvointia, vähentää stressiä sekä vie potilaiden huomion muualle ikävistä tunteuksista. Musiikki vähentää myös tehokkaasti ahdistusta ja parantaa mielialaa. Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla se lisää elämänlaatua sekä hyvinolontunnetta ja rentoutumista. (Smith & Waugh 2009.) Musiikilla on aisteja stimuloiva vaikutus ja se herättää ajatuksia ja tunteita kuuntelijassa. Musiikki voi olla tukemassa hoitoa ja kuntoutusta, toimintakykyä ja itseilmaisua sekä ylläpitää ikääntyneen aktiivisuutta. (Medina, A. ym. 2006, 79.)

Kuuntelun ja laulamisen kautta voidaan purkaa tunteita, joita on jouduttu tukahduttamaan. Muistelua musiikin avulla voi tehdä vaikka niin, että työntekijä hankki kuunneltavan musiikin. Se voi olla esimerkiksi lavatanssimusiikkia, iskelmiä, sota-ajan lauluja, kansanlauluja, vanhoja lastenlauluja sekä hengellistä musiikkia. Musiikkia voidaan kuunnella muutenkin kuin muistelumielessä. Mielikuvien maalaaminen, yhteisen tarinan kertominen tai vaikka levyraadin pitäminen ovat musiikkiterapeuttisia työskentelytapoja. Laulaminen on kuuntelun ohella käytettyimpiä muotoja ikääntyneiden parissa. Pitkälle dementoitunutkin saattaa muis-

taa monta laulua ja laulaa innostuneesti muiden mukana. (Medina, A. ym. 2006, 80-81.) Musiikin käyttö on kaiken kaikkiaan turvallista ja edullista, ja sillä voidaan auttaa melko laajaa kirjoa potilaita erilaisissa tilanteissa. (Smith & Waugh 2009). Erityisesti dementiaa sairastavien potilaiden kohdalla voidaan useiden tutkimusten perusteella sanoa, että musiikilla ja laulamisella on positiivisia vaikutuksia heidän käyttäytymiseensä. Tutkimusten mukaan muun muassa potilaiden vauhko käytös vähentyi sekä vuorovaikutus ja yhteistyö lisääntyivät. (Skingley & Vella-Burrows 2010, 37-38.)

Vanhustyön yhdeksi menetelmäksi muistelutyö sopii erityisen hyvin, koska sen on katsottu muun muassa edistävän laajasti ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia. Sitä on pidetty jopa onnistuneen ikääntymisen edellytyksenä. (Saarenheimo 1997, 34-40.) Näin ei ole kuitenkaan aina ollut, sillä joskus muisteleminen on nähty kielteisenä ominaisuutena jota on ehkäisty, ei vahvistettu. (Korkiakangas 2002, 174). Muistelun ohjaus onkin vakiintumassa tärkeäksi menetelmäksi. Ikääntyneiden muistelua ja sen vaikutuksia on viime vuosina tutkittu varsin paljon. Muistelu on tapahtuma, jossa palautetaan mieleen unohduksissa olleita kokemuksia, yksin tai vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Muistelu on kognitiivinen prosessi, joka ainakin osittain ylläpitää muistin toimimista. Muistelua on käytetty jo 1960-luvulla psykoterapeuttisena hoitomenetelmänä. Muisteleminen voi tuottaa ihmiselle toivoa, mielihyvää, lohdutusta, aistimuistoja (kuvia, värejä, tuoksua ja makuja), mutta myös kipua. Muistellessaan ikääntyneet tuovat usein esiin menneisyyden ja nykyisyyden erot. (Medina, A. ym. 2006, 82-83.)

Ohjattua muistelua käytetään etenkin pysyvässä laitoshoidossa olevien ikääntyneiden hoidossa. Muisteluryhmää voidaan suositella kaikille ikääntyneille elämän rikastamiseksi ja terveyden edistämiseksi. Muisteluryhmä voi olla aiheiltaan avoin tai kytkeytyä erilaisiin aikoihin tai teemoihin. Ryhmä voi kokoontua vaikka pyöreän pöydän ympärille, jolloin mahdollistetaan tasavertainen osallistuminen yhteisessä tilassa. Muisteluryhmän ohjelman tulisi toistua riittävän sa-

mankaltaisena, sillä se luo turvallisuudentunnetta. Ryhmän vetäjän on myös rohkaistava kaikkia ikääntyneitä osallistumaan ja annettava kannustavaa palautetta koko istunnon ajan. (Medina, A. ym. 2006, 85-86.)

Valokuvaterapia on valokuvan ja valokuvauksen menetelmällistä käyttöä psyko-terapiassa sekä terapeuttisessa työssä. Sosiaali-, terveys- ja kasvatusalalla valokuvaterapeuttinen työ on luonteeltaan ennaltaehkäisevää, ohjauksellista ja kuntouttavaa mielenterveystyötä. (Suomen valokuvaterapiayhdistys ry. Viitattu 12.4.2010.) Valokuvaterapiassa on eri menetelmiä, joita voidaan käyttää: itse otetut valokuvat tai kerätyt kuvat kuten postikortit, lehtikuvat ynnä muut, ihmisestä itsestään otetut kuvat, kaikenlaiset ihmisen itsestään ottamat tai otattamat valokuvat sekä kuvat perheestä. (The Photo Therapy Centre. Viitattu 12.4.2010.)

Valokuvia, lähinnä vanhusten omia, on käytetty vuosikymmeniä muistikuntoutukseen sekä tuomaan vaihtelua ikääntyneen arkeen. Kuvien katselun ja niistä viriävien keskustelujen kautta saadaan ainutlaatuista tietoa ikääntyneestä ja hänen elämänsä kulusta. Ikääntyneen muistelun ohjaus ja valokuvaterapia nivoutuvat tämän päivän vanhustyössä monin tavoin yhteen. Pääajatuksena ikääntyneiden valokuvaterapiassa on, että kuva synnyttää tunteita, sitoo yhteen menneisyyden, nykyisen sekä tulevaisuuden ja parhaassa tapauksessa lisää ikääntyneen itseymmärrystä. Valokuvan avulla voidaan palauttaa mieleen aistimuistoja ja tärkeitä omaelämäkerrallisia muistoja. Keskeistä on se, mitä ikääntyneen mielessä tapahtuu valokuvien avulla ja millaisia sanattomia tai sanallisia viestejä kommunikaatiossa näissä työskentelytilanteissa nousee esiin. Valokuvien selailu esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavien kanssa voi tarjota mielenkiintoisia kokemuksia myös työntekijöille. Valokuvaterapiaa käytetään yhä useammin ikääntyneen itsetunnon, toivon ja elämän merkityksellisyyden lisäämisen yhtenä keinona. (Medina, A. ym. 2006, 87-88.)

4.2 Liikunta toimintakyvyn ylläpitäjänä

Ikääntyneillä liikkumistavoissa on keskeistä turvallisuus, hyväksyttävyyys ja tehokkuus. Ikääntyneet hyötyvät alhaisista liikunta-annoksista, sillä liikunnan vaarat ja haitat tulevatkin nopeammin esiin suurilla annoksilla. Tärkein yksittäinen ominaisuus, joka heikentää ratkaisevasti toimintakykyä, on lihasvoiman heikkeneminen lihasmassan menetyksen vuoksi. Fyysisen suorituskyvyn paranemisen lisäksi liikunta vaikuttaa positiivisesti monen ikääntyneen sosiaaliseen elämään ja on mahdollisuus päästä pois päivittäisestä yksinäisyydestä. Merkkejä alavasta liikkumiskyvyn rajoituksesta ovat aktiivisuuden väheneminen ja väsymys. Näiden ikääntyvien lihasvoima, tasapaino ja kävelynopeus ovat huonompia, kuin ongelmitta liikkuvilla, mutta kuitenkin parempia kuin varsinaisista liikkumisongelmista kärsivillä. (UKK 2004, 3-4.)

Kävely on keskeinen terveysliikuntamuoto jonka merkitys kasvaa ikääntyessä. Ikääntymiseen liittyviä kävelyn muutoksia ovat muun muassa lyhentynyt askelpituus ja kävelyvauhdin hidastuminen. Ikääntyneiden liikkumiskyvylle onkin tärkeää nilkan, polven ja lonkan nivelten liikkuvuus sekä niitä liikuttavien lihasten kunto. (UKK-instituutti 2005, 11.) Kohtuullinen liikunta suojaa ikääntyneitä kaatumisilta ja lonkkamurtumilta. Hyvä fyysinen kunto on tärkeä tekijä kaatumisten ehkäisyssä ja toisaalta niistä toipumisessa. Kaatumisten riskitekijöihin voidaan vaikuttaa fyysisellä harjoittelulla ja liikunnalla. Terveiden huollossa tulisi havaita sellaiset tilanteet, joissa liikuntakyky voi heikentyä, kuten esimerkiksi akuutin sairauden yhteydessä. Toipumisvaiheessa tulee myös kiinnittää huomioita liikuntakyvyn palautumiseen. (Lyyra ym. 2007, 209-210.)

Vuosina 2007-2008 toteutettiin senioriliikuntatutkimus, jonka tulokset antavat ajankohtaista tietoa 66-79-vuotiaiden liikunta-, kuntoilu- ja urheiluharrastuksista. Tutkimus täydentää neljän vuoden välein toteutettavaa kansallista liikuntatutki-

musta, jonka kohderyhmänä ovat 19-65-vuotiaat. Tutkimuksessa selvitettiin, miten ikääntyneet harrastavat liikuntaa terveyden, kunnon tai virkistystyksen vuoksi. Myös, mitä lajeja he harrastavat ja millä intensiteetillä. (SLU 2008, 1.)

Suomalaisista ikääntyneistä 54% harrastaa liikuntaa ja liikkuu muutenkin aktiivisesti arkisissa asioissa. 33% ei harrasta liikuntaa, mutta arkiliikkuminen on kuitenkin aktiivista. Vain 6% ikääntyneistä ei liiku juuri mitenkään. Valtaosa, 84%, harrastaa jonkinlaista liikuntaa ainakin kaksi kertaa viikossa. 46% ikääntyneistä liikkuu tai kuntoilee joka päivä. Tulos ei kuitenkaan kerro onko liikunta fyysisen terveyden kannalta riittävä. Ikääntyneillä pääliikuntamuoto on usein kävely, ja sitä tehdään lähes päivittäin. Kaikkein iäkkäimpien joukossa on keskimäärin enemmän niitä, jotka eivät harrasta liikuntaa tai kuntoilua lainkaan. Syynä ovat usein terveydelliset syyt, jolloin liikuntaa on melkein mahdotonta harrastaa. Ikääntyneistä 4% harrastaa voimaperäistä ja rasittavaa liikuntaa, johon liittyy voimakas hikoilu ja hengityksen kiihtyminen. 41% liikkuu verkkaisesti ja rauhallisesti. Tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneistä kolmannes liikkuu terveyttä edistävällä tavalla, eli terveyden kannalta riittävästi. On kuitenkin pidettävä mielessä, että tulokset eivät pidä sisällään kaikkea arkiliikuntaa, joka jossain vastaajaryhmissä oli osa kokonaisliikunnasta. (SLU 2008, 1-6.)

4.2.1 Ikääntyneiden terveyskunto

Ikääntyessä liikkumiskyky ja itsenäinen selviytyminen heikkenevät. Koska ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa, on liikkumisrajoitusten kehittymiseen ja niihin yhteydessä oleviin tekijöihin alettu kiinnittää enemmän huomiota. Lisääntynyt tutkimustieto on monipuolistanut näkemystä liikunnan ja kunnon vaikutuksista ikääntyneiden terveyteen ja heidän toimintakykyyn. Näin syntyi myös käsite ”terveyskunto”. Sen avulla voidaan tarkastella fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutuksia. Terveyskuntoon kuuluvat ne osatekijät, joilla on yhteys terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Liikunta eli fyysinen aktiivisuus vaikuttaa terveyskuntoon myönteisesti, kun taas liikunnan puute kielteisesti. (UKK-instituutti

2004,4.) Terveyskunto siis kertoo, mikä on oma terveydentila ja toimintakyky. Sen osa-alueita ovat hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto, sujuva liikkuminen ja tasapaino, lihasvoima, luun vahvuus, nivelten liikkuvuus sekä painonhallinta. (Aittasalo, ym. 2009.) Koska fyysiset toiminnan rajoitukset alkavat yleensä liikkumiskyvyn heikkenemisestä, tärkeitä terveyskunnan osa-alueita ovat motorinen kunto ja tuki- ja liikuntaelimistön kunto. Kyky ylläpitää tiettyä fyysisen aktiivisuuden tasoa useita minuutteja riippuu myös hengitys- ja verenkiertoelimistön kyvystä turvata hapen ja energian saanti. (UKK-instituutti 2004,4.)

4.2.2 Voima- ja tasapainoharjoittelu

Ikääntyneelle päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vaatii riittävää lihasvoimaa ja pystyasennon hallintaa. Jos elintavat ja fyysinen aktiivisuus pysyvät lähes muuttumattomina myös lihasvoima säilyy lähes ennallaan aina 50 ikävuoteen saakka. Tämän jälkeen se alkaa vähitellen heikentyä, 65 ikävuoden jälkeen 1,5-2 % vuodessa. Lihasvoiman heikkenemiseen vaikuttavat muun muassa fyysisen aktiivisuuden väheneminen, ravitsemus, hormonimuutokset sekä sairaudet ja niihin liittyvät lääkkeet. (Iyyra ym. 2007, 205.)

Voimaharjoittelu on tärkeä ikääntyneille soveltuva harjoitusmuoto, jonka tehokkuus on osoitettu jopa 90-vuotiailla. Harjoittelu tulee aloittaa tarpeeksi alhaisella tasolla, jotta vältetään rasitusvammat. Lihaskuntoharjoittelua on perinteisesti käytetty tuki- ja liikuntaelinvaivojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Yleensä kuitenkin nuorilla aikuisilla sekä työikäisillä. Tutkimustiedon myötä ikääntyvien lihasvoimaharjoitteluun on avautunut aivan uusia näkökulmia. Ikääntyessä lihasmassa vähenee, joka on osittain fysiologista, mutta liittyy myös fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen. Voimaharjoittelu on ainoa keino lihasmassan menetyksen estämiseen ja jopa huonoa tasapainoa voidaan kompensoida voimalla. Harjoittelukokonaisuus joka sisältää voima- ja tasapainoharjoittelua tukee liik-

kumisvarmuutta ja parantaa toimintakykyä. Voimaharjoittelulla on myös positiivisia vaikutuksia sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan.(UKK-instituutti 2004,3-9.)

Voimaharjoittelua tehdään lähinnä alaraajalihaksille, koska jalat ovat liikkumisen ja tasapainon kannalta kaikkein tärkein kehon osa. Uutta on kuitenkin se, että alaraajoja harjoitetaan peräti 60-80%:illa maksimivoimasta. Maksimivoima on sitä, että ikääntynyt pystyy tekemään liikkeen 6-8 kertaa. Iäkkäiden harjoittelussa on lähdetty käyttämään suuria vastuksia, koska tutkimusten mukaan tällainen harjoittelu aktivoi alaraajalihasten kaikenlaiset lihaslihakset. Näin vaikutus siirtyy paremmin arjen toimintaan, kuten kävelyyn, arjen liikkumiseen, hiihtoon ja pyöräilyyn. Ennen on harjoiteltu vain pitkiä sarjoja pienillä painoilla, jolloin vain hitaat lihaslihakset tekevät töitä. (Fysi 2007, 22.)

Hyvä tasapainokyky on keskeistä toimintakyvyn ja liikkumisen kannalta. Vakavat kaatumistapaturmat yleistyvät asennon hallintakyvyn heikkenemisen seurauksena. Perimä selittää kolmanneksen ikääntyneiden naisten tasapainokyvyn vaihtelusta. Yli 70-vuotiaille alaraajojen lihasvoima on tärkeää tasapainon kannalta. (UKK-instituutti 2004, 6-7.) Kaatumispelon väheneminen sekä omien kykyjen ja rajoitteiden tunnistaminen on tasapainoharjoittelussa tärkeää. Ikääntyneitä henkilöitä tulisi kannustaa ja ohjata tasapainokyvyn harjoittamiseen jo silloin kun varsinaisia tasapaino-ongelmia ei vielä ole. (Sihvonen, S. 2006b.) Tasapainoa heikentää erityisesti alaraajojen lihasvoiman heikkeneminen. Tasapainoa säätelee keskushermosto, aistitoiminnot sekä tuki- ja liikuntaelimestö yhteistyössä. (Ilyyri ym. 2007, 205.)

Palvelukodissa tehdyssä tasapainoharjoittelututkimuksessa tasapaino parani kuukauden mittaisella harjoitusohjelmalla tutkimukseen osallistuneilla naisilla. Kolme kertaa viikossa toteutettu yksilöllisesti suunniteltu harjoitteluohjelma oli näköpalautteeseen perustuva. Harjoitteita tehtiin voimalevypohjaisella tasapainolaitteella. Vuoden kestäneessä kaatumisten seurannassa oli todettu, että ta-

sapainoharjoittelulla oli tilastollisesti merkitsevä kaatumisilta suojaava vaikutus. Tutkimus osoitti, että tasapainoharjoittelulla voidaan siis ehkäistä kaatumisia iäkkäillä, palvelukodissa asuvilla naisilla. Erityisesti riski kaatua toistuvasti väheni. Tulokset viittaavat siihen, että tasapainokuntoutuksesta olisi hyötyä laitoksessa asuville iäkkäille, joilla on monia terveydellisiä ongelmia sekä kohonnut riski kaatua. (Sihvonen, S. 2006a)

Tasapainoa voi parantaa harjoittamalla motorisia taitoja. Motoriikaltaan taitava henkilö käyttää vähemmän lihasvoimaa, kuin henkilö jonka liikkuminen epävarmaa tai haparoivaa. Harjoittelulla voidaan hidastaa ikääntymiseen liittyvää lihasvoiman ja tasapainon heikkenemistä. Koska motoristen taitojen säilyttäminen ja parantaminen vaativat harjoittamista, täytyy tasapainotaitoakin ylläpitää jatkuvasti. Hyviä tuloksia on saatu ohjelmilla, jotka ovat sisältäneet muun muassa painonsiirto- ja kävelyharjoitteita, istumasta seisomaan nousun harjoittelua, tanssi-askelien harjoittelua sekä tasapainoharjoitteita. (Sihvonen, S. 2006b)

4.3 Muistin heikkeneminen

Ikääntyminen vaikuttaa muistiin vahvimmin työ- ja tapahtumamuistin alueilla. Iän vaikutus näkyy tilanteissa, jotka vaativat nopeaa reagointia ja mieleen painamista. Uusien asioiden opettelu voi vaatia hieman enemmän keskittymistä ja kertaamista. Uuden oppimisessa asioita kuitenkin yhdistellään jo aivoissa oleviin tietoihin jolloin voidaan hyödyntää elämän varrella kertynyttä kokemusta. Siksi ikääntyneet voivatkin hahmottaa monimutkaisia asiakokonaisuuksia nuoria paremmin. Ikääntymisen vaikutuksilla muistiin on paljon yksilöllisiä eroja. Joillain muutokset näkyvät jo ennen vanhuusikää ja toisilla muutoksia ei havaitse edes 90 vuoden iässä. Aivoja tulisi aktivoida ja pitää virkeinä, riippumatta ikävaiheista ja muuttuvista elämäntilanteista. (Muistiliitto 2009a.)

Monet tekijät vaikuttavat uuden oppimiseen ja muistin toimintaan. Esimerkiksi stressi, uupumus, runsas alkoholin käyttö, eräät sairaudet ja masennus voivat heikentää muistin toimintaa. (Muistiliitto 2009b.) Masennus vaikuttaa ensisijaisesti keskittymiseen ja työmuistiin (lyhytaikainen muisti). Masennus vaikuttaa työmuistiin sitä tukkien, jolloin uuden oppimiselle ei ole tilaa. Masentunut henkilö oppii paremmin kielteissävytteisiä asioita ja sanoja sekä muistaa raskaat elämäkokemukset paremmin. (Aromaa 2009.) Muistia kannattaa tutkia, jos esimerkiksi unohtaa toistuvasti muutakin kun ihmisten nimiä, itselle tärkeät esineet ovat usein hukassa, unohtaa sovittuja tapaamisia toistuvasti, autolla ajaessaan joutuu miettimään minne on menossa, ei muista miten on tullut johonkin paikkaan tai uusien asioiden opettelu on selkeästi vaikeutunut. (Muistiliitto 2009b.)

4.3.1 muistihäiriöt ja dementia

Kaikki unohtelevat joskus asioita ja muistihäiriö on myös varsin yleinen oire. Noin joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on muistioireita, mutta syynä ei aina ole muistisairaus. Jokaisella muistisairautta sairastavalla on erilaisia hyödynnettäviä voimavaroja jäljellä. Tärkeää on iloa, nautintoa ja onnistumisen kokemuksia tuottavien asioiden etsiminen ja löytäminen. Hyvä esimerkki mielihyvää tuottavasta toiminnasta on elämän tärkeisiin tilanteisiin ja vaiheisiin liittyvä muistelu. Kyky nauttia asioista on kyky, joka ei koskaan katoa. (Muistiliitto 2009b.) Aivojen toimintakykyä ylläpitävät älylliset haasteet ja aktiivinen sosiaalinen elämä. Mitä enemmän käyttää aivojaan, sitä vastustuskykyisemmät ne ovat muistisairauksien aiheuttamille muutoksille. Aivot tarvitsevat esimerkiksi kulttuuria, palapelejä, musiikkia, opiskelua ja lukemista eli kaikkea, missä ne joutuvat jumpaamaan hermosolujaan. (Muistiliitto 2009d.)

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus ja siihen liittyy muistihäiriöiden lisäksi yksi tai useampi seuraavista: kielellinen häiriö, kätevyysheikkenemi-

nen, tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen. Useimmilla ilmenee jossain vaiheessa sairautta käytösoireita. (Muistiliitto 2009b.) Tavallisimpia käytösoireita on apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, masennus, vaeltelu, harhaisuus, muuttunut persoonallisuus sekä uni- ja valverytmin häiriöt. (Muistiliitto 2009c). Yleensä dementian aiheuttajan on etenevä muistisairaus ja dementiaoireisto voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä aiheuttajasta riippuen. (Muistiliitto 2009b).

4.3.2 Aivojen harjoittaminen

Aivojen harjoittaminen perustuu ajatukseen aivojen kyvystä mukautua ja kehittyä ihmisen kokemusten myötä. Tämän mahdollistaa aivojen kyky synnyttää uusia hermosoluja läpi elämän. Tutkimuksissa on havaittu, että henkinen aktiivisuus vaikuttaa myönteisesti uusien hermosolujen syntyyn ja niiden päätyksen aivojen eniten käytettyihin osiin. Hermosolujen mukautumista tapahtuu uuden tiedon, aistihavaintojen, kehittymisen, vaurion tai toimintahäiriön seurauksena. (Aivojumppa 2009b.)

Aivoja voi harjoittaa monilla eri tavoilla. Harjoittamisen tulisi tuoda aivoille jatkuvasti uusia haasteita. Sen tulee olla myös laaja-alaista ja jatkuvaa. Esimerkiksi satunnainen ristisanojen tai sudokujen ratkominen on hyväksi aivoille, se ei kuitenkaan täytä uutuuden, laaja-alaisuuden ja jatkuvuuden vaatimuksia. Tehoava ohjelma voi sisältää eri alueille kohdennettuja tehtäviä kuten laskutehtäviä, muistipelejä, visuaalisia havainnointitehtäviä, simulaatioita, sanallisia ongelmanratkaisutehtäviä ja rentoutumisharjoituksia. Aivojen harjoittamisen voi toimia myös arkipäiväinen luovuus, eli itsestäänselvyyksien ja kaavamaisuuksien välttäminen sekä liikunta. Liikunnan on havaittu vaikuttavan edullisesti kognitiivisiin toimintoihin. Tieteellistä yksimielisyyttä aivojen harjoittamisesta ei ole, mutta näyttöä harjoittamisen vaikutuksista aivojen toiminnan kehittymisestä on. Loo-gisten päättelytehtävien ratkominen on auttanut ikääntyvien selviytymistä arki-

päiväisissä valintatilanteissa. Harjoitteiden myönteinen vaikutus on todettu erityisen tehokkaaksi aivotoiminnan nopeudelle. Monien nykytutkijoiden mielestä aivojen harjoittaminen pidentää niiden elinkaarta ja ylläpitää toimintatasoa. Jos aivoja ei harjoiteta, riski ikääntymisen kielteisille vaikutuksille altistuminen lisääntyy, kuten muistin heikkeneminen tai aivoja rappeuttavat sairaudet. (Aivojumppa 2009b.)

4.4 Masennus toimintakyvyn heikentäjänä

Ikääntyneet kohtaavat monia vaikeita muutoksia, kuten puolison kuolema tai sairauksiin liittyvät ongelmat. Nämä voivat johtaa masennukseen, etenkin niillä ikääntyneillä, joilla ei ole vahvaa tukiverkkoa. Masennus ei ole normaali tai välttämätön osa vanhuutta. Itse asiassa monet ikääntyneet ovat tyytyväisiä elämänsä huolimatta ikääntymisen tuomista vaikeuksista. (Segal ym. 2007.) Masentunut mieliala on inhimillinen reaktio pettymyksiin tai menetyksiin. Kun masentuneisuus saa yliotteen ja alkaa haitata elämää pysyvästi tai hallitsemattomasti, tarvitaan ammattiapua. Masentuneisuus on normaalia mielialan laskua, jonka voi aiheuttaa esimerkiksi ristiriitainen elämäntilanne. Masentuneisuuden kestoa lyhentää ongelmien väistyminen ja läheisten antama tuki. Jos ikääntynyt jää ilman tukea, oireilu voi muuttua vakavaksi depressioksi eli masennukseksi. (Lyyra ym. 2007, 133.)

Ikääntyneiden liikkumiskyvyn heikkeneminen on ensimmäinen merkki toiminnanvajauksesta. Ikääntyneillä joilla on liikkumiseen liittyviä vaikeuksia, on kolmasosalla todettu myös masentuneisuutta. Ikääntyneillä joilla on vain hieman liikkumisvaikeuksia, ilmenee neljäsosalla masennusoireita. Ikääntyneillä, joilla ei vielä ole liikkumisongelmia, ilmenee masennusta noin joka kymmenellä. Myös läheisen henkilön puuttuminen ja kivun tunteminen ovat yhteydessä liikkumiskyvyn huononemiseen ja masentuneisuuteen. (Hirvensalo, M.; Sakari-Rantala, R.; Kallinen, M.; Leinonen, R.; Lintunen, T. & Rantanen, T. 2007.) Yhdysvalta-

laisen tutkimuksen mukaan aktiivisesti liikkuvat ikääntyneet näyttäisivät sairastuvan masennukseen muita harvemmin. Jo 400 metrin päivittäisellä kävelyllä saattaa olla riskiä pienentävä vaikutus. Kahdeksan vuoden aikana masennukseen sairastui vajaat 14 % ikääntyneistä, jotka kävelivät alle 400 metriä päivässä, mutta vain 8–9 % ikääntyneistä, jotka kävelivät päivittäin vähintään 400 metriä tai useita kilometrejä. (Duodecim, 2010.)

Ikääntyneillä depressiosta kärsivillä potilailla oireet ovat tavallisesti laaja-alaisia ja ilmenevät usein myös somaattisina depressio-oireina, kuten uni- ja ruokailuhäiriöinä. Depressiivisen psykoosin aistiharhan oireet ovat yleensä mielialan mukaisia harha-ajatuksia. Moniin ruumiillisiin sairauksiin ja lääkehoitoihin voi liittyä harha-ajatuksia tai aistiharhoja. Tavallisimpia aiheuttajia ovat kilpirauhasen toimintahäiriöt, kallonsisäiset tai muualla sijaitsevat pahanlaatuiset kasvaimet, epilepsia ja aivoverenkiertohäiriöt. (Lepola ym. 2005, 191, 192.) Suurin riski sairastua masennukseen, on niillä ikääntyneillä, joilla on itsellä tai perheellä aikaisempaa taustaa masennuksesta, terveyden heikentymisestä, aineiden väärinkäytöstä tai puutteellisesta sosiaalisesta tuesta. (Segal ym. 2007.)

4.4.1 Masennuksen tunnistaminen ja ehkäisy

Tunnistaakseen ikääntyneen masennus, tulee tietää sen merkit ja oireet. Masennukseen usein kuuluu surumieliisyys, uupumus, muistamattomuus, kiinnostuksen väheneminen esimerkiksi harrastuksiin, sosiaalinen eristyneisyys, laihduminen, unihäiriöt, arvottomuuden tunteet, puhtaudesta huolehtimisen muuttuminen, päihteiden lisääntynyt käyttö ja itsemurha-ajatukset tai yritykset. (Segal ym. 2007; MedlinePlus, 2010.) Masennusta voi kuitenkin olla myös ilman surumieliisyyttä. Tällöin masentuneet vanhuksat eivät tunne itseään yhtään surullisiksi. Heillä piilevä masennus ilmenee fyysisinä vaivoina, kuten niveltulehduk-

sena tai pahentuneena päänsärkynä, jotka ovat masennuksen vallitsevia oireita ikääntyneellä. (Segal ym. 2007.)

Ennen masennuksen diagnosoimista tulee kartoittaa ikääntyneen terveydentila ja siinä ilmenevät ongelmat jotka voivat vaikuttaa mielialaan. Näitä ovat hormonaalinen epätasapaino, kilpirauhasongelmat, B12 vitamiinin puutos, muu ravitsemuksellinen puutostila, elektrolyytti epätasapaino tai elimistön kuivuminen. Erilaiset sairaudet voivat myös laukaista masennuksen, kuten sydänkohtaus, Parkinsonin tauti, aivoinfarkti, Alzheimerin tauti, MS-tauti, syöpä tai diabetes. Erilaiset lääkkeet voivat saada aikaan myös masennuksen syntymisen. (Segal ym. 2007.) Erilaiset fyysisten sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet saattavat aiheuttaa masennusta. Tällaisia lääkeaineita on paljon, mutta tavallisimpia ovat sydän- ja verenkiertosairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet. (Kivelä 2001; Koponen & Leinonen 2007.)

Ikääntyneen hoitoon ohjaaminen ajoissa edellyttää sitä, että hoitohenkilökunta huomaa masennuksen varhaiset oireet. Vakavaa masennusta sairastava ikääntynyt huomataankin helposti, kun taas lievästi masentuneen oireita ei välttämättä tunnisteta. Erilaiset fyysiset sairaudet ja moninaiset oireet vaikeuttavat tunnistamista. (Herva 2002; Saarela 2004; Taimela ym. 2007.) Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn tulee panostaa sekä hoitoa varhentaan ja tehostaa muun muassa kehittämällä ikääntyville sopivia hoitomuotoja. Elämänlaatuun ja toimintakykyyn voidaan vaikuttaa huomioimalla masennukseen liittyvät riskitekijät, esimerkiksi somaattinen sairastaminen ja leskeksi jäänti. Erityisesti ikääntyneille suunnattuja mielenterveyshäiriöiden hoitomuotoja tulee kehittää. Mielenterveysongelmia koskevaa osaamista tulee vahvistaa henkilökunnan koulutuksella. (STM 2009, 37.)

4.5 Kaatumistapaturmat

Kaatumistapaturmat ovat ikääntyneillä yleisimpiä tapaturmia (STM 2006, 21). Ikääntyneiden kaatumisten ja tapaturmien seuraukset ovat kasvava kansanter-

veysongelma. Kaatumiset aiheuttavat usein vakavia seurauksia yksilölle ja yhteiskunnalle. Yksilöllä ne heikentävät terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Yhteiskunnalle sairaalahoitoon johtaneet kaatumiset lisäävät huomattavasti kustannuksia. Iäkkäiden ihmisten terveyden edistämistä on tunnistaa riskiryhmät ja ehkäistä kaatumisia. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista kaatuu vuosittain joka kolmas ja 80-vuotiaista joka toinen. Puolet kaatumisista tapahtuu toistuvasti. Naiset kaatuvat miehiä useammin. Iän myötä myös vammautumisriski kasvaa ja puolet 65-vuotiaiden kaatumisista johtaa jonkin asteiseen vammaan. (Lyyra ym. 2007, 202-203.) Ikääntyneet myös kuntoutuvat vammautumisen jälkeen keski-ikäisiä hitaammin. (STM 2006, 21).

Yli puolet iäkkäistä henkilöistä rajoittaa fyysistä aktiivisuuttaan kaatumisten seurauksena. Tämä voi johtaa kierteeseen, jossa kaatumispelon vuoksi välttää riskejä ja edelleen vähentää liikkumistaan. Seurauksena voi fyysinen suorituskky kiihtyen heiketä ja kaatumisriski kasvaa. Säännöllisellä liikuntaohjelmalla voidaan vähentää ikääntyneiden ihmisten kaatumisriskiä 15-50 %. Liikunnasta, joka sisältää lihasvoima- ja tasapainoharjoitteita, ovat erityisesti hyötyneet iäkkäät, joilla lihasvoimat ovat heikentyneet ja tasapainonhallinnassa on ongelmia. (Sihvonen, S. 2006b)

Aikaisempien kaatumisten selvittely on erittäin tärkeää, sillä kerran kaatunut kaatuu todennäköisesti myöhemminkin. Kaatumisesta tulisi selvittää tapa, paikka, aika ja mahdolliset syntyneet vammat, jotta kaatumisia voidaan ehkäistä. (Lyyra ym. 2007, 203.) Ikääntyneiden kaatumisvammoista noin 30-60% olisi ehkäistävissä riskitekijät minimoimalla. (STM 2006, 21). Myös heikentynyt lihasvoima altistaa ikääntyntä kaatumistapaturmille. Kaatumisten seurauksena ikääntynyt on vaarassa menettää itsenäisen toimintakykynsä, jolloin riski laitoshoidon joutumiselle kasvaa. Myös kaatumiset ilman vammautumista ennustavat tätä. (Sihvonen, S. 2006b)

Noin joka kymmenes ikääntyneiden kaatumisista johtaa johonkin vakavaa lääkärin hoitoa vaativaan vammaan. Tällaisia ovat luunmurtumat ja vakavat pehmytösten tai pään vammat. Usein kaatumisista selvitään kuitenkin ilman fyysisiä vammoja tai pelkällä kivulla. Mustelmia tai ruhjeita saa noin joka neljäs. Aiheutuneet vammat ovat yleensä yläraajoissa tai päässä. Ne johtuvat yleensä kaatumisen suojareaktiosta, kun kädet ojennetaan vaimentamaan kaatumisesta johtuvaa voimaa. Alaraajoista lonkka ja pakara myös kolhiintuvat usein, vartalo taas vammautuu harvemmin. (Lyyra ym. 2007, 203-204.)

4.5.1 Kaatumisten riskitekijät

Tehokkaimmin kaatumisia ehkäistään tunnistamalla niiden riskitekijät. Sisäiset riskitekijät liittyvät ihmisen omiin ominaisuuksiin eli ikääntyneen elimistössä oleviin tekijöihin ja ulkoiset tekijät puolestaan ovat ihmisestä riippumattomia, fyysisessä ympäristössä olevia tekijöitä. Tutkimusten mukaan ulkoiset vaaratekijät liittyvät alle 80-vuotiaiden kaatumisiin ja sisäiset tekijät yli 80-vuotiaiden ja laitoksissa asuvien kaatumisiin. (Lyyra ym. 2007, 204.) Ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa liukkaus, pimeys ja epätasainen pinta. Kävelyä vaikeuttavat sairaudet, huonontunut näkö, heikentynyt lihasvoima, tasapainoon heikentävästi vaikuttavat sairaudet sekä keskushermostoon, verenpaineeseen tai lihasvoimiin vaikuttavien lääkeaineiden haittavaikutukset ovat tärkeimpiä sisäisiä riskitekijöitä. Riskilääkityksiin kuuluvat psyykenlääkkeet ja opioidikipulälääkkeet. Arvioiden perusteella joka kolmannella 75 vuotta täyttäneellä kaatumistapaturmat johtuvat ainakin osittain lääkkeiden haittavaikutuksista. (STM 2006, 21.) Alkoholiilla taas on keskushermostoa lamaava vaikutus. Alkoholin vaikutuksen alaisena tarkkaavaisuus, reaktiokyky ja tasapainon hallinta heikkenevät. (Lyyra ym. 2007, 208.)

Myös yleinen epävarmuus ja kaatumisen pelko lisäävät kaatumisriskiä. Mahdolliset ongelmat liikkumisessa lisäävät arkuutta lähteä liikkeelle, jolloin liikuntaky-

ky heikkenee. Fyysinen ja henkinen toimintakyky heikkenee ja kaatumisriski lisääntyy jos fyysisen aktiivisuuden puute ja sosiaaliset kontaktit ikääntyneellä vähenevät. Näköaistin avulla havainnoidaan ympäristöä. Liikkumisen kannalta on siis tärkeää pystyä hahmottamaan erilaiset esteet ja vaarat. Näkökyvyn heikkeneminen vaikuttaa myös tasapainon säätelyyn, jolloin kaatumisriski saat-
taa kasvaa. Myös krooniset ja akuutit sairaudet heikentävät ikääntyneen toiminta- ja liikkumiskykyä, ja näin ovat yhteydessä kaatumisriskin kasvuun. Huimaus on vanhuksilla yleinen oire ja se vaikeuttaa jopa joka kolmannella yli 65-vuotiaalla liikkumista ja toimintakykyä. (Lyyra ym. 2007, 205-208.)

Kotona asuvilla ikääntyneillä katumisen riskitekijöitä ovat muun muassa tasapainon heikentyminen ja aistitoimintoihin liittyvät ongelmat, reaktionopeuden hidastuminen ja liikunta- ja kävelykyvyn sekä lihasvoiman heikkeneminen, heikentynyt näkö, neurologiset häiriöt, aiemmat kaatumiset ja vammat, nivelrikko ja reuma, runsas lääkkeiden käyttö, kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen, fyysisen aktiivisuuden väheneminen sekä toimintakyvyn heikkeneminen. (Lyyra ym. 2007, 204-205.) Tutkimusten mukaan ikääntyneillä jotka sairastavat osteopeniaa tai osteoporoosia, kaatumisia vähentävät kalsium- ja D-vitamiinilisät sekä liikunta ja proteiinit. (Swanenburg ym. 2007, 532). Kaatumisen taustalla on usein yhtäaikaista sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Kaatumisriski kasvaa riskitekijöiden lukumäärään kasvaessa. Asunto on yleisin tapaturmapaikka ja jopa kahdeksalla kymmenestä on asuinympäristössä kaatumisriskiä lisääviä ulkoisia tekijöitä. Asunnot ovat monesti ahtaita ja liikkumisen kannalta ongelmallisia. Valaistus on myös usein riittämätön. Mattojen reunat ja portaikot aiheuttavat usein kompastumisia tai kaatumisia. (Lyyra ym. 2007, 206-207.)

4.4.2 Kaatumiset laitoksissa

Eri tutkimusten mukaan laitoksissa ja pitkäaikaishoidossa olevista iäkkäistä kaatuu vuosittain noin puolet. Suomalaisten yli 70-vuotiaiden laitoshoidossa asuvi-

en riski kaatua on jopa kolminkertainen verrattuna kotona asuviin. Laitoshoidossa jopa 40% kävelykykyisistä asukkaista kaatuu vuoden aikana kahdesti tai useammin. Kaatumiset laitoksissa tapahtuvat usein ilman silminnäkijöitä, asukkaan omassa huoneessa, lähellä vuodetta tai wc- ja kylpytiloissa. Tutkimusten mukaan kaatumisiin vaikuttavat henkilökunnan määrä, hoitajien vähäinen määrä tai toisaalta vaihtumassa oleva työvuoro ja hoitajien suurempi määrä. (Lyyra ym. 2007, 204)

4.6 Viriketoiminta

Viriketoiminta on jotakin mielekästä tekemistä ja sen tärkeä tehtävä on, että ikääntynyt ei koe jäävänsä yksin. Ikääntyneille on hyvä järjestää viriketoimintaa ja suunnitella se yksilöllisesti. Erilainen ja monipuolinen viriketoiminta antaa sisältöä arkipäiviin ja auttaa ikääntynyttä hahmottamaan ympäristöään ja itseään. (Aejmelaeus, R.; Kan, S.; Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007, 27.) Viriketoiminta on osa asukkaiden jokapäiväistä elämää. Osallistuminen erilaiseen päivittäiseen toimintaan tukee psykososiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn säilymistä sekä luo viihtyisyyttä. Virkistystoiminta antaa aihetta iloita omista kyvyistä sekä yhdessä olemisesta. (Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva oy, 2010.)

Tutkimustietoa viriketoiminnasta ei oikein ole, joten minun oli vaikea löytää yksinkertaista määritelmää sille. Viriketoiminta voi olla myös paikasta riippuen hyvin erilaista. Tässä työssä viriketoiminnasta puhuessani tarkoitan toimintaa, jota ohjaavat palvelutalon työntekijät. Se on ryhmämuotoista toimintaa, joka tukee ja pitää yllä asukkaiden toimintakykyä. Sen tarkoituksena olisi myös motivoida asukkaita osallistumaan yhteiseen toimintaan. Tarkoituksena olisi myös löytää jokaiselle jotain mielekästä toimintaa, joka tukee asukkaan voimavaroja ja kykyjä.

4.6.1 Asukkaiden ja hoitajien mielipiteitä

Vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa kartoitettiin kuntoutus- ja viriketoimintaa sekä ikääntyneiden kokemuksia toiminnasta Lempäälän palvelukeskuksessa. Yksi työn tavoite oli selvittää, miksi kuntoutus- ja viriketoiminta ei innosta kaikkia ikääntyneitä. Aukkaat toivoivat muun muassa ohjattua ulkoiluryhmää, jotta he uskaltaisivat lähteä kauemmas ulkoilemaan. He kokivat, etteivät enää uskalla itsenäisesti lähteä ulkoilemaan kovin kauas. Aukkaat toivoivat myös lisää suljettuja ryhmiä, jotka olisi suunnattu tietyille kohde-ryhmälle ja niillä olisi selkeät päämäärät ja tavoitteet. Virikeryhmiin voisi tulla osallistujia myös palvelukeskuksen ulkopuolelta, mikä voisi piristää asukkaita ja tuoda uusia tuttavuuksia ja ihmissuhteita. Aukkaat esittivät myös toiveen miesten omasta ryhmästä, jossa ohjaajakin olisi mies. Sekä sellaista ryhmää, jossa luettaisiin yhdessä lehtiä ja keskusteltaisiin artikkeleista, koska toisilla on niin huono näkö, ettei lehtien lukeminen enää itsenäisesti onnistu. (Innala, 2010, 1,29-30.)

Vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin yhden helsinkiläisen palvelutalon asukkaiden mielipiteitä viriketoiminnasta. Haastattelu- ja kyselylomakkeissa ei ollut käsitelty viriketoimintaa, resursseja tai palveluasumista yleisestä näkökulmasta, siksi tulokset lähinnä hyödynnettäviä kyseistä palvelutaloa koskeviksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää palvelutalon viriketoimintaa ja selvittää minkälainen toiminta asukkaita motivoi. Tutkimuksessa selvisi muun muassa, että hoitajien mielestä heille ei ole varattu tarpeeksi aikaa toiminnan suunnittelulle. Aukkaat valittavat hoitajille toiminnan vähyydestä, mutta eivät kuitenkaan osallistu järjestettyyn toimintaan. Tämä turhauttaa hoitajia. Aukkailta ei ole tullut suoraa palautetta viriketoiminnasta tai parannusehdotuksia paremmasta, joka osaltaan taas vaikuttaa hoitajien motivaatioon kehittää viriketoimintaa. (Heimonen & Lomma 2006, 21-23.)

Kyselylomakkeeseen vastanneiden asukkaiden suosituimmat toimintamuodot olivat muistitoiminta, retkeily, ulkoilu, keskustelu, musiikki ja liikunta. Musiikki-toiminnasta eniten kiinnostavaa oli yhdessä laulaminen, musiikkiesitysten kuunteleminen ja levyraati. Liikunnasta mieluisinta oli tuoli- ja keppijumppa, uinti, jumppa ja kuntosali. Ulkoilutoiminnasta eniten kiinnosti ulkona kävely, ulkopelit ja ulkona istuminen. Vähiten kiinnostavia toimintamuotoja olivat taide, keittiötoiminta ja kädentaidot. (Heimonen & Lomma 2006, 24-25.)

Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa taas selvitettiin hoitajien näkökulmasta kokemuksia viriketoiminnasta yhdessä helsinkiläisessä vanhainkodissa. Tutkimuksessa selvitettiin millaisena hoitajat viriketoiminnan kyseisessä vanhainkodissa kokevat sekä miten hoitajien mielestä viriketoiminta vaikuttaa asukkaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Kyselyyn vastanneissa oli sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, kättilöitä, perushoitajia, hoitoapulaisia, opiskelijoita sekä osastonhoitajia. (Houtsonen & Pyykkönen 2003, 21.)

Lähes kaikki vastaajista oli sitä mieltä, että viriketoiminnan toteuttaminen kuuluu kaikille vanhusten kanssa työskenteleville. He myös kokivat, että heiltä odotetaan viriketoiminnan toteuttamista työssä. Suurin osa hoitajista oli myös vastannut toteuttavansa viriketoimintaa työssään päivittäin. Hoitajat määrittivät viriketoiminnan sisällön melko yleiselle tasolle. Siihen katsottiin kuuluvaksi kaikki mitä perushoidollisten tehtävien lisäksi oli. Muun muassa ikääntyneen kannustaminen omatoimiseen suoriutumiseen sekä viihtyisyyden ja kodikkuuden lisääminen nähtiin osana viriketoimintaa. Toisaalta viriketoiminta nähtiin myös ikääntyneen päivittäisten rutiinien muuttajaksi ja mieltä piristäväksi toiminnaksi. Pääosin viriketoiminta oli hoitajille melko abstrakti käsite. Vastauksista nousi esiin muun muassa viriketoiminnan toteuttamisen yksilöllisyys, eli asiakkaan toiveiden ja mieltymysten kuunteleminen. (Houtsonen & Pyykkönen 2003, 28.)

Hoitajat olivat luetelleet viriketoiminnaksi muun muassa erilaiset kerhot, askartelun, muistelun, keskustelun, harrastukset, leivonnat, käsityöt, television katselun, radion ja musiikin kuuntelun, erilaiset pelit, omaisten/ystävien vierailut, kauneushoidon, ulkoilun, retket, liikunnan ja yhdessäolon. Myös vanhainkodin ulkopuolelta lähtöisin olevia virikkeitä mainittiin, kuten päiväkodin lasten ja eläinten vierailut, koulujen projektit ja vanhojentanssit. Vastanneet hoitajat olivat myös jakaneet viriketoiminnan kahteen, spontaaniin ja järjestettyyn toimintaan. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että samat toiminnan muodot voivat olla sekä spontaaneja että järjestetysti toteutettuja. (Houtsonen & Pyykkönen 2003, 29-31.)

Joistain vastauksista ilmeni, että hoitajilla ei ole taitoja toteuttaa viriketoimintaa. He toivatkin esiin talon eri terapeuttien tarpeen. Myös välineiden puuttuminen katsottiin rajoittavan toiminnan järjestämistä. Vastaajien mielestä viriketoiminnan toteuttaminen riippuu myös omasta vireystasosta. Jos tuntee itsensä väsyneeksi, tuntuu myös toiminnan totuttaminen työläältä ja raskaalta. Hoitajat kokivat viriketoiminnan toteuttamisen tärkeänä tekijänä vanhustyössä ja osana ikääntyneiden kokonaisuhoitoa. He kokivat myös myönteisenä, kun toiminnan jälkeen asukkaat olivat tyytyväisiä ja pirteitä. Näin myös hoitajien oma työssä jaksaminen ja työhön motivoituminen lisääntyy. Negatiivisena koettiin toistamisen pelko, eli pelättiin jumiutumista siihen samaan kaavaan viriketoiminnan toteuttamisessa. Toteuttamiseen kyllästyminen nähtiin siis uhkakuvana. Hoitajat tunsivat myös huonoa omaatuntoa, koska eivät olleet ehtineet toteuttaa viriketoimintaa. (Houtsonen & Pyykkönen 2003, 32-34.)

Kaiken kaikkiaan viriketoiminnan katsottiin aktivoivan vanhuksia ja piristävän heidän mieltä. Vastauksissa tuli myös esiin, että ihmisen tarve oppia säilyy läpi elämän. Viriketoimintaa siis pidettiin keinona uuden oppimiseen tai jo kadonneiden taitojen uudelleen harjaannuttamiseen. Sen katsotaan aktivoivan ajattelua, muistia ja muistelua. Viriketoiminnalla katsottiin olevan myös suuri vaikutus asukkaiden masennuksen ehkäisyyn. Viriketoiminnan katsottiin helpottavan

asukkaiden päivittäistä selviytymistä ja harjaannuttavan heidän taitojaan. Toiminnalla voidaan siis ehkäistä ikääntyneiden vieraantuminen normaalista elämästä ja saavuttaa ikääntyneen psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi. (Houtsonen & Pyykkönen 2003, 35-37.)

5 PALVELUASUMINEN

Palveluasumista ohjaa sosiaalihuoltolaki ja sosiaalihuoltoasetus, vammaispalvelulaki sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. Palveluasumisen järjestäminen ikääntyneelle kuuluu kunnan perustehtäviin. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004,6.) Vanhuspalveluissa yleisesti painotetaan ikääntyvien hyvinvointia ja terveyden edistämistä ja ehkäisevää toimintaa. Tehostettu palveluasuminen sijoittuu kodin ja laitoshoidon väliin. Se on suunnattu ikääntyneille, joilla toimintakyky on alentunut jollain osa-alueella, eivätkä enää selviydy kotona itsenäisesti. Palveluasumisessa tuetaan asukkaiden omatoimisuutta ja luodaan turvallinen asumisympäristö. (Imatran kaupunki, 2010.)

Turun kaupungilla on seitsemän palvelutaloa ja kolme dementia ryhmäkotia. Talot tarjoavat asukkailleen asunnon ja tarvittavat palvelut. Asukkailla on myös mahdollisuus ruokailuun talon tiloissa. Yhteiset tilat mahdollistavat muiden asukkaiden tapaamisen ja erilaisiin tapahtumiin osallistumisen. Vuokrasopimus tehdään kaupungin kanssa ja vuokran lisäksi maksetaan käyttämistä palveluista erikseen. (Turun kaupunki 2009.) Asukkaalla on kaikki normaalit asukkaan oikeudet ja velvollisuudet, kuten muuttoilmoitus, kotivakuutus ja asumistuki (Ympäristöministeriö 2004).

Vuonna 2002 tehdyn selvityksen mukaan yksityisten tahojen ylläpitämissä palvelutaloissa kyettiin palvelemaan erityisryhmistä parhaiten dementoituneita ja vaikeasti liikuntaesteisiä. Heikoimmin palveltiin täysin autettavia asiakkaita, koska henkilökuntaa ei ollut tarpeeksi ja oli koulutuksen puutetta sekä tilat olivat soveltumattomia paljon apua tarvitsevien hoitoon. Selvityksessä todettiin myös, että palveluasumisen käsite on epäselvä mikä vaikeuttaa suunnittelua ja aiheen tutkimista. Tulosten perusteella palvelutalojen asukkaiden kuntoa ja palveluiden sekä hoidon vaikuttavuutta ei seurattu kaikissa yksiköissä systemaattisesti, vaikka osa asukkaista oli paljon apua tarvitsevia. Hoitohenkilökunnan mitoitukselle olisikin jatkossa perusteltua asettaa tavoitteet. (Peiponen ym. 2002.)

Asukkaaksi palvelutaloon pääsee, jos omassa kodissa on vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä askareista, mutta ei kuitenkaan tarvitse laitoshoidoa (Ympäristöministeriö 2004). Hankaluuksia voivat tuottaa esimerkiksi huonot tai puutteelliset peseytymistilat, portaat tai apuvälineiden käyttö. Palveluasunnon lisäksi tulee tarvita runsaasti kotihoidon palveluita. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä ja kotihoidon työntekijät tekevät lopullisen asukasvalinnan yhdessä. (Turun kaupunki 2009)

Ikääntyneet hakevat palvelutalosta kodinomaisuutta, jota vertaavat muun muassa lapsuudenkotiin tai viimeiseen asuntoon. Kodinomaisuuteen vaikuttaa ympäristön viihtyisyys sekä oleellisesti saatava hoiva ja huolenpito. Monet myös hakevat palvelutalosta turvaa, jota koti ei enää ole voinut tarjota. Ennen palvelutaloon muuttoa, ikääntynyt voi kokea itsensä fyysisesti ja henkisesti turvattomaksi. Ikääntyneet ovat kertoneet hakeutuneensa palvelutaloon, kun oma olo on käynyt ylivoimaiseksi. Ennen palvelutaloon pääsyä on monilla edeltänyt muutto aikaisemmasta kodista pienempään asuntoon, lähemmäksi palveluja. Palveluasuntoon pääsyä on voitu odottaa pitkäänkin. Vaikka monet ikääntyneet odottavat palvelutaloon muuttoa, niin sen koetaan monesti jakavan elämän kahden suuntaan, ennen ja jälkeen. (Aunola & Ojanen 1999, 22-23.)

Palvelutaloissa asuvien ikääntyneiden toimintakykyä koskevassa tutkimuksessa osoitettiin muun muassa, että palvelutaloissa asuvien fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ei eronnut kotona asuvien vastaavasta muutoksesta. Palveluasumisella ei siis ollut vaikutusta ikääntyneiden toimintakykyyn niin kielteisesti kuin myönteisesti. Palvelutalon asukkaiden heikkoa toimintakykyä ennusti korkea ikä, aiempi heikko fyysinen toimintakyky, runsaat depressiiviset oireet, huonoksi koettu terveys ja sosiaalisen kanssakäymisen vähyys. Palvelutaloissa asuvilla heikko kognitiivinen toimintakyky oli yhteydessä korkeaan ikään, yksinäisyyteen ja harrastusten vähyyteen. (Karjalainen 1999, 53,57.)

Kotona asuviin verrattuna palveluasunnoissa asuvista useampi koki terveytensä huonoksi. Palveluasunnoissa asuvien ikääntyneiden luona vierailtiin harvemmin, he itse vierailivat harvemmin ja harrastivat vähemmän kuin kotona asuvat ikääntyneet. Palveluasunnoissa asuvat kokivat kuitenkin vähemmän yksinäisyyttä ja olivat tyytyväisempiä elämäänsä kuin kotona asuvat ikääntyneet. (Karjalainen 1999, 51-52.)

Vuonna 2002 tehdyn tutkimuksen mukaan palveluasumisen yksiköissä omaiset olivat hoitoympäristöön yleisesti tyytyväisiä. Omaisista noin neljä viidestä piti henkilökunnan tietoja, taitoja ja asukkaiden kohtelua hyvänä. Asukkaiden päivittäisistä toimista huolehdittiin myös hyvin, mutta 25% omaisista oli tyytymättömiä asukkaiden hampaiden hoitoon ja liikkumisessa auttamiseen. Palvelutalojen asukkaiden henkinen tukeminen, ulkoilussa auttaminen ja virkistystoiminnan järjestäminen oli arvioitu onnistuneen muita toimintoja heikommin. Muutoksia asukkaan voinnissa viimeisen vuoden aikana huomattiin, kuten 27% omaisista havaitsi laihtumista, 34% suun kuivumista, 45% ihon kuivumista ja 59% havaitsi jäsenten jäykistymistä. (Muurinen ym. 2002.)

Vuonna 2006 toistettu tutkimus omaisten mielipiteistä läheisten hoidosta tuotti melko samansuuntaisia tuloksia. Omaiset olivat hoitoympäristöön enimmäkseen tyytyväisiä. Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot sekä heidän asennoituminen ja

käytös ikääntyneisiin koettiin pääasiassa hyvinä. Henkilökunnan into työhön ja heidän jaksaminen sekä mieliala koettiin hieman heikommaksi kuin 2002 tuloksissa. Henkilöstön kiireisyys oli kasvanut. Päivittäisissä toimissa autettiin hyvin, lukuun ottamatta hampaiden hoitoa ja liikkumista, sekä ulkoilua. Aiempaan tutkimukseen verrattuna omaisten mielestä hoito oli muuttunut kuntouttavammaksi. Suurin osa omaisista (76%) oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä läheistensä hoitoon. Vuonna 2002 osuus oli hieman suurempi (80%). Palvelutalojen tulokset olivat vanhainkotien tuloksia heikkommat, mikä saattaa osaltaan johtua muutoksesta, jossa palvelutalojen toiminta muuttunut kokonaan ympärivuorokautiseksi, samalla asiakaskunta on muuttunut entistä vaikeahoitoisemmaksi. Tuloksissa voi myös näkyä omaisten yleinen tiedon ja kriittisyyden kasvu. (Muurinen ym. 2007, 1,40-41.)

Ikähorisontti-hankkeen tavoitteena on vastata ikääntyneiden monimuotoiseen palvelutarpeeseen. Tarkoituksena on kehittää vanhustenhuoltoon uusia palvelukonsepteja ja toimivia työvälineitä. Yhdessä niiden tarkoituksena on muodostaa kuntien käyttöön palvelukokonaisuus, joka on oikein kohdennettu, ikääntyneiden tarpeita vastaava, toimiva ja taloudellisesti kestävä. Hanke koostuu kahdesta kokonaisuudesta, vanhustenhuollon uusista palvelukonsepteista ja toimivista työvälineistä vanhustenhuollossa. (THL 2009a.) Nykyisessä palvelujärjestelmässä ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito toteutuu muun muassa tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien puitteissa. Tyypillistä onkin, että ikääntynyt siirtyy palveluntarpeensa mukaan paikasta toiseen. Uudessa palvelukonseptissa ikääntyneille luodaan yksiportainen ympärivuorokautisen avun muoto. (THL 2009b.)

6 VIRIKETOIMINTAKANSION SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA KEHITTÄMINEN

Kansio on valittu käytettäväksi sen helppouden vuoksi. Siihen saa paljonkin materiaalia ja sitä on helppo säilyttää. Kansio on repäisytaskullinen, joten virikkeitä voi halutessaan lisätä tai muokata niiden järjestystä haluamallaan tavalla. Virikkeiden väliin voi myös lisätä halutessaan tyhjiä A4 kokoisia papereita omia muistiinpanoja varten. Koska virikkeitä oli tarkoitus alusta alkaen tulla vähintään 10, oli tärkeää tehdä siihen jonkinlainen sisällysluettelo (liite2), näin kansio on helppolukuinen. Tästä näkee heti mitä kansio sisältää, josta voi sitten valita mieleisensä toiminnan. Kansilehdellä (liite1) saadaan koottua koko työ ja sen tarkoitus on lisätä kiinnostusta. Kansion loppuun on kerätty hyödyllisiä linkkejä, joista voi etsiä esimerkiksi lisää laulunsanoja tai vaikka jumppaohjeita, näin virikkeitä saa lisää tai mahdollisuuksien mukaan muokattua asukkaille sopivimmiksi.

Kansiossa on liikkumiseen, käsillä tekemiseen ja mielen virkistämiseen liittyviä toimintatuokioita. Niitä ei ole kuitenkaan jaoteltu tämän tarkemmin. Koska virike-toiminnasta ei ole tehty paljoa tutkimuksia, on kirjallisuuden pohjalta poimittu ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä, joiden kautta on kansion sisältöä lähdetty työstämään. Koska viriketoiminta on tarkoitettu ikääntyneille, on virikkeiden kesto noin puoli tuntia. Liikunnallisissa toiminnoissa on pääasia, että ikääntynyt tekee niin paljon kuin pystyy, niin pitkälle kuin pystyy. Virikkeitä voi halutessaan yhdistellä tai niistä voi jättää jotain pois. Pääasia, että asukkaat jaksavat seurata mukana ja heille tulee hyvä mieli. Riippuen asukkaiden virkeydestä ja aktiivisuudesta voidaan tuokiota halutessaan myös lyhentää. Viriketuntia pitävällä hoitajalla on päätäntävalta mitä tehdään ja miten, asukkaille sopivimmalla tavalla. Hoitaja voi itse päättää kunkin kerran pidettävän virikkeen tai asukkailta voidaan kysyä mielipiteitä.

Yhteisessä neuvottelussa yhteistyökumppaneiden kanssa sovittiin, että virike-toimintakansiota kehitetään toteuttamalla yksi viriketuokio palvelutaloympäristössä. Saadun palautteen avulla voidaan näin kehittää kansiota edelleen. Viriketuo- kio pidettiin yhdessä turkulaisessa palvelutalossa. Sopiva ajankohta sovittiin palvelutalon virikeohjaajan kanssa sähköpostitse. Pidetyin tuokion jälkeen kerät- tiin palautetta. Laadittu lomake oli puolistrukturoitu, jossa oli viisi kysymystä, vastausvaihtoehdot sekä tilaa vapaalle kommentille (Liite 3). Kysymyksillä kar- toitettiin muun muassa kansion helppokäyttöisyyttä sekä virikkeiden monipuoli- suutta. Lomake lähetettiin etukäteen sähköpostilla, jotta hoitajilla oli aikaa siihen tutustua.

Tuokioon oli kokoontunut kymmenen (10) asukasta ja seitsemän (7) hoitajaa. Joukossa muun muassa oli lähihoitajia, perushoitajia ja muutama hoitoalan opiskelija. Vastaajien ammattinimike ei tullut esille vastauslomakkeisiin. Pidetty tuokio oli kestoaltaan puolituntia ja pidetty virike valittiin vasta paikan päällä. Viri- ke sisälsi sananlaskuja ja sanaleikkejä. Asukkaat olivat istumassa pöydän ym- pärillä, hoitajat hieman kauempana. Tuokion jälkeen palautetta kerättiin hoitajil- ta lomakkeilla, asukkailta palautetta kerättiin suullisesti muutaman etukäteen laaditun kysymyksen avulla (Liite 4). Lomakkeet olivat jaettuina ennen tuokion alkamista. Saatu palaute oli hyvää (Liite 5 & 6). Vastaajat olivat muun muassa sitä mieltä, että virikekansio soveltuu kohderyhmälle hyvin ja on sisällöltään monipuolinen. Virikekansio soveltuu vastaajien mielestä hyvin oman työn tueksi. Se oli heidän mielestään selkeä, sisältäen paljon ideoita ja on helppo toteuttaa pienellä porukalla. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ottaisivat työvälineeksi luodun kansion. Asukkaita keskustelun pohjalta kiinnostavat enemmän virikkeet jotka kehittävät mieltä ja muistia, ei niinkään liikunnalliset virikkeet. Esimerkiksi tanssiminen ei tuntunut herättävän kiinnostusta.

Kommentteja mahdollisista kehittämisehdotuksista ei oikein tullut. Mahdollisia jatkokehittämismahdollisuuksia on muun muassa lisätä kansioon erilaisia virik-

keitä sekä esimerkiksi tyhjän sivun aina yhden virikkeen jälkeen, jolloin hoitajille jää tilaa omille muistiinpanoille tai huomioille. Kansio on repäisytaskullinen, joten myös virikkeiden järjestystä voi halutessaan muuttaa itselleen parempaan järjestykseen. Virikkeitä voi myös pidentää tai lyhentää asukkaiden aktiivisuuden ja jaksamisen mukaan tai yhdistellä virikkeitä isommaksi kokonaisuudeksi. Tällä hetkellä virikkeitä on kansiossa 12, joten paljon lisää mahtuu vielä, näin on valinnanvaraa eikä samaa virikettä tulisi näin kovin usein jos viriketuokioita järjestettäisiin esimerkiksi joka viikko.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hoitotyöntekijän tulisi aina pystyä perustelemaan kasvatuksellisten toimintojen sisältö, mihin pyrkii myös näyttöön perustuva toiminta. Hoitotyöntekijän ja asiakkaan välinen keskeinen eettinen kysymys kohdentuu siihen, miten asiakkaan omille näkemyksille voidaan osoittaa kunnioitusta ja välittää terveyteen liittyvä tieto mahdollisimman oikein ja perustellusti. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2003,164-165.)

Opinnäytetyö on pyritty toteuttamaan eettisten periaatteiden mukaan, sillä palvelutalon hoitajien ja asukkaiden itsemääräämisoikeus säilyy, heidän voidessa itse päättää vastatako kyselyyn ja viriketuokioon ja miltä osin. Virikkeillä on tarkoitus ylläpitää ja parantaa asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia. Eettisyys kysymykset näkyvät työssäni ja kansion laatimisessa myös ikääntyneiden kunnioittamisena. Kaikki viriketoiminnot ovat siis kunnioittavia ikääntyvää asukasta kohtaan. Toimintoja suunnitellessa olen miettinyt, minkälaisia virikkeiden tulee olla, jotta ne eivät ole lapsellisia tai loukkaavia. Olen myös yrittänyt huomioida ikääntyneiden elämänkokemuksen ja historian osana työtä. Myös virikkeiden vaativuustaso on pyritty pitämään melko helpolla tasolla, jolloin viriketuokio on mukava yhteinen hetki. Lomakkeen laatimisessa on myös huomioitu vastaajien

mahdollisuus vapaaseen kommenttiin. Tulosten kirjaamisessa ei ole otettu kenenkään yksittäisen vastaajan kommentteja ylös. Kaikki vastaajat vastasivat anonyymisti ja kenenkään vastaukset eivät tule erikseen esille. Vastaukset ovat lajiteltu kysymysten alle ja kaikki perustelut on kirjattu juuri niin kuin vastaaja on sen paperiin vastannut. Mitään ei ole siis jätetty pois tai lisätty.

Opinnäytetyö perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Sen avulla saadaan käsitys jo olemassa olevasta tiedosta ja erilaisista tutkimuksista, niiden laajuudesta sekä sisällöstä. (Johansson ym. 2007,3.) Kirjallisuuden valinnassa tarvitaan lähdekritiikkiä ja harkintaa, koska niitä valittaessa on pyrittävä kriittisyyteen. Lähteen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota muun muassa lähteen ikään, kirjoittajan tunnettavuuteen, lähdetiedon alkuperään, julkaisijaan sekä lähteen uskottavuuteen. Koska tutkimustieto muuttuu jatkuvasti, se kumoaa vanhan tiedon, on pyrittävä käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä. Lähteistä tulisi suosia alkuperäisiä. (Hirsijärvi ym. 2009, 113-114.)

Työssä on pyritty luotettavuuteen tuoreiden ja laadukkaiden lähteiden käytöllä. Lähteisiin on pyritty viittaamaan oikein plagiointin välttämiseksi. Tutkittua tietoa on haettu muun muassa Turun ammattikorkeakoulun kirjaston Nelli-portaalin avulla. Elektronisina hakupalvelimina on ollut käytössä muun muassa Medic, Chinal, Ovid ja Terveysportti. Hakusanoina käytetty muun muassa ikääntynyt, toimintakyky, tasapaino, masennus, terveys, viriketoiminta, liikunta, vapaa-aika, palvelutalo, yksinäisyys, terveystunto, elämänlaatu, muistelu, terapia, askartelu, maalaus, ulkoilu ja hyvinvointi. Samoilla sanoilla on haettu myös englanniksi. Lisäksi tietoa on haettu muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta sekä Turun kaupungin sivuilta. Työssä on pyritty käyttämään myös englanninkielisiä lähteitä, jotta saavutettaisiin kansainvälisempi näkökulma. Ulkomaisilla lähteillä saattaa kuitenkin olla vaikutusta luotettavuuteen, mahdollisten käännösvirheiden vuoksi. Työssä on pyritty käyttämään 2000-luvun lähteitä, mutta joistain aiheista ei löytynyt niin uutta tai muuten luotettavaa tietoa, joten on käytetty myös muutamia vanhempia lähteitä.

8 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuspohjainen, jonka ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli laatia kirjallisuuteen pohjautuen monipuolinen virikekansio. Opinnäytetyön ja tuotetun kansion tavoitteena on terveyden edistäminen. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä nyt on paljon mediassakin keskusteltu ikääntyneiden hyvinvoinnista ja terveydestä, sekä heidän hoidostaan erilaisissa laitoksissa. Opinnäytetyön avulla halutaan kiinnittää huomiota viriketuokioiden kehittämistarpeeseen. Toisen vaiheen tarkoituksena oli kehittää luotua kansiota käytännössä, yhteistyökumppanilta tulleella toivomuksella toteuttamalla yksi viriketuokio palvelutaloympäristössä. Kansion toimivuutta testasin siis minä itse. Itse olisin toivonut, että kansiota viriketuokion pitämällä olisi testannut joku palvelutalon hoitaja, näin olisi ehkä paremmin tullut esille kuinka helppokäyttöinen kansio on ensikertaa sitä katsovalle. Minulle tuokion pitäminen oli helppoa, koska virikkeet olivat tuttuja. Tuokiosta haastavan teki se, että en tuntenut asukkaita ja keskusteluvuoroja oli vaikea pitää yllä, koska en tiennyt kenenkään nimeä. Muuten kaikki sujui hyvin ja koin kuitenkin saavani tuokiosta jotain myös itselleni. Hyvä mieli jäi kun sai positiivista palautetta ja asukkaista näki, että he todella pitivät pidetystä tuokiosta ja olivat mielellään mukana.

Materiaalista on pyritty tekemään mahdollisimman monipuolinen, näin vastataan palvelutalon asukkaiden ja hoitajien tarpeisiin sekä kohderyhmän tarpeita vastaaviksi. Alun perin oli tarkoitus tehdä viriketarjotin 3.sektorin tarjoamista palveluista, mutta kuitenkin päädyttiin laatimaan kansion muotoon erilaisia virikkeitä. Virikkeet on suunnattu palvelutalossa asuville, joten niiden tulee olla sopivia jokaiselle toimintakyvyn tasosta riippumatta. Eri kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta mietin, minkälaisia virikkeitä kansioon tulisi koota. Koska ikääntyneiden toimintakykyyn vaikuttaa eniten liikkuminen, mieliala ja muisti, päätin näiden ympärille koota erilaisia toiminnallisia tuokioita. Näin tulisi jokaiselle jotakin. Pyrin myös tekemään eri virikkeistä helposti järjestettäviä ja niihin tarvittavia välineitä olisi vain vähän, jolloin kynnys niiden toteuttamiseen on pieni. Monesti

myös resurssit tarvikkeisiin ovat vähäisiä. Virikkeet on koottu kansion muotoon, johon kuuluu pieni sisällysluettelo. Näin kansio on helppokäyttöinen eikä vie paljoa tilaa. Se on näin myös helppo säilyttää. Toivon, että kansio otetaan käyttöön palvelutaloissa ja, että siitä olisi hyötyä palvelutalon asukkaille, tuoden mukavaa yhdessä oloa ja pientä piristystä päivän rutiineihin.

Pohdin virikekansiota tehdessäni myös muita toteutustapoja. Olisi ollut mahdollisuus laittaa koko kansio vain suoraan CD:lle ja jakaa palvelutaloihin. Näin se olisi ehkä ollut helppoa, mutta itsellekään ei olisi jäänyt käteen mitään konkreettista tuotosta. CD:ltä olisi voinut tulostaa vain sen tarvittavan materiaalin tietylle kerralle. Mielestäni on kuitenkin tärkeää nähdä tuotos kokonaisuutena ja kaikki virikkeet kerralla, selata käsissään jotain konkreettisesti. Mielestäni myös eräänlainen tarjotin mahdollisista virikkeistä olisi jäänyt liian suppeaksi. Kansio olisi myös voinut jäädä ilman kuvitusta, mutta mielestäni tärkeää on myös kaunis ja miellyttävä ulkoasu. Olen pyrkinyt lisäämään jokaiselle sivulle tiettyä virikettä kuvaavan kuva ja numeroinut virikkeet kauniilla fontilla. Kaunis ulkoasu lisää mielestäni kansion käyttömukavuutta. Kansion kuvat ovat myös väreissä, jotta se on pirteämpi. sen voi myös halutessaan tulostaa mustavalkoisena. Kansion kuvien on tarkoitus myös olla hauskoja. Näin hoitajalle tulee hyvä mieli ansiota käyttäessä. Myös se minkälainen kansio on, oli tärkeää. Päädyin repäisytaskuliseen kansioon, koska se on helppokäyttöinen ja se on helposti muokattavissa, vaihdellen esimerkiksi virikkeiden paikkaa.

Yleisesti ottaen työtä oli haastavaa tehdä. Vaikka tietoa löytyy paljon liittyen yleisesti ikääntyneisiin, ikääntymiseen ja muutoksiin, niin spesifiä tietoa virike-tuokioiden pitämisestä ja niiden sisällöstä oli erittäin niukasti. Siksi minun pitikin etsiä yleisesti tietoa ikääntymisen muutoksista ja mitkä niihin vaikuttavat. Muutamana löydetyn tutkimuksen perusteella selvitin, mitä ikääntyneet yleisesti halusivat virituokioilta ja niiden sisällöltä. Myös yleisesti liikuntaohjeita etsin Internetistä ja niitä sitten muokkasinkin mielestäni sopivaksi ikääntyneelle ihmiselle.

Onneksi saatu palaute oli hyvää, joka kertoo siitä, että hyviä virikkeitä tuli kansioon koottua. Yleisen keskustelun pohjalta palvelutalossa pidetyn tuokion jälkeen, selvisi, että asukkaat haluaisivat mieluummin virikkeitä mielelle, aivojumppaa, jotta mieli pysyy virkeänä. Jumppaaminen ja tanssiminen eivät saaneet niin paljon kannatusta. Mielenpiteiden lievä jakaantuminen sai minut miettimään mahdollisuutta, että viriketuokiassa voisi olla myös kaksi eri virikettä. Näin osa voisi esimerkiksi laulaa, ja toinen porukka vaikka maalata.

Olen tyytyväinen viriketuokiosta ja virikekansioista saamaani palautteeseen. se oli parempaa kuin odotin. Kehittämisehdotuksia ja yleisesti enemmän vastaajien omia kommentteja olisin kaivannut lisää. Mielestäni tulokset ovat hyödynnettävissä ja kansiota on mahdollista jatkokehittää vieläkin paremmaksi. Mielestäni virikekansio soveltuu kaikkiin palvelutaloihin ja miksei myös esimerkiksi vanhainkoteihin. Kansio on kuitenkin muokattavissa kunkin paikan asukkaille sopivaksi, perusteemat kun sopivat monelle. Siksi toivonkin, että luotua kansiota myös hyödynnettäisiin turkulaisissa palvelutaloissa ja miksei muuallakin. Toivon, että yhteistyökumppani on tyytyväinen luotuun tuotokseen. Jatkokehittelyehdotuksia on myös monia. Toivon, että palvelutalot jotka kansiota tulevat hyödyntämään, muokkaavat siitä omanlaisensa ja heille sopivan, lisäämällä omia virikkeitä tai muistiinpanoja ja mahdollisesti muokkaamalla kansion virikkeiden järjestystä heille sopivampaan muotoon. Myös loppuun lisätyistä hyödyllisistä linkeistä toivon olevan apua uusien virikkeiden suunnittelussa.

9 LÄHTEET

Aejmelaeus, R.; Kan, S.; Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu Vanhustyöhön, 1.painos. Porvoo: WSOY.

Aittasalo, M.; Alapappila, A.; Liuha, T. & Rinne, M. 2009. Mitä on terveyskunto. Viitattu 29.10.2010. <http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11604>

Aivojumppa 2009a. Ikääntymisen vaikutukset aivoihin. Viitattu 9.4.2010 <http://aivojumppa.fi/tietoa/Kirjautumaton/13>.

Aivojumppa 2009b. Tiedonkäsittely - Kognitiivisten kykyjen harjoittamisen perusteet. Viitattu 12.4.2010 <http://aivojumppa.fi/tietoa/Kirjautumaton/11>.

Aromaa, E. 2009. Pohjanmaa-hanke. Ikä, masennus ja muistamattomuus –eroja ja yhtäläisyyksiä. Viitattu 10.4.2010 <http://trinity.siteadmin.fi/File.aspx?id=621889&ext=pdf&routing=455339&webid=455341&name=Ik%C3%A4%20Masennus%20ja%20Muistamattomuus>.

Aunola, P. & Ojanen, P. 1999. Kodinomaisuus ikääntyneiden palvelutaloasukkaiden kokemana. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro-gradu –tutkielma. 1-44.

Duodecim, 2010. Fyysisesti aktiiviset vanhukset pienemmässä masennuksen vaarassa. Viitattu 27.10.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=uut14129

Harris, D.G.; Davies, C.; Ward, H. & Haboubi, N.Y. 2008 An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. Journal of human nutrition & dietetics. 21, 3-9.

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 13-33.

Heimonen, J. & Lomma, M. 2006 "Mitä ne oikein tahtoo?" Toimintaterapeuttipiskelijöiden interventio palvelutalon viriketoiminnan kehittämiseksi. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opin- näytetyö. 32+16.

Heinonen, H. Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää. Kansanterveyslehti 2007 Nro 7. Viitattu 25.10.2010 http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_7_2007/ikaantyneiden_toimintakyky_voidaan_ja_kannattaa_edistaa/

Helin, S. 2003. Palvelujärjestelmät toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Duodecim. 336-350.

Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva oy. 2010. Viriketoiminta. Viitattu 16.1.2010 <http://www.hoiva.fi/viriketoiminta>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008. Vanhusten sairaudet. Viitattu 11.4.2010 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1991,5600#mitaon>.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004. Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma. Selvi- tyksiä 2004:10. Viitattu 12.4.2010 http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/2f5fab004a176e1e948afc3d8d1d4668/palveluasumisen_kehittamisohj.pdf?MOD=AJPERES.

Hirvensalo, M. Sakari-Rantala, R. Kallinen, M., Leinonen, R., Lintunen, T. & Rantanen, T. Underlying factors in the association between depressed mood and mobility limitation in older people. *Gerontology* 2007; 53:173–178

Houtsonen, M. & Pyykkönen, S. 2003. Hoitajien kokemuksia viriketoiminnasta Osmonkallion vanhainkodissa. *Diakonia-ammattikoreakoulu. Opinnäytetyö.* 1-49.

Imatran kaupunki -> Sosiaali- ja terveystalvet ->Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 16.1.2010. <http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=4454&NakymaID=213>

Innala, T. 2010. Kuntoutus- ja viriketoiminta onnistuvaa ikääntymistä tukemassa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. 1-46. Viitattu 27.10.2010 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14970/Kuntoutus%20ja%20viriketoiminta%20onnistuvaa%20ikaantymista%20tukemassa.pdf?sequence=1>

Karjalainen, E. 1999. Palvelutalossa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palvelutalossa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Oulun yliopisto.

Kemper, K. J. & Danhauer, S.C. Music as therapy. *Southern Medical Journal* 2005. Vol 98, No. 3, 282-288.

Kivelä, S-L. 2001. Vanhusten masennustilat. Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) *Geriatra.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 111-120.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2007. Vanhuuden mielialahäiriöt. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T.(toim.) *Psykiatria.* 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 637-643.

Korkiakangas, P. 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat.* Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Lahden kaupunki, 2010. Ikäihmisten ravinto-opas. Viitattu 28.10.2010. [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/55116E79A50387A1C2257743002961FF/\\$file/ik%C3%A4ihmisen%20ravinto-opas%20021209.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/55116E79A50387A1C2257743002961FF/$file/ik%C3%A4ihmisen%20ravinto-opas%20021209.pdf)

Lepola, U.; Koponen, H.; Leinonen, E.; Joukamaa, M.; Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. *Psykiatria.* 1.-2. painos. WSOY. Helsinki.

Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. EDITA Tampere.

Marjovuori, A. 2010. Vanhusten ja ikääntyneiden yksinäisyyden taustaa. Viitattu 28.10.2010. http://www.helsinkimissio.fi/?sid=342&tid=627&arc=&hcm_reg=97iek6g51vc0uumjb0vo0no0i0

Medina, A.; Vehviläinen, S.; Haukka, U-M.; Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 1.-2. painos. WSOY. Helsinki.

MedlinePlus, 2010. Depresson – elderly. Viitattu 27.10.2010. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001521.htm>

Muistiliitto 2009a. Ikääntymisen vaikutukset muistiin. Viitattu 11.4.2010 http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/ikaantymisen_vaiikutukset_muistiin/.

Muistiliitto 2009b. Muistihäiriöt ja dementia. Viitattu 12.4.2010 http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/.

Muistiliitto 2009c. Käytöshäiriöt. Viitattu 12.4.2010
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/kaytosoireet/.

Muistiliitto 2009d. Aktivoi ja lepuuta. Viitattu 11.4.2010
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/aktivoi_ja_lepuuta/.

Muurinen, S.; Nuutinen, H-L. & Peiponen, A. 2002. Omaisten mielipiteitä vanhusten hoidosta Helsingin ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä 2002. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2002:2.

Muurinen, S.; Mattila, A. & Nuutinen, H-L. 2007. Omaisten mielipiteitä läheistensä hoidosta Helsingin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2006. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia, 2007:1. Viitattu 12.4.2010
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/be70c1004a176e2694e9fc3d8d1d4668/tutkimus_omaiskyselyraportti.pdf?MOD=AJPERES.

Nettineuvo 2006. Ikäihmiset -> Toimintakyky ikääntyessä -> Fyysinen toimintakyky. Viitattu 16.1.2010 <http://www.nettineuvo.fi/index.asp>

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. 2007. Tietoa ikääntyneiden masennuksesta. Opas omaisille ja läheisille. Viitattu 10.4.2010 <http://www.omaiset-tampere.fi/koto/pdf/Tietoa-ikaihmissen-masennuksesta.pdf>.

Peiponen A, Lammi R, Muurinen S, Kotajärvi A. (2002): Yksityisten ylläpitämä vanhusten palveluasuminen Helsingissä 2002. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto :Selvityksiä 2002:20

Ruoppila, I. & Heikkinen E. 1992. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät projekti. Osa II. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja:10. 1-13.

Räihä, I. Ravitsemusongelmat. 2010. Vanhus potilaana. Viitattu 27.10.2010.
http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana#Aliravitsemuksen_hoito

Saarela, T. 2004. Miten kohdata masentunut vanhus. Suomen Lääkärilehti 59(24), 2499–2502.

Saarenheimo, M. 1997. Jos etsit kadonnutta aikaa. – vanhuus ja oman elämän muisteleminen. Tampere: Vastapaino.

Sarvimäki, A. 1998. Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Parviainen, Tuire (toim.). Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Segal, J.; Jaffe, J.; Davies, P. & Smith, M. 2007. Depression in Older Adults and the Elderly. Viitattu 1.4.2010 http://www.helpguide.org/mental/depression_elderly.htm.

Sihvonen, S. 2006b. Tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelu pitävät ikääntyneen ihmisen pystyssä. Viitattu 16.1.2010
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/8_2005/tasapaino_ja_lihasvoimaharjoittelu_pitavat_ikaantyneen_ihmisen_pystyssä.

Suomen liikunta ja urheilu ry. Senioriliikuntatutkimus 2007-2008. SLU:n julkaisusarja 2/08. Viitattu 6.4.2010 <http://www.slu.fi/@Bin/453031/Senioriliikuntatutkimus-2008-yhteenveto.pdf>.

Sihvonen, S. 2006a. Tasapainoharjoittelun vaikutukset palvelukodissa asuvilla iäkkäillä naisilla. Viitattu 16.1.2010
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/8_2005/tasapainoharjoittelu_vaikutukset_palvelukodissa_asuvilla_iakkailla_naisilla.

Skingley A. & Vella-Burrows, T. Therapeutic effects of music and singing for older people. Nursing Standard. 2010; 24, 19, 35-41.

Smith, D. & Waugh, S. Music therapy and health benefits. The Kansas Nurse 2009. Vol 84, No 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 1.4.2010
<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Viitattu 1.4.2010
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3666.pdf&title=Geriatriksen_hoidon_ja_vanhustyon_kehittaminen_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 1.4.2010
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>.

Suomen valokuvaterapiayhdistys ry. Valokuvaterapia. Viitattu 12.4.2010
<http://www.valokuvaterapiayhdistys.net/valokuvaterapia/>.

Swanenburg, J.; Douwe de Bruin, E.; Stauffacher, M.; Mulder, T. & Uebelhart, D. Effects of exercise and nutrition on postural balance and risk of falling in elderly people with decreased bone mineral density. Clinical Rehabilitation 2007; 21: 523–534.

Taimela, S., Mäkelä, K., Justén, S. & Schguk, J. 2007. Masennusoireiden seulonta ja oireisten työntekijöiden hoitoonohjaus työterveyshuollossa. Viitattu 27.10.2010.
http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=masennuksen%20tunnistaminen

Tekniikka & Talous 2003. Viitattu 14.1.2010.
<http://www.tekniikkatalous.fi/incoming/article36672.ece#>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2009a. Ikähorisontti. Viitattu 2.4.2010.
<http://www.stakes.fi/FI/Stakes/horisontaali/ikahorisontti/index.htm>.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2009b. Ikähorisontti – Uudet palvelukonseptit. Viitattu 2.4.2010
<http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE05A09E-5F01-4FC3-8D85-85393A3B9F63/15167/Uudetkonseptit8920094.pdf>.

The Photo Therapy Center. Valokuvaterapian menetelmät terapiassa ja ohjauksessa. Viitattu 12.4.2010 <http://www.phototherapy-centre.com/finnish.htm>.

Tilastokeskus 2009a. Suomen väestö 2008. Viitattu 16.1.2010
http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html

Tilastokeskus 2009b. Väestö iän mukaan 31.12.2008. Viitattu 15.1.2010.
http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_kuv_002_fi.html

Tuomikoski, T. 2006. Ikääntyminen ja toimintakyky. Viitattu 12.4.2010
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;35327;35333;43206.

Turun kaupunki 2009. Palvelutalot. Viitattu 14.2.2010
<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14669&culture=fi-FI&contentlan=1>

Turun kaupunki. Palvelutalot. Viitattu 16.1.2010
<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14669&culture=fi-FI&contentlan=1>.

UKK-instituutti 2004. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. Liikunta ja ikääntyminen. Viitattu 7.4.2010 <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/798ql1hb.pdf>.

UKK-instituutti 2005. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. Liikkeestä liikehallintaa – mikä laji, mikä annos? Viitattu 7.4.2010 <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/nvsv6ofw.pdf>.

Vanhustyön keskusliitto 2009. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke 2002-2006. Viitattu 1.4.2010. <http://vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/etusivu/> > hankkeet > geriatrinen kuntoutus > ikääntyneiden elämänlaatu.
 Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

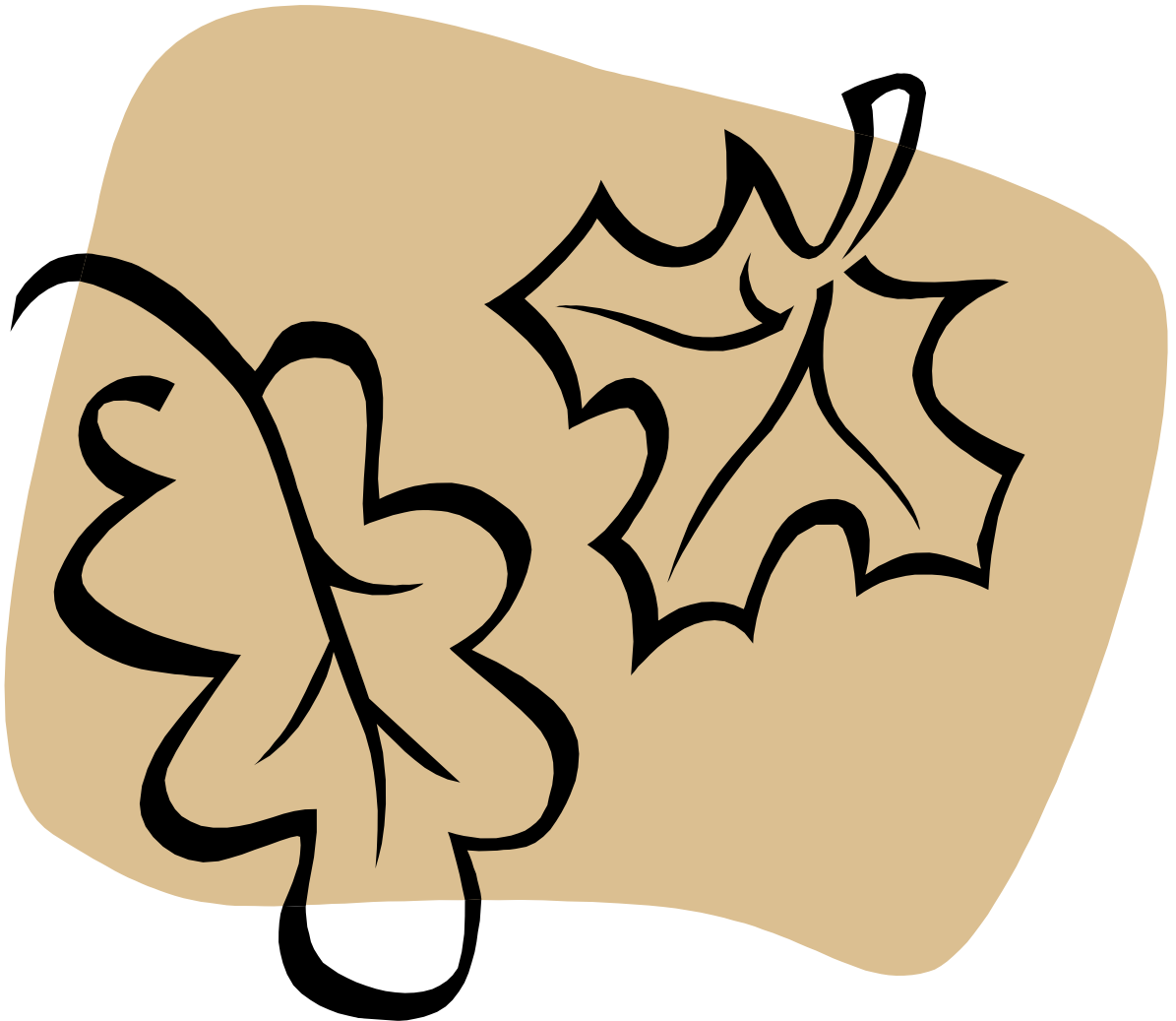
Ympäristöministeriö 2004. Palveluasuminen. Viitattu 15.1.2010
<http://www.asuminen.fi/nc/default.asp?path=7,12,358&languageid=suomi>.

Ympäristöministeriö 2010. Ikääntyneiden asuminen. Viitattu 5.4.2010
<http://www.ymparisto.fi/default.asp?node=1862&lan=fi>.

Ikääntyvien päijäthämäläisten toimintakykyisyys -tutkimus- ja kehittämishanke 2004-2007
<http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/toimintakykyisyys.html>

Fysi ry 2007. Ikääntyneet hyötyvätvoimaharjoittelusta. Viitattu 7.4.2010
http://www.fysi.fi/fysi_lehti/1_2007/fysilehti1_07_s22.pdf.

VIRIKETOIMINTA



Virikkeitä palvelutalon asukkaille



Sisältö:

1. Tuolijumppa
2. Keppijumppa
3. Tasapaino
4. Muistelu
5. Askartelu
6. Elokuvamusiikki
7. Levyraati
8. Musiikkimaalaus
9. Sanaleikit ja Sananlaskut
10. Tietovisa
11. Valokuvatuokio
12. Bingo
13. Laulutuokio
14. Tanssi

Lähteet



Olen Jenni Tuominen, Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija 2010. Opinnäytetyöni aiheena on Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen palvelutalossa - viriketoimintakansion luominen hoitajien käyttöön. Tällä kyselylomakkeella kartoitan laadittua virikekansiota ja sen toimivuutta, jotta vastausten perusteella voisin kehittää sitä vieläkin paremmaksi. Toivottavasti Sinulla on hetki aikaa vastata.

Ystävällisin terveisin Jenni Tuominen 0451100665 jenni.k.tuominen@students.turkuamk.fi

Valitse sopivin vaihtoehto ja perustele valintasi:

1. Onko virikekansio ulkonäöltään sinun mielestäsi miellyttävä?

Kyllä ☐

Ei ☐

Perustelut

2. Miten virikekansio soveltuu kohderyhmälle? (sisältö)

Erittäin hyvin ☐

Hyvin ☐

Kohtalaisesti ☐

Huonosti ☐

Perustelut

3. Soveltuuko virikekansio oman työsi tueksi? (helppokäyttöisyys)

Erittäin hyvin ☐

Hyvin ☐

Kohtalaisesti ☐

Huonosti ☐

Perustelut

4. Onko kansion sisältö mielestäsi tarpeeksi monipuolinen?

Kyllä ☐

Ei ☐

Perustelut

5. Ottaisitko virikekansion käyttöön työssäsi?

Kyllä ☐

Ei ☐

Perustelut

Kommentteja/Kehittämisehdotuksia:

Kiitos vastauksistasi!

Kysymyksiä asukkaille:

1. Oliko virike mielestäsi sopivan pituinen? Miten jaksot loppuun asti?
2. Ovatko kansion virikkeet monipuolisia, eli haluaisitko osallistua myös muihin tuokioihin? (kerron sisällysluettelon)
3. Minkälainen kokemus viriketuokiosta sinulle jäi?
4. Oliko virike mielestäsi helppo ymmärtää/tehdä?
5. Olisiko viriketuokiassa voinut tehdä jotain toisin?
6. Vapaa sana?

Perusteluja vastauksiin

Vastaajia oli seitsemän (7). Vastaajien joukossa oli niin lähihoitajia, perushoitajia/kodinhoitajia, että lähihoitaja-/terveydenhoitajaopiskelijoita.

1. Virikekansio on vastaajien mielestä miellyttävä.

"Selkeä, elävä kuvitus, monipuolinen"

"Hyvin selkeä, pirteä ulkoasu"

"Kuvitus teki sen mielekkääksi"

"Selkeä, paljon erilaisia virikkeitä"

2. Vastaajien mielestä virikekansio soveltuu kohderyhmälle hyvin (5) ja erittäin hyvin (2).

"Monipuolinen"

"Kansion sisältö oli monipuolinen"

"Kohderyhmä otettu hyvin huomioon (muistelua, muistin virkistystä, liikkumista, kuuntelua, käsillä tekemistä)"

3. Virikekansio soveltuu vastaajien oman työn tueksi hyvin (4) ja erittäin hyvin (3).

"Selkeys, paljon ideoita"

"Oli otettu kaikki asukkaat huomioon"

"Helppo toteuttaa pienellä porukalla"

4. Kansio on vastaajien mielestä monipuolinen.

5. Vastaajat ottaisivat virikekansion käyttöön työssään.

"Mielestäni oli niin monipuolinen ja hyvin toteutettu"

Kommentteja/kehittämisehdotuksia:

"Olet onnistunut luomaan monipuolisen, selkeän kokonaisuuden, joka näyttäisi soveltuvan hyvin työn tueksi."

"Kansiossa voisi olla tyhjiä sivuja valmiina, jolloin helpompaa kerätä uusia/erilaisia virikkeitä."

Asukkailta pyysin suullista palautetta viriketuokion jälkeen. Asukkaita viriketuokiossa oli paikalla kaksitoista.

1. Tuokio oli sopivan pituinen ja asukkaat jaksoivat olla mukana hyvin loppuun asti.
2. Kysyttäessä virikekansiosta, asukkaat olivat yhtä mieltä kansion monipuolisuudesta. Itse virikkeet jakoivat kuitenkin mielipiteitä. Jotkut eivät innostuneet liikunnallisista virikkeistä ollenkaan. Kaikki olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että kaikki aivoja harjoittavat virikkeet ovat mieleisiä.
3. Kaikille vastanneille jäi kaikin puolin mukava kokemus viriketuokiosta.
4. Virikkeet olivat asukkaiden mielestä sopivan helppoja ja ymmärrettäviä.
5. Asukkaat eivät myöskään keksineet mitään, mitä olisi voinut viriketuokiossa tehdä toisin.