

Saara Närhi & Miia-Riina Willman

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN
KÄYTTÖ SAVONLINNAN SEUDUN
MUISTIYHDISTYS RY:N
HOIVAKOTI ONNISSA

Opinnäytetyö
Hoitotyö


Toukokuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>7.5.2012</p>				
<p>Tekijä(t)</p> <p>Saara Närhi & Miia-Riina Willman</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja AMK</p>				
<p>Nimeke</p> <p>Kuntouttavan työtteen käyttö Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n Hoivakoti Onnissa</p>					
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia, kuinka kuntouttavaa työtettä käytetään muistisairaana hoidossa sekä millaisissa tilanteissa sen käyttöä voisi lisätä. Tutkimuksessa työelämän yhteistyökumppanina toimi Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n alaisuudessa toimiva hoivakoti Onni.</p> <p>Muistisairaudet ovat neurologisia sairauksia, jotka heikentävät muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita. Muistisairaana kuntoutuksella pyritään ylläpitämään sairastuneen toimintakykyä ja jäljellä olevia voimavaroja. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, ja sitä voidaan tarkastella fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä näkökulmasta. Kuntouttavalla työotteella on tarkoitus ohjata sairastunut suoriutumaan omatoimisesti niistä päivittäisistä toiminnoista, joihin hänen voimavaransa riittävät.</p> <p>Opinnäytetyömme aineiston keräsimme havainnoinnilla. Havainnoimme hoitohenkilökunnan toimintaa eri hoitotilanteissa hoivakoti Onnissa. Käytimme apuna havainnointirunkoa. Aineiston analysoimme laadullisesti käyttämällä deduktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että hoivakoti Onnissa käytetään kuntouttavaa työtettä, mutta joissain tilanteissa sen käytössä olisi kehitettävää. Kuntouttavan työtteen käyttö näkyi hyvin esimerkiksi hygienia- ja wc-toiminnoissa sekä pukeutumisessa. Ruokailutilanteissa kuntouttavaa työtettä voisi käyttää enemmän, ja virikkeiden käyttö voisi olla monipuolisempaa.</p>					
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>kuntoutus, muistisairaus, kuntouttava työote, toimintakyky</p>					
<p>Sivumäärä</p> <p>44 s. + 4</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	suomi	
Kieli	URN				
suomi					
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>					
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Helena Mikkonen</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry, Hoivakoti Onni</p>				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 7.5.2012	
Author(s) Saara Närhi & Miia-Riina Willman		Degree programme and option Degree programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis The Use of Rehabilitative Working Approach in Savonlinna Area's Memory Organisation's ry Nursing Home Onni			
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis is to examine how rehabilitative working approach is used in taking care of the memory disordered and also the situations in which it could be increased. Out partner of research in this study was Nursing Home Onni, which operates under the Savonlinna Area's Memory Organisation ry.</p> <p>Memory disorders are neurological conditions that impair memory, as well as other data processing areas. The rehabilitation of demented aims at maintaining the functional ability and the remaining resources. Functional ability refers to individual's ability to perform activities of daily living and it can be viewed from the physical, social, and psychological point of view. The purpose of rehabilitating working approach is to instruct the demented to perform independently of the activities of daily living, in which his resources are sufficient.</p> <p>The material for our research was gathered by observation. We observed the activities of the nurse staff in various care situations in Nursing Home Onni. As assistance we used an observation frame. Material was analysed qualitatively by using deductive content analysis.</p> <p>The results show that the rehabilitative working approach is used in Nursing Home Onni, but in some situations, its use could be developed. The rehabilitative working approach could be seen well, for example in the hygiene and toilet activities as well as in dress. In dining situations the rehabilitative working approach could be used more, and the use of stimuli could be varied.</p>			
Subject headings, (keywords) Rehabilitation, dementia, rehabilitative working approach, functional ability			
Pages 44+4	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Helena Mikkonen		Bachelor's thesis assigned by Savonlinna Area's Memory Organisation's Nursing Home Onni	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	MUISTISAIRAUDET.....	2
2.1	Muistisairaudet.....	2
2.2	Diagnosointi.....	2
2.3	Käyttöoireet.....	4
2.4	Muistisairauksien hoito	5
2.5	Muistisairauksien riskitekijät ja ennaltaehkäisy	6
3	TOIMINTAKYKY	7
3.1	Fyysinen toimintakyky	8
3.2	Sosiaalinen toimintakyky	9
3.3	Psyykinen toimintakyky	9
3.4	Kognitiivinen toimintakyky.....	10
3.5	Muistisairauden vaikutuksia toimintakykyyn.....	10
3.6	Toimintakyvyn arviointi.....	11
4	KUNTOUTTAVA TYÖOTE.....	13
4.1	Kuntoutus muistisairauksissa.....	13
4.2	Kuntoutuksen tavoitteet.....	14
4.3	Kuntouttava työote.....	16
4.3.1	Hoitajan rooli kuntoutuksessa	16
4.3.2	Omaisien rooli kuntoutuksessa.....	18
4.3.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	19
4.4	Hoito- ja kuntoutussuunnitelma.....	20
4.5	Kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa Hoivakoti Onnissa.....	20
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	21
6.1	Havainnointi tiedonkeruumenetelmänä.....	21
6.2	Aineiston analysointi sisällönanalyysillä	23
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	24
7	TULOSTEN TULKINTA	26
7.1	Liikkuminen.....	26
7.2	Viriketoiminta ja kommunikaation tukeminen.....	27

7.3	Hygienia ja wc-toiminnot	30
7.4	Pukeutuminen	33
7.5	Ruokaileminen	35
8	POHDINTA	37
8.1	Tulosten tarkastelua	37
8.2	Tutkimusprosessin pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	
	1 Havainnointi-/analyysirunko	
	2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	

1 JOHDANTO

Muistisairaus on neurologinen sairaus, joka heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita. Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti ja muita eteneviä muistisairauksia ovat vaskulaariset muistisairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (Käypä hoito – suositus 2010b.) Muistisairauden diagnoosin tekee lääkäri kliinisen tutkimuksen perusteella ja siinä voidaan käyttää apuna erilaisia seulontatestejä (Erkinjuntti ym. 2006, 50-66). Muistisairauksien hoitona käytetään lääkehoitoa sekä kuntoutusta (Högström & Granö 2009). Vuoden 2010 tietojen mukaan Suomessa sairastuu vuosittain yli 13 500 yli 64-vuotiasta henkilöä muistisairauteen, ja yhteensä Suomessa oli tuolloin yli 89 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä (Martikainen ym. 2010, 38).

Muistisairaahan kuntoutuksella pyritään ylläpitämään sairastuneen toimintakykyä ja jäljellä olevia voimavaroja. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Sitä voidaan tarkastella fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä näkökulmasta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 24-25.) Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia toimintakykymittareita (Pirttilä 2004, 243-244). Kuntouttavalla työotteella on tarkoitus ohjata sairastunut suoriutumaan omatoimisesti niistä päivittäisistä toiminnoista, joihin hänen voimavaransa riittävät (Mikkonen 2011). Kuntoutus toteutetaan kuntoutussuunnitelman mukaan yhteistyössä sairastuneen, tämän omaisten sekä hoitohenkilökunnan kanssa (Kettunen ym. 2002, 40).

Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia, kuinka muistisairaahan hoidossa käytetään kuntouttavaa työotetta. Tavoitteenamme on selvittää, voiko kuntouttavan työotteen käyttöä havainnoimissamme tilanteissa lisätä. Työelämän yhteistyökumppanimme on Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n alaisuudessa toimiva Hoivakoti Onni. Tiedonkeruumenetelmänä käytimme havainnointia. Havainnoimme, kuinka hoitohenkilökunta käyttää kuntouttavaa työotetta osana asiakkaan hoitoa. Tulokset käsitelimme kvalitatiivisella menetelmällä. Aineiston analysoimme prosessimaisesti sisällönanalyysillä käyttäen deduktiivista menetelmää. Etsimme aineistosta tutkimuksen tarkoituksen kannalta kiinnostavat ja olennaiset asiat ja niiden perusteella tulkitsimme tulokset teoriatietoon pohjautuen. (Hirsjärvi ym. 2009, 212-214; Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-110.)

2 MUISTISAIRAUDET

2.1 Muistisairaudet

Muistisairaus on neurologinen sairaus. On arvioitu, että noin kolmasosa yli 65-vuotiaista kärsii muistioireista. Aina kyseessä ei kuitenkaan ole muistisairaus, mutta oireiden pitkittyessä on aiheellista selvittää niiden syy. (Suhonen ym. 2010.) Martikaisen ym. (2010, 38) mukaan Suomessa vuosittain yli 13 500 yli 64-vuotiaista henkilöä sairastuu muistisairauteen ja yhteensä Suomessa oli tuolloin yli 89 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä. Vuonna 2060 arvioidaan määrän olevan noin 240 000.

Muistisairaudet heikentävät muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita, esimerkiksi hahmottamiskykyä, kielellisiä toimintoja, tunnistamista ja ongelmanratkaisukykyä sekä toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat usein muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen dementian tasolle. Muistisairaudet jaetaan etenemisen mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muotoon. Varhainen diagnoosi ja hoidon aloittaminen on tärkeää sairauden etenemisen ja toimintakyvyn säilymisen kannalta. Sairauden eteneminen on yksilöllistä. (Högström & Granö, 2009; Suhonen ym. 2010.)

Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, joka on diagnosoitu 70 %:lla muistisairaista. Seuraavaksi yleisimpiä ovat aivojen verenkiertohäiriöt eli vaskulaariset muistisairaudet sekä Lewyn kappale -tauti. Muita eteneviä muistisairauksia Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Etenevien muistisairauksien vaikutukset muistiin, kognitioon ja toimintakykyyn vaihtelevat eri sairauksissa. Alzheimerin taudille tyypillistä on muisti- ja kognitiohäiriöt ja otsalohkorappeumissa ilmenee usein käytösoireita. Vaskulaarisissa muistisairauksissa yleistä ovat muun muassa toiminnanohjauksen häiriöt sekä lievät tasapaino-, muisti- ja kävelyhäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2006, 49; Käypä hoito -suositus 2010b.)

2.2 Diagnosointi

Muistisairauden diagnoosin tekeminen perustuu lääkärin tekemään kliiniseen tutkimukseen. Sillä pyritään arvioimaan potilaan tunnetilaa, älyllistä toimintakykyä sekä kartoittamaan hänen kykyään selviytyä arkipäivän askareista. Diagnosoinnin apuna

käytetään seulontatestejä, esimerkiksi Mini Mental State Examination -asteikkoa (MMSE) tai CERAD-tehtäväsarjaa. Usein haastatellaan myös omaista. (Erkinjuntti ym. 2006, 50 - 66.)

Muistisairauden selvittelyvaiheessa otetaan myös laboratoriotestejä, muun muassa perusverenkuva sekä veren elektrolyyttiarvot. Laboratoriodiagnostiikan avulla pyritään diagnosoimaan muistioireiden syyt ja selvittämään potilaan toimintakykyä heikentävät tekijät. Niillä pyritään löytämään muistioireita ja -sairauksia aiheuttavat metaboliset ja toksiset tekijät sekä infektiot. Osa tutkimuksista tehdään erotusdiagnostisista syistä. Tärkeimmät verestä tehtävät tutkimukset ovat perusverenkuva, natrium, kalium, kalsium, verensokeri, kreatiniini, ALAT, TSH (kilpirauhashormoni) ja B₁₂-vitamiini. Jos oirekuva on epätyypillinen, voidaan ottaa lisäksi myös lasko, triglyseridit, kolesteroli, B₁-vitamiini, foolihappo, homokysteeni, TPHA (luesserologia), borreliavasta-aineet, HIV-vasta-aineet, ACE (angiotensiini-1-konvertaasi), vaskuliittitutkimukset, keliakiaseulonta ja geenitutkimukset, joilla voidaan kartoittaa esimerkiksi muistisairauksille altistavan ApoE-ε4-alleelin kantajat. (Pirttilä 2010, 351 - 353.)

Myös aivojen kuvantaminen kuuluu muistisairauden perustutkimuksiin. MRI eli magneettikuvaus on yleistynyt tutkimusmenetelmänä. Siitä voidaan nähdä aivojen ohimolohkon sisäosien, erityisesti hippokampuksen, atrofia eli aivopoimujen surkastuminen, mikä on varhainen merkki sairastumisesta. Lisäksi voidaan käyttää selkäydinnesteen merkkiaineiden määrittämistä, neurofysiologisia tutkimuksia ja aivojen toiminnallisia kuvantamiskuvauksia (SPET ja PET). (Erkinjuntti ym. 2006, 50 - 66.) Selkäydinnestetutkimuksia tulee harkita, jos kyseessä on nopeasti etenevä tai taudinkulultaan epätyypillinen muistisairaus tai epäiltäessä kroonisia tulehdustauteja, kuten HIV tai neuroborreliosisi. Neurofysiologisista tutkimuksista EEG:tä eli aivosähkökäyrää käytetään, jos kyseessä on subakuutti tai nopeasti etenevä tila tai akuutti sekavuustila. EEG-tutkimuksen muutokset eivät usein näy sairauden varhaisessa vaiheessa. Lisäksi voidaan tarvittaessa kliinisen taudinkuvan perusteella ottaa EKG eli sydänsähkökäyrä ja thorax-röntgen eli rintakehän natiiviröntgenkuva ja arvioida potilaan sydän- ja verisuonitilanne. (Pirttilä 2010, 353 - 355.)

2.3 Käyttöoireet

Muistisairauksiin liittyviä käyttöoireita tulee jopa 90 prosentille sairastuneista. Ne voivat olla ohimeneviä tai vuosia kestäviä. Käyttöoireita ovat masennus, apatia, agitoituminen, levottomuus, aggressiivisuus, persoonallisuuden muutos, psykoottiset oireet, unihäiriöt, poikkeava motorinen käyttäytyminen, näpistely sekä seksuaalisen käyttäytymisen muutokset. Käyttöoireiden syntymiseen voi vaikuttaa potilaan oma persoonallisuus, suhteet muihin ihmisiin ja lähimmäisiin, somaattiset sairaudet, lääkitykset ja niiden sivuvaikutukset, ympäristö ja muistisairauden tyyppi. (Erkinjuntti ym. 2006, 127 - 135.)

Lähtökohtana käyttöoireiden hoitamiseen on niiden syyn tunnistaminen ja systemaattinen kartoittaminen. Käyttöoireiden arvioinnissa pyritään selvittämään, johtuuko oire fyysisestä sairaudesta, kivusta tai muusta vaivasta tai vaikuttavatko muistisairaahan ympäristö tai vuorovaikutuksen vaikeudet oireiden esiintymiseen. Oireiden hoito on aiheellista, kun ne rasittavat sairastunutta, heikentävät kykyä huolehtia itsestä tai rajoittavat sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä. Käyttöoireita tulee hoitaa myös silloin, kun ne aiheuttavat vaaratilanteita henkilölle itselleen tai ympäristölle, vaikuttavat omaishoitajan jaksamiseen tai kun potilasta ei kyetä hoitamaan hänen omassa hoitopaikassaan. (Koponen & Saarela 2010, 485.) Käyttöoireiden syntymistä voidaan myös ennaltaehkäistä hyvällä kokonaisuhoitolla ja vastaamalla muistisairaahan henkilön tarpeisiin (Erkinjuntti ym. 2006, 127 - 135).

Käyttöoireiden tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeä osa muistisairaahan hoitoa, mutta silti suurin osa niistä jää hoitamatta. Niitä voidaan hoitaa sekä lääkkeellisellä että lääkkeettömällä hoidolla. (Erkinjuntti ym. 2006, 127 - 135.) Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidon menetelmiä, ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja muistisairaahan ympäristöön vaikuttamista (Koponen & Saarela 2010, 486). Lääkkeettömän hoidon tulee vastata yksilöllisesti muistisairaahan tarpeisiin sekä olla potilaslähtöistä. Hoito edellyttää sairastuneen toimintatapojen ja persoonallisuuden tarkkaa havainnointia, tietoa tämän taustoista ja elämästä ennen sairautta sekä somaattisesta tilanteesta. Psykososiaalisia ja psykomotorisia hoitomuotoja voidaan käyttää osana muistisairaahan yksilöllistä hoitoa. Niitä ovat esimerkiksi musiikki- ja taideterapia, toiminnalliset menetelmät sekä fysioterapia. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Sairastuneen käyttäytymistä pyritään muokkaamaan analysoimalla esimerkiksi tämän ympäristössä olevia, ei-toivottua käytöstä laukaisevia tekijöitä. Ympäristön tulee olla muistisairaalle tarpeet sekä sairauden asettamat haasteet huomioiva, kodikas sekä rakenteeltaan selkeä. (Eloniemi-Sulkava 2010.) Käyttösoireita voi laukaista myös epäasianmukainen ja epäkunnioittava käytös sairastunutta kohtaan (Sulkava 2009). Käyttösoireet ovat merkittävä tekijä sairastuneen kotona asumiseen vaikuttavista tekijöistä. Kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään auttamalla omaisia ymmärtämään muistisairaalle käyttösoireita sekä löytämään ratkaisukeinoja vaikeisiin tilanteisiin. Omaisten fyysisestä ja psyykkisestä jaksamisesta tulee huolehtia ja heidän tulee saada riittävästi tietoa ja tukea. Myös hoitohenkilökuntaa tulee kouluttaa käyttösoireisen potilaan hoitoon. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Käyttösoireita hoidetaan psyykenlääkkeillä, esimerkiksi masennuslääkkeillä tai bentsodiatsepiineilla. Yleisimmät muistisairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet auttavat myös käyttösoireisiin. Psyykenlääkkeitä tulisi käyttää pieninä annoksina eikä kuutta viikkoa pidempään. Niillä pyritään hoitamaan muun muassa levottomuutta ja aggressiivisuutta. Monet muistisairautta sairastavat kärsivät myös masennuksesta, jonka hoitoon käytetään depressiolääkkeitä. Atyyppisiä psykoosilääkkeitä, kuten risperidonia, voidaan käyttää silloin, kun muut hoitokeinot eivät auta. (Sulkava 2009.)

2.4 Muistisairauksien hoito

Muistisairauden varhainen diagnoosi on edellytys toimintakykyä ylläpitävän lääkityksen aikaiselle aloittamiselle sekä kuntoutuksen ja hoidon aloitukselle varhaisessa vaiheessa. Muistisairauksia hoidetaan lääkehoidolla ja lääkkeettömin keinoin. Lääkkeillä pyritään ehkäisemään taudin etenemistä ja ylläpitämään toimintakykyä. Lääkehoidon on huomattu parantavan toimintakykyä, vireystilaa ja muistia. (Högström & Granö 2009.)

Muistisairauksien lääkehoitona käytetään pääasiallisesti asetyylikoliiniesteraasin estäjiä eli AKE-estäjiä sekä memantiinia. Lääkehoidon ensisijaisina tavoitteina ovat potilaan kognition ja omatoimisuuden ylläpitäminen, tilan vakiinnuttaminen ja käyttösoireiden lievittäminen. AKE-estäjät edistävät kolinergisen järjestelmän toimintaa. Käytössä on kolme lääkettä: donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. AKE-estäjiä käytetään lievän tai keskivaikean dementian hoitoon. Haittavaikutukset ovat pääasias-

sa kolinergisiä, kuten pahoinvointi, oksentelu ja päänsärky. Memantiini on antiglutamaatti ja sitä käytetään kohtalaisen tai vaikean Alzheimerin taudin hoitoon. (Käypä hoito -suositus 2010a.)

Lääkkeiden käyttö muistisairauden hoidossa ei kuitenkaan poista lääkkeettömän hoidon tarvetta, vaan lääkkeettömiä hoitokeinoja on syytä käyttää lääkityksen rinnalla. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat osittain samoja kuin keinot muistisairauden ennaltaehkäisyssäkin. Elämäntavat ovat osa kuntouttavaa hoitoa. Elämäntavoilla, ruokavalioilla ja liikunnalla on tärkeä merkitys muistisairauden riskitekijöiden, kuten korkean verenpaineen ja korkean kolesterolin, ennaltaehkäisyssä. Myös liikunnan vähäisyys, lyhyt koulutus, masennus sekä passiivinen elämänsäsenne lisäävät muistisairauteen sairastumisen vaaraa. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat toimintakykyyn laskevasti, joten niiden ennaltaehkäisy on tärkeää, ettei toimintakyvyn lasku estä kuntoutusprosessia. Aivoverenkiertohäiriöitä voidaan ehkäistä välttämällä hypertoniaa, hyperkolesterolemiaa sekä diabetesta. Liikunnan avulla voidaan ehkäistä liikkumisen ja tasapainon heikkenemistä, jotka vaikuttavat esimerkiksi lonkkamurtumien syntyyn. Myös D-vitamiinilisä on muistisairaalle hyödyllinen, koska se ehkäisee yhdessä kalsiumin kanssa luuston haurastumista ja sitä kautta kuntoutusta estävien murtumien syntyä. (Heimonen & Voutilainen 2004, 101 - 102.)

2.5 Muistisairauksien riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Muistisairauksien puhkeamiseen vaikuttavat korkea ikä, perintötekijät, elämäntavat, liikunta- ja ruokailutottumukset sekä sosiaalinen aktiivisuus (Alhainen 2004). Tärkeimmät Alzheimerin taudin riskitekijät ovat korkea ikä ja taudin esiintyminen lähisuussa. Korkean iän vaikutusta sairastumiseen voi selittää sillä, että eri riskitekijöiden vaikutukset kumuloituvat eli kertyvät ihmisen eliniän aikana. Alzheimer-potilaista joka kolmannella on suvussaan muitakin muistisairaustapauksia. Siihen voi vaikuttaa sekä yhteiset geeni- että ympäristötekijät. Suurin riskiä lisäävä geeni on ApoE-ε4-alleeli. Vaskulaarisia riskitekijöitä ovat korkea verenpaine, kohonnut kolesteroliarvot, ylipaino sekä heikentynyt glukoosin sietokyky ja diabetes. (Soininen & Kivipelto 2010, 448 - 453.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisystä on alettu puhua vasta 2000-luvulla. Ennaltaehkäisyllä voidaan muistioireiden ilmaantumista siirtää jopa 3-5 vuodella. Liikunta, mo-

nipuolinen ravinto, päihteiden käytön rajoittaminen, aivoja virkistävät harrastukset sekä sosiaaliset verkostot auttavat ehkäisemään muistisairauksia. Monipuolinen, runsaasti kasviksia ja kalanrasvoja sisältävä sekä vähäkalorinen ruoka ehkäisee esimerkiksi Alzheimerin tautia. Kasviksista, hedelmistä ja marjoista saatavat antioksidantit suojaavat muistisairauksilta. Myös C-vitamiinin on todettu vähentävän vaskulaaristen muistisairauksien syntymistä. Runsaan tyydyttyneen rasvan saanti sekä suuri kalori-määrä voivat lisätä Alzheimerin tautiin sairastumisen riskiä, koska korkea ravinnosta saatava rasvamäärä lisää beta-amyloidivalkeaisen kertymistä aivoihin, mikä johtaa hermoratojen katkeamiseen ja sitä kautta hermosolujen kuolemaan. Kalasta saatavat rasvahapot, etenkin omega-3-rasvahapot, vähentävät vaskulaarisiin demencioihin sairastumisen riskiä, koska ne auttavat ehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksia. Myös suomalaisesta rypsiöljystä saatavalla alfa-linoleenihapolla on samankaltainen vaikutus. Joissain tutkimuksissa on huomattu myös yhteys E-vitamiinin ja Alzheimerin taudin ehkäisyn välillä. Foolihappo, B₁₂-vitamiini ja B₆-vitamiini nostavat plasman homokysteiniipitoisuutta, jolla on huomattu olevan ehkäisevä vaikutus Alzheimerin taudin sekä sydän- ja verisuonisairauksien esiintymiseen. (Alhainen 2004.)

Runsaan alkoholin käytön on todettu lisäävän muistisairauden riskiä. Soininen ja Kivipelto (2010, 452) kuvaavat kuitenkin, että useissa tutkimuksissa on havaittu alkoholin kohtuukäytön olevan yhteydessä pienentyneeseen Alzheimerin taudin vaaraan. Alkoholia käyttämättömiä henkilöitä ei kuitenkaan kannusteta alkoholin käyttöön. Uusimpien tutkimusten perusteella voidaan todeta tupakoinnin lisäävän muistisairausoireita, vaikka 1990-luvulla onkin saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia aiheesta. Muita muistisairauden riskiä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa pään vammat ja sosiaalisen vuorovaikutuksen vähäisyys. (Soininen & Kivipelto 2010, 448 - 453.)

3 TOIMINTAKYKY

Heimosen ja Voutilaisen (2006, 24) mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että ”ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää”. Toimintakyky käsitteenä liittyy hyvinvointiin, ja se voidaan määrittää voimavaralähtöisesti, todettuna toiminnan vajeina tai jäljellä olevan toimintakyvyn tasona.

Ihmisen toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä näkökulmasta. Lisäksi voidaan eritellä kognitiivinen toimintakyky, joka on joissain lähteissä liitetty joko sosiaaliseen tai psyykkiseen toimintakykyyn. (Pirttilä 2004, 242.) Me päätimme tutkimuksessamme tarkastella kognitiivista toimintakykyä omana osa-alueenaan, koska kognitiiviset toiminnot ovat olennainen osa muistisairaana toimintakykyä ja ne vaikuttavat muihin toimintakyvyn osa-alueisiin.

Toimintakykyyn vaikuttavat ihmisen ominaisuudet ja terveys sekä ympäristön asettamat vaatimukset. Muistisairaana yksilön toimintakykyyn vaikuttavat sairauden aiheuttama muistin heikkeneminen sekä muiden tiedonkäsittelyn alueiden heikentyminen. Jo lievä kognitiivinen alenema vaikuttaa toimintakykyyn tehtävissä, joiden suorittaminen vaatii ongelmanratkaisu- ja harkintakykyä sekä suunnitelmallisuutta tai toimintasuunnitelman nopeaa muutosta. (Pirttilä 2004, 242.) Se rajoittaa henkilön toimintaa ja vaikeuttaa tilanteiden hallintaa sekä ympäristön hahmottamista. Kun arjesta selviytyminen tuottaa vaikeuksia, se voi johtaa yksilön syrjäytymiseen sekä sosiaalisten suhteiden rajoittumiseen. (Heimonen & Voutilainen 2004, 86 - 87.) Toimintakyvyn eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa: jos yhden osa-alueen toiminnot kärsivät, sillä on vaikutusta toimintakykyyn myös kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi fyysinen toimintakyky edellyttää psyykkistä hyvinvointia ja psyykinen toimintakyky vaikuttaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Laaksonen 2006, 6.)

3.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa yksilön taitoja selviytyä itsenäisesti arjen päivittäisistä toiminnoista, työstä sekä vapaa-ajasta. Se tarkoittaa myös liikuntakykyä, yleiskestävyyttä, lihaskuntoa, liikkeen hallintaa, kipua sekä sairauden aiheuttamia rajoitteita. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat aistitoimintojen ja lihaskunnon sekä liikuntakyvyn heikkeneminen sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Fyysiseen toimintakykyyn liittyy myös riittävän hyvä ravitsemustila, joka on tärkeää muun muassa lihasten toiminnalle. Myös lääkityksen ja lääkkeiden yhteisvaikutusten merkitys toimintakyvyn heikentymiselle on huomioitava. (Suontaka-Jamalainen 2011, 7; Laaksonen 2006, 4 - 5.) Yksi toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön tavoitteista on ihmisen fyysisten toimintojen ylläpitäminen mahdollisimman pitkään. Käytännön esimerkkejä tästä ovat potilaan ohjaaminen itsenäiseen ruokailuun sekä hygieniakäyttäytymiseen. (Heimonen & Voutilainen 2004, 11.)

3.2 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky sisältää toiminnan ja kyvyn olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Heimonen & Voutilainen 2006, 25). Sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisista taidoista ja sosiaalisesta toiminnasta. Yksilön tulee selviytyä vuorovaikutustilanteista, sekä hänellä tulee olla tiedollisia sekä tunneperäisiä valmiuksia. Muistisairauden lisäksi sosiaalista toimintakykyä voivat rajoittaa elämäkokemukset, sosiaalinen asema, elämänpiiri ja terveydentila. Sosiaalinen verkosto on tärkeä sosiaalisen toimintakyvyn ylläpidossa sekä ikääntyneen identiteetin muodostukselle. Se muodostuu perheestä, sukulaisista, ystävistä ja muista elämänpiirissä olevista henkilöistä. (Laaksonen 2006, 6 - 7.) Sosiaalisten suhteiden lisäksi toimintakykyyn kuuluvat harrastukset, jotka voivat tapahtua joko yksin tai muiden ihmisten kanssa tai kotona tai kodin ulkopuolella. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön sosiaalisesta näkökulmasta muistisairaana henkilön sosiaalista asemaa on ylläpidettävä. Hänen yksityisyyttään ja arvojaan tulee kunnioittaa, häntä tulee kohdella tasavertaisena aikuisena, ja hänen hoitoaan tulee toteuttaa ammattitaitoinen ja asiaan perehtynyt henkilökunta. Toimintakykyä ylläpitävän ympäristön tulisi olla turvallinen, rauhoittava ja virikkeellinen. Tilojen tulee olla tunnistettavat ja selkeät, eikä niissä tulisi tehdä merkittäviä muutoksia lyhyen aikavälin sisällä. Rauhoittavaa ilmapiiriä luovat esimerkiksi tietäntyyppinen valaistus sekä materiaalit ja hoitohenkilökunnan käyttäytyminen. (Heimonen & Voutilainen 2004, 87.) Ann-Marie Rydhol-Hedmanin ja Margareta Grafströmin (2000) tutkimuksesta demen-toituneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksesta käy ilmi, että potilaan asumismuodolla on merkitystä ja että potilaiden omaiset haluaisivat enemmän vaikuttaa potilaan asumiseen sekä siihen, millaisia palveluja he saavat.

3.3 Psykkinen toimintakyky

Psyykkisestä näkökulmasta tarkasteltuna toimintakyky sisältää persoonallisuuden, tunteiden käsittelyn ja ilmaisun, käytösoireet, henkilön mielialan, mielenterveyden sairaudet ja häiriöt, psyykkiset voimavarat ja kestävyys, selviytymisstrategiat sekä turvallisuuden (Suontaka-Jamalainen 2011, 7). Yksilön kyky tuntea, kokea ja muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta voi olla heikentynyt. Ihmisen psyykinen

toimintakyky on aina subjektiivinen kokemus, ja siihen vaikuttavat elinympäristö ja elämäkokemukset. (Laaksonen 2006, 5 - 6.)

3.4 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky on myös tärkeää huomioida muistisairaahan hoidossa. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat päättely-, muisti-, kielelliset, visuaaliset ja motoriset toiminnot. Ikääntyessä muisti heikkenee, uusien asioiden oppiminen vaikeutuu ja muistiin palauttaminen hankaloituu. Koska muistisairas on herkkä ympäristön muutoksille ja ärsykeille, kognitiiviset muutokset tulevat helpommin esille vieraassa ympäristössä. Toiminnanohjaukseen kuuluvat vaikeudet tulevat usein esiin muistisairauden alkuvaiheissa. Toiminnanohjaus tarkoittaa yksilön kykyä asettaa toiminnalleen tavoitteita ja kykyä saavuttaa ne. (Suontaka-Jamalainen 2011, 8.)

3.5 Muistisairauden vaikutuksia toimintakykyyn

Muistisairaus vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn riippuen siitä, mistä muistisairaudesta on kyse. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa ilmenee erityisesti ongelmia lähimuistissa ja uudelleen oppimisessa. Toiminnanohjaus hidastuu ja keskittymiskyky heikkenee, ja niistä voi seurata ongelmia muun muassa harrastuksissa sekä rahankäytössä. Sairauden eteneminen voi olla hidasta, toimintakyky heikkenee asteittain, ja se vaikuttaa arjesta selviytymiseen. Sairauden edetessä ilmenee puheen tuottamisen vaikeuksia sekä hahmotusvaikeuksia. Lisäksi sairaudentunto voi olla heikentynyt. Alzheimerin taudin ollessa vaikeassa vaiheessa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuvat. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 129 - 130.)

Fyysisiä muutoksia alkaa yleensä ilmetä vasta sairauden keskivaikeassa vaiheessa. Tyypillisimpiä oireita ovat kaatuilu, tasapaino- ja kävelyvaikeudet sekä verenpaineen lasku ja ortostaattinen huimaus. Ryhti muuttuu vähitellen kyfoottiseksi eli kyömyselkäiseksi, ja asento muuttuu etukumaraksi lonkkien ja polvien koukistuessa sekä nilkkojen liikkuvuuden vähentyessä. Myös muiden nivelten liikkuvuus vähenee, sekä varjalan kierto ja notkeus vähenevät. Lisäksi asento kallistuu usein taakse tai sivulle, mikä vaikuttaa tasapainoon heikentävästi. Taudin edetessä kävely muuttuu töpöttäväksi; askel lyhenee, jalat laahaavat lattiaa ja liikkuminen on hidasta. Usein myös liikkumi-

sen pelko kasvaa. Tahdonalaisten liikkeiden suorittaminen sekä ympäristön hahmottaminen vaikeutuvat. (Heimonen & Voutilainen 2004, 48 - 49.)

Vaskulaaristen muistisairauksien vaikutukset toimintakykyyn riippuvat vaurioiden sijainnista ja laajuudesta. Sairauden alkuvaiheessa fyysiset oireet ovat merkittävämpiä kuin muistin ja toiminnan häiriöt. Erityisesti vaikutuksia näkyy kävelyssä ja tasapainossa. Kävely on rytmittömää, kömpelöä ja jalat tarrautuvat lattiaan. Liikkeissä on puolleroja, ja lihasten ja kehon hallinta hankaloituu. (Heimonen & Voutilainen 2004, 49.) Taudin varhaisia kognitiivisia oireita ovat toiminnanohjauksen ja muistin heikentyminen, puheentuottamisen ja -ymmärtämisen vaikeus ja hahmottamisvaikeus (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 148).

Myös Lewyn kappale -tauti vaikuttaa alkuvaiheessa fyysisiin toimintoihin. Tyypillisiä oireita ovat Parkinsonin taudissakin ilmenevät ekstrapyramidaalioireet eli vapina, jäykkyys ja laahaava kävely. Oireiden laatu voi vaihdella jopa päivittäin. (Heimonen & Voutilainen 2004, 50.) Lewyn kappale -taudille on ominaista kognitiivisten oireiden vaihtelu. Niitä ovat tarkkaavuuden ja hahmotuskyvyn heikkeneminen. Muistin ja kielellisten toimintojen heikentyminen ei ole yhtä voimakasta kuin Alzheimerin taudissa. (Rinne 2010, 162 - 163.)

Otsa-ohimolohkorappeudessa esiintyviä fyysisiä vaikutuksia voivat olla ekstrapyramidaalioireet, kuten kävelyvaikeudet ja lihasjäykkyys. Muita vaikutuksia toimintakykyyn ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, muun muassa keskittymiskyvyn heikkeneminen, aloitekyvyttömyys, apaattisuus sekä estottomuus ja tahdittoisuus. Oireet etenevät hitaasti, mutta sosiaalinen käyttäytyminen muuttuu ja sairautentunto heikentyy jo varhaisessa vaiheessa. (Rinne & Remes 2010, 167.)

3.6 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnissa tulee käyttää hyödyksi arviointiin suunniteltuja toimintakykymittareita, joilla arvioidaan joko yhtä tai useampaa toimintakyvyn osa-aluetta. Toimintakyvyn arviointi vaatii ammatillista asiantuntemusta sekä monialaista osaamista. Toimintakykymittareiden lisäksi arvioinnissa käytetään apuna keskustelua muistisairaahan henkilön ja hänen omaisensa kanssa, havainnointia päivittäisistä toimin-

noista selviytymisessä ja ympäristön vaikutusten kartoittamista. (Heimonen & Voutilainen 2006, 29.)

Mittareiden avulla pyritään selvittämään yksilön kykyä selviytyä päivittäisistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista toiminnoista. Muistisairaana sairaskertomukseen tulee kirjata potilaan tilan vaikeusaste sekä älyllinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyvyn arviointi on tärkeää, kun halutaan selvittää muistisairauden etenemistä, suunnitella ja arvioida hoitoa sekä sen vaikuttavuutta ja suunnitella tukitoimia, sosiaalisia ja taloudellisia tukia sekä avuntarvetta. Toimintakykyä arvioidessa tulee muistaa huomioida myös toimintakykyyn vaikuttavat psyykkiset tekijät ja käytöshäiriöt, esimerkiksi depressio ja unihäiriöt tai poikkeava motorinen käytös. Toimintakyvyn arviointia voivat suorittaa eri henkilöt, jotta tuloksista saataisiin vertailukelpoisia. Lisäksi on hyvä käyttää standardisoituja mittareita, joiden valintaan on hyvä käyttää moniammatillista työryhmää. (Pirttilä 2004, 242 - 243; Heimonen & Voutilainen 2006, 29.)

Toimintakykyä voidaan arvioida erilaisten mittareiden, kuten CDR-mittarin, Mini Mental -testin (MMSE) ja CERAD-tehtäväsarjan avulla. Nämä mittarit eivät yksinään riitä toimintakyvyn arvioinnissa, vaan niitä on hyvä käyttää yhdessä, jotta saadaan luotettavampia tuloksia. CDR-mittarissa saadaan yleiskäsitys potilaan toimintakyvystä, ja sillä pystytään arvioimaan sairauden vaikeusastetta ja hoidon vaikuttavuutta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 32.) Siinä arvioidaan potilaan toimintakykyä kuudella eri osa-alueella: muisti, orientaatio, yhteisölliset toiminnat, arvostelukyky, koti ja harrastukset sekä itsestä huolehtiminen. Älyllisen toimintakyvyn arvioinnissa käytetyin mittari on Mini Mental -testi (MMSE). Tämä testi yksinään ei anna tarpeeksi kattavaa tulosta, koska siinä on suppea kysymyssarja ja tuloksiin vaikuttavat suuresti ikä, koulutustaso sekä kielellinen kyky. Alkavassa muistisairaudessa sen antamat tulokset ovat usein epäherkkiä. CERAD-tehtäväsarja on laajempi, ja se on käytössä erityisesti lievempien tautitapausten tunnistuksessa. Toimintakykyä arviotaessa käytetään mittareiden lisäksi myös omaisten haastattelua. Haastattelun avulla selvitetään sosiaalista toimintakykyä sekä esimerkiksi sosiaalisten ja arkielämän taitojen hallintaa sekä niissä tapahtuneita muutoksia ja avuntarvetta. (Pirttilä 2004, 242 - 243.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia arviointiasteikoita muistisairauden vaikeusasteen mukaan. Vanhin käytössä olevista on Katzin ADL (Activities

of Daily Living). Siinä arvioidaan ja pisteytetään päivittäisistä toiminnoista suoriutumista sekä avun tarvetta. Brodyn IADL (Instrumental Activities of Daily Living) kuvaa apuvälineiden käytön tarvetta arjen toiminnoissa. Nämä soveltuvat parhaiten käytettäväksi lievässä ja keskivaikeassa dementiaassa. Myös Barthelin indeksin avulla voidaan määrittellä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. ADCS-ADL-arviointiasteikko (Alzheimers Disease Cooperative Studyactivities of Daily Living Inventory) sisältää päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen sekä avun, apuvälineiden ja toiminnanohjauksen tarpeen. Tämä arviointiasteikko soveltuu hyvin myös lievää muistisairautta sairastavan toimintakyvyn arviointiin. Vaikeaa muistisairautta sairastavan toimintakyvyn arviointiin on kehitetty GDS-FAST-asteikko (Functional Assessment Staging), jossa mitataan puhetta, seisomista ja istumista. (Pirttilä 2004, 243 - 244; Heimonen & Voutilainen 2006, 31.)

RAVA-toimintakykymittarin avulla arvioidaan asiakkaan avuntarvetta. Mittarissa on 12 osiota, joissa arvioidaan näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, rakon ja suolen toimintaa, syömistä, lääkehoitoa, pukeutumista, peseytymistä, muistia ja psyykeä/käytöstä. Näiden perusteella asiakkaalle määritetään RAVA-indeksi. Mittaria voidaan käyttää kotona, palvelutalossa tai laitoksessa. (Finnish Consulting Group 2008.) RAI-arviointijärjestelmää käytetään hoidon laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten arvioinnissa sekä hoitosuunnitelmien laatimisen apuvälineenä. Siinä on 18 eri osaluuetta, joista kerätään tietoa itse asiakkaalta sekä eri dokumenteista. (Finne-Soveri ym. 2001.)

4 KUNTOUTTAVA TYÖOTE

4.1 Kuntoutus muistisairauksissa

Kuntoutuksella tarkoitetaan niitä toimenpiteitä ja toimia, joilla pyritään tukemaan ihmisen toimintakykyä ja omatoimisuutta. Kuntoutus lähtee potilaasta itsestään sekä tämän arvoista ja omista tottumuksista. (Atula 2011.) Vähäkangas ym. (2006) ovat tutkineet pitkäaikaista kuntouttavaa hoitoa tutkimuksessaan ”Provision of Rehabilitation Nursing in Long-term Care Facilities”. Heidän mukaansa kuntoutuja, jolla on enemmän potentiaalia kuntoutua, saa osakseen enemmän kuntouttavaa hoitoa. Edellytys kuntoutuksen onnistumiselle on, että kuntoutus etenee potilaan omilla ehdoilla, koska oma halu ja kyky toimia ovat tärkeitä. Sairastuneen kotona asumista tuetaan

mahdollisimman pitkään, mutta suurelle osalle sairastuneista laitoshoido tulee jossain vaiheessa kyseeseen. Hoitohenkilökunnan sekä omaisten ja läheisten tuen merkitys korostuu silloin, kun sairaus vähentää oma-aloitteisuutta. (Atula 2011.)

Muistisairaahan kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista toimintaa. Siihen kuuluu toimintoja, jotka parantavat sairastuneen voimavaroja, omatoimisuutta ja hallinnantunnetta. Kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan kuntoutujan mahdollisuuksia elää ja osallistua mahdollisimman omatoimisesti toimintoihin sairaudesta huolimatta. (Pirttilä ym. 2007, 321.) Muistisairauksissa kaikenlainen toimeliaisuus pitää yllä toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä ehkäisee muistin heikentymistä. Kuntoutuksella pyritään mahdollisimman hyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn sairaudesta huolimatta ja lisäämään hallinnan tunnetta sekä muistisairaahan omia voimavaroja. Paras tulos kuntoutuksessa saavutetaan, kun kuntoutuminen otetaan osaksi arkipäivää. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen mahdollisimman omatoimisesti on osa kuntoutusta. (Högström & Granö 2009, 4.)

Muistisairaajat hyötyvät itselleen mielekkäiden asioiden tekemisestä. Harrastuksia kannattaa jatkaa omien voimavarojen mukaan muistisairaudesta huolimatta. Ystävyyssuhteiden ylläpitäminen sekä sosiaaliset suhteet ylläpitävät toimintakykyä. Kanssakäyminen voi olla myös hyvää aivojumppaa: valokuvien katselu, muistelu ja musiikin kuuntelu aktivoivat aivoja. Myös liikunta auttaa toimintakyvyn säilyttämisessä, erityisesti tasapaino- ja lihaskuntoharjoittelu. Liikunnankin tulee olla mielekästä ja osa arkea. Sitä tulisi harrastaa 3–5 kertaa viikossa yhteensä puoli tuntia päivässä. Liikunta voi olla myös hyötyliikuntaa, ja sitä voi tehdä ystävien kanssa. (Högström & Granö 2009, 7 - 8.)

4.2 Kuntoutuksen tavoitteet

Muistisairaahan kuntoutuksen päätavoitteena on toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen sekä elämänhallinnan lisääminen. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten sairauden tyyppi ja oirekuva sekä sairastuneen persoonallisuus ja elämäntilanne. Kuntoutuksen on oltava yksilöllistä ja oikea-aikaista. (Heimonen & Voutilainen 2004, 12.) Kuntoutuksen tavoitteet tulee suhteuttaa sairauden eri vaiheisiin (Atula 2011).

Kun muistisairaus on **lievässä vaiheessa**, pyritään jatkamaan elämää entiseen tapaan. Pidetään kiinni mielekkäistä harrastuksista ja toiminnoista, esimerkiksi kannustetaan liikunnalliseen aktiivisuuteen. Sosiaalinen kanssakäyminen on merkittävää toimintakyvyn ja muistin ylläpitämisen kannalta. On tärkeää ylläpitää omatoimisuutta pyrkimällä suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Muistiharjoitteet ja aivojen aktivoiminen ovat osa muistikuntoutusta ja hidastavat tiedonkäsittelyn heikentymistä. Hyviä muistiharjoitteita ovat muun muassa muistelu, sanaleikit ja muistipelit. Muistin alkaessa heiketä on tärkeää ottaa käyttöön muistivinkit, muistisäännöt sekä muut muistamisen apuvälineet. (Atula 2011.) Lisäksi tulee pyrkiä huomioimaan heikkenevät kyvyt ja kehittämään uusia toimintatapoja korvaamaan tai tukemaan niitä (Heimonen & Voutilainen 2004, 13).

Sairauden ollessa **keskivaikeassa vaiheessa** omatoimisuutta ja sosiaalisia suhteita tuetaan sairastuneen toimintakyvyn mukaan. Tässä vaiheessa liikuntakyky alkaa usein myös heikentyä, joten sitä on ylläpidettävä erityisesti tasapaino- ja lihaskuntoharjoitteilla. Liikunnan vähäisyyden on huomattu olevan yhteydessä käytösoireiden lisääntymiseen. Onnistumisen kokemukset lisäävät motivaatiota ja tukevat sairastuneen itsetuntoa. Sairastuminen ja oman toimintakyvyn heikkeneminen voivat heikentää itsetuntoa, joten sen tukeminen on tärkeää. Sairauden edetessä omaisen rooli kasvaa ja on raskasta huomata, kuinka läheinen muuttuu sairauden myötä. On tärkeää huomioida läheisen jaksaminen, ja hänen tulisi saada tukea. (Atula 2011.)

Taudin ollessa **vaikeassa vaiheessa** liikuntakyky heikkenee usein edelleen. Jäljellä olevaa liikuntakykyä tulee tukea ja käyttää apuvälineitä, kuten rollaattoria tai kääntölevyä. (Atula 2011.) Liikuntakykyä tukemalla ehkäistään lisäongelmien syntymistä, esimerkiksi lonkkamurtumiin johtavia kaatumisia (Heimonen & Voutilainen 2004, 13). Säilyneitä toimintoja pyritään tukemaan esimerkiksi antamalla muistisairaalle osallistua toimintakykynsä mukaan peseytymiseen ja ruokailuun. Vaikeassa taudinkuvassa käytösoireet lisääntyvät ja läikehoitoa joudutaan usein muuttamaan. Muistisairauden oireisiin kuuluu kognitiivisten toimintojen heikentyminen. Sairastuneella on usein vaikeuksia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, jolloin täytyy keksiä uusia keinoja tukemaan hänen ilmaisukykyään. (Atula 2011.)

4.3 Kuntouttava työote

Kuntouttavalla työotteella hoitotyössä pyritään toimintakyvyn ylläpitämiseen ja keskeistä on ehkäisevä sekä aktiivinen ote kaikessa hoitamisessa ja palveluissa. Sillä pyritään tukemaan asiakkaan päivittäisistä toiminnoista, kuten siistiytymisestä, kävelemisestä, pukeutumisesta ja ruokailusta selviytymistä. (Kähkönen 2010, 12.) Kuntouttavassa työotteessa korostuvia periaatteita ovat itsenäisyyden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, jäljellä olevien voimavarojen tukeminen ja hyödyntäminen, voimavarojen tunnistaminen ja käyttäminen sekä hoitotyön suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja systemaattisuus. Muistisairaana itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, koska ihmisen pyrkimys säilyttää itsenäisyytensä säilyy läpi koko elämän. (Heimonen & Voutilainen 1998, 13 - 14.) Muistisairauteen sairastuminen aiheuttaa herkästi huonommuuden tunteita, koska se heikentää selviytymiskykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Siksi on tärkeää tukea elämän jatkuvuuden tunnetta antamalla sairastuneelle mahdollisuuksia elää omaa elämäänsä haluamallaan tavalla. (Heimonen & Voutilainen 2006, 60.)

Käytännössä kuntouttava työote tarkoittaa sitä, että muistisairasta motivoidaan ja ohjataan tekemään itse kaikki se, mihin hän pystyy, kunnioittaen kuitenkin hänen omaa kokemustaan voimavaroistaan ja kyvyistään. Kuntouttavan työotteen toteutuminen vaatii tavoitteellista tiimityötä, jossa eri moniammatilliset ryhmät toimivat yhdessä. Kuntouttava työote tulee näkyä hoitajan kaikissa toimissa ja olla jatkuvaa sekä sitoutunutta. (Heimonen & Voutilainen 1998, 13 - 14.) Hoitoympäristö pyritään tekemään mahdollisimman hyvin oma-toimisuutta tukevaksi ja myös virikkeelliseksi. Asuinympäristön tulisi olla esteetön ja toimiva. (Heimonen & Voutilainen 2006, 28.) Tarvittavien apuvälineiden saatavuudesta täytyy huolehtia. Sopivien apuvälineiden avulla edistetään kuntoutumisprosessia sekä tuodaan kuntoutujalle elämisentaitoja ja selviytymiskeinoja. (Kettunen ym. 2002, 230.)

4.3.1 Hoitajan rooli kuntoutuksessa

Hoitajan rooli kuntoutumisen toteutumisessa on merkittävä, koska hoitaja on läsnä kaikissa hoitotilanteissa ja voi siten toteuttaa kuntouttavaa työotetta jatkuvasti. Laitoshoidossa henkilökunnalla tulee olla riittävät valmiudet tukea kuntoutumista, ja kuntouttavan työotteen tulisi näkyä kaikessa toiminnassa. (Sulkava 2009.)

Kuntoutuksessa voidaan käyttää erilaisia toimintamalleja. Hallitsevana toimintamallina on pitkään pidetty kliinistä toimintamallia, jossa asiakas käsitetään toiminnan eli kuntoutuksen kohteena ja tällä on passiivinen rooli. Hoitaja taas on asiantuntija, joka arvioi, tutkii ja antaa ohjeita. Tässä toimintamallissa vuorovaikutus jää usein yksipuoliseksi ja hoitosuhde on eriarvoinen. Kliinisellä mallilla pyritään asiakkaan ongelmien käsittelyyn ja hoitamiseen sekä myös sopeuttamaan yksilö terveydentilansa muutoksiin, mikä johtaa usein opittuun avuttomuuteen. (Kettunen ym. 2002, 40.)

Viime aikoina on kuitenkin noussut esille myös kuntoutujakeskeinen toimintamalli, jossa keskeistä on kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutujan mahdollisuus vaikuttaa kuntoutukseen. Kuntoutujakeskeinen malli on olennainen osa kuntouttavan työotteen käyttöä. Siinä kuntoutujalla on aktiivisempi rooli ja hän osallistuu itse päätöksentekoon. Hoitajan rooli on tuoda esille mahdollisuuksia ja tukea päätöksentekoa. Hoitosuhde on luonteeltaan tasa-arvoinen, ja se tukee asiakkaan itsenäisyyttä. Mallilla pyritään kehittämään voimavaroja sekä tekemään fyysinen ja sosiaalinen ympäristö esteettömäksi. (Kettunen ym. 2002, 40.)

Kuntoutumista edistävää työtettä voidaan toteuttaa käyttämällä toimija-toimijamallia, jossa sekä potilas että hoitaja ovat toimijoita. Mallin toteutuminen edellyttää hoitajilta toiminnan erityisluonteen sisäistämistä ja sitoutumista sen toteuttamiseen. Myös potilaan toiveet ja odotukset tulee huomioida, ja potilaan tulee olla aktiivinen osallistuja kuntoutusprosessissa. (Turja ym. 2006, 5.)

Muistisairaiden hoitaminen on usein hyvin raskasta, joten hoitajat tarvitsevat paljon koulutusta ja tukea selviytyäkseen haastavasta työstään. Työssä tarvitaan luovuutta, ongelmanratkaisukykyä sekä kykyä tunnistaa hoitotyön haasteet. Hoidon tarpeen ja sen vaikuttavuuden arviointi vaatii ammattitaitoa sekä jatkuvaa kouluttautumista. (Koponen & Saarela 2010, 490.) Kuntoutumiseen vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan riittävä määrä. Kiire on usein syy siihen, miksi asiat tehdään potilaan puolesta. (Mikkonen 2011.)

Kohdattaessa muistisairas potilas on muistettava kohtelias, kunnioittava ja arvostava kohtelu. Hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa ja elämänlaatuaan ylläpitää, vaikka sairaus olisikin vaikeassa vaiheessa. Potilasta ja hänen omaisiaan täytyy kuun-

nella, ja potilaan elämänhistoriaa sekä hänelle tärkeitä asioita kunnioittaa. Muistisairaahan oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu on myös olennaista. Lisäksi inhimillisuus ja yksilöllisyys ovat tärkeitä arvoja muistisairaahan hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2010b.)

Muistisairauden edetessä sairastuneen avuntarve lisääntyy, jolloin hänen ja hoitajan välinen fyysinen vuorovaikutus lisääntyy. Siihen kuuluu aina fyysinen kosketus. Hoitaja esimerkiksi auttaa peseytymisessä ja pukeutumisessa, jolloin fyysinen kosketus lisääntyy. Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen reviirinsä, jolle hän päästää toisen ihmisen, ja muistisairaahan voi olla vaikea ymmärtää vieraan ihmisen läheisyys. Tällöin korostuu luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jonka saavuttamista edistää luottamusta herättävä käyttäytyminen, kuten katsekontakti sekä rauhallinen lähestyminen ja puhe. (Heimonen & Voutilainen 1998, 171 - 173.)

Hoitajan tulee myös muistaa huolehtia sairastuneen muusta terveydestä ja somaattisista sairauksista, kuten sydän- ja verisuonisairauksista, tuki- ja liikuntaelinsairauksista, mielenterveyden häiriöistä, aliravitsemuksesta ja heikentyneestä aistitoiminnasta. Verenpaine- ja verensokeriarvojen tasapainosta on pidettävä huolta sekä riittävästä kivunhoidosta erityisesti nivelrikkopotilailta. Masennus ja unihäiriöt ovat muistisairailta tavallisia. (Viramo & Strandberg 2010, 498 - 500.) Hoitohenkilökunnan vastuulla on myös kuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttava kirjaaminen. Epäselvät tavoitteet ja hoitoon osallistuvien henkilöiden puutteellinen yhteistyö voivat johtaa siihen, että kuntoutuminen ei toteudu. Hoitohenkilökunnan täytyisi myös kirjata konkreettiset keinot, joilla asiakkaan toimintakykyä pidetään yllä. (Kähkönen 2010, 9 - 10.)

4.3.2 Omaisen rooli kuntoutuksessa

Omaisen rooli kuntoutumisessa on olennainen. Läheisiä tulee ohjata ja kannustaa osallistumaan muistisairaahan jokapäiväiseen kuntoutukseen sekä neuvoa antamaan tilaa sairastuneen jäljellä olevalle toimintakyvylle. Omaisen ei tule tehdä päivittäisiä askareita sairastuneen puolesta, vaan antaa tämän tehdä mahdollisimman paljon itse. Hoitajan tulee myös perustella omaisille toimintatapojaan sekä sitä, miksei tehdä asioita sairastuneen puolesta. (Högström & Granö, 2009, 11 - 12.) Yhteisistä toimintakykyä ylläpitävistä toimintatavoista on tärkeää sopia yhdessä hoitohenkilökunnan ja omaisten kesken, jotta turvataan kuntoutumisen jatkuvuus (Kähkönen 2010, 13).

Omainen voi tukea kuntoutuksen edistymistä siten, että hän huolehtii omien voimavarojen ylläpitämisestä muistamalla levätä ja pitämällä yllä muitakin ihmissuhteita ja sosiaalista verkostoaan. Hahmottamalla oman elämäntilanteensa omainen tietää omat resurssinsa ja voimavaransa kuntoutusprosessin jäsenenä. Omainen voi edistää kuntoutumista myötävaikuttamalla kuntoutusprosessissa. Se tarkoittaa, että omainen tuo esille oman näkemyksensä kuntoutuksen tavoitteesta, hyväksyy yhdessä asetetun tavoitteen, ottaa yhteyttä henkilökuntaan sekä keskustelee nykyhetkestä ja tulevaisuudesta. Omainen voi myös tukea potilasta tavoitteen saavuttamisessa kannustamalla häntä, käymällä hänen luonaan ja olemalla yhdessä hänen kanssaan sekä auttamalla päivittäisissä toiminnoissa. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39 - 41.) Läheisen kannustus ja rohkaisu luovat muistisairaalle tärkeitä onnistumisen kokemuksia (Högström & Granö 2009, 12).

Motivaatiota lisää myös viikko-ohjelma, jonka muistisairas ja läheinen voivat yhdessä laatia. Ammattihenkilöstö on apuna kuntoutusprosessissa. Potilas ja omainen voivat esimerkiksi osallistua kuntoutuskursseille, joilla saa sekä tietoa sairaudesta että vertaistukea. (Högström & Granö 2009, 11 - 12.)

4.3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillinen työryhmä koostuu yleensä muun muassa sairaanhoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista. (Kähkönen 2010, 12.) Jokainen eri ammattiryhmän edustaja tuo hyödynnettäväksi oman ammattitaitonsa, kokemuksensa ja tietonsa. Tavoitteet tulee olla yhdessä laadittuja ja hyväksytyjä, jotta saavutetaan halutut tulokset. Lisäksi vaaditaan, että arvostetaan kunkin tiiminjäsenen osuutta prosessissa. (Turja ym. 2006, 5.)

Fysioterapia muistisairaahan kuntoutuksessa on pitkäjänteistä, suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, ja sen tavoitteena on liikunta- ja toimintakyvyn parantaminen ja ylläpito. Prosessiin kuuluu toimintakyvyn arviointi, jäljellä olevien voimavarojen tunnistaminen, terapiassa käytettävien menetelmien määrittely ja toteutus sekä arviointi. Fysioterapiaa voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmäkuntoutuksena. (Heimonen & Voutilainen 2004, 48.)

4.4 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma

Muistisairaahan kuntoutus perustuu hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, joka on laadittu yhdessä sairastuneen, hänen omaistensa sekä moniammatillisen työryhmän kesken. Siihen kirjataan toimintakykyä ylläpitäviä aktiviteetteja ja toimintoja. Kuntoutussuunnitelman tavoitteena on ohjata ja neuvoa sairastunutta ja tämän omaisia omahoitoon sekä toimintakykyä ja elämänlaatua ylläpitävään toimintaan. (Högström & Granö 2009, 6.) Lisäksi tavoitteena on ennakoida laitoshoidon joutumisen riskit. Suunnitelma tarkistetaan säännöllisin väliajoin, ja siihen kirjataan myös lääkitys ja muiden sairauksien hoito. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan yksilöllisesti ja se perustuu sairastuneen tarpeisiin ja voimavaroihin. Siinä on myös arvio kuntoutuksen, apuvälineiden sekä etuisuuksien tarpeesta. Suunnitelmaa käytetään sekä avo- että laitoshoidossa. (Suhonen ym. 2008, 12, 14 - 15.)

4.5 Kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa Hoivakoti Onnissa

Kuntouttavalla lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan muistisairaiden hoitoon perehtynyttä hoivalaitosta, joka tarjoaa inhimillistä, monipuolista sekä yksilöllistä asiakasta aktiivista hoitomuotoa. Hoidon on tarkoitus tukea muistisairaahan itsenäisyyttä sekä kotihoitoa. Lyhytaikaishoidossa asiakas on vuoroin koti- ja laitoshoidossa esimerkiksi kahden viikon jaksoissa. Kuntouttavassa lyhytaikaishoidossa pyritään tunnistamaan muistisairaahan jäljellä olevat voimavarat sekä hyödyntämään niitä. Hoito pyritään suunnittelemaan jäljellä olevien voimavarojen mukaan. Tärkeä osa hoidossa on tukea muistisairaahan minäkäsitystä. Hoitokodin henkilökunnan tulee olla sisäistänyt kuntouttavan hoidon merkitys muistisairaahan terveydelle sekä myös häntä hoitavan omaisen jaksamiselle. (Heimonen ym. 2001, 10.)

Hoivakoti Onni on Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n alaisuudessa toimiva kymmenpaikkainen lyhytaikaista ja ympärivuorokautista hoivaa tarjoava hoivakoti. Asiakkaat tulevat Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalihoitajan kautta, joko omasta kodistaan suunnitellusti hoitajaksolle, Savonlinnan keskussairaalaan tai terveyskeskuksesta jatkohoitoon. (Seppänen 2011, 15.) Hoivakoti Onnin tarkoituksena on tuottaa palvelua, jolla tuetaan läheisten jaksamista sekä muistisairautta sairastavan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Toimintaa ohjaavia arvoja ovat yksilölli-

syys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, kiireettömyys sekä tasa-arvoisuus. Muistisairaahan tukeminen tapahtuu fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen kuntoutuksen ja hoivan avulla. (Hoivakoti Onni toimintakuvaus 2010.)

Hoitojaksot suunnitellaan yksilöllisesti jokaisen muistisairaahan perheen tarpeita vastaaviksi laatimalla hoito- ja palvelusuunnitelma, joka perustuu elämäntietojen ja voimavarojen kartoittamiseen. Kuntouttava hoitotyö sisältää erilaisia toimintatuokioita, kuten muistelua ja ulkoilua. Omaiset voivat myös olla yhteydessä hoivakotiin hoitojakson aikana ympäri vuorokauden. (Seppänen 2011, 15.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää kuntouttavan työotteen käyttöä lyhytaikaista hoivaa tarjoavassa Hoivakoti Onnissa Savonlinnassa. Kartoitamme, millaisissa tilanteissa hoivakodin työntekijät toteuttavat kuntouttavaa työtettä asiakkaan hoidossa. Tavoitteenamme on tätä kautta selvittää, voiko kuntouttavan työotteen käyttöä lisätä ja jos voi, niin millaisissa tilanteissa. Tutkimuskysymyksemme on seuraava:

1. Millä tavoin hoitajat toteuttavat kuntouttavaa työtettä havainnoituissa tilanteissa lyhytaikaista hoivaa tarjoavassa Hoivakoti Onnissa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Havainnointi tiedonkeruumenetelmänä

Havainnointi on yksi tieteellisen tutkimuksen perusmetodeista. Sen avulla voidaan kerätä tietoa havaintojen kautta. Vilkan (2007, 37) mukaan havainnointia käyttämällä saadaan tietoa muun muassa siitä, toimivatko ihmiset siten, kuten he kertovat. Havainnointi ei kuitenkaan ole pelkästään asioiden ja ilmiöiden näkemistä vaan niiden tietoista tarkkailua. Tarkkailevassa havainnoinnissa ei osallistuta tutkimuskohteen toimintaan, vaan tutkijat ovat ulkopuolisia tarkkailijoita. (Hirsjärvi ym. 2009, 212 - 214.) Tarkkailevan havainnoinnin tavoitteena on oppia katsomalla. (Vilka 2007, 43)

Tarkoituksenamme oli siis kerätä tietoa kuntouttavan työotteen käytöstä Hoivakoti Onnissa. Tiedonkeruumenetelmänä käytimme havainnointia. Havainnoinnin toteu-

timme seuraamalla hoitotilanteita käyttämällä tarkkailevaa, ennalta jäsenneilyä havainnointia. (Hirsjärvi ym. 2009, 212–214.) Menimme paikan päälle Hoivakoti Onniin ja havainnoimme päivittäisiä hoitotilanteita, joissa on läsnä yksi tai useampi hoitohenkilökunnan edustaja sekä asiakas.

Koska tutkimuksella selvitettävä ongelma sekä tutkittava toiminta olivat ennalta tiedossa, meillä oli mahdollisuus suunnitella havainnoitavat asiat etukäteen (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 212 - 214.). Valitsimme havainnoitaviksi toiminnoiksi pukeutumisen, liikumisen, ruokailemisen, wc-toiminnot, hygieniatoiminnot sekä viriketoiminnan ja kommunikaation tukemisen, ja laadimme niistä havainnointirungon, jota käytimme myöhemmin apuna myös analysoinnissa. Valitsimme nämä asiat tutkimukseemme, koska niitä arvioidaan myös monissa toimintakykymittareissa, esimerkiksi Rava-toimintakykymittarissa. Esitetasimme havainnoinnin toimivuutta etukäteen Hoivakoti Onnissa ja huomasimme osan havainnointikäytännöistä toimiviksi ja käyttökelpoisiksi ja löysimme ratkaisun niihin asioihin, jotka koimme ongelmallisiksi. Totesimme, että havainnointia on käytännöllisempää tehdä niin, että paikalla on yksi havainnoija kerrallaan. Päätimme myös yhdistää luokat wc-toiminnot ja hygienia, koska niihin sisältyneet tilanteet olivat samankaltaisia. Havainnointirunko itsessään oli kuitenkin toimiva ja helpotti havainnointia.

Havainnoinnin suoritimme tarkkailevana havainnointina. Teimme havainnointia 6 kertaa 4 tuntia kerrallaan. Seurasimme eri tilanteita, kuten wc-käyntejä, pukeutumista, ruokailua, suihkussa käyntejä ja viriketuokioita. Jatkoimme havainnointia, kunnes alkoi ilmetä saturaatiota eli havainnot alkoivat toistua samanlaisina. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 81, 87.) Kirjoitimme tapahtumista vapaamuotoisesti muistiinpanoja ennalta jäsenneilyn havainnointirungon mukaan. Lisäksi teimme jo havainnointivaiheessa huomioita siitä, olisiko joissain tilanteissa voitu antaa enemmän tilaa asukkaalle toimintakyvylle.

Havainnointi on työläs ja aikaa vievä menetelmä, mutta siitä saa paljon monipuolista tietoa. Tiedonkeruumenetelmänä se sopii tutkimuksemme tarkoitukseen, koska sen avulla saa tietoa ihmisen toiminnasta ja hänen vuorovaikutuksestaan toisten ihmisten kanssa. Havainnoinnin avulla tutkimusaineisto voidaan kerätä siinä ympäristössä, missä se luonnostaan ilmenee. Havainnointi tiedonkeruumenetelmänä myös tukee laadullisen tutkimuksen laatimista. (Vilka 2007, 37 - 38.)

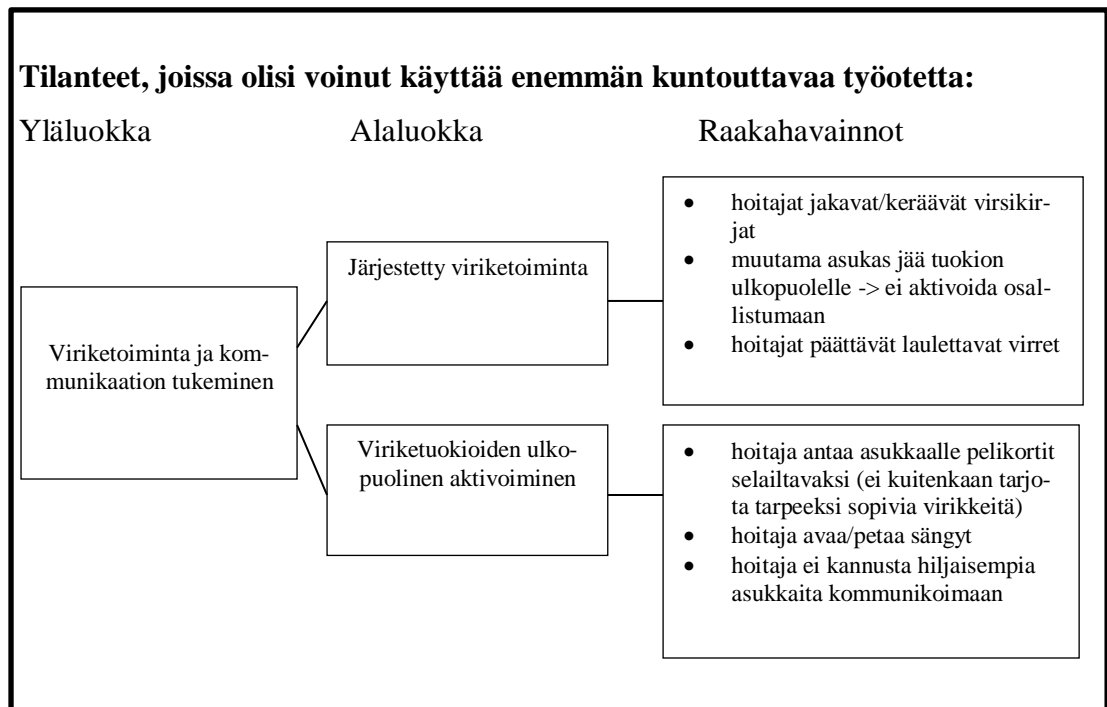
6.2 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi on usein käytetty menetelmä hoitotieteissä. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sillä voidaan järjestellä, kuvaila ja kvantifioida tutkittavaa materiaalia tai ilmiötä. Sisällönanalyysissä voidaan edetä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Ensimmäiseksi määritellään analyysiyksikkö eli yksi tai useampi sana tai ajatuskokonaisuus, jonka valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Sen jälkeen aineisto luetaan aktiivisesti läpi useita kertoja, jolloin aineistolle esitetään kysymyksiä. (Kynäs & Vanhanen, 1999, 4 - 5.)

Deduktiivista sisällönanalyysia ohjaa jokin aiempaan teorian tietoon perustuva teema, käsitekartta tai malli. Tämän pohjalta laaditaan analyysirunko, johon etsitään aineistosta sisällöllisesti sopivia asioita. Analyysirungon sisälle muodostetaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteilla luokituksia tai kategorioita, jolloin tutkimusaineistosta voidaan kerätä niihin kuuluvia asioita ja rungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostaa uusia kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan. Strukturoituun analyysirunkoon voidaan taas kerätä vain ne asiat, jotka sopivat analyysirunkoon. Aineistoa pelkistetään sisällönanalyysin periaatteita noudattaen ja siitä poimitaan analyysirungon mukaisia asioita. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan kerätä ensin joko yläluokkaa tai alaluokkaa kuvaavia asioita ja sijoittaa ne analyysirungon mukaisesti teorian pohjalta etukäteen tehtyihin luokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113 - 115.)

Aineistoa analysoimme prosessimaisesti. Käytimme aiemmin laatimaamme havainnointirunkoa analyysirunkona. (Liite 1.) Ensimmäisessä vaiheessa luimme aineistoa läpi ja pelkistimme sitä etsimällä tutkimuksen tarkoituksen kannalta kiinnostavia ja olennaisia asioita. Pelkistämisen tarkoituksena on jäsentää ja pelkistää tutkimusaineistoa, jolloin jäljelle jäävät vain tutkimuksen kannalta oleellimmat ja merkitykselliset kohdat. Pelkistämisessä syntyy raakahavaintoja, jotka kirjoitimme puhtaaksi tietokoneella ja luokittelimme ne aluksi viiteen eri yläluokkaan: ruokaileminen, pukeutuminen, viriketoiminta ja kommunikation tukeminen sekä hygienia ja wc-toiminnot (ks. myös Vilka 2007, 86). Sen jälkeen luokittelimme raakahavainnot kunkin yläluokan sisällä sen mukaan, kuinka paljon hoitaja osallistui havainnoituihin tapahtumiin. Niis-

tä syntyi analyysimme alaluokat. Kuvioista 1 käy ilmi analyysimme eteneminen yhdessä yläluokassa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 92, 108 - 110.)



KUVIO 1. Esimerkki analyysin vaiheista

Analyysin avulla pyrimme arvioimaan käytäntöä ja sitä, millaisissa tilanteissa kuntouttava työote näkyy ja millaisissa tilanteissa sen käyttöä voisi vielä lisätä. Arvioinnissa huomioimme sairastuneen jäljellä olevan toimintakyvyn ja voimavarat omaan näkemykseen perustuen.

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä pyrimme toimimaan eettisesti ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen teossa tulee käyttää eettisiä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä menetelmiä. Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu kunnioitus ja arvostus muiden tutkijoiden tekemää työtä kohtaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2010.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 160) kuvaavat teoksessaan muun muassa Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) esittämiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus-

den arvioinnin kriteerejä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tulosten selkeää kuvaamista siten, että lukija pystyy ymmärtämään analyysin vaiheet sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Analyysissä käytettävien kategorioiden muodostaminen vaatii tutkijalta kiinnittymistä empiiriseen aineistoon sekä käsitteelliseen ajatteluun. Tutkimuksen siirrettävyyden varmistaminen on tärkeää, jos jokin toinen tutkija haluaa seurata prosessia. Se edellyttää, että tutkimuskonteksti kuvataan huolellisesti ja osallistujien valinta ja taustat selvitetään sekä aineiston keruun ja analyysin eteneminen kerrotaan tarkkaan. Myös tutkimusmetodien tulee olla tarkoitukseen sopivia. Siirrettävyyteen sisältyy myös arvio siitä, miten tulos sopii toisiin yhteyksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 164 - 165).

Anonymiteetin säilymisen pyrimme turvaamaan sillä, että tutkittavien henkilöllisyys ei pääse ulkopuolisten tietoon eikä työssämme tule esiin seikkoja, joista kohdehenkilöt voisivat olla tunnistettavissa. Emme myöskään kerää mitään henkilötietoja tutkittavista. Lisäksi emme käsittele tutkimuksessa esiin tulleita asioita sen ulkopuolella. Havainnointiaineiston säilytämme ja hävitämme asianmukaisesti. Tutkimusluvut haimme Onnikodilta suunnitelmaseminaarin jälkeen. Informoimme kohdehenkilöitä asianmukaisesti tutkimuksestamme. Hoitajia informoitiin, että teemme tutkimusta, jonka aiheena on kuntouttava työote, ja havainnoimme hoitajan toimintaa. Onnikodin asukkailla pidimme kohteliaana kertoa, että olemme opiskelijoita, jotka ovat seuraamassa eri tilanteita. (Mäkinen 2006, 114 - 116, 120.)

Tutkimuksemme ei ole yleistettävissä muistisairaahan kuntoutukseen yleensä, vaan tuloksia voidaan yleistää ainoastaan tutkittavassa kohteessa eli Hoivakoti Onnissa. Vaikka käytimme ei-osallistuvaa havainnointia emmekä tietoisesti vaikuttaneet tapahtumien kulkuun, voi tutkijan läsnäolo vaikuttaa tutkittavien normaaliin arkeen (Vilkka 2007, 57). Läsnäolomme saattoi vaikuttaa asukkaisiin muun muassa toimintakykyä alentavasti, tai hoitajien toimintaan siten, että tutkijan läsnä ollessa he käyttivät kuntouttavaa työotetta enemmän kuin normaalisti olisivat käyttäneet.

Lähteiden suhteen pyrimme olemaan kriittisiä ja käytimme työssämme lähinnä tieteellisiä julkaisuja. Olemme pyrkinneet hyödyntämään pääasiassa primäärlähteitä, mutta olemme joutuneet käyttämään myös muutamaa sekundaarilähdettä. Lähdeviitteet ja lainaukset olemme merkinneet ohjeiden mukaisesti. (ks. Mäkinen 2006, 128 - 132.)

7 TULOSTEN TULKINTA

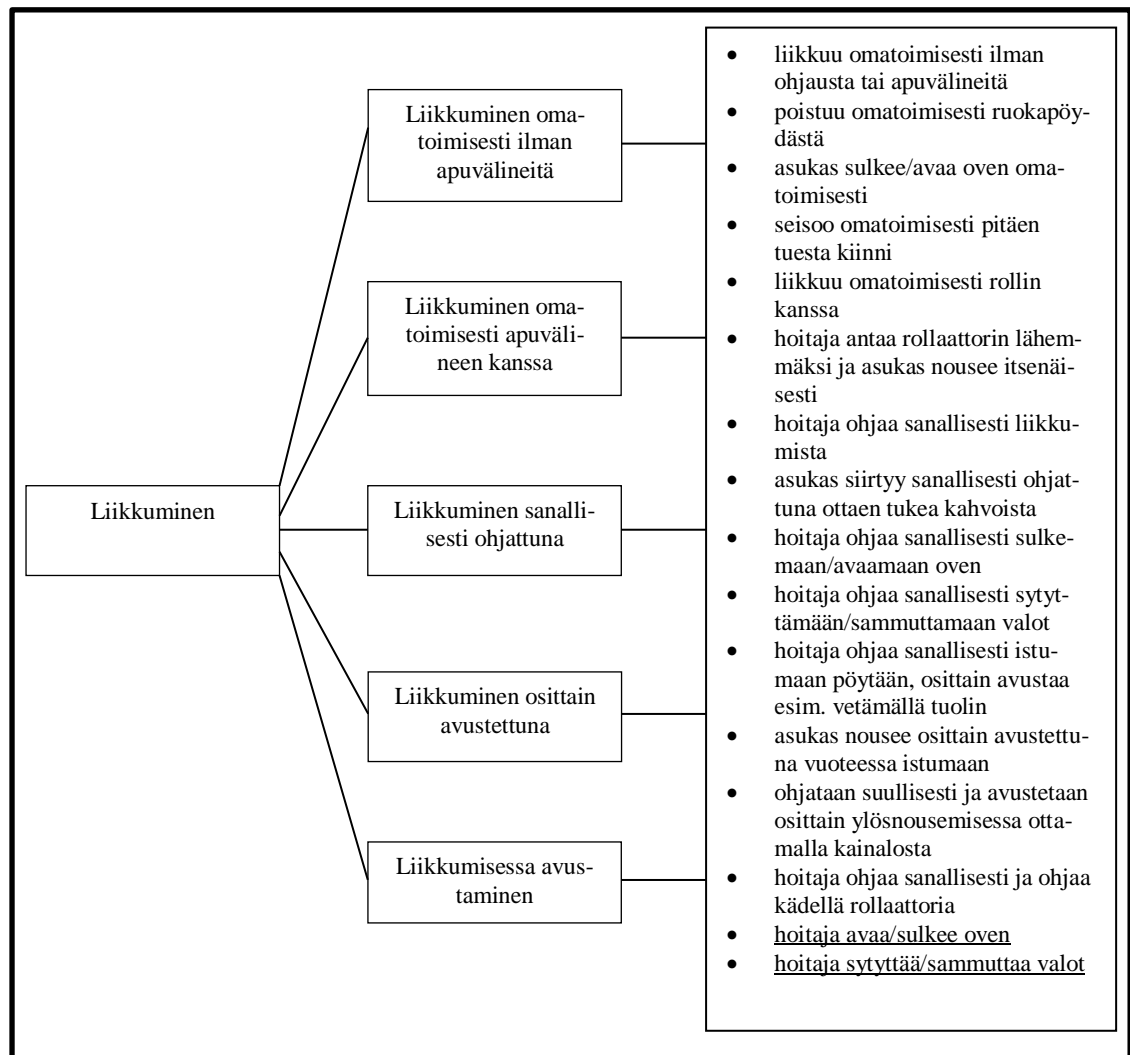
Muita tutkimusmenetelmiä käytettäessä tutkijan näkemyksiin pohjautuvaa tulosten tulkintaa tuodaan esille vasta pohdintakappaleessa. Käytettäessä havainnointia tiedonkeruumenetelmänä tulosten tulkinta perustuu kuitenkin pääasiassa tehtyihin havaintoihin ja tutkijan omiin näkemyksiin, joita verrataan teorian tietoon. Siksi olemme tuoneet omaa näkemystämme ja tulkintaamme esille jo tässä luvussa. (Vilka 2007, 86.) Kuvioissa olemme alleviivanneet ne raakahavainnot, joissa on mielestämme kehitettävää kuntouttavan työotteen käytössä.

7.1 Liikkuminen

Kuviossa 2 on kuvattuna liikkumiseen liittyvät tilanteet alaluokittain, jotka ovat liikkuminen omatoimisesti ilman apuvälineitä, liikkuminen omatoimisesti apuvälineen kanssa, liikkuminen sanallisesti ohjattuna, liikkuminen osittain avustettuna sekä liikkumisessa avustaminen. Alaluokka ”liikkuminen omatoimisesti ilman apuvälineitä” sisältää esimerkiksi havainnot liikkumisesta omatoimisesti ilman apuvälineitä tai ohjausta sekä havainnot oven avaamisesta ja sulkemisesta omatoimisesti. Alaluokassa ”liikkuminen omatoimisesti apuvälineen kanssa” ovat havainnot, joissa asukas liikkuu apuvälineen kanssa eikä tarvitse hoitajalta ohjausta tai avustamista. ”Liikkuminen sanallisesti ohjattuna” sisältää tilanteet, joissa hoitaja ohjaa sanallisesti liikkumista ja esimerkiksi ottamaan tukea tukikahvoista liikkuesssa. Alaluokassa ”liikkuminen osittain avustettuna” ovat tilanteet, joissa hoitaja sanallisen ohjauksen lisäksi avustaa asukkaan liikkumista osittain esimerkiksi vuoteessa nousussa tai ruokapöydän ääreen istumisessa.

Näiden yllä mainittujen alaluokkien tilanteissa oli mielestämme käytetty riittävästi kuntouttavaa työotetta. Monilla asukkailla oli käytössä apuvälineenä esimerkiksi rullaattori, joka mahdollisti liikkumisen omatoimisesti. Atulan (2011) mukaan toimintakyvyn heikentyessä on tarpeen mukaan otettava käyttöön apuvälineitä, jotka mahdollistavat liikkumisen omatoimisesti mahdollisimman pitkään. Asukkaita ohjattiin paljon sanallisesti, ja konkreettista liikkumisen avustamista oli vähän. Asukkaan toimintakyky huomioitiin kuitenkin esimerkiksi silloin, kun tämän toimintakyky oli hetkellisesti laskenut sairastelun vuoksi, jolloin häntä autettiin konkreettisesti muun muassa avustamalla ylösnoisemisessa.

Tilanteet, joissa olisi mielestämme voinut käyttää enemmän kuntouttavaa työtettä, ovat ”liikkumisessa avustaminen” -luokassa. Se sisältää tilanteet, joissa hoitaja avasi ja sulki oven asiakkaan puolesta sekä sammutti ja sytytti valot. Joissain tapauksissa hoitaja ohjasi asukasta sanallisesti, mutta useimmiten teki edellä mainitut toimet asukkaan puolesta.



KUVIO 2. Kuntouttavan työtteen käyttö liikkumisessa

7.2 Viriketoiminta ja kommunikaation tukeminen

Kuviossa 3 on havainnollistettuna viriketoimintaan ja kommunikaation tukemiseen liittyvät tilanteet alaluokittain. Luokat ovat järjestetty viriketoiminta, viriketuokioiden ulkopuolinen toiminta ja kommunikaation tukeminen. Alaluokassa ”järjestetty viriketoiminta” ovat hoitajien järjestämät viriketuokiot, joihin asukkaat osallistuvat. Tuokiot sisälsivät laulamista, muistelua, lukemista ja tuolijumppaa. Alaluokka ”viriketuokioi-

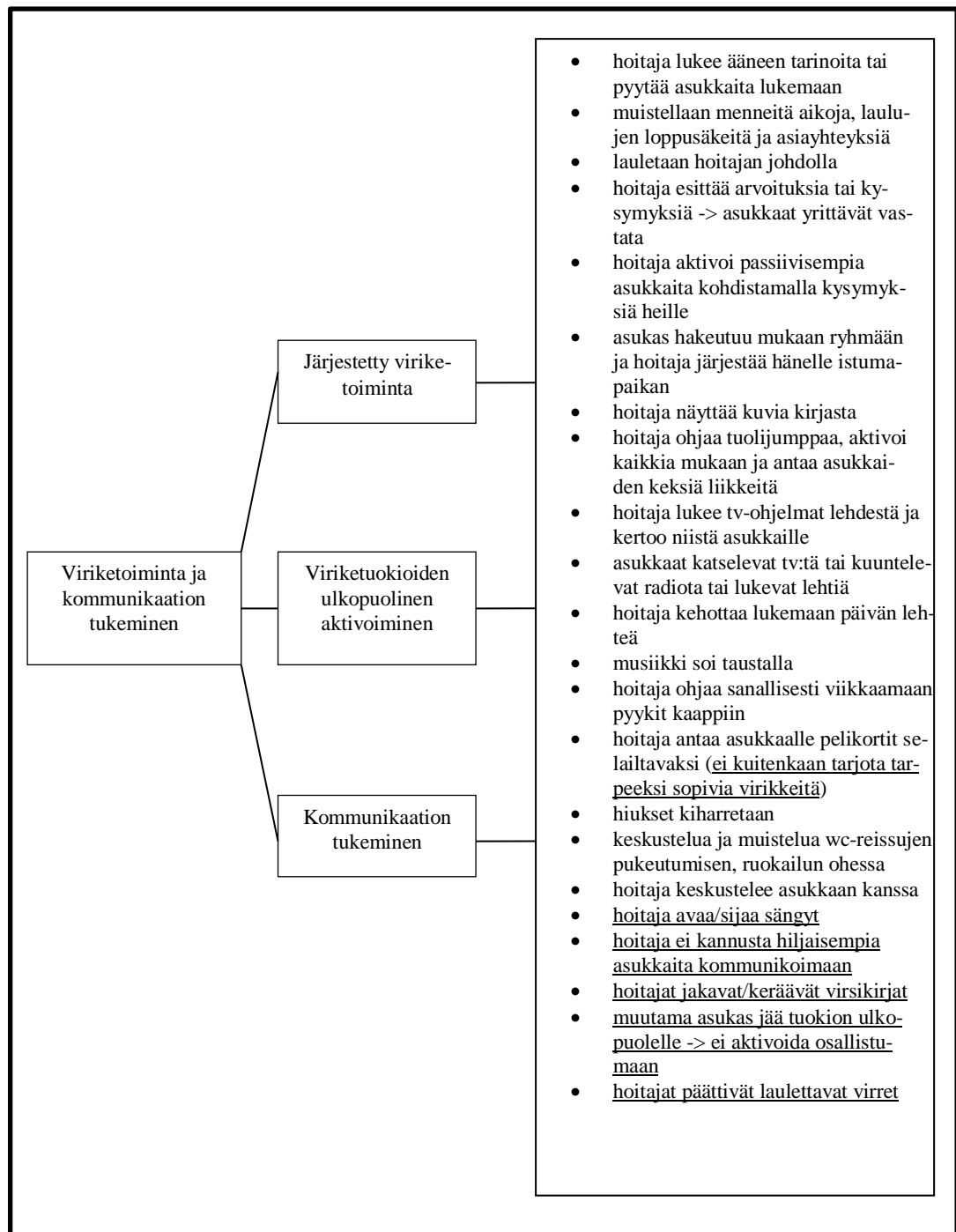
den ulkopuolinen toiminta” sisältää asukkaita aktivoivaa toimintaa, joka ei ole kaikille asukkaille yhteisesti järjestetty, kuten television katselua, lehtien lukemista sekä musiikin kuuntelua. ”Kommunikaation tukeminen” -alaluokkaan kuuluvat toimet, jotka tukevat asukkaan kommunikaatiota, esimerkiksi keskustelu ja muistelu eri hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Näissä alaluokissa oli mielestämme käytetty kuntouttavaa työtettä. Viriketuokioissa hoitaja pyrki aktivoimaan kaikki asukkaat mukaan toimintaan esittämällä kysymyksiä ja kohdistamalla ne erityisesti niille, jotka olivat passiivisempia. Hoitaja tarjosi myös erilaisia virikkeitä, kuten kuvia. Viriketuokioihin oli sisällytetty myös tuolijumppaa, johon asukkaat saivat ehdottaa omia liikkeitä. Pirtilän (2009) mukaan liikuntakyky alkaa usein etenkin muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa heikentyä, joten sitä on ylläpidettävä erityisesti tasapaino- ja lihaskuntoharjoitteilla. Liikunnalla voidaan parantaa myös kognitiivista toimintakykyä. Ryhmäliikunnalla on todettu olevan suotuisaa vaikutusta myös sosiaaliseen toimintakykyyn. (Pitkälä 2010.)

Viriketuokiot sisälsivät paljon menneiden aikojen muistelua. Muistelu ja muut muistiharjoitteet ovat osa muistikuntoutusta, koska ne hidastavat tiedonkäsittelyn heikentymistä (Atula 2011). Heimonen ja Voutilainen (1998, 25 - 26) sanovat myös, että muistikuntoutus voi olla tavallista keskustelua, johon on otettu mukaan muistelua ja hoitaja tarjoaa asukkaalle tarpeeksi muistivihjeitä. Viriketuokioiden ulkopuolella virikkeinä toimivat televisio, musiikki ja erilaiset lehdet sekä lisäksi muut asukasta aktivoivat toimet, kuten pyykkien viikkaaminen kaappiin ja hiusten kihartaminen. Hoitaja luki tv-ohjelmia lehdestä asukkaille, ja he päättivät yhdessä, mitä katsotaan. Lisäksi hoitajat pyrkivät herättämään keskustelua viriketuokioiden ulkopuolella muun muassa ruokailun yhteydessä. Kuten myös Laaksonen (2006, 6 - 7) sanoo, sosiaalisista suhteista huolehtiminen ylläpitää sosiaalista toimintakykyä. Asukkaille tarjottiin myös heidän toimintakyvylleen sopivia virikkeitä, esimerkiksi kuvia ja pelikortteja. Tutut esineet ja toiminnot sekä niihin osallistuminen kohentavat mielialaa ja tuovat päiviin sisältöä ja ylläpitävät siten toimintakykyä (Routasalo 2004, 87).

Tilanteet, joissa olisi mielestämme voinut käyttää enemmän kuntouttavaa työtettä, on jaettu samoihin alaluokkiin kuin tilanteet, joissa oli käytetty kuntouttavaa työtettä, eli järjestetty viriketoiminta, viriketuokioiden ulkopuolinen toiminta ja kommunikaation tukeminen. Joissain viriketuokioissa osa asukkaista jäi tuokion ulkopuolelle joko konkreettisesti tai heitä ei huomioitu ja aktivoitu tarpeeksi. Hoitaja myös useimmiten

päätti laulettavat laulut, vaikka asukkaat olisivat mielestämme voineet itse ehdottaa lauluja. Kettusen ym. (2002, 40) mukaan muistisairaalle tulisi antaa mahdollisuus osallistua itse päätöksentekoon, ja hoitajan rooli on enemmän päätöksenteon tukemista.

Alaluokassa ”viriketuokioiden ulkopuolinen toiminta” on tilanteita, joissa hoitajat avasivat/sijasivat sängyt, vaikka osa asukkaista olisi voinut suoriutua itsekin. Asukkaat katselivat paljon televisio-ohjelmia, kuten uutisia ja kotimaisia ohjelmia, mutta hoitajat olisivat voineet kiinnittää ohjelmien valintana enemmän huomiota. Esimerkiksi yhden kerran havainnoinnin aikana televisiosta tuli vieraskielinen ohjelma, jossa ei ollut ollenkaan tekstityksiä. Toisenlainen ohjelma voisi tukea muistisairaahan kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä paremmin. Esimerkiksi Heimosen ja Voutilaisen (1998, 120 - 121) mukaan vanhat kotimaiset elokuvat ovat hyviä muistelua virittäviä keinoja, kuten myös äänikuvat, joissa voi olla muun muassa eläinten, kulkuneuvojen tai kodin ääniä. Lisäksi asukkaille tarjotut virikkeet eivät olleet kaikissa tilanteissa riittäviä tämän toimintakykyyn nähden. Kommunikaation tukeminen ei toteutunut joidenkin hiljaisempien asukkaiden kohdalla, vaan nämä jäivät helposti syrjään. Muistisairaahan voi olla vaikeaa ymmärtää ja tuottaa puhetta, jolloin täytyy keksiä uusia keinoja tukemaan hänen ilmaisukykyään (Atula 2011).



KUVIO 3. Viriketoiminta ja kommunikaation tukeminen osana kuntouttavan työotteen käyttöä

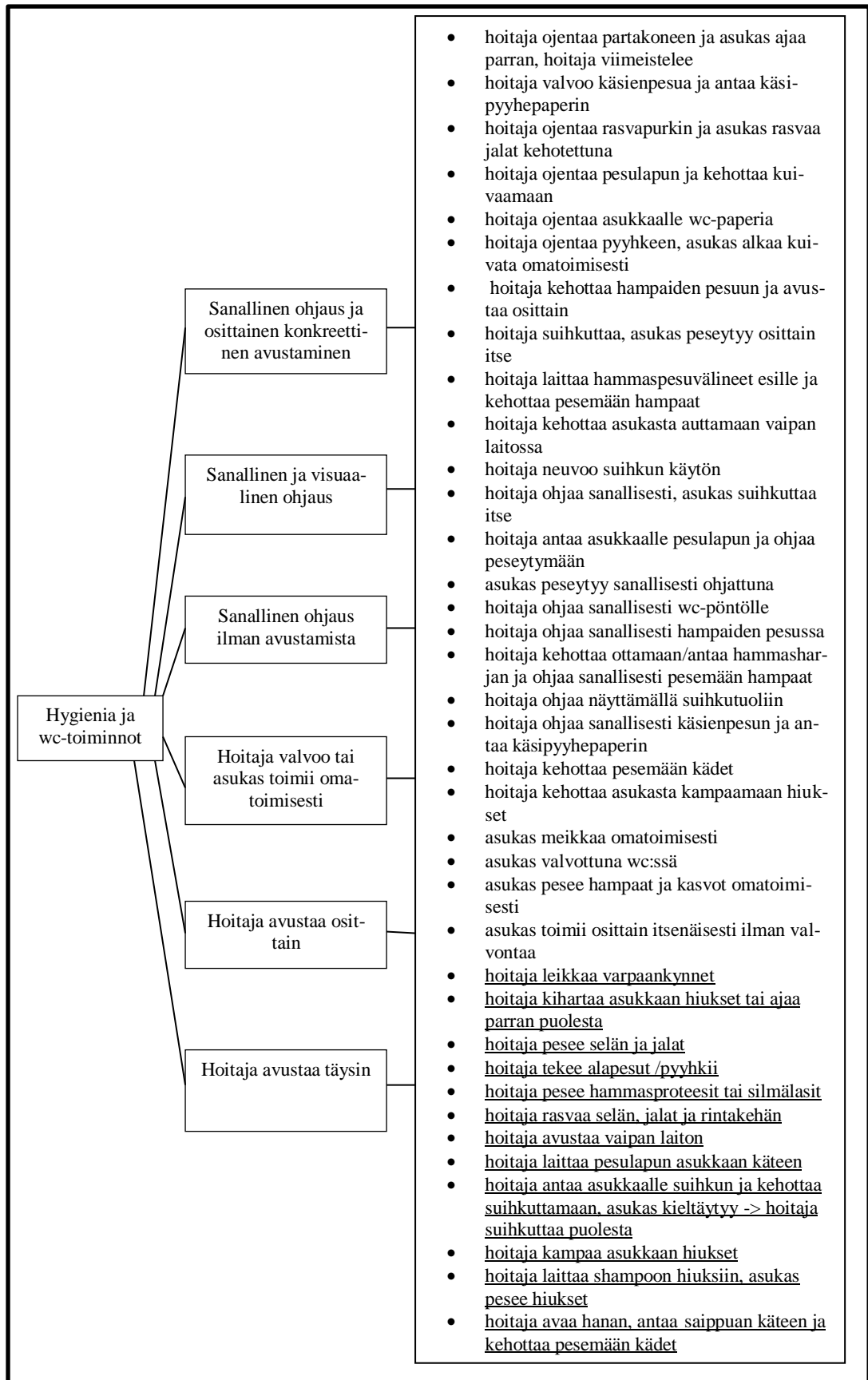
7.3 Hygienia ja wc-toiminnot

Kuviossa 4 on kuvattuna hygienia ja wc-toiminnot alaluokissa. Luokat ovat sanallinen ohjaus ja osittainen avustaminen, sanallinen ja visuaalinen ohjaus, sanallinen ohjaus ilman avustamista, hoitaja valvoo tai asukas toimii omatoimisesti, hoitaja avustaa täy-

sin sekä hoitaja avustaa osittain. Alaluokassa ”sanallinen ohjaus ja osittainen konkreettinen avustaminen” hoitaja ohjaa asukasta sanallisesti ja avustaa osittain tarpeen mukaan. ”Sanallinen ja visuaalinen ohjaus” -luokka sisältää sanallisen ohjauksen ja ohjaamisen näyttämällä, esimerkiksi näyttämällä, kumpaan jalkaan sukka puetaan. Alaluokassa ”sanallinen ohjaus ilman avustamista” ovat tilanteet, joissa hoitaja ohjaa sanallisesti ilman konkreettista avustamista. Alaluokka ”hoitaja valvoo tai asukas toimii omatoimisesti” sisältää tilanteet, joista asukas suoriutuu omatoimisesti tai hoitajan valvonnassa.

Näissä neljässä alaluokassa on mielestämme käytetty kuntouttavaa työtettä. Kuten Högström ja Granö (2009, 4) sanovat, muistisairauksissa kaikenlainen toimeliaisuus pitää yllä toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä ehkäisee muistin heikentymistä. Suihkutustilanteissa hoitaja avusti esimerkiksi suihkuttamalla ja ohjasi sanallisesti asukasta peseytymään pesulapun avulla. Hoitaja saattoi myös ottaa hampaiden pesuvälineet esille ja ohjata sanallisesti pesemään hampaat. Joissain tilanteissa asukas suoriutui pesuista pelkästään sanallisesti ohjattuna. Erikseen luokittelimme tilanteet, joissa hoitaja kehotti kerran sanallisesti esimerkiksi pesemään hampaat, minkä jälkeen asukas toimi itsenäisesti ilman ohjausta, esimerkiksi rasvasi jalat, kampasi hiukset tai pesi kädet. Asukas saattoi myös suoriutua tilanteista täysin omatoimisesti, jolloin hoitaja antoi hänen toimia valvottuna tai jopa ilman valvontaa. Tällaisia tilanteita olivat muun muassa wc:ssä käynnit sekä hampaiden ja kasvojen pesu.

Alaluokassa ”hoitaja avustaa täysin” on kuvattuna tilanteet, joissa hoitaja huolehti toiminnoista asukkaan puolesta. Alaluokassa ”hoitaja avustaa osittain” ovat tilanteet, joissa hoitaja teki osittain puolesta, mutta asukas toimi myös osittain omatoimisesti. Näissä kahdessa alaluokassa olisi mielestämme voinut käyttää kuntouttavaa työtettä enemmän ottaen huomioon asukkaan toimintakyvyn. Hoitaja ajoi useissa tapauksissa asukkaan parran tai kampasi tämän hiukset. Osa asukkaista olisi luultavasti pystynyt itse rasvaamaan ihoaan, mutta useimmiten hoitaja teki sen asukkaan puolesta. Lähes kaikissa tilanteissa hoitaja myös suoritti alapesut asukkaalle hänen puolestaan. Joissain tapauksissa hoitaja olisi voinut enemmän motivoida asukasta toimimaan tai ohjata sanallisesti eikä ryhtyä tekemään heti hänen puolestaan.



KUVIO 4. Kuntouttavan työotteen käyttö hygieni- ja wc-toiminnoissa

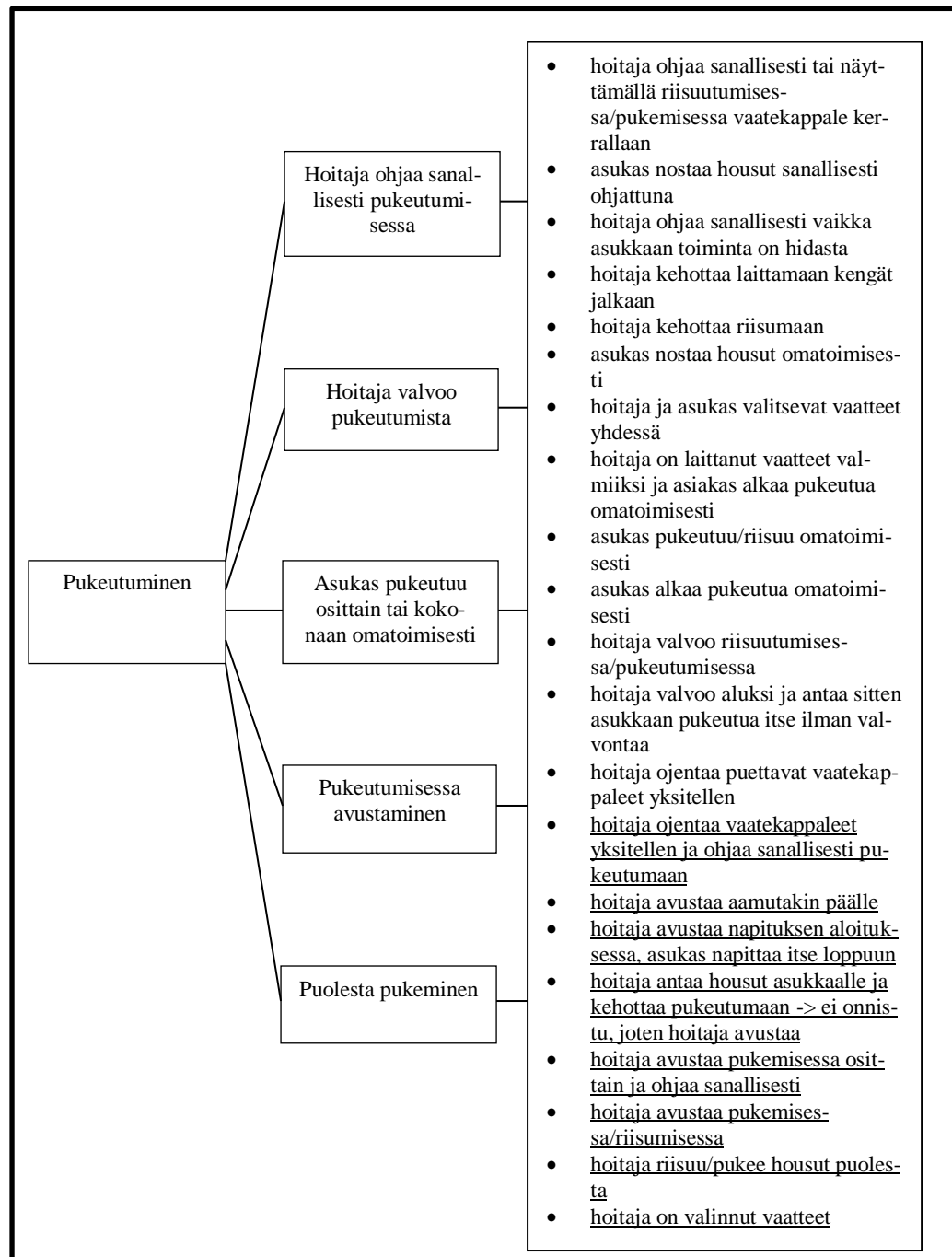
7.4 Pukeutuminen

Kuviossa 5 havainnollistetaan pukeutumistilanteet alaluokittain. Luokat ovat hoitaja ohjaa sanallisesti pukeutumisessa, asukas pukeutuu osittain tai kokonaan omatoimisesti, hoitaja valvoo pukeutumista, pukeutumisessa avustaminen sekä puolesta pukeminen. ”Hoitaja ohjaa sanallisesti pukeutumisessa” -alaluokassa on kuvattu tilanteet, joissa hoitaja ohjasi sanallisesti ilman avustamista. Luokka ”asukas pukeutuu osittain avustettuna tai kokonaan omatoimisesti” sisältää tilanteet, joissa hoitaja avusti pukeutumisessa osittain tai asukas pukeutui omatoimisesti. Alaluokassa ”hoitaja valvoo pukeutumista” ovat tilanteet, joissa hoitaja ei ohjaa tai avusta ja asukas toimii itse.

Näissä kolmessa alaluokassa on kuvattuna tilanteet, joissa hoitajat käyttivät kuntouttavaa työotetta. Pukeutuminen kuuluu päivittäisiin toimintoihin, joista suoriutuminen mahdollisimman omatoimisesti on osa kuntoutusta (Högström & Granö 2009, 4). Hoitaja ohjasi sanallisesti riisumaan tai pukemaan vaatekappale kerrallaan tai asukas toimi itsenäisesti hoitajan kehotuksesta. Vaikka joissain tilanteissa asukkaan toiminta oli hidasta, hoitaja ohjasi silti kärsivällisesti. Hoitaja laittoi joissain tapauksissa asukkaalle puettavat vaatteet valmiiksi sängylle, josta asukas pystyi ne pukemaan omatoimisesti. Hoitaja saattoi myös auttaa pukeutumisen alkuun esimerkiksi laittamalla yhden paidannapin kiinni ja asukas sai itse napittaa loppuun. Usein hoitaja ojensi asukkaalle puettavat vaatteet yksitellen, ja asukas puki ne päälle joko sanallisesti ohjattuna tai omatoimisesti. Asukas ja hoitaja saattoivat myös valita puettavat vaatteet yhdessä. Kettunen ym. (2002, 40) puhuvatkin muistisairaana kuntoutuksessa kuntoutujakeskeisestä toimintamallista, jossa kuntoutuja osallistuu itse päätöksentekoon ja hoitajan rooli on enemmän mahdollisuuksien esille tuomista ja päätöksenteon tukemista. Osassa tilanteista asukas suoriutui pukeutumisesta tai riisuutumisesta omatoimisesti ja hoitaja valvoi tilannetta.

Alaluokassa ”pukeutumisessa avustaminen” on kuvattu tilanteet, joissa hoitaja avustaa asukasta osittain. Alaluokassa ”puolesta pukeminen” on kuvattu tilanteet, joissa hoitaja avustaa pukeutumisessa täysin. Näissä luokissa olisi mielestämme voinut käyttää enemmän kuntouttavaa työotetta. Joissain tilanteissa hoitaja ojensi vaatekappaleet yksitellen ja ohjasi sanallisesti pukeutumisessa, vaikka asukas olisi voinut suoriutua pelkällä sanallisella ohjauksellakin. Osassa tilanteissa hoitaja kehotti sanallisesti asukasta pukeutumaan mutta ryhtyi kuitenkin avustamaan pukeutumisessa, koska asukas

ei ryhtynyt heti toimimaan itse. Vaikka Heimosen ja Voutilaisen (1998, 13 - 14) mukaan asukkaan itsemääräämisoikeutta sekä kokemusta omista voimavaroistaan tulee kunnioittaa, mielestämme tällaisissa tilanteissa hoitaja olisi voinut enemmän motiivoida ja ohjata sanallisesti. Hoitaja esimerkiksi puki ja riisui housut asukkaan puolesta tai puki tälle aamutakin, vaikka asukkaan toimintakyvyllä olisi voinut antaa enemmän tilaa.



KUVIO 5. Kuntouttavan työotteen käyttö pukeutumisessa

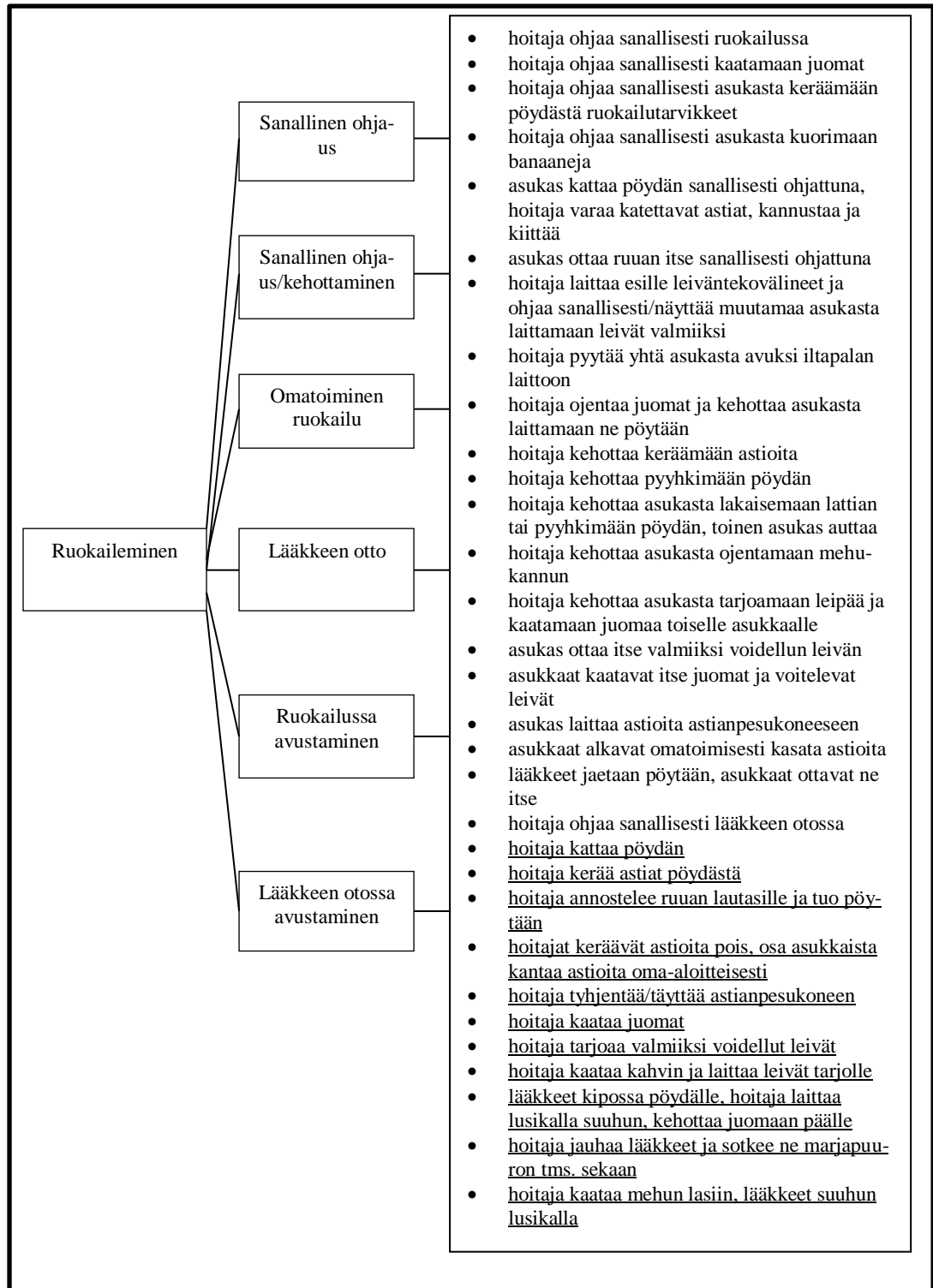
7.5 Ruokaileminen

Kuviossa 6 on havainnollistettu ruokaileminen ja siihen liittyvät tilanteet alaluokittain. Alaluokat ovat sanallinen ohjaus, sanallinen ohjaus/kehottaminen, omatoiminen ruokailu, lääkkeen otto, ruokailussa avustaminen sekä lääkkeen otossa avustaminen. Alaluokka ”sanallinen ohjaus” sisältää tilanteet, joissa asukkaat valmistelivat ruokailua tai ruokailivat hoitajan ohjatessa sanallisesti. ”Sanallinen ohjaaminen/kehottaminen” -alaluokassa ovat tilanteet, joissa asukkaat toimivat kerran kehoitettuna. Alaluokka ”omatoiminen ruokailu” sisältää tapaukset, joissa asukas ei tarvinnut ohjausta tai avustamista vaan ruokaili ja valmisteli ruokailua omatoimisesti. ”Lääkkeen otto” -alaluokassa ovat tilanteet, joissa asukas otti lääkkeet omatoimisesti tai sanallisesti ohjattuna.

Edellä mainituissa neljässä alaluokassa olevissa toiminnoissa oli mielestämme käytetty kuntouttavaa työtettä. Hoitajat ohjasivat sanallisesti asukkaita osallistumaan ruokailun valmisteluun, kuten pöydän kattamiseen, ruuan ja juomien annosteluun sekä voileipien valmistamiseen. Hoitaja pyrki kannustamaan ja kiittämään asukkaita tilanteiden yhteydessä, mikä lisää muistisairaalle tärkeitä onnistumisen kokemuksia (Höström & Granö 2009, 12). Asukkaat toimivat hoitajan kehotuksesta esimerkiksi pyyhkiessään pöytää, lakaistessaan lattioita tai kerätessään astioita pöydästä. Omatoimisesti asukkaat kaatoivat juotavaa itselleen tai toisille tai alkoivat omatoimisesti kerätä astioita ja laittamaan niitä astianpesukoneeseen. Kaikki asukkaat söivät asianmukaisia ruokailuvälineitä käyttäen, ja kaikilla oli käytössä juomalasit. Heimosen ja Voutilaisen (2004, 11) mukaan mahdollisimman itsenäinen ruokailu on yksi fyysistä toimintakykyä ylläpitävistä toiminnoista. Lääkkeet hoitaja jakoi yleensä asukkaille pöytään, ja he ottivat ne omatoimisesti tai sanallisesti ohjattuna.

Alaluokassa ”ruokailussa avustaminen” hoitaja valmisteli ruokailua asukkaiden puolesta. ”Lääkkeen otossa avustaminen” -alaluokassa hoitaja avusti lääkkeen otossa. Näissä kahdessa alaluokassa olisi mielestämme voinut käyttää enemmän kuntouttavaa työtettä. Usein hoitaja kattoi ruokapöydän valmiiksi tai voileivät olivat valmiiksi tehdyt. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta ruoka annosteltiin lautasille valmiiksi ja tuotiin asukkaille pöytään. Asukkaat olisivat myös voineet useammin kaataa itse juomat laseihin. Hoitajat myös keräsivät useimmiten astiat pöydästä ja laittoivat ne

astianpesukoneeseen. Lääkkeen otossa hoitaja avusti joissain tapauksissa laittamalla lääkkeet lusikalla suuhun ja kehottamalla ottamaan juomista.



KUVIO 6. Kuntouttavan työtöten käyttö ruokailutilanteissa

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Yksi Hoivakoti Onnin toimintaa ohjaavista arvoista on muistisairaana tukeminen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen kuntoutuksen ja hoivan avulla (Hoivakoti Onni toimintakuvaus 2010). Kuntoutukseen kuuluu kuntouttavan työtteen käyttö (Heimonen & Voutilainen 1998, 13 - 14) ja sen käyttö näkyy hoivakodin toiminnassa. Hoitajien toiminnassa näkyy, että he ovat sisäistäneet kuntouttavan työtteen käytön ja pyrkivät tukemaan asukkaan omia voimavaroja sekä jäljellä olevaa toimintakykyä. Tämä näkyi päivittäisissä toiminnoissa, esimerkiksi hygienia- ja wc-toiminnoissa. Hoitajat käyttivät paljon sanallista ohjausta ja antoivat tilaa asukkaan toimintakyvylle. Hoitajat antoivat useimmiten asukkaalle riittävästi aikaa toimia. Asukkaita otettiin jonkin verran mukaan arkisaskareisiin, kuten pöydän kattamiseen ja ruokailun valmisteluun. Usein hoitaja kehotti asukasta toimimaan kerran ja antoi sitten tämän toimia omatoimisesti.

Joissain tilanteissa kuntouttavan työtteen käytössä olisi kehitettävää. Ruokailutilanteiden valmisteluun olisi voinut ottaa useammankin asukkaan mukaan, koska usein tilanteissa oli mukana vain yksi asukas tai ei yhtään. Asukkaita voisi ohjata myös ottamaan itse ruokaa, koska hoitajat tekivät sen lähes kaikissa tilanteissa asukkaan puolesta. Myös esimerkiksi leipien voitelun asukkaat olisivat voineet tehdä itse. Lisäksi olisi voinut myös kannustaa ja ohjata muihinkin arjen askareisiin, esimerkiksi sänkyjen petaamiseen ja pyykkien viikkaamiseen. Asukkaiden päätöksentekokyvylle olisi voinut antaa enemmän tilaa, koska useimmiten hoitajat päättivät esimerkiksi puettavat vaatteet ja viriketuokioissa laulettavat laulut. Asukkaiden kognitiivista toimintakykyä olisi voinut tukea monipuolisemmin tarjoamalla erilaisia ja toimintakykyyn sopivia virikkeitä. Vaikka hoitajat useimmiten antoivatkin asukkaan toimia rauhassa oman toimintakykynsä mukaan, muutamissa tilanteissa hoitaja olisi voinut ohjata enemmän sanallisesti eikä ryhtyä avustamaan asukasta esimerkiksi pukeutumisessa.

Tutkimuksen toimeksiantaja on Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n alaisuudessa toimiva Hoivakoti Onni ja tutkimuksen tiedonkeruu on suoritettu ainoastaan kyseisessä yksikössä. Tämän vuoksi tuloksia ei voida yleistää muualle kuin Hoivakoti Onniin. Ulkopuolisen tutkijan läsnäolo tilanteissa saattoi vaikuttaa sekä asukkaan että hoitajan

toimintaan. Hoitajat saattoivat mahdollisesti muuttaa työskentelytapaansa joko tietoisesti tai tiedostamattaan, mikä saattoi heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Tähän pyrimme vaikuttamaan sillä, että hoitajille kerrottiin vain tutkimuksen koskevan kuntouttavaa hoitotyötä ja että havainnoimme hoitajan toimintaa. Myös asukkaan toimintakyky saattoi hetkellisesti muuttua vieraan henkilön läsnäolon vuoksi.

Opinnäytetyöstämme Hoivakoti Onnin työntekijät saavat tietoa siitä, millaisissa tilanteissa kuntouttavaa työtä yksikössä käytetään ja millaisissa tilanteissa sen käyttöä voisi lisätä. Työtämme voi hyödyntää kehitettäessä kuntouttavan työotteen käyttöä. Ulkopuolinen havainnoija huomaa toiminnassa helpommin kehittämiskohteita, joita työntekijät eivät välttämättä ole itse huomanneet. Tutkimuksemme perustuu objektiivisiin ja luotettaviin havaintoihin sekä teoritietoon ja omaan näkemykseen perustuvaan tulkintaan. Havainnoimalla asukkaita eri tilanteissa pystyimme mielestämme arvioimaan heidän jäljellä olevaa toimintakykyä ja avuntarvetta.

8.2 Tutkimusprosessin pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme aihe muokkautui lopulliseen muotoonsa vähitellen. Alun perin meitä kiinnosti muistisairaankuntoutus, ja ehdotimmekin aiheita hoitotyön yliopettajalle, joka ehdotti yhteistyökumppaniksemme Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n alaisuudessa toimivaa Hoivakoti Onnia. Lyhyen tapaamisen jälkeen hoivakodin toiminnanjohtajan kanssa aiheeksi valikoitui kuntouttavan työotteen käyttö, joka oli myös hoivakodin vuositeema vuonna 2012. Meitä itseämme aihe kiinnosti, koska muistisairaiden määrä lisääntyy koko ajan ja heitä tapaa asiakkaina sairaanhoitajan ammatissa monissa eri työyksiköissä. Kuntouttavalla työotteella voidaan lisätä toimintakyvyn säilymistä sekä hidastaa muistisairauden etenemistä. Olemme myös työssämme ja harjoittelupaikoissa tavanneet paljon muistisairaita, joten meillä oli jonkin verran aiempaa kokemusta heistä.

Tutkimuksen teko oli mielenkiintoista, mutta haastavaa. Havainnointi tiedonkeruun menetelmänä on työläs ja aikaa vievä, ja se vaatii tutkijalta perehtyneisyyttä asiaan. Lisäksi tutkimustulosten koostaminen on vaikeaa, koska tulokset perustuvat kerätyn aineiston lisäksi myös tutkijoiden omaan näkemykseen ja tuloksia myös täytyy verrata teoritietoon. Myös aikataulu oli tiivis ja harjoittelut hankaloittivat aikataulujen yhteensovittamista. Teimme työtä pääsääntöisesti yhdessä ja koimme tämän hyväksi

toimintatavaksi, koska tutkimus- ja analysointimenetelmämme vaativat paljon yhteistä pohdintaa.

Jatkossa Hoivakoti Onnissa voitaisiin tutkia, kuinka erilaisia toimintamalleja voisi hyödyntää osana kuntoutusta. Kuntoutujakeskeisessä toimintamallissa on keskeistä kuntoutujan rooli päätöksenteossa (Kettunen ym. 2002, 40) ja mielestämme voitaisiin tutkia, kuinka kuntoutujan roolia kuntoutuksessa sekä kuntoutujalähtöisyyttä voisi lisätä. Lisäksi voitaisiin tutkia, millä keinoin kuntouttavan työotteen käyttöä pystyttäisiin vielä lisäämään. Kuntouttavan työotteen käyttöä voitaisiin myös tutkia esimerkiksi somaattisilla osastoilla, koska kuntouttavan työotteen laajempi käyttö voisi edistää muistisairaana toimintakykyä ja sen säilymistä.

LÄHTEET

- Alhainen, Kari 2004. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn mahdollisuudet - aivoterveystestä arkipäivää. WWW-dokumentti.
<http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/43/aivoterveysalhainen130904.pdf>. Luettu 27.2.2011. Päivitetty 17.9.2004.
- Atula, Sari 2011. Kuntoutus muistisairauksissa. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00860&p_haku=muistih%E4iri%F6t%20kuntoutus. Luettu 30.4.2012. Päivitetty 27.9.2011.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01635>. Ei päivitystietoja. Luettu 16.12.2011
- Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne Juha & Huovinen, Maarit 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus.
- Erkinjuntti, Timo & Pirttilä, Tuula 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy. 148.
- Finne-Soveri, Harriet, Björkgren, Magnus, Häkkinen, Unto, Laine, Juha, Noro, Anja, Kerppilä, Satu, Storbacka, Raisa & Vähäkangas, Pia 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/443D365E-9096-49D9-A499-3199BACE026D/0/Aiheita172001.pdf>. Luettu 17.2.2012. Ei päivitystietoja.
- Finnish Consulting Group 2008. RAVATAR-sovellus.
<https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>. Luettu 17.2.2012. Päivitetty 4.1.2011
- Haapaniemi, Hannele & Routasalo, Pirkko 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede 1, 39 - 41.
- Heimonen, Sirkka-Liisa, Juva, Katriina, Lundgren, Jarna & Voutilainen, Päivi 2001. Kuntouttava lyhytaikaishoito dementoituneiden toimintakyvyn tukena. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi. (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Heimonen, Sirkka-Liisa & Voutilainen, Päivi 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hoivakoti Onni toimintakuvaus 2010. Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry. Moniste.

Högström, Sari & Granö, Sirpa (toim.) 2009. Elämää muistisairauden kanssa. WWW-dokumentti.

http://www.muistiliitto.fi/document.php?DOC_ID=937&SEC=d32a9841282dd7af3939b904b0934c1a&SID=1#kuntoutusopas.pdf. Luettu 18.2.2011. Päivitetty 21.12.2009

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro oy.

Kettunen, Reetta, Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Koponen, Hannu & Saarela, Tuula 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 485 - 486, 490.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11. 4 – 5.

Kähkönen, Anniina 2010. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkokuntoutusosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Preventiivinen hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Käypä hoito -suositus 2010a. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>. Luettu 9.3.2011. Päivitetty 9.3.2011.

Käypä hoito -suositus 2010b. Muistisairaudet. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>. Luettu 7.3.2012. Päivitetty 13.8.2010

Laaksonen, Arja 2006. Toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään – ehdotuksia avokuntoutuksen muokkaamiseksi Asikkalan rintamaveteraaneille. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11761/2006-10-30-01.pdf?sequence=1>. Luettu 27.9.2011. Päivitetty 30.10.2006.

Martikainen, Janne, Viramo, Petteri & Frey, Harry 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 38.

Mikkonen, Helena 2011. Kuntouttava hoitotyö. Luentomateriaali.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Pirttilä Tuula 2004. Dementia. Teoksessa Matikainen, Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santero & Tola, Sakari (toim.). Toimintakyky Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Pirttilä, Tuula 2010. Laboratoriotutkimukset. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy. 351 - 355

Pirttilä, Tuula & Erkinjuntti, Timo 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 129-130.

Pirttilä, Tuula, Heimonen, Sirkkaliisa & Granö, Sirpa 2007. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoivaa sairautta sairastavan hoidossa. Gerontologia-lehti 4, 321.

Pitkälä, Kaisu 2010. Käypä hoito -suositus. Kuntoutus muistisairauksissa. WWW-dokumentti <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01641>. Päivitetty 11.10.2010. Luettu 25.4.2012.

Rinne, Juha 2010. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 162 - 163.

Rinne, Juha & Remes, Anne 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 167.

Routasalo, Pirkko 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Sirkkaliisa, Heimonen, Voutilainen, Päivi. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Porvoo: Tammi, 87.

Rydholm-Hedman, Ann-Marie & Grafströmin Margareta 2004. Conditions for rehabilitation of older patients with dementia and hip fracture – the perspective of their next of kin. WWW-dokumentti <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12078628>. Luettu 4.5.2011. Ei päivitystietoja.

Seppänen, Tiina 2011. Savonlinnan Seudun Muistiyhdistys ry:n merkitys asiakkaidensa hoidossa – inhimillisestä ja taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäyte-työ. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulu. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/27972/Seppanen_Tiina.pdf?sequence=1. Päivitetty 4.5.2011. Luettu 15.3.2012.

Soininen, Hilikka & Kivipelto, Miia 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 448 - 453.

Suhonen, Jaana, Alhainen, Kari, Pirttilä, Tuula, Erkinjuntti, Timo, Makkonen, Markku, Viramo, Petteri, Eloniemi-Sulkava, Ulla, Juhela, Pirjo, Juva, Kati, Löppönen, Minna, Mäkelä, Matti, Pitkälä Kaisu, Remes, Anne & Sulkava, Raimo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti 10, 12, 14 - 15.

Suhonen, Jaana, Pirttilä, Tuula, Erkinjuntti, Timo, Koponen, Hannu, Makkonen, Markku, Puurunen, Marja, Raivio, Minna, Rinne, Juha, Rosenvall, Ari, Strandberg, Timo, Vanninen, Ritva & Vataja, Risto 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50044. Luettu 18.2.2011. Päivitetty 18.2.2011.

Sulkava, Raimo 2009. Muistisairauksien hoito. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=muistisairauksien%20hoito Luettu 27.2.2011. Päivitetty 27.2.2011.

Suontaka-Jamalainen, Kirsti 2011. Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05331.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 14.12.2011.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2010. Hyvä tieteellinen käytäntö. WWW-dokumentti. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html. Luettu 23.4.2012. Päivitetty 24.11.2011.

Turja, Tiina, Routasalo, Pirkko & Arve, Seija 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö toimintamalli vakiintui. Tutkiva hoitotyö -lehti 1, 5.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, Petteri & Strandberg, Timo 2010. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy. 498 - 500.

Vähäkangas, Pia, Noro, Anja & Björkgren, Magnus 2006. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ea7e53d-697f-4d8e-b235-6c56d96c187d%40sessionmgr12&vid=2&hid=13>. Ei päivitystietoja. Luettu 14.12.2011.

Havainnointi-/analyysirunko

1. Pukeutuminen
 - a. Ei ohjaa, avusta tai valvo pukeutumisessa
 - b. Ohjaa sanallisesti
 - c. Sanallinen ohjaus ja toiminnan osittainen avustaminen
 - d. Auttaa konkreettisesti

2. Liikkuminen (kävely)
 - a. Hoitaja ei avusta liikkumisessa, asukas liikkuu itsenäisesti
 - b. Asukas liikkuu apuvälineen kanssa itsenäisesti
 - c. Liikkuu apuvälineen kanssa avustettuna
 - d. Asukas ei pysty liikkumaan itsenäisesti, hoitaja auttaa kaikessa liikkumisessa

3. Ruokaileminen
 - a. Asukas ruokailee itsenäisesti, käyttää ruokailuvälineitä
 - b. Hoitaja ohjaa suullisesti ja (ruokailuvälineiden käytössä, syöntijärjestyksessä)
 - c. Asukas syö osin itsenäisesti (esim. syö itse leivän, juo juoman) hoitajan avustuksella
 - d. Hoitaja syöttää

4. WC-toiminnot
 - a. Hoitaja ei valvo tai ohjaa
 - b. Hoitaja ohjaa suullisesti, ei konkreettista avustamista
 - c. Hoitaja avustaa wc-toiminnoissa (hoitaja laskee/nostaa housut, ei tee tarpeitaan vaippaan, ilmaisee wc- tarpeensa)
 - d. Hoitaja avustaa wc-toiminnoissa (asukas ei osaa ilmaista wc-tarvettaan, tekee tarpeensa vaippaan)

5. Hygieniä (peseytyminen, hampaiden harjaus, parran ajo, hiusten laitto)
 - a. Hoitaja ei anna konkreettista apua tai valvo
 - b. Hoitaja ohjaa sanallisesti tai valvoo, ei konkreettista apua
 - c. Hoitaja avustaa osittain
 - d. Hoitaja avustaa täysin

6. Viriketoiminta ja kommunikaation tukeminen
 - a. Hoitajan ja asukkaan vuorovaikutus molemminpuolista
 - b. Hoitaja aktivoi sosiaaliseen kanssakäymiseen, käyttää apukeinoja esim. kuvat, sanaton viestintä
 - c. Hoitaja ottaa kontaktia sanallisesti, mutta ei aktivoi kommunikaatioon
 - d. Hoitaja ei aktivoi sosiaaliseen kanssakäymiseen, asukas omissa oloissa

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kuka/ketkä? Mikä tutkimus ja bibliografiset tiedot	Kohdejoukko	Menetelmä	Keskeinen tulosjohtopäätös	Miksi valitsit tämän?
1 Toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään – ehdotuksia avokuntoutuksen muokkaamiseksi Asikkalan rintamaveteraaneille. Arja Laaksonen. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. 2006.	11 rintamaveteraania	Teemahaastattelu. Laadullinen sisällön analyysi	Veteraanit olivat harrastaneet liikuntaa koko elämänsä ajan ja olivat ikäisikseen hyvässä kunnossa ja henkisesti virkeitä.	Opinnäytetyössä käsitellään toimintakyvyn ylläpitämistä, mikä on yksi aihealue opinnäytetyössämme.
2.Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö toimintamalli vakiintui. Turja, Tiina. Routasalo, Pirkko. Arve, Seija. Tutkiva hoitotyö –lehti 1/2006.	Sairaanhoitajat ja perushoitajat, jotka olivat osallistuneet toimintatutkimukseen. (n=16)	Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalysilla.	Hoitajat olivat omaksuneet ajattelu- ja toimintamalliksi ja toimintamalli vakiintui melko hyvin osaston käytännöksi.	Tutkimuksessa käsitellään kuntouttavaa työotetta, joka on opinnäytetyömme aihe.
3. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. Pia Vähäkangas, Anja Noro, Magnus Björkgren2007. International Journal of Nursing Practice 2008.	Pitkäaikaishoitoyksiköiden hoitohenkilökunta Etelä-Suomen alueella.	Kvantitatiivinen, takautuva poikittaistutkimus.	64% asukkaista sai kuntoutuspalveluja. Kuntoutukseen sopivat asuin-tilat lisäsivät kuntoutuksen määrää.	Tutkimuksessa käsitellään kuntoutusta, joka on yksi aihealue opinnäytetyössämme.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

<p>4. Muistisairaan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Kirsti Suontaka-Jamalainen. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu. 2011.</p>	<p>Vanhuspsykiatrisen osaston muistisairautta sairastavat potilaat (n=85)</p>	<p>Kvantitatiivinen. Analysointiin tilastollisella menetelmällä.</p>	<p>Tutkimuksella saatiin tietoa potilaiden käytösoireista ja toimintakyvystä hoitointervention alussa ja lopussa.</p>	<p>Tutkimuksen aihe käsittelee muistisairaan potilaan toimintakykyä</p>
<p>5. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkokuntoutusosastolla Anniina Kähkönen Pro gradu -tutkielma Itä-Suomen yliopisto Hoitotieteenlaitos Huhtikuu 2010</p>	<p>Pitkäaikaissairaalan jatkokuntoutusosaston sairaanhoitajat (n=4) ja potilaat (n=26)</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Havainnointi sekä hoitajien täyttämä arviointilomake</p>	<p>Hoitajat olivat sisäistäneet kuntoutumista edistävän hoitotyön käytön toimintaa ohjaavaksi arvoksi ja toimintamalliksi. Vuorovaikutus potilaan, hoitajan ja henkilökunnan välillä osoittautui keskeiseksi.</p>	<p>Aihe käsittelee kuntouttavaa hoitotyötä sekä toimintakyvyn ylläpitoa ja hoitajien toimintaa. Näitä aiheita käsittelemme omassa työsämme.</p>
<p>6. Conditions for rehabilitation of older patients with dementia and hip fracture-the perspective of their next of kin. Rydholm-Hedman Ann-Marie, Grafström Margareta Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, Karolinska Institutet, 2004</p>	<p>Muistisairautta sairastavat lonkkamurtumapotilaat (n=20) sekä heidän omaisensa (n=20)</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Muistisairaus asettaa haasteita kuntoutukselle ja kuntoutumisen onnistuminen on yhteydessä muistisairaan toimintakykyyn.</p>	<p>Tutkimuksessa käsiteltiin muistisairaan potilaan kuntoutusta, mikä on aihealue opinnäytetyösämme.</p>