



Dementoituneen vuodepotilaan kuntouttava hoitotyö ja kuntoutus

Opinnäytetyö

Marika Katainen

**Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö**

Koulutusala: Sosiaali- ja terveysala	
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö
Työntekijä/tekijät: Marika Katainen	
Työn nimi: Dementoituneen vuodepotilaan kuntouttava hoitotyö ja kuntoutus	
Päiväys: 14.12.2009	Sivumäärä/liitteet: 94/9
Ohjaaja/ohjaajat: Susanne Hämäläinen, Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja: Sonkajärven terveyskeskus	
Tiivistelmä: <p>Tässä opinnäytetyössä kuntoutettiin yhtä dementiaa sairastavaa vuodepotilasta ja luotiin kuntouttavan hoitotyön malli. Hoitotyönmalli tehtiin kuntouttamisen pohjalta Sonkajärven terveyskeskuksen osasto C:lle. Tässä työssä opinnäytetyöntekijä kuntoutti yhtä dementiaa sairastavaa vuodepotilasta. Työ toteutettiin toiminnallisena tutkimuksena.</p> <p>Tutkimusaineiston keräämisessä käytettiin toimintakykymittareita, rannepainoja ja puristusvoimamittaria, sekä tutkimuspäiväkirjaa. Työssä käytettäviä toimintakykymittareita olivat: ADL, MMSE, MNA ja Cornellin depressioasteikko. Tutkimuspäiväkirja pohjautui havaintoihini ja käyttämiini menetelmiin kuntoutuksessa. Tutkimustulokset esitettiin aikajärjestyksessä. Potilasta kuntoutettiin yhteensä 13 viikon ajan. Potilas oli sairaana yhteensä viisi viikkoa.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että vuodepotilaan kuntouttaminen on mahdollista ja lisää potilaan fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Potilaan toimintakyky parani huomattavasti potilaan jalkojen motoriikan ja voiman osalta. Sen sijaan potilaan toimintakyky ei näyttänyt kohentuvan juuri lainkaan päivittäisten toimintojen osalta ruokailussa, säännöllisestä avustamisesta huolimatta. Tuloksista kävi ilmi, että seisomatelineen ja motomed-laitteen yhtäaikainen käyttö potilaan kuntoutuksessa on tehokas menetelmä. Seisomatelineen ansiosta potilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa polvet tuettuina tasofordia apuna käyttäen jo kolmannella kuntoutusviikolla. Potilas liikkui omatoimisesti vasenta jalkaansa vain viikko siitä, kun motomed-laite oli otettu käyttöön ja jarrutti motomed-laitteessa jaloillaan neljä viikkoa laitteen käyttöön ottamisesta. Potilaan kognitiivinen toimintakyky koheni kuntoutuksen aikana. Potilas kommunikoi nonverbaalisesti ja vastaili enemmän kysymyksiin kuntoutuksen aikana.</p>	
Avainsanat: kuntouttava hoitotyö, kuntoutus, kuntoutuminen, toimintakyky, toimintakyvyn mittarit	
Luottamuksellisuus: ei haettu	

Field of study: Social and health industry	
Degree Programme: Nursing Study programme	Option: Nursing
Author(s): Marika Katainen	
Title of Thesis: Demented bed patient's rehabilitative nursing and rehabilitation	
Date: 14.12.2009	Pages/appendices: 94/9
Supervisor(s): Susanne Hämäläinen, Annikki Jauhainen	
Project/Partners: Sonkajärvi's health center	
Abstract: <p>In this final project, one bed patient who has dementia was rehabilitated and a nursing model was created. The nursing model that is based on rehabilitation, was made to Sonkajärvi's Heath centre's ward C. In this work the final project worker rehabilitated one bed patient who has dementia. The work was carried out as a functional research.</p> <p>Research materials were collected by using a meter that measures the ability to function, wrist weights and squeeze power meter and research diary. In this work, the ability of function meters used were ADL, MMSE, MNA and Cornell's depression scale. Research diary was based on my observations and the methods I used in rehabilitation. The results of the research are expressed in time order, the changes which happened weekly in patient's ability to function. The patient was rehabilitated overall during a 13 week' period. The patient was sick for five weeks altogether.</p> <p>The final project's results showed that bed patient's rehabilitation is possible and add to patient's physical and cognitive ability to function. Patient's ability to function got better considerably when it comes to patient's foot motorics and power. Instead, patient's ability to function did not seem to improve at all in daily functions in eating in spite of regular help. The results showed that the use of standing rack and motomed-devices simultaneously is an effective method in patient's rehabilitation. With the help of the standing rack, the patient was able to stand on his own feet, with knees supported by a tasoford, already on the third rehabilitation week. The patient moved his left leg only a week after starting to use the motomed-device and braked with the motomed-device with his own feet after four weeks of starting to use the device. Patient's cognitive ability to function improved during the rehabilitation. The patient communicated nonverbally and answered questions during the rehabilitation.</p>	
Keywords: rehabilitative nursing, rehabilitation, get into shape, ability to function, ability to function meter	
Confidentiality: Do not get	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	8
2.1 Kuntouttava työote ja kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	9
2.2 Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen.....	10
2.3 Kuntouttavan hoitotyön toimintamalli.....	11
3 MUISTISAIRAS JA KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	14
3.1 Muistisairaana kuntouttava hoitotyö.....	14
3.2 Muistisairas ja itsensä toteuttamisen tarve.....	16
4 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN.....	19
4.1 Kuntoutuksen ja kuntoutumisen määritelmä.....	19
4.2 Kuntoutuksen vaikuttavuudesta kertova aikaisempi tutkimusnäyttö.....	20
4.3 Kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.....	23
5 TOIMINTAKYKY.....	26
5.1 Toimintakyvyn määritelmä.....	26
5.1.1 Fyysinen toimintakyky.....	27
5.1.2 Psyykkinen toimintakyky.....	30
5.1.3 Sosiaalinen toimintakyky.....	33
5.2 Toimintakyvyn mittaaminen ja toimintakykymittarit.....	34
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	37
6.1 Työn lähtökohdat ja rajaukset.....	37
6.2 Työn tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet/hyöty.....	37
6.3 Kohderyhmä ja hyödynsaajat.....	38
6.4 Työn toteutus/tutkimusmenetelmä.....	38
6.4.1 Alkutoimenpiteet ennen kuntoutusta.....	39
6.4.2 Kuntoutuksen kulku ja menetelmien käyttö kuntoutusviikoilla 1–13.....	41
6.4.3 Seisomatelineen ja Motomed-laitteen käyttö kuntoutuksen aikana.....	42
6.4.4 Potilaan ruokailussa avustaminen.....	44
6.4.5 Voimisteluohteiden käyttö.....	45
7 TULOKSET.....	50
7.1 Toimintakykymittareista saadut tulokset.....	50

7.2 Oppimispäiväkirjan tulokset	54
7.2.1 Alkutilanteen selvittäminen	54
7.2.2 Toimintakyvyn muutokset 13 kuntoutusviikon aikana (viikot 19–32)	55
7.2.3 Potilaan kognitiivinen toimintakyky	62
7.2.4 Potilaan toimintakyvyn arviointi tulevaisuudessa	63
8 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN MALLI	64
9 POHDINTA	67
9.1 Toteutuneen työn tulosten ja onnistumisen arviointi suhteessa tavoitteisiin	67
9.2 Luotettavuus ja eettisyys	73
9.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	77
LÄHTEET	82

LIITTEET

Liite 1: ADL-mittari

Liite 2: Cornell testilomake

Liite 3: MMSE-mittari

Liite 4: MNA-mittari

Liite 5: Vuodepotilaan voimisteluohjelma

Liite 6: Käsien liikesarjat

Liite 7: Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikesarjat

Liite 8: Jalkojen liikesarjat

Liite 9: Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Vuonna 2007 vanhainkodissa ja tehostetussa palveluasunnoissa asui yhteensä 40 000 asiakasta, joiden keski-ikä oli 83 vuotta. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalveluiden lukumäärä on kasvanut 25 % vuodesta 2000 vuoteen 2007. (Tuomola & Kuronen 2006.) Suomessa muistisairauksien hoitoon käytetyistä kustannuksista 60 % menee pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Muistisairauksien hoitoon käytettyjen kustannusten arvioidaan nousevan yli 2 miljardiin euroon vuoteen 2010 mennessä. Suomessa Alzheimerin tautiin käytettävät kustannukset yhden potilaan elinaikana ovat 170 000–200 000 euroa. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 49, 54.)

Vanhainkodeissa 35 % ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 52 % potilaista sairastaa vaikeaa tai erittäin vaikeaa muistisairautta. Vaikeassa muistisairaudessa toimintakyvyn ylläpito on haastavaa. Toimintakyvyn ylläpidon haasteellisuus lisää hoitotyön kuormittavuutta. Suomessa terveyskeskuksissa 32 % ja vanhainkodeissa 9 % potilaista ovat täysin autettavia ja vuodeosastoilla 55 % potilaista tarvitsee runsaasti apua. (Noro ym. 2001, 32, 34; Partanen, Heikkinen & Vehviläinen-Julkunen 2004, 19.)

Opinnäytetyössä kuntoutetaan yhtä dementiaa sairastavaa vuodepotilasta. Työssä selvitetään, miten säännöllinen kuntoutus vaikuttaa muistisairaana vuodepotilaan toimintakykyyn. Työn tavoitteena on potilaan fyysisen toimintakyvyn kohentuminen, ja luoda käytännössä toimiva kuntouttavan hoitotyön malli osastolle. Tavoitteena on myös, että potilas ja omaiset kokevat kuntoutuksen olevan mukavaa ja hyödyllistä. Työ antaa omaisille toivoa ja tietoa potilaan kuntoutumisesta ja saattaa rohkaista omaisia käyttämään enemmän yksityisiä palveluja potilaan kuntouttamisessa. Opinnäytetyössä tehty hoitotyön toimintamalli antaa hoitajille lisää keinoja kuntouttamiseen. Työn toimeksiantajana toimii Sonkajärven terveyskeskus.

Työn taustalla on työelämästä lähtöisin oleva pohdinta siitä, voiko vuodepotilasta kuntouttaa niin, että hänet saataisiin kävelemään. Pohdin myös, miten pitkälle muistisairasta vuodepotilasta voidaan kuntouttaa, jos kuntouttamiseen olisi aikaa ja jos kuntoutus olisi säännöllistä. Henkilökunnalla ei ole usein riittävästi aikaa kuntouttaa säännöllisesti potilaita. Riittämätön aika kuntouttamiseen on työhön liittyvä

kehitystarve. Olen myös itse todennut aikapulan työskennellessäni. Halusin tehdä tutkimuksen muistisairaana vuodepotilaana mahdollisuuksista kuntoutua, kun potilaalle annetaan enemmän aikaa ja kuntoutus on säännöllistä.

Työn keskeisiä käsitteitä ovat kuntouttava hoitotyö, toimintakyky (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen), toimintakyvyn mittarit, toimintatutkimus, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuntoutuminen, kuntoutus, kuntoutumista edistävät ja heikentävät tekijät.

2 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Käsitteenä kuntouttava hoitotyö tarkoittaa laaja-alaista toimintaa, joka tavoittelee ihmisen hyvinvointia. Pitkäaikaissairaana kuntoutus on prosessi, joka on luonteeltaan ennakoivaa, jatkuvaa, toiminta- ja työkykyä ylläpitävää. Sairauden luonne määrittelee kuntouttavan hoitotyön sisällön. Tällöin kuntouttavassa hoitotyössä huomioidaan sairauden laatu ja perheen toimintamallit. Kuntoutus merkitsee hyvin erilaisia asioita kaikissa eri sairauksissa ja erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitajalla tulee olla selkeä asema moniammatillisessa tiimissä ja hänen tulee hallita erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Tämän lisäksi sairaanhoitajalla pitäisi olla pätevyyttä kuntouttavaan hoitotyöhön. (Nolan 1999, 958–966.)

Hoitotyö, joka on kuntouttavaa, on tavoitteellista, suunnitelmallista ja systemaattista toimintaa (Lundgren 1998, 13). Kuntouttavassa hoitotyössä hoitaja kannustaa ja tukee potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti arkitoimistaan ja hallitsemaan arkielämäänsä omien voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 18–19). Kuntouttava hoitotyö on moniammatillista ja siinä tuetaan potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä (Kokkonen & Heimonen 2004, 74; Oravala & Koskinen 2006, 2, 26). Kuntouttava hoitotyö perustuu potilaan jäljellä olevien voimavarojen tuntemiseen ja se edellyttää jatkuvaa toimintakyvyn selvittämistä, hoitotyön tavoitteita ja hoitajien sitoutumista tavoitteisiin, sekä hoitajien oman toiminnan arviointia (Routasalo 2004, 86–92). Tavoitteita ja niiden toteuttamista arvioidaan erilaisilla sovitulla mittareilla (Kokkonen & Heimonen 2004, 74).

Kuntouttava hoitotyö aiheuttaa usein ristiriitaisia näkemyksiä. Ristiriitaisuudet kuntouttavassa hoitotyössä johtuvat osittain siitä, että kuntouttavan hoitotyön näkökulma on vielä melko uusi, eikä kuntouttavasta hoitotyöstä ole riittävästi koulutusta ja kokemusta. Kuntoutuksen onnistumisen kannalta tärkeitä asioita ovat omahoitajan osuus ja syntyvä hoitosuhde kuntoutuksessa. Näitä edellä mainittuja asioita 94 % kuntoutujista piti tärkeänä reumasäätien sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimuksessa kuntoutujat pitivät tärkeänä myös kuntoutuksessa jatkuvuutta, yksinäisyyttä, luottamusta, turvallisuutta, huolehtimista, tukea,

vuorovaikutusta, kannustamista, käytännön asioiden hoitamista, sekä kiinnostusta asiakasta kohtaan. Kuntouttavassa hoitotyössä on hyvä muistaa se, että asiakkaan tai potilaan kuntoutuminen ei edisty yhden ammatin osaamisella, vaan tähän tarvitaan moniammatillinen tiimi. Moniammatillinen tiimi taas tarvitsee yhteisen näkemyksen, yhteistä aikaa, sekä työprosessin. (Kukkurainen 2002, 15.)

2.1 Kuntouttava työote ja kuntoutumista edistävä hoitotyö

Kuntouttavassa työotteessa hoitaja määrittelee toimintansa potilaan jäljellä olevista voimavaroista. Muistisairaana hoitotyössä kuntouttava työote tarkoittaa toimintaa, jossa tuetaan ja ylläpidetään potilaan itsenäisyyttä ottaen huomioon potilaan yksilöllisyys ja menetetyt, heikentyneet, sekä jäljellä olevat voimavarat. Kuntouttava työote hoitotyössä vaatii hoitajilta kärsivällisyyttä, asiakkaan tukemista, kannustamista, kehottamista, houkuttelua ja kehumista. Tieto siitä, mitä sairaus aiheuttaa muistihäiriöiselle antaa uusia työkaluja käytännön työhön. Kuntouttavassa hoitotyössä hoitajilta edellytetään työhönsä sitoutumista ja sitoutumisen merkityksen ymmärtäminen on tärkeä osa kuntouttavaa hoitotyötä. (Rantanen, Saarinen & Sabri 2008, 2, 17.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö perustuu potilaslähtöisyyteen. Potilaan itsemääräämisoikeus, elämän mielekkyys sekä potilaan turvallisuuden tunne tulisi mahdollistaa potilaalle, jotta hoitotyö todella olisi kuntoutumista edistävää. (Heimonen & Voutilainen 1998, 14; Rantanen ym. 2008, 3; Oravala & Koskinen 2006, 14.) Hoitajan olisi hyvä selvittää potilaalta, minkälaiseksi potilas kokee oman terveydentilansa, koska potilaan oma kokemus on hoidon perusta (Ryypö & Salonen 2008, 4). Kuntoutumisen kannalta on tärkeää omaisten ja kuntoutettavan aktiivinen osallistuminen tavoitteiden asettamiseen (Routasalo 2004, 86–92).

Järjestelmällinen ja jatkuva kirjaaminen on edellytys kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumiselle ja arvioinnille. Kirjaamisella hoitotyötä ja sen toteutumista voidaan kehittää ja arvioida. Hoitohenkilökunnalta kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää omien toimintatapojen ja periaatteiden tarkastelua, sekä kykyä soveltaa tietoa käytännön toimintaan hoitotyössä. (Routasalo & Lauri 2001, 207–216.)

2.2 Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen

Vuonna 1995 Joensuun terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla kehitettiin kuntouttavaa hoitotyötä. Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen alkoi aivohalvauspotilaista. Vähitellen kuntouttavan hoitotyön ajattelumallia sovellettiin kaikkien potilasryhmien hoitotyöhön. Kuntouttavan hoitotyön ajattelumallin omaksuminen edellytti henkilökunnan työskentelytapojen ja toimintaperiaatteiden muuttamista. Kun kuntouttavan hoitotyön toimintamalli oli käytössä pari vuotta, hoitajat huomasivat, että se ei vie paljon aikaa. Aikaa kuntouttavaan hoitotyöhön kului yhtä paljon kuin aiemmin. Aikaisemmin hoitotyö oli tehtäväkeskeistä ja hoitajat tekivät kaiken potilaiden puolesta. Osaston ilmapiiri on tärkeä kuntouttavan hoitotyön onnistumisen ja edistymisen ja kannalta. Kuntoutuksen edistymisen kannalta on tärkeää, että potilas kokee harjoittelun mukavaksi. Tähän vaikuttaa työntekijän nonverbaalinen viestintä, jonka potilas aistii. Jotta potilaan kuntoutusmotivaatio saataisiin ylläpidettyä, on tärkeää, että työntekijä nauttii omasta työstään ja potilaan kanssa olemisesta. (Mäkisalo 1995, 31.)

Vuonna 1997 Oulun kaupungissa aloitettiin ikääntyneiden toimintakykyä tukeva ja edistävä ITTE-projekti. Projektin tarkoituksena oli tukea ikääntyvien toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Lisäksi tarkoitus oli ohjata ja kouluttaa vanhustyön henkilökuntaa kuntouttavan työotteen pariin. Tulosten mukaan kuntouttava työote ja projektista saatu ohjaus lisäsivät työntekijöiden työssä jaksamista 58 %. Työntekijät kokivat, että projektin ansiosta ikääntyneet lisäsivät omatoimisuuttaan ja liikkuivat ulkona enemmän. Kuntouttava hoitotyö kohensi ikääntyneiden mielialaa. (Lotvonen 2002, 23, 25.)

Jalonen (2000) on tutkinut kuntouttavan työotteen vaikutusta pitkäaikaispotilaiden hoidossa. Tutkimukseen osallistui kahdeksan havainnointiryhmän potilasta, joiden tuloksia verrattiin seurantar ryhmän 26 potilaan tuloksiin. Potilaiden keski-ikä tutkimuksessa oli 77,2 vuotta. Potilaat jaettiin fysioterapia- ja musiikkiterapia ryhmiin. Fysioterapiaryhmän potilaat tarvitsivat liikkumisen ja itsehoidon osa-alueella runsaasti apua. Fysioterapiaryhmässä käytettiin erilaisia tasapaino- ja siirtymisharjoituksia,

toteutettiin vuodejumbppaa yksilöllisten ohjelmien mukaan sekä ohjattiin apuvälineiden käytössä. Havaintoryhmän potilaiden hoitosuunnitelmat tarkistettiin kuntoutumistavoitteellisiksi. Fysioterapiaryhmän liikkumisessa ja itsehoidon alueella tapahtui eniten kehittymistä. Tutkimuksen aikana eräs potilas kuntoutui niin hyvin, että hän pystyi kuntoutuksen myötä liikkumaan lähes itsenäisesti pyörätuolilla. Potilas oli aiemmin liikkunut täysin toisten avun turvin. Musiikkiterapialla oli muistia parantava vaikutus, koska muuttujan keskiarvo tutkimuksessa nousi. Päivittäinen toimintakyky nousi eniten fysioterapiaryhmäläisillä liikunnan osa-alueella. Jalosen (2000) tutkimuksen mukaan pitkäaikaispotilaiden päivittäistä toimintakykyä voidaan parantaa kolmen kuukauden seurannan aikana. Tutkimuksessa ilmeni myös, että koulutuksen jälkeen hoitohenkilökunta omaksui kuntouttavan työotteen asenteen. Henkilökunta myös pystyi hyödyntämään kuntouttavaa työotetta päivittäisessä hoitotyössä. (Jalonen 2000, 5, 8 53–54, 46–48.)

2.3 Kuntouttavan hoitotyön toimintamalli

Kuntouttavaan hoitotyöhön liittyviä toimintamalleja on tehty vähän. Kamio (2005), sekä Routasalo ja Lauri (2001) ovat tutkijoita, jotka ovat perehtyneet toimintatutkimukseen ja luoneet kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin. Routasalon (2002) mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin pohjana toimii hoitaminen, joka on lähtöisin yksilöstä ja terveydestä. Mallin mukaan hoitotyön toiminnan tulee tukea kuntoutujan itsenäistä selviytymistä. Kuntoutuminen vaatii hoitotyöntekijältä tavoitteellista toimintaa ja sitoutumista, jotta kuntoutus edistyisi. Tavoitteellisuus on hoitotyössä kaiken toiminnan perusta. Tavoitteet kuntoutumisen suhteen tulee laatia yhdessä kuntoutujan, omaisten ja kuntoutustiimin kanssa. Tavoitteiden myötä on hyvä muistaa arviointi siitä, miten kuntoutus on edistynyt. (Routasalo 2002, 109–119.) Hoitotyöllä, joka on kuntoutumista edistävää, ylläpidetään tai palautetaan toimintakykyä, parannetaan psyykkistä hyvinvointia, lisätään elämän tyytyväisyyttä sekä ylläpidetään henkilön statusta (Routasalo & Lauri 2001, 207–217).

Kamio (2005) on laatinut toimintatutkimuksen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Työn tavoitteena oli löytää toimivia kuntoutumista edistäviä ratkaisuja ja parantaa

muistisairaiden asiakkaiden hoidon laatua. Tutkimuksen kehittämisen pohjana käytettiin kuntoutumista edistävää hoitotyön mallia. Hoitohenkilökunta jaettiin ryhmiin. Jokainen ryhmä työsti oman hoitotyön mallin, jota toteutettiin käytännön työssä. Toimintakyvyn tukemiseen laajentaminen psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen tuotti suuren haasteen. Toisten ryhmien ideoiden soveltaminen omaan työhön tuotti haasteita. Ryhmien aiheita olivat omaisten osuus voimavarana, fyysinen ympäristö ja siihen liittyvien tekijöiden huomioiminen, hoidon arvioinnin ja hoitosuunnitelman kehittäminen, omahoitajuuskäytännön vahvistaminen ja yhteisöllisyyden tukeminen. (Kamio 2005, 78–81.)

Omaiset voimavarana ryhmä laati omaistiedotteita, dementiatietopakettin, järjesti omaisiltoja, tehosti viestivihkojen käyttöä sekä järjesti omaisten ja omaishoitajan yhteisiä tapaamisia. Fyysisen ympäristön kehittämisryhmä teki muun muassa ovikoristeita, järjesti toivemusiikkia asukkaille, järjesti asukkaille arki ja pyhävaatteet, lisäsi viherkasveja sekä järjesti tarvittaessa rannehälyttimet. Hoitosuunnitelman ja hoidon arvioinnin kehittämisryhmä päivitti tulohaastattelulomakkeet yksisivuisiksi, laati raporttikansion etusivulle kuntoutus ja hoitotyön suunnitelman sekä otti säännölliseen käyttöön Minimental- ja toimintakykymittarit. Omahoitajuuskäytännön vahvistajaryhmä laati mallin, jossa omahoitaja vastaanottaa uuden asukkaan ja esittäytyy omaisille. Yhteisöllisyyden kehittämisryhmä kokosi pieniä ryhmiä asukkaista, jotka viihtyivät keskenään ja järjesti heille yhteisiä saunavuoroja ja ruokailuhetkiä. (Kamio 2005, 81–83.)

Suomen kuntaliiton Ponsi-projektissa valmistui kuntoutusohjauksen toimintamalli käytännön työhön. Mäensivun (1998, 40–41) mukaan hyvä kuntoutusohjauspalvelu koostuu useasta eri tekijästä, kuten asiakkuuden olemuksen ymmärtämisestä, asiakkaan onnistuneesta ohjautumisesta kuntoutusohjaukseen, sekä hyvistä toimintaedellytyksistä. Muita onnistumisen edellytyksiä ovat kuntoutusohjaajan ammattitaito ja ihmisuus, kuntoutuksen perusideologian toteuttaminen, inhimillinen vuorovaikutus, tuloksellisuus, sekä asiakkuuden olemuksen ymmärtäminen. Mäensivun toimintamallia voidaan hyödyntää kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, osastoilla, joissa kuntouttava työote kuuluu päivittäiseen työhön.

Inhimilliseen vuorovaikutukseen liittyy asiakkaan syyllisyyden poistaminen. Kuntoutusohjaajan olisi hyvä ymmärtää asiakasta ja poistaa hänen syyllisyyden tunteensa. (Savola-Mannonen 1997, Mäensivun mukaan 1998, 48.) Kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavat tekijät, jotka osoittavat kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tuottavuutta. Hyvän kuntoutusohjauksen toimintaedellytyksenä ovat tarkoituksenmukaiset tilat, välineet ja hyvä työilmapiiri. Kuntoutuksen monimuotoisuuden ja laaja-alaisuuden vuoksi kuntoutuksen tuloksellisuuden ja merkityksen arviointi on moniselitteistä ja vaikeaa. Kuntoutusohjaus on onnistunut, kun kuntoutuja on saanut käyttöönsä voimavaroja joilla hän voi puolustaa, hyödyntää ja rikastuttaa omaa elämäänsä. Kuntoutus on laadullisesti onnistunut silloin, kun kuntoutusprosessi on vaikuttanut myönteisesti kuntoutujan elämään. (Mäensivu 1998, 47–49.)

3 MUISTISAIRAS JA KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

3.1 Muistisairaahan kuntouttava hoitotyö

Muistisairaahan potilaan hoidossa kuntouttavan hoitotyön tavoitteita ovat potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn säilyminen ja ylläpito, elämänhalu, muistisairaahan kotona selviytyminen sekä omaisten tukeminen (Järvikoski ja Härkäpää 1995, 12–28 Routasalo 2003, 118). Hoitotyön laadun kehittäminen käyttämällä hyödyksi erilaisia moniammatillisia ryhmätyömuotoja ja verkostoja edistävät kuntouttavan hoitotyön kehittymistä pitkäaikaishoidossa (Högström, Ketonen & Granö 2008a, 15).

Muistisairaahan potilaan ja hänen omaisensa elämänlaatua tukeva hoito vaatii suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta. Muistisairaahan potilaan kuntoutuksen keinot ja periaatteet ovat muistioireiden lieventäminen, oireisiin sopeutuminen sekä elämänlaadun kohentaminen erilaisilla keinoilla. Muistisairaahan potilaan kuntouttavassa hoitotyössä potilaan hoito ja kuntoutukselliset lähtökohdat voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat kognitiivisen kuntoutuksen menetelmät, ympäristön muokkaaminen, haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen ja lääkehoito. (Lundgren, Voutilainen, Heimonen 1996, 32.)

Kognitiivisessa kuntoutuksessa keskitytään muistitoimintojen tukemisen keinoihin. Kognitiivisessa kuntoutuksessa käytetään menetelmiä, joilla voidaan tukea ja helpottaa mieleenpainamista, mielessä säilyttämistä ja mielestä palauttamista. Muistisairaahan potilaan kyky käsitellä tietoa on heikentynyt. Muistisairailta potilailta motorinen muisti ja implisiittinen muisti ovat säilyneitä. Motorinen muisti tarkoittaa tuttuja liikkeitä. Implisiittinen muisti tarkoittaa opittuja asioita, joiden oppiminen tapahtuu tiedostamattomasti. Muistisairaiden kanssa voidaan parantaa vuorovaikutusta käyttämällä sanatonta viestintää, jota dementoituvat ymmärtävät ja aistivat. Kognitiivisessa kuntouttamisessa on oleellista, että muistisairasta tuetaan jokaisessa muistiprosessin vaiheessa. (Lundgren ym. 1996, 32–33.)

Muistisairaiden kommunikaatiokykyä voidaan helpottaa käyttämällä lyhyitä, yksinkertaisia lauseita ja tuttuja sanoja. Puhuesssa kannattaa käyttää lauseita, joissa

asian ydin sanotaan ensimmäisenä. Puhuesssa kannattaa ottaa suora katsekontakti ja tehostaa viestiä muilla keinoilla, esimerkiksi näyttää suuntaa kädellä. Sama asia kannattaa toistaa useaan kertaan, jotta dementoituvan olisi helpompi muistaa asia. Keskusteltaessa tai puhuttaessa on hyvä käyttää tuttuja aiheita ja heti havaittavissa olevia asioita. Kun muistisairaalta kysytään mielipidettä, kannattaa muistisairaalle antaa selkeät vaihtoehdot, joista hän voi valita. Muistisairaiden vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää poistaa tai vähentää tarkkaavaisuutta häiritseviä tekijöitä. Tarkkaavaisuuden häiriöiden vuoksi dementoituvien muistitoiminnot ja kyky vuorovaikutukseen saattaa heikentyä. Muistisairaalle nimeä kannattaa toistaa puhuttaessa hänelle, jotta tarkkaavaisuus ja huomio saadaan ylläpidettyä. (Lundgren ym. 1996, 33–34.)

Muistikuntoutuksessa keskeisin pääperiaate on dementiaoireiden lievittäminen erilaisin keinoin. Näitä keinoja ovat esimerkiksi kuvakielen käyttö, mieleenpalautuksen vihjeistäminen ja tehostettu sanallinen mieleenpainaminen. Sisäisiä strategioita voidaan tehostaa visuaalisella kuvakielellä. Muistettavia kokonaisuuksia voidaan myös pilkkoa osiin laittamalla asioita eri paikkoihin. Muistettavista asioista voidaan muodostaa myös tarinoita. Visuaalinen kuvakieli tarkoittaa sitä, että esimerkiksi henkilön nimeen liitetään jokin helposti kuviteltavissa oleva asia. Paikkamenetelmässä jokin muistettava asia sijoitetaan johonkin tiettyyn paikkaan. Ulkoisia strategioita ovat päiväkirjojen, muistivihkojen, kalenterien käyttö ja se, että tavaroilla on jotkin tietyt samat säilytyspaikat. Ympäristöön orientoitumista helpottavat erilaiset kyltit ja tienviitat sekä asioiden merkitseminen eri väreillä. Muistisairaalle oppivat helpoiten siten, että muistiprosessit ja oppiminen syntyvät tahattomasti, tiedostamatta. Tämän vuoksi muistisairaiden kanssa voidaan käyttää erilaisia muistipelejä, joista oppii vaivattomasti. Menneisiin tapahtumiin voidaan keskustelussa liittää nykyhetken asioita, jotka saattavat jäädä mieleen, kun tieto yhdistyy vanhaan asiaan. Muistisairaalle muistavat vanhat, menneisyyteen liittyvät asiat hyvin. (Lundgren ym. 1996, 34.)

Muistisairaalle ihmisen kuntoutumisessa on huomioitava myös ympäristö. Ympäristö olisi hyvä muokata siten, että ympäristössä olisi orientoituvia edistäviä ja ylläpitäviä vihjeitä. Vihjeitä voidaan asettaa esimerkiksi oman huoneen oveen, jotta huone löytyy. Jotta huone olisi helpompi löytää, huoneen oveen voidaan kiinnittää kuva,

numero tai nimivihjeitä. Jotta hahmottaminen ympäristössä olisi helpompaa, kannattaa lattia-, seinä- ja muiksi materiaaleiksi valita mahdollisimman selkeitä ja vähäkuvioisia pintamateriaaleja. Muistisairas tarvitsee myös tilaa liikkua, koska liikkuminen on muistisairaalle tapa purkaa toiminnan tarvetta. Ympäristössä tärkeää on sen turvallisuus. Turvallisuutta lisäävät esimerkiksi lukot, jotka estävät pääsyn paikkoihin, jotka olisivat turvallisuusriski. (Lundgren ym. 1996, 32–33.)

Muistisairaalle ihmisille onnistumisen kokemukset ja mielihyvän tuottaminen ovat samalla tavalla tärkeitä asioita, kuten muillekin ihmisille (Lundgren ym. 1996, 34). Muistisairaalle potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö ei tarkoita pelkästään sitä, että potilas osallistuu toimintaan. Toiminnan lisäksi dementoituvan potilaan kuntoutumista edistetään, jos dementoitunut saa kokea, että hän on arjessa merkityksellinen ja hän saa tuntea elämän jatkuvuuden ja turvallisuuden tunteen. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä olisi hyvä pyrkiä edistämään ja mahdollistamaan näitä edellä mainittuja tunteita dementoituvan potilaan elämässä. Muistisairaalle potilaan elämänlaadun ja kuntoutumisen kannalta olisi tärkeää, että dementoituva potilas saisi kokea olevansa turvassa ja että hänen elämällään on tarkoitus ja että elämässä on kaikesta huolimatta vielä toivoa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 60, 65–66.)

3.2 Muistisairas ja itsensä toteuttamisen tarve

Muistisairaalle vanhukselle on tärkeää, että hän saa harrastaa mieleisiään aktiviteetteja. Mielekäs toiminta on hyväksi muistisairaalle elämänlaadun ja toimintakyvyn tukemisen kannalta. Muistisairaalla on oikeus osallistua mielekkääseen toimintaan, joka tuottaa muistisairaalle elämään iloa ja onnistumisen elämyksiä. Vaikka toimintakyvyn heikkeneminen olisi rajoittava tekijä, toiminta olisi hyvä rakentaa siten, että potilaalla olisi kuitenkin mahdollisuus osallistua. Hoitajalta tämä vaatii joustavuutta, voimavarakeskeistä ajattelutapaa sekä ainakin jonkin verran luovuutta. Kuntouttavaa työtä sovelletaan hoitotyössä sekä yksittäisissä hoitotilanteissa että ryhmätilanteissa, joissa on mukana toimintaa. Ryhmätilanteet vahvistavat yhteisöllisyyttä ja osallistumisen tunnetta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63–64.)

Itsensä toteuttamisesta ja tekemisestä tuleva mielihyvä kokeminen tukevat muistisairaana potilaan identiteettiä ja rikastuttavat hänen elämäänsä. Toimimalla potilas voi kokea ilon, toivon, onnistumisen ja hyvän olon tunteen. Kun dementoituvaa ihmistä osallistuu toimintaan, tarvitsee hän aikaa, opastusta, rohkaisua, mahdollisuuksia sekä kannustavaa myönteistä palautetta. Dementoituvalle tulee antaa mahdollisuus valita, haluaako hän osallistua ja millä tavoin hän haluaa osallistua toimintaan. Muistisairaana rooli tasavertaisena osallistujana korostuu erityisesti dementoituvan potilaan kuntoutuksessa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63–64.)

Hoitajana kannattaa kuunnella, antaa tilaa ja pitää tärkeinä asioina dementoituvan potilaan ilmaisuja. Tämä lisää dementoituvan potilaan tunnetta siitä, että häntä kuunnellaan, hänestä välitetään ja hänen elämällään on merkitystä. Kun muistisairaana puhe ja ymmärtäminen heikkenevät, on mietittävä, miten ymmärretyksi tulemista voisi dementian edetessä tukea. Hoitajana hyväksytyksi tulemisen tunnetta voi välittää dementoituvalle potilaalle olemalla empaattinen, avoin ja vuorovaikutuksen salliva. Hyväksymisen tunnetta lisäävät potilaiden yksilöllinen kohtelu, lämpimän ilmapiirin luominen ja hoitajien tasavertaisuus hoitotilanteissa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 60–61.)

Elämän jatkuvuuden tunnetta voidaan tukea tuntemalla ja kunnioittamalla dementoituvan potilaan elämäntarinaa. Tällöin viestitetään, että dementoituvaa on arvokas juuri sellaisena kuin hän on. Dementoituvan elämänsä kulku, roolit ja arvot ovat asioita, jotka sairaudesta huolimatta ovat osa elämää. Muistelu lisää turvallisuuden tunnetta ja auttaa korvaamaan ja täydentämään menetyksiä, jotka ovat sairaudesta johtuvia. Muistelemalla dementoitunut voi hahmottaa elämänsä kokonaisuutta. Jatkuvuuden tunteen tukemisessa on hyvä muistaa ottaa omaiset mukaan potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 62–63.)

Potilaan turvallisuuden tunnetta lisäävät menetyksien lieventäminen, avun helppo saatavuus, hoitopaikan rutiinit, psykososiaalinen ilmapiiri, yhteisöllisyys sekä hoitopaikan positiivinen ja hyväksyvä tunnelma. Hoitajan aito läsnäolo, kunnioittaminen ja dementoituvan potilaan kuunteleminen sellaisena kuin hän on,

lisäävät dementoituvalle toivon tunteen vahvistamista. Elämän tarkoituksellisuuden tunnetta voidaan tukea elämäntarinatyöskentelyllä, huumorilla, mieluisalla toiminnalla ja olemalla itse positiivinen. Arjessa kohdatut kokemukset ja kohtaamiset, eli elämysarvot tuovat tarkoitusta dementoituvan elämään. Hoitajien on mahdollista mitata potilaiden elämänlaatua käyttäen erilaisia mittareita. (Heimonen & Voutilainen 2006, 65, 66.)

4 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN

4.1 Kuntoutuksen ja kuntoutumisen määritelmä

Kuntoutuksella ja kuntoutumisen tukemisella on suuri merkitys potilaalle, joka on pitkäaikaishoidossa. Dementoituvan sairauden vaikeassakin vaiheessa potilas ymmärtää kuntoutuksen tärkeänä viestinä. (Högström, Ketonen & Granö 2008a, 14.) Kognitiivisten toimintojen heikkenemisen myötä vanhuksilla on suuri riski joutua laitoshoitoon. Liikunta ylläpitää kognitiivisia toimintoja. Tämän vuoksi kuntoutus ei mene hukkaan dementiaa sairastavilla. (Pitkälä ym. 2007, 3852.)

Kuntoutus tarkoittaa laaja-alaista toimintaa, joka parantaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, elämänhallintaa ja ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kuntoutusta ei voida rajata pelkästään sairauteen tai vammaan liittyvien ongelmien korjaamiseen. Kuntoutus ei siis ole toimintaa, jossa ihmisen toimintakyky pyritään sairastumisen jälkeen palauttamaan ennalleen. Kuntoutuksen tavoitteita ovat toimintakyvyn ylläpito ja saavuttaminen sekä toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisy. Kuntoutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää tehdä kuntoutussuunnitelma. (Kyrönlahti & Varjakoski 2006, 12.) Etenevien muistisairauksien kohdalla kuntoutus on Pirttilän (2004, 11–21) mukaan prosessi, jossa sairastuneen mahdollisuuksia osallistua ja elää omilla voimavaroillaan tai autettuna parannetaan. Näin tuetaan sairastunutta toteuttamaan itseään, vaikka sairaus aiheuttaa rajoituksia. Potilaan omalla motivaatiolla on suuri merkitys kuntoutuksen edistymiselle. Potilaan motivaatiota lisäävät ammattihenkilön ja omaisten antama tuki ja kannustus potilaalle. Kipu, kaatumisen pelko ja väsymys voivat olla motivaatiota vähentäviä tekijöitä. (Kyrönlahti & Varjakoski 2006, 12.) Kuntoutusta, hoitoa ja näiden tuloksellisuutta seurataan erilaisilla mittareilla osastolla, esimerkiksi RAVA-(Raijala-Vaissi), MMSE- ja MNA-mittareilla. Käytännössä pitkäaikaishoidon kuntoutuksen taso vaihtelee suuresti. Näin siitäkin huolimatta, että kuntoutumista edistävän hoitotyön ajatuksia on jo vuosia sovellettu pitkäaikaishoidossa. (Högström ym. 2008a, 14–15.)

Kuntoutuminen on oppimis- ja kasvuprosessi. Kuntoutuja kehittää kuntoutumisen aikana itselleen keinoja ja menetelmiä, jotta selviytyminen arjessa on mahdollisimman

hyvää. Kuntoutumisen aikana kuntoutuja oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa. Tällöin kuntoutuja voi nähdä uusia mahdollisuuksia ja rakentaa tulevaisuutta käyttämällä jäljellä olevia voimavarojaan. Kuntoutuja oppii kuntoutumisen edetessä löytämään uusia voimavaroja ja uusia tapoja toimia. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 18–19.)

Kuntoutuminen on yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta, mikä säätelee toimintakykyä. Osana toimintakykyyn taas liittyy se, minkälaisena ihminen kokee oman elämänlaatunsa ja toimintakykynsä. Kuntoutus perustuu ihmisen toimintakykyyn, toimintaan ja siihen, mitä toimintaa häneltä edellytetään. Kuntoutumisessa yleisenä päämääränä on paras saavutettavissa oleva tasapaino kuntoutujan psykososiaalisten ja fyysisten toimintaedellytysten, toimintaympäristön ja toimintatarpeiden välillä. Kuntoutuminen voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kuntoutumiseen. (Routasalo & Lauri 2001, 207–208; Metteri, Talo & Wikström 2001, 55–56.)

Moniammatillisesti laadittu kuntoutussuunnitelma täytyy tehdä tai päivittää mahdollisimman pian laitokseen tulon jälkeen. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutumistavoitteet lyhyeltä ja pitkältä aikaväliltä. Omahoitaja vastaa kuntoutumista edistävän hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Kuntoutussuunnitelman tulisi sisältää seuraavia asioita: potilaan toiveet, voimavarat, harrastukset, potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Potilaan kuntoutussuunnitelma on osana hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma voi sisältää myös potilaan liikkumissuunnitelman sekä virikkeellisyys- ja ravitsemussuunnitelman. Hoitosuunnitelma tarkistetaan säännöllisesti puolivuositain ja aina tarvittaessa. Koko hoitotiimin kuuluu sitoutua hoitosuunnitelman toteuttamiseen. (Högström ym. 2008, 14, 16.)

4.2 Kuntoutuksen vaikuttavuudesta kertova aikaisempi tutkimusnäyttö

Liikunnallisesta kuntoutuksesta ja voimaharjoittelusta on tehty paljon tutkimuksia. Nykyisten tutkimusnäyttöjen mukaan ei ole koskaan liian myöhäistä aloittaa liikuntaharjoittelua. Tutkimuksissa on selvinnyt, että liikunnallisen voimaharjoittelun

myötä lihasvoima kasvaa ja kävelynopeus paranee. Tämä tarkoittaa, että toimintarajoitukset vähenevät haurailta iäkkäillä. Tosin päivittäiseen toimintakykyyn nähden harvat tutkimukset ovat kyenneet osoittamaan kuntoutuksen vaikuttavuutta. Liikuntaharjoittelun tulee tutkimusnäyttöjen mukaisesti olla tehokasta. Tällöin harjoittelu on pitkäkestoista (9–18 kuukautta) ja intensiivistä, eli harjoittelua tapahtuu lyhyellä aikavälillä (2–3 kertaa viikossa). Vahvaa tieteellistä tutkimusnäyttöä kuntoutuksen kannattavuudesta on saatu aivohalvauspotilaiden, lonkkamurtumapotilaiden ja monisairaiden dementoituneiden kuntoutuksesta. (Pitkälä ym. 2007, 3852; Berg 2001, 275–277.)

Pitkälä, Winell ja Tilvis (1991, 50–54) ovat tutkineet kuntoutuksen vaikuttavuutta päiväsairaalassa. Kuntoutuksen aikana potilaiden toimintakyvyn heikkeneminen hidastui ja huono ennuste ja laitoshoidon tarve vähenivät päiväsairaalassa. Melin ja Bygren (1993, 356–362) ovat tutkineet geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuutta kuuden kuukauden seurannassa. Tulosten mukaan geriatrisella kotikuntoutuksella voidaan vähentää laitoshoitoon joutuvien määrää. Kaatuilevat ja kotisairaanhoidon palvelujen piiriin kuuluvat iäkkäät potilaat kuuluvat riskiryhmään joutua laitoshoitoon. Robertsonin, Devlinin, Gardnerin ja Campbellin (2001, 1–6) mukaan laaja-alaiset, yksilöllisesti kohdennetut kaatumista ehkäisevät ohjelmat suojaavat potilaita kaatumisilta. Kaatuilun on todettu vähentyvän 46 % kun hoitajat toteuttavat harjoitusohjelmaa potilaiden kanssa.

Vuodelevossa ikäihmisten ja vanhusten lihasvoimat heikkenevät 5 % vuorokaudessa. Alaraajojen lihasvoimat heikkenevät ikäihmisillä nopeammin kuin yläraajojen lihasvoimat. (Timonen ja Koivula 2001, 245.) Lihasmassan kasvattaminen ikäihmisillä on mahdollista, vaikka se tapahtuukin vähemmässä määrin kuin nuoremmilla. Kaikkosen (2001, 219–242) mukaan 2–3 kuukauden voimaharjoittelun aikana ikäihmisten lihasten lihasmassan on todettu kasvavan. Tutkimuksessa yli 90-vuotiaiden heikkokuntoisten lihasmassa kasvoi voimaharjoittelun aikana.

Ikäihmisillä lihasvoimakehitys riippuu harjoituksen kestosta, tehosta ja toistomäärästä. Ikäihmisillä muutaman kuukauden seurannan aikana maksimivoiman harjoittelulla on saavutettu yli 100 % voimamuutoksia. Ikäihmisten voimaharjoittelun tulisi sisältää

nopeusvoimatyyppistä harjoittelua. Voimantuottonopeus lisää kykyä estää horjahduksia tai liukastuksia. Pelkkä aerobinen harjoittelu nopeusvoimatyyppisen harjoittelun sijasta heikentää lihasten voimantuottonopeutta. Ikäihmisillä voimaharjoittelun ansiosta voiman tulostaso paranee jo viikoissa. Sopivin lihaskuntoharjoittelu on dynaamista lihastyötä. Tällöin harjoittelussa vuorottelevat jännitys ja lepovaihe. (Karvinen 1999, 98.)

Piitulaisen (2004, 34–36) mukaan voimaharjoittelu saa aikaan muutoksia voimantuotto-ominaisuuksiin iäkkäillä, kun harjoittelua on kuusi kuukautta kaksi kertaa viikossa. Monipuolinen lihaskuntotyyppinen harjoittelu edistää ja ehkäisee kaatumista. Monipuolinen harjoittelu kehittää nivelten liikkuvuutta, lihasvoimaa, lihaskestävyyttä ja motorisia taitoja (Suni & Taulaniemi 2003). Ikäihmisten pitäisi välttää voimakkaita puristusotteita, ettei verenpaine ei pääse kohoamaan liian korkealle (Timonen ja Koivula 2001, 246–247). Sipilän ja Rantasen (2003, 106–107) mukaan harjoittelun pääpaino pitäisi kohdistaa niille lihasryhmille, joissa on eniten heikkouksia. Toki myös vahvempia lihasryhmiä tulee kuntouttaa samanaikaisesti.

Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on saatu positiivisia tuloksia. Kotiutumisvaiheessa ja sitä seuranneiden lähiviikkojen aikana kuntoutukseen osallistuneiden toimintakyky oli selkeästi parempi verrattuna vertailuryhmään. Kotiutumisen jälkeen ryhmien väliset erot tosin pienenivät. Geriatrisen kuntoutus vähentää akuutisti sairastuneiden vanhuspotilaiden kuolleisuutta. (Tilvis 2002, 143.) Psykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta kuntoutuksesta on tehty tutkimuksia vähemmän verrattuna muihin geriatrisiin tutkimuksiin. Tutkimusten perusteella lupaavia hoitomuotoja ovat erilaiset terapiat sekä osaavan tiimin yhteistyöhön perustuvat hoitomuodot. Kahden vuoden seurannassa näillä edellä mainituilla hoitomuodoilla on ollut myönteisiä vaikutuksia vanhuksen toimintakykyyn. Ikääntyneillä masennuksen hoidosta ja ehkäisystä on saatu jonkin verran myönteisiä tutkimustuloksia. Myönteiset tulokset ovat olleet niillä, jotka osallistuivat liikuntaryhmiin. (Pitkälä ym. 2007, 3852.) Geriatrisen kuntoutus vanhuksilla ei lisää kustannuksia, jos se on hyvin suunniteltu. Näin voidaan todeta satunnaisten kontrolloitujen tutkimusten perusteella. (Stuck, Siu, Wieland & Bubenstein 1993, 342, 32–36.) Hitaasti toipuvilla tarkkaan valikoiduilla vanhuksilla tulokset suurten

lisäkustannusten vähydestä geriatrisessa kuntoutuksessa ovat pitkäkestoisempia ja vakuuttavampia verrattuna vanhuksiin, jotka ovat joutuneet sairaalaan akuutin sisätautisen syyn vuoksi. Kuntoutus on kannattavaa, kun vanhuksen toimintakyky on akuutin sairauden vuoksi heikentynyt. Kuntoutuksesta eivät asiantuntijoiden mukaan näytä hyötyvän voinniltaan vakaat kotihoidon asiakkaat. Geriatrisesta kuntoutuksesta eivät konkreettisesti hyödy potilaat, joiden sairaudet ovat parantumattomia ja joille kaikki ulkopuolinen apu on annettu. Kuntoutus on tehokasta, kun vanhus ei ole liian sairas eikä liian terve ja silloin kun kuntoutuksella on realistiset tavoitteet. (Tilvis 2002, 145, 153.)

Kognition ja toimintakyvyn heikkenemiseen, laitoshoitoon ja ennenaikaiseen kuolemaan johtavat vanhojen ihmisten yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys. Vanhustyön keskusliiton järjestämä psykososiaalinen ryhmäkuntoutus paransi kuntoutujien kognitiota, psyykkistä hyvinvointia, terveydentilaa sekä vähensi kuolleisuutta ja terveystalouden käyttöä. Psykososiaalisessa ryhmäkuntoutuksessa tuettiin vanhojen yksinäisten ihmisten elämänhallintaa, aktivoitiin sosiaalisuutta ja tuettiin voimavaroja. Kuntoutuksen laajentaminen psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten toimintojen alueille kannattaa, koska tästä kannattavuudesta on nykyään paljon positiivista tutkimusnäyttöä. (Pitkälä ym. 2007, 3852.) Vahvin näyttö kuntoutuksen vaikuttavuudesta oli aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa ja äkillisesti sairastuneiden kuntoutuksessa. Lisäksi vahvaa näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta on saatu toimintakykynsä menettäneiden vanhusten sairaalakuntoutuksessa sekä pitkittyneissä alaselän kiputiloissa. (Aalto ym. 2002.)

4.3 Kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä

Kuntoutumista edistää potilaan oma aktiivisuus kuntoutumisessa ja hoitajien ammattitaito huomata, missä asiakas tarvitsee apua, tukea ja kannustusta. Näin asiakkaiden omatoimisuus säilyy mahdollisimman pitkään. Kuntoutumista tukeva tekijä on asiakkaiden fyysinen toimintaympäristö. Osastojen kodinomaisuus lisää viihtyisyyttä ja turvallisuuden tunnetta. (Rantanen ym. 2008, 21, 24.) Lisäksi vanhusten lääkkeettömät hoitomuodot ja ammattilaisten positiiviset asenteet ovat kuntoutusta edistävä tekijä (Pitkälä 2008, 939).

Erilaiset terapiat, kuten fysio-, puhe-, toiminta-, musiikki- ja taideterapia edistävät kuntoutumista. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tarvitaan kuntoutusta, joka tukee ja ylläpitää tasapainokykyä ja lihasvoimaa. Fyysinen kuntoutus ja toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeä kuntoutuksen osa-alue, koska liikkumisen ansiosta dementoituvalla on mahdollisuus osallistua aktiivisesti muihin arjen asioihin. (Högström ym. 2008, 14.) Fyysisen kunnan kohentumisen myötä potilas pystyy helpommin osallistumaan erilaisiin toimintoihin. Potilaan psyykkinen ja sosiaalinen kanssakäyminen kohentuu, kun fyysinen kunto kohentuu. Viriketoiminta, fyysisen kunnan, sekä itsetunnon kohoaminen lisäävät potilaan psyykkistä hyvinvointia, joka syntyy kokemalla onnistumisen elämyksiä. Onnistumisen elämykset edistävät kuntoutumista lisäämällä potilaan itsetuntoa ja motivaatiota. (Rantanen ym. 2008, 20.)

Rantasen ym. (2008, 20–21) mukaan viriketoiminta koetaan tärkeäksi kuntoutumisen keinoksi, koska sen katsotaan lisäävän sosiaalisuutta. Sosiaalisuus syntyy yhdessäolosta ja tekemisestä. Osastolla, jossa hoitajakysely tehtiin, viriketoiminta oli monipuolista; potilaat pelasivat bingoa, lautapelejä, lauloivat ja tanssivat. Hoitajat kokivat, että ryhmän tuki ja kannustus olivat tärkeitä tekijöitä, samoin se, että asiakasta ei pakoteta mihinkään. Asiakkaan oma aktiivisuus lisää kuntoutumista. Hoitajien mukaan fyysisen kunnan kohentuminen kehittää myös psyykkistä ja sosiaalista kanssakäymistä. Potilaan osallistuminen eri toimintoihin helpottui, kun fyysinen kunto kohentui. Haastatteluissa nousi esille myös hoitajien ammattitaito huomata, missä asiakas tarvitsi eniten apua, tukea ja kannustusta, jotta asiakkaan omatoimisuus säilyisi mahdollisimman pitkään.

Muistisairaana potilaan kehon hahmottamisen vaikeutuessa on hyvä tehdä harjoituksia, joissa nimetään selkeästi harjoiteltava osa kehossa. Koskettamalla tuetaan myös potilaan kehon hahmottamista. Nämä toimet vahvistavat potilaan fyysistä minäkuvaa, joka edistää potilaan kuntoutumista. Dementoituvan potilaan psyykkistä kuntoutumista tukee mahdollisuus harrastaa laitoksessa mieleisiä aktiviteetteja. Pitkäaikaissairaaloissa on mahdollisuus osallistua erilaisiin virikehetkiin. Henkilökunnan osaamisen kehittäminen edistää potilaan kuntoutumista. Potilaan kuntoutumista edistää yksilövastuinen hoitotyön malli, jota henkilökunta toteuttaa työssään. Tämä tarkoittaa omahoitajuutta. (Högström ym. 2008, 15–17.)

Kuntoutumista estäviä tekijöitä ovat ammattilaisten vaihtuvuus, tiedon kulkemisen esteet, jatkuvuuden katkeileminen, kuntoutuksen lyhytkestoisuus, asiantuntemuksen puute, hoitohenkilökunnan kiire, vähäinen henkilökuntamäärä, sijaiset, liian korkealle asetetut tavoitteet ja osallistumisen esteet. Jotta asiakkaille pystytään antamaan yksilöllistä aikaa ja tukea, täytyy henkilökunta määrän olla riittäviä suhteessa asiakasmäärään. (Rantanen ym. 2008, 22, 23.) Kuntoutusta estäviä tekijöitä ovat heikko asiakaslähtöisyyden toteuttaminen, kuntoutujan heikko sitoutuminen omiin tavoitteisiinsa ja kuntoutuksen toteuttaminen (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005, 5).

Asiakaslähtöisyys toimii heikosti ikääntyneiden kuntoutujien kohdalla. Usein vanha ihminen on toimenpiteissä passiivinen osapuoli, jossa ihmisen toiveet sivuutetaan ja ihmisen ohi puhutaan kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Kuntoutuksen tulisi tukea kuntoutujan aktiivista toimivuutta. Jos yksi ihminen on vastuussa vanhan ihmisen kuntoutuksesta, on tästä apua tavoitteiden ja tarpeiden määrittelyssä, hoidon oikea-aikaisessa kohdentamisessa. Heikolla asiakaslähtöisyydellä on se vaikutus, että kuntoutuja sitoutuu heikommin kuntoutuksen tavoitteisiin. Hitaasti etenevä toiminnanvajaus vaatii pitkän ajan, jotta se voisi korjaantua. Kuntoutusjakson jäädessä lyhyeksi näkyy fyysisen kuntoutuksen osuus vain esimerkiksi lihasvoimassa tai kävelynopeudessa. Jos kuntoutuja sitoutuu ja osallistuu kuntoutukseen, näkyy kuntoutus toimintakyvyssä pidemmällä aikavälillä. (Pitkälä ym. 2007, 3853.)

Pohjola (2003, 56) on tutkinut ikääntyvien motivaatiota ja sen merkitystä toimintakykyyn. Tutkimuksen mukaan yli puolet vastaajista koki kivun rajoittavan liikkumista. Kivun katsottiin olevan merkittävä tekijä, joka vähentää kuntoutumisen motivaatiota ja on kuntoutumista estävä tekijä. Tämän vuoksi on tärkeää, että kipua ennaltaehkäistään ennen kuntouttamista. Tärkeää on myös kivun tunnistaminen.

Routasalon ja Laurin (2001, 207–211) mukaan hoitajat kokevat roolinsa hieman epäselväksi potilaan kuntoutumisen suhteen. Tämä voi olla yksi kuntoutumista estävä tekijä. Hoitajat eivät ole tuoneet rooliaan selkeästi esille potilaan kuntoutumisessa. Hoitajat ovat kokeneet, että heidän työnsä ei vie kuntoutumista eteenpäin, vaikka kuntouttaminen on mahdollista heidän työssään. Kyrönlahden ja Varjakosken (2006, 13) mukaan hoitajat toimivat hoitamisen ja kuntoutuksen välimaastossa.

5 TOIMINTAKYKY

5.1 Toimintakyvyn määritelmä

Toimintakyky voidaan määritellä monella tavalla. Toimintakyky voi olla kykyä suoriutua jostain tehtävästä tai ihmisen yleistä toimintakykyä. Elinaika, terveydentila, muutokset itsenäisyydessä ja näiden asioiden ennuste ovat yleistä toimintakykyä. Arjen toiminnoista selviytyminen on myös toimintakykyä. Vanhuksella toimintakyky voi olla heikentynyt silloin kun päivittäisistä askareista selviytyminen tuottaa vaikeuksia. Heikentyvän toimintakyvyn taustalla voivat olla toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi myös ympäristön ongelmat. (Vallejo-Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 57.) Toimintakyky koostuu psyykkisistä, fyysisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Henkilön ominaisuudet, terveys, sekä ympäristön vaatimukset vaikuttavat siihen, miten ihminen ylläpitää omaa toimintakykyään. Ympäristön vaatimuksien olisi hyvä olla realistiset yksilön toimintakykyyn ja kuntoutukseen nähden. (Rantanen ym. 2008, 3.) Jotta hoitotyö on toimintakykyä ylläpitävää, hoitajan täytyy tunnistaa muistisairaana henkilön jäljellä olevat voimavarat ja toimintakyky, joita hoitajan kuuluu ylläpitää ja tukea työssään (Arolaakso-Ahola & Rutanen 2007, 17).

Elämäntapoja kohentamalla voidaan ehkäistä sairauksien aiheuttamia toimintakyvyn vajeita. Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä edistäviä tekijöitä ovat fyysinen, kognitiivinen ja sosiaalinen aktiivisuus, sekä tupakoimattomuus ja terveellinen ravitsemus. Sosiaalinen aktiivisuus ylläpitää fyysistä kuntoa. (Pope, Shue & Beck 2003, 111–132; Wannamethee, Ebrahim, Papacosta & Shaper 2005, 831–840; Vallejo-Medina ym. 2006, 59; Bean, Vora & Frontera 2004, 31–42.) Hyvin iäkkäät henkilöt hyötyvät oikein valituista toimenpiteistä, joilla parannetaan toimintakykyä. Toimintakyvyn parantamiseksi tarvitaan kaikkia toimintakykyä sääteleviin tekijöihin kohdistuvia muutoksia. Toimintakykyä voidaan palauttaa ja toimintarajoituksia lieventää ehkäisemällä ja hoitamalla sairauksia, edistämällä toimintakykyä erilaisin keinoin, käyttämällä apuvälineitä tai muokkaamalla toimintaympäristöä. (Hietanen & Lyyra 2003, 18, 20; Koskinen, Martelin & Sainio 2006, 256.) Iäkkäiden fyysistä aktiivisuutta heikentävät motivaation ja taitojen puute, sekä käsitykset siitä, että liikunta ei ole sopivaa iäkkäille. (Heinonen 2007, 10.)

Tuoreimpien tutkimusten mukaan toiminnanvajeet perustoimintojen osalta ovat vähentyneet 75–84-vuotiailta vuosina 1993–2005. Toisaalta on saatu myös päinvastaisia tutkimustuloksia joissakin alueellisissa tutkimuksissa. Nämä tutkimustulokset ovat perustuneet eläkeläisten terveystyöryhmäkyselyihin. Vuosina 1993–2005 ulkonaliikkumiskyvyn vajeissa oli vähenevä kehityssuunta 75–84-vuotiailla miehillä ja naisilla, kun taas peseytymisen ja pukemisen osalta vajeiden suunta oli positiivinen. Tutkimustulosten mukaan viimeisten 12 vuoden aikana erityisesti kyky suoriutua peseytymisestä ja pukeutumisesta on kohentunut. (Sulander, Puska, Nissinen, Reunanen & Uutela 2007, 29–30.)

5.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn mahdollistaa ihmisen biologinen elimistö. Hengitys- ja verenkiertoelimistön, keskus- ja ääreishermoston sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky ovat yhteydessä ihmisen fyysiseen toimintakykyyn. Biologiset vanhenemismuutokset ovat yksi syy fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen. Vaikka elintoiminnot heikkenevät iän myötä, huonontavat sairaudet toimintakykyä enemmän kuin biologinen vanheneminen. Toimintakyky alkaa heikentyä keskimäärin 75 ikävuoden jälkeen, jolloin toimintakykyä rajoittavat tekijät lisääntyvät. (Vallejo-Medina ym. 2006, 57.)

Vanhainkodissa kuntouttavalla hoidolla voi olla merkittävä rooli asukkaiden toimintakyvyn alenemisen hidastamisessa. Kuntouttava hoitotyö auttaa asukkaita ylläpitämään päivittäistä toimintakykyä arki askareissa selviytymisessä. (Morris ym. 1999, 494–500.) Erityisesti potilaan toimintojen yhteyttä muistiin on tutkittu vanhuksilla. Toimintojen harjoittamisella on tärkeä osa päivittäisten toimintojen parantamisessa. Tutkimuksen mukaan erityisesti käsien motorinen aktiivisuus on yhteydessä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja muistiin. Ikääntyessä käden motoriikan vähentyminen aiheuttaa toiminnallista riippuvuutta, laitoshoidon joutumista ja jopa kuolleisuutta. Hoitajalta potilaan käden motoriikan taitojen säilyttäminen edellyttää osallistumista käden motoriikan arviointiin erilaisissa varhain todetuissa dementia-olosuhteissa. (Scherder, Dekker & Eggermont 2008, 333–341.)

Iäkkäillä henkilöillä kuolleisuutta ja avuntarvetta ennustaa heikentynyt liikuntakyky. Iäkkäillä toimintakyvyn aleneminen näkyy ensimmäisenä alaraajojen toimintakyvyn vaikeutena, kuten kävelynopeudessa ja tasapainossa. Alaraajojen heikentynyt toimintakyky lisää iäkkäillä koettuja liikunnan esteitä, pelkoja ja turvattomuuden tunnetta. Nämä estävät liikunnan harrastamista. Kivinummen (2007) tutkimuksessa alaraajojen toimintakyky ei vaikuttanut tutkittavien kielteisiin asenteisiin liikunnan harrastamista kohtaan. Kun iäkkäille suunnitellaan liikuntaohjelmia, tulisi pelot huomioida kuntoutuksessa. (Kivinummi 2007, 2, 20–21, 25.)

Jotta vanhusten ja ikääntyneiden liikkumista ja itsenäistä toimintakykyä saataisiin parannettua, täytyy harjoittelun olla säännöllistä, jatkuvaa ja tarpeeksi tehokasta (Wolf ym. 2001; Toraman & Aceyman 2005; Gardner, Robertson & Cambell 2000). Lisäksi liikuntaharjoittelu täytyy suunnitella yksilöllisesti (Sihvonen 2004; Wolf ym. 2001). Toisaalta Räsänen ja Seilosen (2005, 42, 43–45) mukaan kuntosaliharjoittelun määrällä ja harjoittelijoiden iällä ei ollut merkitystä staattiseen ja dynaamiseen tasapainoon. Räsänen ja Seilosen mukaan 15 viikkoa kestävällä kuntosaliharjoittelulla, joka kohdistuu alaraajojen ja keskivartalon lihaksiin, on positiivinen vaikutus ikäihmisten staattiseen ja dynaamiseen tasapainoon. Henwoodin ja Taaffen (2005, 108–115) mukaan kahdeksan viikkoa kestävä kuntosaliharjoittelu kaksi kertaa viikossa lisäsi lihasvoimaa huomattavasti tutkimukseen osallistuneilla 60–80-vuotiailla. Tutkittujen suoritukset paranivat lattialta ylösnousussa, viidessä tuolissa ylösnousussa sekä kuuden metrin kävelyssä. Tutkimukseen osallistuneet olivat terveitä, kotona asuvia australialaisia.

Heikkisen (2005, 327–335) mukaan heikkokuntoisten, laitoksessa asuvien toimintakykyä voidaan merkittävästi parantaa liikkumisen ja tasapainoharjoitusten osalta jo neljän kuukauden seurantajaksolla. Tämä vaatii tarpeeksi haastavan harjoitteluohjelman, jotta toimintakykyä todella saataisiin parannettua. Tehokas kuntoutusohjelma sisältää seuraavia asioita: intensiivinen (määrätietoinen, tiheä) hoito, interventio sekä tarkka kohdentaminen. Interventio on toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Jotta kuntoutusohjelmalla saataisiin hyviä tuloksia aikaan, täytyy tuloksia seurata.

Parempien tulosten saavuttamiseksi henkilökunnan täytyy tehdä yhteistyötä ja muistaa käyttää ajanmukaista välineistöä apuna. Kuntoutuksesta ja hoidosta vastuun ottaminen tuo myös parempia tuloksia. (Stuck, Siu, Wieland, Adams & Bubenstein 1993, 1032–1036; Lökk 1999, 353–361.)

Kävelynopeus ennustaa ihmisen toimintakykyä yhtä hyvin kuin alaraajojen toimintakykytesti (SPPB) (Guralnik ym. 2000, 221–231). Ikääntyessä voimantuottonopeus heikkenee 10–30 %, vaikka lihaksien maksimivoima pysyisi muuttumattomana. Keskushermoston heikentynyt kyky saada raajoihin viestiä liikkumisesta voi hidastaa voimantuottonopeutta. (Korhonen 2003, 117–120.) Lisäämällä alaraajojen lihasvoimaa liikuntaharjoittelulla, voidaan lisätä kävelynopeutta (Henwood & Taaffe 2005, 108–115). Beanin ym. (2004, 799–804) mukaan 12 viikon liikunnallinen harjoittelu tuotti merkittäviä tuloksia 70-vuotiaiden tutkittujen naisten kävelynopeuteen. Koeryhmän naisten voimisteluliikkeet tapahtuivat pääosin seisten. Verrattavan kontrolliryhmän liikuntaharjoitukset tapahtuivat pääsääntöisesti istuen.

Tasapainon hallinta on edellytys liikkumiskyvylle. Jotta liikesuoritus on mahdollista, ihmisen täytyy hallita alaraajojen, vartalon ja niskan lihaksia. Päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä heikentää huono tasapaino. Huonontunut tasapaino lisää myös kaatumisen riskiä. Asennon hallintaa vaikeuttavat nivelten liikerajoitukset, jäykistynyt selkäranka, hidastunut näköinformaation käsittely aivoissa, näkökyvyn muutokset ja muutokset keskushermoston toiminnassa. (Pajala, Sihvonen & Era 2003, 123–126.) Beanin ym. (2004, 799–804) mukaan tasapainoa voidaan parantaa alaraajojen liikuntaharjoittelulla. Fyysistä toimintakykyä voidaan parantaa myös asennonhallintaan kohdistuvalla harjoittelulla. Sihvosen (2004, 23–38) tutkimuksessa 70–90-vuotiaiden naisten suoritukset paranivat neljä viikkoa kestävässä toiminnallisissa tasapainotesteissä. Lisäksi tasapainoharjoittelu ehkäisi kaatumisia.

Toraman ja Ayceman (2005, 565–568) tutkivat iän merkitystä toimintakyvyn muutoksiin. Tutkimuksessa ikäihmiset jaettiin iältään kahteen ryhmään (60–73 ja 74–86-vuotiaat). Molempien ryhmien jäsenet suorittivat yhdeksän viikkoa kestäneen liikuntaharjoittelujakson. Tämän jälkeen testattiin, miten harjoittelemattomuus

vaikuttaa kuntoutustuloksiin. Tuloksista kävi ilmi, että kahden viikon harjoittelemattomuus huononsi merkittävästi iäkkäämpien ryhmään kuuluvien toimintakykyä. Iältään nuorempien ikäihmisten toimintakyvyssä ei tapahtunut kahden viikon aikana merkitsevää muutosta. Neljän viikon harjoittelemattomuus huononsi merkittävästi molempien ryhmien toimintakykyä. Yhdeksän viikkoa kestäneen liikunnallisen harjoittelujakson aikana toimintakyky parani molemmissa ryhmissä.

Rydeskog, Frändin ja Hanson Scherman (2005, 162–169) ovat tutkineet kuntosaliharjoittelun merkitystä ikääntyneille. Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 75 vuotta. Tutkittavat harjoittelivat kuntosalilla yhdestä kolmeen kertaan viikossa yli kuukauden ajan. Tulosten mukaan kuntosaliharjoittelu parantaa fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, kestävyyttä, lihasvoimaa, kävelykykyä ja verenkiertoa. Lisäksi harjoittelu antoi ikäihmisille energiaa, vireyttä, innostuneisuutta, mielenrauhaa, onnellisuuden tunnetta ja sosiaalisia ihmissuhdekontakteja.

Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys hanke toteutettiin Päijät-Hämeen kunnissa vuosina 2006–2008. Hankkeessa kehitettiin tavoitteellisen toiminnan kehittämistapaa. Hankeen tarkoitus oli liikkumisen lisääminen iäkkäillä henkilöillä, ravitsemuksen edistäminen terveellisempään suuntaan ja sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Tutkimuksessa interventiovaihe kesti 12 viikkoa ja kokonaisseuranta- aika oli 15 kuukautta. Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 82 vuotta. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 172 henkilöä. Tutkimuksessa osallistujat jaettiin viiteen eri ryhmään, jolle järjestettiin erilaista toimintaa. Toiminta koostui kotijumpasta sekä voiman ja tasapainon ylläpidosta. Vertailuryhmä ei osallistunut toimintaan, vaan sai terveystietoa. Tutkimuksen alkumittaustuloksissa ilmeni, että tutkittavilla oli heikko toimintakyky ja kaatumisriski oli suuri. Tuloksista voidaan todeta, että ikääntyneiden toimintakykyä voidaan lisätä tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä, jotka ovat tuottaneet positiivisia tuloksia. (Heinonen 2007, 10–11.)

5.1.2 Psyykinen toimintakyky

Psyykinen toimintakyky on yhteydessä kognitiiviseen suoriutumiseen, kuten älykkyyteen ja kykyyn selviytyä tehtävästä, joka vaatii henkistä ponnistelua.

Ikääntyessä selvimmät muutokset psyykkisen toimintakyvyn alueella ovat tarkkuuden vähentyminen ja havaintotoimintojen hidastuminen. Sen sijaan tiedonkäsittelytaidot eivät juuri muutu. Psyykinen toimintakyky voi myös parantua iän myötä. Esimerkiksi looginen päättelykyky ja kielitaito, jotka ovat kognitiivisia toimintoja, heikkenevät vasta hyvin vanhana ja voivat kehittyä iän karttuessa. (Vallejo-Medina ym. 2006, 57.)

Arolaakso-Aholan ja Rutasen (2007) tutkimuksessa elämänlaatua mitattiin 15D-mittarilla, jossa on 15 osa-alueita. Näihin 15 osa-alueeseen kuuluvat esimerkiksi liikuntakyky, näkö, syöminen, nukkuminen, vaivat ja oireet. Kaikki ulottuvuudet on jaettu viiteen tasoon, joista tutkittava asiakas valitsee omaan tilaansa nähden sopivimman tason. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioitiin tutkimuksessa AMPS-testillä (Assessment of Motor and Process Skills). AMPS-testissä mitataan motorisia ja prosessitaitoja. Tutkittava valitsee AMPS-testissä kaksi tuttua päivittäistä tehtävää annetuista vaihtoehdoista. Näissä kahdessa tehtävässä arvioidaan 16 motorista ja 20 prosessitaitoa. Interventio toteutettiin tutkimuksessa seuraavasti: Tutkimuksen alussa aloitettiin aamujumppa, jota oli neljänä päivänä viikossa. Lisäksi tutkittaville järjestettiin kuntosaliohjaus kerran viikossa. Ennen kuntoutusta tutkituille laadittiin kuntouttava hoitosuunnitelma, joka laadittiin asiakaslähtöisesti ja moniammatillisesti. Moniammatillinen työryhmä laati tutkimukseen osallistujille kuntouttavan ehdotuslistan, jonka pohjalta laadittiin varsinainen suunnitelma. Suunnitelma laadittiin yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmassa määriteltiin tutkittavien vahvat osaamisalueet, asiat, joissa on kehitettävää, sekä tavoitteet ja menetelmät, joita käytetään tavoitteiden toteuttamisessa. Moniammatillinen työryhmä seurasi suunnitelman etenemistä viikoittain. (Arolaakso-Ahola & Rutanen 2007, 23–24.)

Clark ym. (1997) ovat tutkineet ennaltaehkäisevän toimintaterapian vaikutusta ikääntyneiden elämänlaatuun. Terapian tavoite oli tukea osallistujia terveellisempään elämään ja toteuttamaan elämässä asioita, joilla on tutkituille merkitystä. Lisäksi terapian tavoitteena oli auttaa tutkittavia ymmärtämään toimintojen tärkeys omassa elämässä. Tutkimustulosten mukaan toimintaterapia parantaa merkittävästi elämänlaatua. Tutkimus kesti 9 viikkoa. Tutkimukseen osallistujat jaettiin kahteen

ryhmään. Toinen ryhmä osallistui ja toinen ryhmä ei osallistunut toimintaterapiaan. Toimintaterapia koostui pääsääntöisesti ryhmäterapiasta, mutta tämän lisäksi järjestettiin myös yksilötoimintaterapiaa yhteensä yhdeksän tuntia. (Clark ym. 1997, 1321–1326.)

Routasalon, Pitkälän, Savikon ja Tilviksen (2003, 15, 18) mukaan alle 80 vuotiaista 33 %, 80–90 vuotiaista 40 % ja 90 vuotiaista 48 % kärsii yksinäisyydestä. Yksinäisistä naisista leskiä oli 71 % ja yksinasuvia 83 %, mikä on suurempi osa verrattuna naimisissa oleviin tai jonkin muun henkilön kanssa asuviin. Myös yksinäisistä miehistä suurin osa 46 % ilmoitti olevansa leskiä. Suurin osa iäkkäistä, jotka ilmoittivat yksinäisyyden tunteesta, asui palvelutalossa. Maaseudulla yksinäisyys oli yleisempää kuin kaupungissa. Tulosten mukaan yksinäiset kokivat itsensä sairaammiksi ja liikkuivat vähemmän verrattuna ei-yksinäisiin. Yksinäisillä oli myös huonompi näkö ja kuulo.

Yksinäisyyttä aiheuttavia tekijöitä ovat leskeksi jääminen, tärkeän ihmissuhteen katkeaminen, ystävien puute, laitoshoitoon siirtyminen, toimeettomuus ja heikentynyt terveydentila (McInnis & White 2001, 129–139). Henkilön yksinäisyyteen ei yleensä liity lapsien olemassa olo tai puuttuminen (Zhang & Hayward 2001, 311–320; Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout 1999, 491–495; Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999). Masennus, ahdistus, toivottomuus ja dementia ovat yhteydessä yksinäisyyden tunteeseen (Prince, Harwood, Blizzard, Thomas & Mann 1997, 323–332; Cohen 2000, 273–275; Fees, Martin & Poon 1999, 231–239; Holmen, Ericsson & Winblad 1999, 91–95; Holmen, Ericsson & Winblad 2000, 177–192). Ikäihmisten yksinäisyyttä voidaan lievittää psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella, osallistumalla kolmannen sektorin järjestämään vapaaehtoiseen ystävätoimintaan, sekä ystäväpiiriin. Yksinäisyys tarkoittaa ihmisen sisäistä kokemusta, jossa hän ei ole tyytyväinen ihmissuhteisiinsa. (Mäkinen, Routasalo & Pitkälä 2007, 11–13.)

5.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä. Sosiaalinen toimintakyky voi olla myös sopeutumista yhteiskuntaan. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella myös sen mukaan, millaisia sosiaalisia asioita ihmisen elämään liittyy, kuten perhesuhteet, ystävät, mutta myös tulojen, koulutuksen ja terveyden näkökulmasta. Vanhusten kohdalla sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella sen mukaan, miten vanhus on kykenevä säilyttämään läheisiä ja muita vähemmän läheisiä ihmissuhteita, sekä omaa rooliaan yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää tietoa ja tunteita, koska ilman niitä ihminen ei selviä hyvin vuorovaikutustilanteissa. Tärkeimpiä ihmissuhteita vanhukselle ovat omat lapset ja puoliso. (Vallejo-Medina ym. 2006, 59.)

Håkansson (2008) on tutkinut suomalaisesta väestötutkimuksesta yksinasuvien ja puolison kanssa asuvien sairastumisriskiä Alzheimerin tautiin. Håkansson tutkimustulosten mukaan avioparit sairastuvat Alzheimerin tautiin vähemmän kuin yksinasuvat. Kognitiiviset virikkeet ja älylliset haasteet suojaavat Alzheimerin taudilta. Avioparit joutuvat myös sopeutumaan toisen ihmisen kanssa asumiseen. Tällöin avioparien on ratkaistava ongelmia ja päätettävä yhdessä asioista puolisonsa kanssa. Avioparit eivät niin vain pääse toisesta ihmisestä erilleen, kuten esimerkiksi ystäväistä. Riski sairastua Alzheimerin tautiin vaikuttaa kasvavan henkilöillä, jotka ovat pitkään asuneet yksin. Erityisesti kumppaninsa menettäneillä henkilöillä riski sairastua Alzheimerin tautiin kasvaa. Håkanssonin mukaan syy tähän voi olla kumppanin menetyksestä johtuva trauma, josta puoliso ei toivu. Kumppanin menettäminen keski-iässä ja sen jälkeen yksin eläminen kasvattaa riskiä sairastua Alzheimerin tautiin viisinkertaiseksi. Riski kasvaa 25-kertaiseksi henkilöillä, jotka puolison menettämisen lisäksi kantavat ApoE4-riskigeeniä. Håkansson kollegoineen sai tutkimustulokset vertaamalla ApoE4-riskigeenin kantajia henkilöihin, joilla ei ollut tätä geeniä. Håkanssonin mukaan syy avioliiton suojaavalle vaikutukselle Alzheimerin taudin suhteen johtuu luultavasti avioliiton aikana muodostuvasta rakentavasta suhteesta yksilön ja dementian kannalta. (Håkansson 2008, Eklundin ja Viitasen mukaan, 4519.)

5.2 Toimintakyvyn mittaaminen ja toimintakykymittarit

Jotta vanhuksen avuntarve toimintakyvyn suhteen voidaan määrittää, tarvitaan toimintakykyä mittaavia mittareita. Toimintakykymittarit voidaan jakaa kahteen luokkaan; testeihin, jotka vertaavat toiminnallista ja kalenteri-ikää ja testeihin, jotka ennustavat elinikää. Toimintakykymittareiden olisi hyvä mitata biologista, psykologista ja sosiaalista vanhenemista. Jotta saadaan kokonaiskuva vanhuksen toimintakyvystä, tarvitaan useita eri mittauksia, joilla nähdään toimintakyvyn muutos vanhetessa. (Vallejo-Medina ym. 2006, 59.)

Päivittäiset toiminnot ja niistä selviytyminen mittaavat iäkkäiden ihmisten toimintakykyä. Toimintakykyä mitattaessa arviointimenetelmänä voidaan käyttää havainnointia, haastattelua tai kyselyä. Mitattaessa psyykkisiä toimintoja eniten on tutkittu aisti- ja havaintomotoristen toimintojen muutosta. Muisti- ja älykkyystestejä taas käytetään kognitiivisten toimintojen mittaamiseen. Älykkyystesteissä ei ole olemassa viitearvoja, joita voidaan soveltaa vanhuksille. Mittarit eivät myöskään näytä niitä taitoja, joita vanhukset käyttävät ja tarvitsevat. Vanhusten sosiaalista toimintakykyä mitattaessa tutkitaan eniten henkilön osallistumista yhteisölliseen toimintaan, joka voi olla epävirallista. Myös kontaktit muihin ihmisiin, kuten sukulaisiin, ystäviin ja naapureihin pyritään selvittämään. (Vallejo-Medina ym. 2006, 59–60.)

Toimintakykymittari on väline, jolla mitataan toimintakykyä. Mittaustuloksista voidaan määrittää, miten hoito on vaikuttanut potilaan toimintakykyyn. Hoitotyössä mittaustuloksista nähdään muutos, joka on tapahtunut potilaassa hoidon aikana. Muutos, joka nähdään, voi olla toiminnallista tai aikaan liittyvää. Käyttämällä mittareita, voidaan ennustaa potilaan tulevaa toimintakykyä, nähdä riskitekijät ja mahdollisuudet ja puuttua ennalta ehkäisten niihin. Toimintakykymittareita tarvitaan vertailemaan erilaisia potilasaineistoja ja hoitopaikkoja. Mittarista saatujen mittaustulosten perusteella potilaita voidaan arvioida sen mukaan, mihin heitä sijoitetaan, esimerkiksi jatkohoitopaikkaan tai kotiin. Toimintakykymittarin näyttämä toimintakyky antaa viitteitä myös potilaiden kuolleisuuteen tai laitokseen joutumiseen. (Pitkälä 2006, 4–7.)

Toimintakykyä mittaavilta mittareilta edellytetään validiteettia, eli sisällön validiteettia, kriteerivaliditeettia sekä ennustevaliditeettia, mutta myös erottelukykä, herkkyyttä eri muutoksille ja reliabiliteettia (luotettavuutta). Sisällön validiteetti tarkoittaa sitä, miten mittari mittaa. Eli mittaako mittari kattavasti sitä, mitä sen pitäisi mitata. Kriteerivaliditeetti taas tarkoittaa muihin mittareihin tapahtuvaa vertailua. Ennustevaliditeetti tarkoittaa nimensä mukaisesti potilaan tulevan toimintakyvyn ennustamista, esimerkiksi laitoshoidon tarvetta tai kuolleisuutta. Muita mittareilta vaadittavia ominaisuuksia ovat mittarin helppo- ja nopeakäyttöisyys, ymmärrettävyys, mittarin sopiminen hyvin valitulle kohderyhmälle. (Pitkälä 2006, 4–7.)

Activities of Daily Living (ADL) mittaria käytetään (liite 1), kun fyysinen toimintakyky halutaan selvittää. Mitattaessa fyysistä toimintakykyä ADL-mittarilla selvitetään potilaan suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta. Potilaan pukeutuminen, peseytyminen, syöminen, liikkuminen, WC-käynnit sekä pidätyskyky selvitetään ADL-mittarilla. Mittauksen tulokset arvioidaan sen mukaan pärjääkö potilas ilman apua vai tarvitseeko hän avustajan (Suvikas, Laurell & Nordman, 2006, 304–305). ADL-mittarista on kehitelty rinnakkaisversio PADL, Personal Activities of Daily Living (Hyttinen 2003).

Cornellin depressioasteikko (Cornell Scale for Depression) (liite 2) mittaa depressio-oireita ja niiden vaikeusastetta. Mittari mittaa erityisesti depression oireita ja niiden vaikeusasteen tunnistamista dementiaa sairastavilla potilailla. Mittariin kuuluu 19 osiota, jotka on koottu viidestä osa-alueesta. Arviointi perustuu potilaan oireiden ja löydösten havainnointiin. Oireita havainnoidaan viikon ajan. Arvioinnin tekee hoitohenkilöstö. Kotihoidossa arvioinnin voi tehdä myös omaishoitaja tai muu ihminen, joka tuntee potilaan hyvin. Tällöin, jos potilaan hyvin tunteva ihminen tekee mittauksen, on hyvä haastatella myös potilasta itseään. Testissä saa kertoa selventäviä kuvauksia potilaalle, jotta potilas ymmärtää asian. Kokonaispisteet saattavat vaihdella välillä 0–38. Vähäistä häiriötä tai häiriön puuttumista kuvaavat matalat pisteet. Häiriötilanne on, sitä vakavampi mitä korkeammat pisteet ovat. Depressio voi olla potilaalla jo silloin jos potilas saa testistä 9 pistettä tai enemmän. (Hyttinen 2003.)

MMSE-mittari (Mini Mental Status Examination) (liite 3) mittaa älyllistä toimintakykyä. MMSE-mittarissa älyllisiä mitattavia asioita ovat orientaatio, mieleen

painaminen ja palauttaminen, tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja laskeminen. MMSE-testin tekeminen kestä 10 minuuttia ja testi soveltuu sekä lääkärin että hoitajan työvälineeksi. Testissä on 11 kysymystä. MMSE-testissä kokonaispistemäärä on 30. Virheet vähentävät kokonaispistemäärää. Poikkeavaksi suoritukseksi katsotaan, jos pisteitä on 24 tai vähemmän. MMSE-testissä voidaan selvittää mahdollisen dementian eri vaikeusasteet pistemäärien mukaan. Lievässä dementiassa pisteraja on 18–23, keskivaikeassa dementiassa 12–17 pistettä ja vaikeassa dementiassa 0–11 pistettä. Mittausta tehdessä täytyy kuitenkin muistaa, että myös muut tekijät, kuten afasia ja depressio, voivat laskea suoritusta. Täydentäväksi testiksi voidaan ottaa käyttöön CDT-testi (Clock Drawing Task). Tekemällä testi, voidaan erottaa dementiapotilaat, jotka vaativat lisäselvittelyjä. MMSE-testiä ei pidä käyttää diagnoosin tekemiseen, esimerkiksi epäiltäessä dementiaa. Diagnoosin tekemiseen tarvitaan tarkempi neuropsykologinen tutkimus. (Hytinen 2003.) Voutilaisen ja Vaaraman (2005, 8) tekemän tutkimuksen mukaan Suomessa ei tällä hetkellä ole käytössä yhtenäistä toimintakykymittaria, jolla voitaisiin arvioida toimintakykyä tarpeeksi kattavasti tilanteissa, joissa tehdään päätöksiä, jotka liittyvät palveluiden saantiin.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Työn lähtökohdat, rajaukset, tavoitteet/hyöty, kohderyhmät ja hyödynsaajat

Työn lähtökohtana oli tutkia dementoituvan vuodepotilaan kuntoutumista. Lähtökohtana oli pohdinta siitä, miten pitkälle dementoituvaa vuodepotilasta on mahdollista kuntouttaa. Tässä opinnäytetyössä toimintakykyä edistävää toimintaa tarkasteltiin teoriassa fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta.

Työn toiminnallinen osuus rajattiin potilaan fyysiseen kuntouttamiseen. Työn toiminnallisessa osuudessa opinnäytetyöntekijä kuntoutti dementoituvaa vuodepotilasta noin kolmen ja puolen kuukauden ajan, eli yhteensä 13 viikkoa. Kuntoutuksen pohjalta osastolle tehtiin kuntouttavan hoitotyön toimintamalli (kuvio 1, sivu 66.) Malli perustuu potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantamiseen. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen vaikuttaa myös psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn positiivisesti (Rantanen ym. 2008, 20–21).

6.2 Työn tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet/hyöty

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuntouttaa yhtä dementoituvaa vuodepotilasta, toteuttaa työtä toiminnallisena tutkimuksena ja luoda potilaan kuntoutumisen ja kuntouttamisen pohjalta hoitotyön malli osastolle. Tässä työssä selvitettiin, miten pitkälle dementiaa sairastavan vuodepotilaan kuntouttaminen on mahdollista. Lisäksi tehtiin Sonkajärven terveyskeskuksen osasto C:lle kuntouttavan hoitotyön malli. Työhön liittyviä tehtäviä olivat interventio, eli työn toiminnallinen osuus, osastolle tehtävä hoitotyön malli sekä työn teoreettinen osuus.

Työhön liittyviä tavoitteita olivat potilaan fyysisen toimintakyvyn kohentuminen ja käytännössä toimivan hoitotyön mallin laatiminen osastolle. Lisäksi tavoitteena oli, että potilas, omaiset ja henkilökunta kokevat kuntoutuksen mukavaksi ja pitävät sitä hyödyllisenä. Fyysisen kunnan osalta tavoitteena oli potilaan toimintakyvyn kohentuminen perustoimintojen osalta ruokailussa sekä käden ja jalkojen

motoriikassa. Toimintakyvyn osalta suuri tavoiteltava asia oli se, että potilas pystyisi seisomaan omien jalkojensa varassa tasofordia apuna käyttäen. Tällöin potilasta voitaisiin avustaa esimerkiksi tuoliin siirtymisessä ja hän voisi käyttää omia voimavarojaan. Suurin tavoite/haave kuntoutuksessa oli se, että potilas pystyy ottamaan askeleita tai jopa kävelemään.

6.3 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Työn kohteena oli Sonkajärven terveyskeskuksen osaston yksi dementiaa sairastava vuodepotilas. Työstä hyötyvät kuntoutettava potilas, omaiset ja henkilökunta. Potilas hyötyi kuntoutuksesta niin, että hän sai mahdollisuuden säännölliseen kuntouttamiseen ja virikkeisiin.

Omaisille kuntouttamisesta on se hyöty, että he voivat nähdä ne keinot, joilla potilasta voidaan kuntouttaa. Tällöin omaiset voivat myös halutessaan jatkaa ainakin joltakin osin potilaan kuntouttamista. Omaiset voivat esimerkiksi avustaa ruokailussa tai tehdä liikesarjoja potilaan puolesta. Toimintakyvyn salliessa omaiset voivat avustaa potilasta liikeharjoituksissa esimerkiksi potilaan levätessä vuoteessa. Hoitajat hyötyvät opinnäytetyöstä kuntouttavan hoitotyön mallista. Hoitajat saavat mallista vinkkejä kuntoutusmenetelmien käyttämiseen osana kuntouttavaa hoitotyötä.

6.4 Työn toteutus/tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön voi toteuttaa monella tavalla. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, opastus, ohjeistus, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä, sekä tapahtuman toteuttaminen. Tapahtuman toteuttaminen voi olla esimerkiksi kokouksen tai näyttelyn järjestäminen. Tapahtuman toteutustapa voi olla kirja, kansio, vihko, opas, portfolio, kotisivut tai cd-rom. Tärkein asia toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisessa on käytännön toiminnan ja raportoinnin yhdistäminen käyttäen keinona tutkimusviestintää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen tarvitaan opinnäytetyön päiväkirja, koska työn lopuksi tehtävä raportti pohjautuu omiin muistiinpanoihin. Toiminnallisen opinnäytetyön päiväkirjan tulisi sisältää seuraavia asioita: kaikki ideoinnit, aihealueeseen liittyvät pohdinnat, kaikki aiheesta löydetty kirjallisuus. Muita asioita, joita päiväkirjan tulisi sisältää, ovat työn idea, tavoitteet, toteutustapa, sekä muutosprosessi. Raportin lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotos eli produkti. Produkti on usein kirjallinen. Produktissa puhutellaan tuotoksen kohde- ja käyttäjäryhmää. Raportissa ja produktissa keskustellaan toisten tekstien, tekstin laatijoiden ja lukijan kanssa. Samalla pohditaan omia näkemyksiä ja verrataan toisten näkemyksiä suhteessa omiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 19–20, 79.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Tutkimuksellisiin opinnäytetöihin verrattuna toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmässä merkityksessä. Tiedonkeruu menetelmät tosin ovat samat. Toiminnallisen opinnäytetyön selvitys perustuu löyhästi tai ei perustu ollenkaan teoriaan. Tutkimuksellisiin opinnäytetöihin verrattuna tiedon analysointia ei tarvitse tehdä yhtä tarkasti. Tämä koskee ainoastaan aineistoa, joka on kerätty laadullisella tutkimuksella. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–58.) Tässä opinnäytetyössä ei ole käytetty laadullisen tai määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Työssä on sen sijaan tehty toiminnallinen osuus, josta on tehty raportti. Toiminnallisesta osuudesta olen pitänyt myös havainnointipäiväkirjaa. Toisaalta hoitajilta saatu kirjallinen palaute viittaa laadulliseen tutkimukseen, hoitajille esitetyn kysymyksen vuoksi.

6.4.1 Alkutoimenpiteet ennen kuntoutusta

Tutkimuksessa tiedonkeruumenetelminä käytettiin toimintakykyä mittaavia mittareita: ADL, Cornellin depressioasteikko, MMSE sekä kuntohoitajan suosittelemia käsipainoja ja puristusvoimamittaria. Hoitajilta kerättiin palaute hoitotyön mallin toimivuudesta käytännön työssä. Edellä mainitut toimintakykymittarit valittiin sen vuoksi, että potilaan toimintakyky haluttiin tutkimuksessa selvittää laajasti. Potilaan toimintakykyä mitattiin valituilla mittareilla kuntoutuksen alussa ja lopussa. ADL-mittari otettiin käyttöön, koska se mittaa perustoiminnoissa selviytymistä, mikä sopii

vuodepotilaalle, jonka toimintakyvyn arviointi lähtee perustoiminnoista. MMSE-mittari mittaa muistia. Cornellin depressioasteikkoa käytettiin työssä, koska potilaan mielentila, psyykkinen vointi haluttiin selvittää. MNA-mittari (liite 4) otettiin käyttöön, koska haluttiin selvittää myös potilaan ravitsemustila, joka vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn. (Manninen 2009.)

Mittaukset tehtiin kaksi kertaa, kuntoutuksen alussa ja lopussa. Potilaan kuntoutuksessa käytettiin kuntohoitajalta saatuja ohjeita. Valmiiden liikesarjojen lisäksi käytin seisomatelineitä ja motomed-laitetta potilaan kuntoutuksessa. Seisomatelineessä potilas harjoittelee seisomista käyttämällä apuna laitetta, joka nostaa potilaan pystyasentoon. Seisomateline tukee myös potilaan polvia, jolloin polvet pysyvät suorina. Motomed-laitteessa potilaan jalat laitetaan polkimille ja moottori pyörittää polkimia. Laite muistuttaa polkupyörää, mutta laitteessa ei ole satulaa. Potilaan kuntouttamisen aikana kirjoitin tutkimuspäiväkirjaan ylös havaintojani kuntoutuksesta.

Tutkimusluvan (liite 9.) saamisen jälkeen sovin ajan kuntohoitajan ja fysioterapeutin luokse, joiden kanssa keskustelin kuntouttamisesta. Kuntohoitaja esitteli tietokoneelta erilaisia liikeharjoitussarjoja, joita olisi mahdollista käyttää potilaan kuntouttamisessa. Tämän lisäksi kuntohoitajalla oli valmiita monisteita liittyen vuodepotilaan kuntouttamiseen. Tietokoneella olevia liikesarjojen ohjeita jouduttiin muokkaamaan vuodepotilaalle soveltuvammaksi. Potilas piti kuntouttamista hyvänä asiana ja suostui kuntouttamiseen. Omaiselta lupa kuntouttamiseen kysyttiin jo aikaisemmin ennen kuntouttamista. Tuolloin omainen kertoi, että hänen mielestään potilas suhtautui myönteisesti kuntouttamiseen. Myös lääkäri oli aikaisemmin antanut luvan kuntouttamiseen. Lupa kuntouttamiseen löytyy potilaan potilasasiakirjoista vastaavan sairaanhoitajan allekirjoittamana.

Kuntohoitajan ja fysioterapeutin kanssa käydyssä keskustelussa kuntohoitaja suositteli vaihtamaan potilasta. Kuntohoitajan mukaan kuntouttajan valitsemalla potilaalla ei todennäköisesti tule tuloksia toimintakyvyn suhteen neljässä kuukaudessa. Kuntohoitajan mukaan kuntoutuksen pitäisi olla päivittäistä, monta tuntia kestävä, jotta se tuottaisi tulosta. Kuntohoitaja toivoi, että kuntoutettavaksi valittaisiin potilas, jolla olisi hieman enemmän toimintakykyä, jolloin kuntoutus mahdollisesti tuottaisi

tulosta. Kuntohoitajan mukaan valitsemani potilas oli ehkä liian haasteellinen oppinäytetyöhöni. Lisäksi kuntohoitaja kertoi, että potilasta oli yritetty kuntouttaa aikaisemmin, mutta kuntoutus ei tuottanut tulosta. Pitäydyin valinnassa, koska halusin nimenomaan tutkia vuodepotilaan kuntouttamista ja kuntoutumista. Olin myös valmis haasteisiin mielenkiintoiselta tuntuvan asian vuoksi.

Alkumittausten tekeminen aloitettiin samana päivänä, jolloin kuntohoitajan ja fysioterapeutin kanssa kävin keskustelemassa ja hankkimassa aineistoa. Omahoitaja osallistui alkumittausten tekoon yhdessä muiden hoitajien kanssa. Omainen täytti omahoitajan lisäksi Cornellin depressioasteikon. Potilaan kuntouttaminen aloitettiin alkumittausten suorittamisen jälkeen, seuraavana päivänä.

6.4.2 Kuntoutuksen kulku ja menetelmien käyttö kuntoutusviikoilla 1–13

Ensimmäisen viikon aikana potilasta kuntoutettiin käyttäen apuna valmiita liikesarjoja ja testattiin potilaan istumatasapaino. Potilas avustettiin sängyn reunalle istumaan ja häntä tuettiin pystyssä. Potilaan tasapainoa kokeiltiin myös tasofordia apuna käyttäen. Toisella viikolla kokeiltiin potilaan seisomista tasofordin varassa. Käyttöön otettiin myös seisomateline. Kolmannen, neljännen, viidennen ja kuudennen viikon aikana kuntouttamisessa käytettiin apuna seisomatelinettä ja monisteissa olevia liikesarjoja. Motomed-laite otettiin käyttöön vasta kuudennella kuntoutusviikolla.

Kuudennen viikon aikana kokeiltiin myös ”muunneltua” nostolaitetta, jossa jatkettiin nostolaitteen kangasosan hihnoja. Hihnoja jatkettiin sen verran, että potilaan asento saatiin mahdollisimman pystyyn entisen ”kiikkuasennon” sijasta. Kun potilas saatiin nostolaitteen varaan, otettiin tasofordi ja nostettiin potilasta nostovyöstä niin, että potilas sai tasofordista kiinni. Omaiset antoivat luvan kokeilulle ja yksi omaisista oli mukana kokeilemassa, josko nostolaitteesta saataisiin apu kuntouttamiseen. Kokeilua päätettiin ehdottaa omaisille, koska tällöin nähtiin, miten potilas jaksoi seistä omien jalkojen varassa ilman seisomatelinettä, joka tukee polvia. Tällöin potilas pysyi pystyssä. Nostolaitteessa potilas pystyi kokeilemaan seisomista omilla jaloilla ja tarvittaessa ottamaan askeleita.

”Muunneltua” nostolaitetta ajatellen haluttiin kokeilla kuntoutuksen edistymistä niin, että potilas käyttäisi omia jalkojaan tasofordia apuna käyttäen. Omin jaloin seisominen ja sen harjoittelu tasofordia apuna käyttäen ei ollut mahdollista ilman nostolaitetta tai vähintään ilman kahta hoitajaa. Tämä huomattiin, kun yksin tai yhden hoitajan avun turvin yritettiin siirtää potilasta sängyn reunalta tasofordille nostovyötä apuna käyttäen. Tällöin potilaan jalat taipuvat polvien kohdalta. Oli hyvin suuri todennäköisyys, että potilas saattaisi pudota lattialle. Tätä riskiä ei otettu potilaan turvallisuuden takia. Hoitajilla ei iltavuorossa, jolloin potilasta käytiin kuntouttamassa, ollut aikaa olemaan kuntoutuksessa mukana. Niinpä ajattelin, että jos nostolaitteesta saataisiin apua, ei hoitajien apua ehkä tarvittaisi ollenkaan. Kokeiltaessa muunneltua nostolaitetta omaisen kanssa kävi ilmi, että potilasta siirrettäessä tarvittiin tähänkin kaksi ihmistä. Tämä siitä syystä, että potilas oli minua ja hoitajia paljon pidempi ja painoi nostettaessa.

Kuudennen kuntouttamisviikon aikana kuntoutuksessa otettiin käyttöön myös motomed-laite. Kuudennesta viikosta aina 13 viikkoon (viikot 24–31) asti potilasta kuntoutettiin käyttäen vuorotellen seisomatelinettä ja motomed-laitetta, sekä monisteissa olevia liikesarjoja. Liikesarjat suoritettiin joko potilaan levätessä vuoteessa tai istuessa tuolissa. Samoin seisomatelineeseen ja motomed-laitteeseen siirtyminen tapahtui joko vuoteesta tai pyörätuolista.

6.4.3 Seisomatelineen ja motomed-laitteen käyttö kuntoutuksen aikana

Seisomatelinettä kuntoutuksessa käytettiin kerran viikossa yhteensä seitsemän viikon ajan. Seisomatelinettä käytettiin kaksi kertaa viikossa viiden viikon ajan ja kolme kertaa viikossa yhden viikon ajan. (Taulukko 1.) Kuntoutuksen alussa potilas oli seisomatelineessä kolmen viikon ajan 20 minuuttia kerrallaan. Ensimmäisellä kerralla potilas oli seisomatelineessä vain 15 minuuttia, jonka jälkeen potilaan voinnin ja toimintakyvyn salliessa aikaa pidennettiin 25 minuuttiin. Potilas oli seisomatelineessä 25 minuuttia kerrallaan seuraavat kuusi viikkoa. Loput kolme viikkoa potilas oli seisomatelineessä kerrallaan 30 minuuttia. Viimeisellä kuntoutusviikolla potilas oli seisomatelineessä vain viisi minuuttia, koska huomasin, ettei potilas jaksanut olla

seisomatelineessä. Tuolloin en muutoinkaan kuntouttanut potilasta, vaan annoin potilaan levätä ja kävin ilmoittamassa asiasta hoitajille. Myöhemmin kävikin ilmi, että potilas oli sairaana.

Motomed-laitteen otin käyttöön vasta kuudennella kuntoutusviikolla, neljä viikkoa seisomatelineen käytön aloittamisesta. Motomed-laitetta käytettiin kerran viikossa viiden viikon ajan ja kaksi kertaa viikossa yhteensä kolmen viikon ajan. (Taulukko 1.) Potilas polki motomed-laitteella ensimmäisellä kerralla 25 minuuttia ja tämän jälkeen jokaisella käyttökerralla pääsääntöisesti 30 minuuttia. Poikkeuksena ovat yksittäiset kerrat, jolloin potilas polki laitteella 35, 37 ja 15 minuuttia. Potilas polki laitteella 15 minuuttia sairasjakson jälkeen, koska kuntoutus täytyi aloittaa kevyesti. Tuolloin potilaan kuntoutuksessa käytettiin myös käsikahvoja, jotka pyörittivät käsiä ajallisesti 10 minuuttia. Käsikahvoja ei ajanpuutteen vuoksi ehditty käyttää potilaan kuntoutuksessa kuin kerran.

TAULUKKO 1. Seisomatelineen ja motomed-laitteen käyttö kuntoutuksessa

Seisomatelineen ja motomed laitteen käyttö x kertaa/viikko		
Viikko	Seisomateline	Motomed-laite
19		
20	2	
21	3	
22	2	
23	2	
24	1	2
24	2	1
26	1	1
27	1	
28	1	2
29	2	1
30	1	2
31	1	1
32	1	
33		
34		1

Kuntoutuksen alussa ajateltiin, että potilaan kuntoutus olisi hyvä aloittaa seisomatelineellä, joka vahvistaisi jalkoja. Seisomatelinettä apuna käyttäen potilaan jalat

luultavasti kantaisivat paremmin potilasta. Myöhemmin ajateltuna motomed-laite olisi kannattanut ottaa käyttöön mahdollisemman varhaisessa vaiheessa ja käyttää laitetta vuorotellen seisomatelineen kanssa. Näin potilaan jalkoja olisi voitu kuntouttaa monipuolisemmin. Tällöin oltaisiin nähty myös molemmista laitteista saatava hyöty varhaisemmassa vaiheessa. Motomed-laitetta ehdittiin käyttää seisomatelineen rinnalla yhteensä seitsemän viikkoa, jonka jälkeen potilas sairastui useamman viikon ajaksi. Tällöin seisomatelineen ja motomed-laitteen yhteiskäytön hyötyä ei kuntoutuksen loppuvaiheessa voitu testata esimerkiksi tasofordia apuna käyttäen. Myös motomed-laitteen käsikahvoja olisi kannattanut kokeilla käyttää kuntoutuksessa enemmän, jolloin potilaan käsilihakset olisivat vahvistuneet enemmän.

6.4.4 Potilaan ruokailussa avustaminen

Ensimmäisestä viikosta lähtien aina viimeiseen 15 kuntoutusviikkoon asti olin avustamassa potilasta ruokailussa. (Taulukko 2.) Tällöin potilaan molempia käsiä tuettiin ja nostettiin potilaan apuna ylemmäksi. Potilaan käsiä tuettiin kämmenistä ja kyynärpäältä tai olkavarresta. Usein potilas avustettiin istumaan sängyn reunalle, jossa potilas ruokaili. Potilaan tasapainon puuttuessa potilasta pidettiin toisella kädellä pystyssä, jotta potilas pysyi istuma-asennossa. Toisella kädellä taas potilasta avustettiin ruokailussa. Samalla potilas sai harjoitella istumatasapainoa. Jos epäiltiin, että potilas ei jaksaisi syödä sängyn reunalla istuen, potilas ruokaili vuoteessa, jossa sängyn päätyä kohotettiin. Myös tällöin avustin ruokailussa. Pyrin avustamaan potilasta mahdollisimman paljon ruokailussa, jotta saataisiin edistettyä potilaan toimintakykyä. Myös omaiset ja hoitajat olivat usein avustamassa ruokailussa. Omaiset ja hoitajat avustivat potilasta samalla tavalla kuin minä, tukemalla ja nostamalla potilaan käsiä. Tällöin potilas sai harjoitella ruokailua omatoimisesti.

Ruokailussa avustin potilasta kolme kertaa viikossa viiden viikon ajan, kaksi kertaa viikossa viiden viikon ajan ja yhden kerran kolmen viikon aikana. Sängyn reunalla istuen potilas ruokaili avustettuna 8 viikon ajan kaksi kertaa viikossa ja yhden kerran viikossa kolmen viikon ajan. Vuoteessa potilas ruokaili avustettuna kerran viikossa neljän viikon ajan. Pyörätuolissa istuen potilas ruokaili kerran viikossa kahden viikon ajan. Potilas oli sairaana koko kuntoutusjakson ajan yhteensä viisi viikkoa (27, 30, 31,

33, 34). Soitin osastolle viikolla 36. Tuolloin selvisi, että lääkärin arvion mukaan potilaan kuntoutusta ei kannata enää jatkaa. Niinpä aoin tehdä loppumittaukset viikon päästä lääkärin lausunnosta, jos potilaan vointi sallii. Potilas oli kuitenkin sairaana vielä seuraavankin viikon. Tästä syystä lopputestien tekeminen jouduttiin siirtämään viikolla eteenpäin, viikolle 40.

TAULUKKO 2. Potilaan avustaminen ruokailussa

Potilaan ruokailussa avustaminen x kertaa/viikko			
Viikko	Ruokailu sängyn reunalla istuen	Ruokailu vuoteesta käsin	Ruokailu pyörätuolissa istuen
19			
20	3		
21	2		
22	2		
23	1		
24	2		
25	2	1	
26	2	1	
27	1		
28	2		1
29	2	1	
30	1	1	
31	2		
32			
33			
34			1

6.4.5 Voimisteluohjeiden käyttö

Tässä työssä käytettiin vuodepotilaan voimisteluohjelman lisäksi käsille, käsivarsille, hartioille, olkapäille ja jaloille suunnattuja harjoitusohjeita. Nämä muut kuin vuodepotilaan liikeharjoitukset otettiin fysio tools -nimisestä tietokoneohjelmasta. Fysio tools -ohjelmasta löytyi liikeharjoituksia jokaiselle lihasryhmälle. Tässä työssä käytettiin eniten vuodepotilaan voimisteluohjelmassa olevia liikesarjoja. Potilaan kuntoutus aloitettiin potilaan käsien, käsivarsien ja olkapäiden harjoittamisesta. Kuntoutus aloitettiin näistä edellä mainituista, koska potilas tarvitsee käsiä ruokailussa. Monet tarkemmat käsille, käsivarsille, hartioille ja olkapäille suunnatut

liikesarjat jouduttiin jättämään pois. Ajanpuutteen vuoksi jouduttiin keskittymään vain muutamisiin oleellisiin harjoituksiin. Käytettäessä kuntoutuksessa säännöllisesti seisomatelinettä ja motomed-laitetta aikaa ei jäänyt kuin välttämättömiin liikkeisiin.

Alkuvaiheen neljän ensimmäisen viikon jälkeen kuntoutuksessa käytettiin enemmän vuodepotilaan voimisteluohtelman liikkeitä. (Taulukko 3.) Potilas oli usein kuntoutuksen vuoksi valmiiksi lepäämässä vuoteessa, jossa harjoiteltiin liikkeitä. Hoitohenkilökunnan mukaan potilas väsyi, jos hän ei levännyt ennen kuntoutusta. Hoitajien ja omaisten mukaan potilas oli väsynyt kuntoutuksen jälkeen. Tämän vuoksi potilas oli usein lepäämässä ennen kuntoutusta. Niinpä kuntoutusliikkeet esimerkiksi jalkoja ja käsiä kuntoutettaessa tehtiin usein potilaan ollessa vuoteessa. Liikkeiden harjoittaminen potilaan istuessa vuoteen reunalla ei onnistunut, koska tarvitsin käyttööni molemmat käteni. Potilas ei olisi pystynyt omin voimin pystyssä vuoteen reunalla. Potilas olisi kallistunut johonkin suuntaan, jos hän ei olisi pidellyt kiinni jostakin. Potilasta ei uskallettu jättää omien käsiensä varaan, koska hän kallistui toiselle kyljelle. Lisäksi potilas saattoi päästää kätensä irti motomed-laitteen kahvoista. Tämän vuoksi tuin aina potilasta istuma-asennossa.

6.4.5.1 Vuodepotilaan voimisteluohtelma

Vuodepotilaan voimisteluohtelma (liite 5) on alun perin Kuopion yliopistollisen sairaalan fysiatrien osaston vuonna 1987 laatima potilasohje. Vuodepotilaan voimisteluohtelman liikkeitä pyrittiin käyttämään kuntoutuksen aikana mahdollisemman usein. (Taulukko 3.) Liikkeet tehtiin pääsääntöisesti 30 liikkeen sarjoina liikkeissä yksi–kuusi, joko kerran, kahdesti tai kolme kertaa viikossa. Poikkeuksena oli liike viisi, jota toistettiin 15 kertaa kerran kahdessa viikossa.

Potilasohjeessa olevat liikkeet suoritetaan selällään vuoteessa. Liikettä neljä ei käytetty koko kuntoutuksen aikana, koska liikettä ei voitu toteuttaa potilaan toimintakyvyn heikkouden vuoksi. Liike viisi oli hieman hankala toteuttaa, mutta ei mahdotonta. Potilaan ylävartaloa piti vain nostaa kohti polvia potilaan puolesta, jotta istumaannousu oli mahdollista. Vuodepotilaan voimisteluohtelma kuvien kanssa on liitteessä 5.

TAULUKKO 3. Vuodepotilaan voimisteluohjelma

Vuodepotilaan voimisteluohjelman liikkeet x kertaa/viikko						
Viikko	1	2	3	4	5	6
19	1	1	1			
20	1	2	1		1	
21	3	3	3		3	1
22	1	1	1		1	2
23	1	1	1			1
24						
25	1	2	2			2
26	2	2	2		1	2
27						
28	1					
29	2	1	2			2
30	2	1	2			2

6.4.5.2 Käsien liikesarjat

Käsien liikkeitä (liite 6) tarkasteltaessa liikkeitä yksi, neljä, kuusi, seitsemän, 10 ja 12 käytettiin kaksi kertaa viikossa yhden viikon aikana. (Taulukko 4.) Liikettä kaksi, kolme, yhdeksän, kuusi ja seitsemän käytettiin kerran viikossa yhden viikon aikana. Liikkeitä kahdeksan ja 11 käytettiin kerran viikossa kahden viikon aikana. Liikettä viisi käytettiin kolme kertaa yhden viikon aikana.

Käsille suunnattuja liikkeitä käytettiin vain kahden ensimmäisen viikon aikana, koska myöhemmin käytettiin muita liikkeitä, sekä seisomatelinettä ja motomed-laitetta. Lisäksi aikaa meni myös potilaan ruokailussa avustamiseen. Näitä fysioterapeutin ja kuntotohtajan tietokoneella olevia käsille suunnattuja liikesarjoja käytettiin kuntoutuksessa vain kahden ensimmäisen viikon aikana. Muulloin käytettiin lähinnä vuodepotilaan voimisteluohjeessa olevia liikesarjoja.

TAULUKKO 4. Käsien liikesarjat.

Käsien liikkeet x kertaa/viikko												
Viikko	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19	2	1	1	2	3	2	2	1	1	2	1	2
20	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0

6.4.5.3 Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikesarjat

Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikkeissä (liite 7), liikkeitä viisi ja kuusi käytettiin vain kerran, ajanpuutteen vuoksi. Eniten käytettiin liikettä yksi, jota käytettiin kolme ja kaksi kertaa viikossa yhden viikon ajan. Liikettä yksi käytettiin kerran viikossa kahden viikon ajan. Liikettä kaksi, viisi ja kuusi käytettiin kerran viikossa yhden viikon ajan. Liikettä kolme ja neljä käytettiin kuntoutuksessa kerran viikossa kahden viikon aikana.

Käsien, hartioiden ja olkapäiden liikkeissä käytettiin 30 liikkeen sarjoja, eli yhtä liikettä toistettiin 30 kertaa. Poikkeuksena oli liike viisi, jota toistettiin 20 kertaa. Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikkeistä suurin osa oli kokeiluja alussa. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikesarjat

Käsivarsien, hartioiden ja olkapäiden liikkeet x kertaa/viikko						
Viikko	1	2	3	4	5	6
19	3	1		1	1	1
20	2					
21	1		1			
22						
23	1		1	1		

6.4.5.4 Jalkojen liikesarjat

Jalkoja harjoitettaessa käytettiin liikkeitä (liite 8) yksi, kaksi ja neljä kerran viikossa kahden viikon aikana. Liikettä kolme käytettiin kaksi kertaa viikossa kolmen viikon ajan. Liikettä neljä käytettiin kaksi kertaa viikossa yhden viikon ajan. Liikkeitä viisi ja kuusi käytettiin kerran viikossa yhden viikon aikana. (Taulukko 6.)

Jalkojen liikkeitä tehtiin pääsääntöisesti 30 liikkeen sarjoina. Jalkojen liikesarjoja käytettiin kun potilas oli nostettu pyörätuoliin istumaan. Jaloille suunnattuja liikesarjoja ei voitu käyttää esimerkiksi potilasta kuntoutettaessa vuoteessa.

TAULUKKO 6. Jalkojen liikesarjat.

Jalkojen liikkeet kertaa x/viikko						
Viikko	1	2	3	4	5	6
19	1	1	2	1	1	1
20		1	2	1		
21						
22						
23			2	2		
24						
25						
26	1					

7 TULOKSET

7.1 Toimintakykymittareista saadut tulokset

Potilaan omahoitaja täytti yhdessä muun henkilökunnan kanssa ADL-lomakkeen. Hoitohenkilökunta havainnoi hoitotyössä potilaan toimintakykyä päivittäin perustoimintojen osalta. Potilaan omainen ja omahoitaja täyttivät Cornellin depressioasteikon. Potilas itse ei kyennyt vastaamaan kysymyksiin. Tämän vuoksi omainen ja omahoitaja arvioivat omien havaintojensa perusteella potilaan mielentilaa. Potilaan omainen tunsi potilaan hyvin ja kävi hänen luonaan usein yhdessä muiden omaisten kanssa. Tämän vuoksi omainen oli oikea ihminen arvioimaan potilaan mielentilaa. Omainen keskusteli potilaan kanssa ja vietti potilaan kanssa toisenlaista aikaa kuin hoitajat. Hoitajat joutuivat keskustelun lomassa tekemään omaa hoitotyötään.

Alkumittauksessa ADL-mittarista saadut tulokset osoittavat, että potilaan toimintakyky jokaisen perustoiminnon osalta oli tasoa kolme, eli potilas oli täysin riippuvainen toisten avusta. (Taulukko 7.) Potilas itse ei kyennyt suoriutumaan yhdestäkään perustoiminnoista omatoimisesti ilman apua. Osaston hoitajat täyttivät yhdessä ADL-mittari lomakkeen, joten tulokset perustuvat monen hoitajan näkökulmaan. Loppumittauksesta saatujen tulosten mukaan potilaan toimintakyky perustoimintojen osalta ei muuttunut. Potilaan toimintakyky arvioitiin edelleen jokaisen perustoiminnon osalta tasolle kolme. Omahoitajan mukaan potilaan taso perustoiminnoissa on luokkaa kolme, eli potilaalta itseltään perustoiminnot eivät onnistu.

Cornellin depressioasteikosta saadut tulokset osoittavat, että potilaalla ei ole depressiota. (Taulukko 7.) Näin voidaan todeta sekä alku- että lopputulosten mukaan. Alkumittauksessa potilaan saama pistemäärä oli kaksi omaisen arvion mukaan ja omahoitajan arvion mukaan viisi. Loppumittauksessa potilaan saama pistemäärä oli omahoitajan arvion mukaan kuusi ja omaisen mukaan kaksi. Potilaalla voi olla depressio, jos hän saa Cornellin depressioasteikosta pistemääräksi yhdeksän tai enemmän (Hyttinen 2003).

Alkumittauksessa omaisen mukaan potilaalla ei esiintynyt mittarissa kysytyä ahdistuneisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä, kiihtyneisyyttä, ruokahaluttomuutta tai laihtumista. Potilaalla ei myöskään esiintynyt omaisen mukaan itsemurha-ajatuksia, pessimistisyyttä, itsearvostuksen puutetta tai mielialasta johtuvia harhakuvitelmia. Potilas ei myöskään alkumittauksessa valittanut fyysisiä vaivojaan runsaasti. Sen sijaan potilas reagoi miellyttäviin asioihin. Kohta, jossa kysyttiin energian puutetta, oli jäänyt epähuomiossa kokonaan täyttämättä. Kohtia, joita ei voitu arvioida, olivat mielenkiinnon katoaminen, vuorokauden aikana tapahtuvat mielialan muutokset, nukahtamisvaikeudet sekä unen aikana ja varhain aamulla herääminen. Yhteenkään asteikon kohtaan ei vastattu lievä, satunnainen tai vakava. Kohtaan, jossa kysyttiin potilaan hidastumista, omainen oli laittanut arvioksi kaksi, eli vakava. Kuitenkin omainen selvensi asiaa kirjoittamalla, että tietynlainen hidastoisuus perustoiminnoissa kuului potilaan luonteeseen. Potilas oli omaisen mukaan ennen sairastumistaankin toiminut rauhallisesti kotona ja on perusluonteeltaan rauhallinen.

Loppumittauksessa potilaalla ei omaisen mukaan esiintynyt mielialaan liittyviä oireita, ahdistuneisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä. Potilas kyllä reagoi miellyttäviin tapahtumiin vähemmän kuin ennen. Omaisen mukaan potilas valitti paljon fyysisiä vaivoja. Tämä on merkittävä muutos verrattuna alkumittaukseen. Muita käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä, joiksi testilomake asiat luettelee, ei potilaalla ollut. Fyysisistä oireista ruokahaluttomuutta ja laihtumista potilaalla ei ollut. Potilaan vaiteliaisuuden vuoksi omainen kirjoitti testilomakkeeseen, että hän ei voi arvioida säännöllisesti toistuvia ilmiöitä, eikä vääristyneitä mielikuvia. Käyttäytymiseen liittyvistä häiriöistä omainen ei myöskään voinut arvioida potilaan mielenkiinnon katoamista.

Omahoitajan mukaan potilaalla ei alkumittauksessa ollut fyysisiä oireita. Potilaalla ei myöskään ilmennyt vuorokauden aikana tapahtuvia mielialan muutoksia, nukahtamisvaikeuksia, unen aikana usein tapahtuvaa heräilyä tai mielialasta johtuvia harhakuvitelmia. Potilaalla ei ollut myöskään sitä, että hän ei reagoisi miellyttäviin asioihin. Sen sijaan potilas oli lievästi tai satunnaisesti surullinen. Asioita, joita ei voitu arvioida, olivat energian puute, aamulla varhain herääminen, vääristyneet mielikuvat, itsemurha-ajatukset, itsearvostuksen puute ja pessimismi. Liikkeiden

hidastuminen ja mielenkiinnon katoaminen olivat vakavia ilmentymiä. Potilaalla ei ollut mielialaan liittyviä fyysisiä oireita, säännöllisesti toistuvia ilmiöitä, eikä vääristyneitä mielikuvia. Käyttäytymiseen liittyvien häiriöiden kohdalla omahoitaja katsoi, että potilaan liikkeet, puhe ja reaktiot olivat hidastuneet ja mielenkiinto asioihin oli kadonnut. Potilaalla ei kuitenkaan ollut muita käyttäytymiseen liittyviä oireita, esimerkiksi kiihtyneisyyttä.

Loppumittauksessa omahoitajan mukaan potilaalla ei esiintynyt mielialaan liittyviä häiriöitä. Potilaan ahdistuneisuutta, surullisuutta ja energian puutetta ei voitu arvioida. Käyttäytymiseen liittyvistä häiriöistä potilaan liikkeiden hidastuminen ja mielenkiinnon katoaminen olivat luokkaa kaksi, eli vakavia. Sen sijaan kiihtyneisyyttä potilaalla ei ollut. Potilaan fyysisien vaivojen valittamista ei voitu arvioida. Potilaalla ei esiintynyt fyysisiä oireita. Säännöllisesti toistuvista ilmiöistä potilaalla oli lievää tai satunnaista heräämistä usein unen aikana ja varhain aamulla heräämistä. Nukahtamisvaikeuksia ja vuorokauden aikana tapahtuvia mielialan muutoksia potilaalla ei ollut. Vääristyneitä mielikuvia ei voitu arvioida.

MMSE-mittarista saadun alkumittauksen mukaan potilaan saama pistemäärä oli nolla. (Taulukko 7.) Potilas vastasi vain yhteen kysymykseen. Kysymyksessä, jossa potilaalle näytettiin rannekelloa ja kysyttiin mikä tämä on, potilas vastasi kello. Muihin kysymyksiin potilas ei kyennyt vastaamaan ollenkaan. Loppumittauksessa potilas ei kysyttäessä vastannut mihinkään kysymykseen. Tämän vuoksi potilaan yhteispistemäärä oli nolla. MMSE-testissä 24 pistettä tai tätä vähempi pistemäärä on merkki poikkeavasta suorituksesta. Jos potilas saa mittarista 0–11 pistettä, potilaalla on vaikea dementia. (Hyttinen 2003.)

MNA-mittarista [Ravitsemustilan arviointi] potilas sai alkumittauksesta yhteensä 17,5 pistettä. Tämä tarkoittaa sitä, että riski aliravitsemukseen kasvoi. Omahoitajan mukaan potilas söi hyvin yleensä aina ja että potilas ei ainakaan hänen mielestään ole aliravittu. Loppumittauksessa potilaan saama pistemäärä oli 15. Pistemäärää alensi potilaan lievä painon aleneminen. Jos potilas saa MNA-mittarissa pistemääräksi alle 17 pistettä, potilas kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta. Tutkimukseen osallistuneen potilaan paino putosi kilon verran potilaan sairastumisen vuoksi. Potilaan parannuttua potilaan ruokahalu oli entisellään, eli potilaalle ruoka maistui hyvin.

Käden puristusvoiman alkumittaustulokset olivat seuraavat: oikea käsi 7 kg, vasen käsi 0 kg. Käsipainoina käytettiin 500 g, 1 000 g ja 1 500 g rannepainoja. Potilaan kämmeniin laitettiin ensin 500 gramman paino. Rannepuntti laitettiin kuntohoitajan ohjauksessa kämmeneen, koska potilaan puristusvoima sormissa oli hyvä. Käsipainon noston tuloksista selvisi, että potilas ei jaksanut alkumittauksessa nostaa pienintä 500 g painoa kummallakaan kädellä. Tämän vuoksi nostovoimaa ei mitattu painavimmilla 1 000 ja 1 500 gramman punteilla. Loppumittauksessa potilaan oikean ja vasemman käden puristusvoima oli nolla. Potilas jaksoi kevyesti puristaa mittaria oikealla kädellä, mutta mittari pysyi nollassa. Vasemmalla kädellä potilas ei jaksanut puristaa mittaria juuri ollenkaan. Käsipainoista potilas ei jaksanut nostaa pienintä 500 g:n painoa, eikä myöskään painavimpia 1 000 ja 1 500 gramman painoja. Loppumittauksesta saatujen tulosten perusteella potilaan puristusvoima heikkeni. Sen sijaan rannepunttien nostovoima ei muuttunut. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Toimintakykymittareiden tulokset

Toimintakykymittareiden tulokset		
Mittari	Alkumittaus	Loppumittaus
ADL	Potilas täysin riippuvainen toisten avusta, toimintataso 3	Potilas täysin riippuvainen toisten avusta, toimintataso 3
Cornellin depressoasteikko	Potilaalla ei ole depressiota, yhteispistemäärät 2 ja 5	Potilaalla ei ole depressiota, yhteispistemäärät 6 ja 2
MMSE	Yhteispistemäärä 0	Yhteispistemäärä 0
MNA	Potilaan riski aliravitsemukseen kasvoi pistemäärä 17	Potilas kärsi aliravitsemuksesta, pistemäärä 15 (sairastui)
Puristusvoima	Oikea käsi 7 kg, vasen käsi 0 kg	Oikea ja vasen käsi 0 kg
Käsipainot	Potilas ei jaksanut nostaa kummallakaan kädellä pienintä 500 g:n painoa	Potilas ei jaksanut nostaa kummallakaan kädellä pienintä 500 g:n painoa

7.2 Havainnointitulokset

7.2.1 Alkutilanteen selvittäminen

Ennen kuntoutusta halusin tutkia potilaan lähtötilanteen. (Taulukko 8.) Tuolloin testasin potilaan istumatasapainon, toimintakyvyn ruokailussa ja omien jalkojen varassa seisomisen tasofordia apuna käyttäen. Ensimmäisen viikon aikana selvisi, että potilaalla ei ollut istumatasapainoa ollenkaan. Potilaalla ei toisin sanoen ollut keski- eikä ylävartalon hallintaa. Potilas pysyi istualtaan pystyssä vain, jos hän piteli jostain molemmilla käsillään kiinni. Potilas ei jaksanut tukea itseään pystyssä pitämällä käsillään kiinni vuoteen reunasta. Potilas pysyi pystyssä vain, jos hän piti molemmilla käsillä kiinni jostain muualta kuin vuoteesta, esimerkiksi tasofordista. Tasofordia kokeillessa potilaan jalat eivät ottaneet ollenkaan maahan. Ennen kuntoutuksen aloittamista myös potilaan toimintakyky oli heikentynyt ruokailun suhteen. Käytännössä potilas oli melkein täysin muiden autettava ruokailussa. Potilas saattoi joskus syödä leivän itse. Muutoin potilas saattoi unohtaa syömisen ja katsella muualle. Ruokailussa avustettaessa selvisi, että potilaan oikeassa kädessä ei ollut voimaa nostaa lusikka suuhun asti. Jo käden voimaa mittaavat rannepuntit osoittivat, että potilas ei jaksanut nostaa käsillä painoja, edes kevyintä puolen kilon painoa.

Potilaan käsivarsista oli vähitellen hiipunut lihasvoima. Oikeassa kädessä oli myös spastisuutta, jäykkyyttä. Tämä näkyi kun potilaan käsiä nostettiin ruokailun tai kuntoutuksen yhteydessä ylöspäin. Toisaalta potilaalla oli välillä tiukka puristusote käsissä. Tämä näkyi esimerkiksi potilaan pidellessä kiinni lusikasta. Potilas on omaisten mukaan ollut vuodepotilaana jo ainakin kaksi vuotta. Ottaen huomioon potilaan aikaisemmat sairaudet ja ajanjakson jolloin potilas on ollut vuodepotilaana, ei potilaan heikko toimintakyky perustoimintojen, liikkumisen ja tasapainon suhteen hämmästyttä. Positiivisena asiana potilaan sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn kannalta koettiin potilaan omaiset ja heidän runsas läsnäolonsa potilaan luona. Omaisilla oli aikaa olla ja keskustella potilaan kanssa, minkä potilas koki hyvänä asiana. Omaiset myös kannustivat potilasta kuntoutuksessa ja käyttivät potilasta kotonaan ja perhejuhlissa. Omaiset eivät unohtaneet potilasta, vaan muistivat tätä usein.

TAULUKKO 8. Potilaan fyysisen toimintakyvyn lähtötilanne

Potilaan fyysisen toimintakyvyn lähtötilanne	
Ruokailu	Potilas oli lähes täysin toisten autettava ruokailussa. Joskus potilas saattoi syödä leivän itse
Istumatasapaino	Potilaalla ei ollut ylä-, eikä keskivartalon hallintaa. Hän pysyi pystyssä vain jos piteli jostain kiinni
Kävely tasofordia apuna käyttäen	Potilaan jalat eivät ottaneet ollenkaan maahan. Hän ei kyennyt seisomaan omien jalkojensa varassa
Käsien toimintakyky	Oikeassa kädessä esiintyi spastisuutta. Potilaalla oli välillä tiukka puristusote sormissa

7.2.2 Toimintakyvyn muutokset 13 kuntoutusviikon aikana

Potilaan toimintakyvyn suhteen ei tapahtunut vielä mitään merkittävää muutosta ensimmäisellä ja toisella kuntoutusviikolla. Ensimmäisellä kuntoutusviikolla potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen yhden kerran ja toisella viikolla kaksi kertaa. Ruokailun suhteen potilaan avustamisesta kerrotaan tutkimustuloksissa vain ne kerrat, jolloin potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen. Tämä sen vuoksi, että potilaan tasapainoharjoitukset tulevat samalla esille. Muut ruokailukerrat on luettavissa luvusta 3.4.4 potilaan ruokailussa avustaminen. (Taulukko 2.) Ensimmäisellä viikolla käsien liikkeitä harjoitettiin kaksi kertaa ja jalkojen liikkeitä kaksi kertaa. Toisella kuntoutusviikolla jalkojen liikkeitä tehtiin kaksi kertaa ja käsien liikkeitä kerran. Toisella kuntoutusviikolla otettiin käyttöön seisomateline ensimmäisen kerran.

Kolmannella kuntoutusviikolla kuntoutuksessa tapahtui edistystä. (Taulukko 9.) Potilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa. Hoitaja ja omainen olivat apunani

nostamassa ja tukemassa potilasta. Yhdessä hoitajan kanssa nostimme potilasta ylös nostovyöstä kiinni pitämällä. Omainen piti potilaan polvia suorana. Tällöin potilaan jalat eivät päässeet ”notkistumaan”. Potilaan jalat tuntuvat heti pitävän, kun omainen piti polvia suorana. Kokeilimme hoitajan kanssa päästää irti nostovyöstä, jolloin huomattiin, että potilas seiso i omien jalkojensa varassa ilman nostamista. Omainen tosin piti käsillään potilaan polvia suorana. Olimme hoitajan kanssa valmiit ottamaan potilaan kiinni, jos potilas ei jaksaisi näin seistä.

Omaisen suoristaessa potilaan polvia potilaan varpailta seisomisasento muuttui niin, että potilaan paino jakaantui koko jalan päälle. Tällöin potilaalla oli tukevampi asento seistä. Potilas jaksoi seistä omien jalkojensa varassa omaisten tukiessa polvia, noin puoli minuuttia. Askeleita potilas ei kuitenkaan pyynnöstä huolimatta kyennyt ottamaan. Potilaan jaloista kuitenkin tuntui löytyvän voimaa seisomiseen tasofordia apuna käyttäen. Omaisilla oli positiivinen asenne kuntoutuksen suhteen ja omaiset kannustivat potilasta. Myös omaisten läsnäololla oli varmaankin positiivinen vaikutus potilaan motivaatioon seisomisen harjoitteluun. Potilas vaikutti tuona päivänä myös virkeämmältä ja vastaili kysymyksiin. Potilas tuntui olevan orientoitunut aikaan ja paikkaan. Tätä ennen potilasta oli kuntoutettu käyttämällä kuntoutuksessa seisomatelineitä ja erilaisia liikesarjoja. Aikaisemmin, ilman omaisten läsnäoloa, kokeiltiin potilaan seisomista käyttäen apuna tasofordia. Tuolloin potilaan polvet notkahtivat ja potilaan jalat eivät pitäneet lattiassa. Myös tasofordi kallistui taaksepäin jarrussa.

Seisomatelineitä oli käytetty vain neljä kertaa kuntoutuksessa ennen kuin potilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa. Viimeisellä kerralla potilasta pidettiin seisomatelineessä vain viisi minuuttia ukkossään vuoksi, koska laite toimii sähköllä. Muulloin potilas oli seisomatelineessä 20 minuuttia kerrallaan. Potilaan omien jalkojen varassa seisominen on merkittävä edistys kuntoutuksessa. Tämän vuoksi tässä kappaleessa haluttiin tuoda esille kaikki kolmanteen kuntoutusviikkoon asti tehtävät harjoitteet. Erilaisista liikkeistä olin käyttänyt jalkoihin, käsiin, käsivarsiin, hartioihin ja olkapäihin kohdistuvia liikkeitä. Liikkeiden ohjeet ja toistomäärät löytyvät luvusta 6.4.5 voimisteluo hjeiden käyttö. Potilas ruokaili sängyn reunalla istuen kaksi kertaa tämän viikon aikana.

Neljännellä kuntoutusviikolla potilas edistyi seisomaharjoituksissa tasofordia apuna käyttäen, tasapainoharjoituksissa ja ruokailussa. (Taulukko 9.) Potilas harjoitteli seisomista kaksi kertaa. Tuolloin potilasta oli avustamassa kaksi hoitajaa minun lisäksi. Kerran kokeilin myös avustaa yksin potilasta seisomaan tasofordin varaan. Yksin avustaminen ei kuitenkaan onnistunut, koska potilaan polvien suorana pitäminen ja potilaan nostaminen nostovyöstä kiinni pitäen ei onnistunut yhtä aikaa. En saanut nostettua potilasta yksin seisoma-asentoon. Potilaan seisomaharjoitukset tasofordia apuna käyttäen onnistuivat kun minun lisäksi avustamassa oli kaksi hoitajaa. Yksi hoitajista nosti potilasta apunani nostovyöstä, toinen hoitaja piti käsillään potilaan polvia suorassa. Ensimmäisellä kerralla potilas jaksoi seistä tasofordin varassa vain hetken, noin 10 sekuntia. Toisella kerralla potilas jaksoi seistä pidempään, noin minuutin verran.

Neljännellä kuntoutusviikolla käsille ja jaloille tarkoitettuja liikesarjoja tehtiin potilaan maassa vuoteessa. Käsille ja jaloille suunnatut liikkeet tehtiin vuodepotilaan voimisteluohjelman mukaan. Yhtenä päivänä tehtiin myös muutamia istumaannousuharjoituksia [vatsalihas liikkeitä]. Istumatasapainoa potilas sai harjoitella pitämällä itse pöydän reunasta kiinni istuessaan vuoteen reunalla. Potilas piti edelleen nostaa istumaan vuoteen reunalle, koska hän ei jaksanut nostaa itseään ylös vuoteesta. Neljännellä viikolla potilas oli seisomatelineessä kahtena päivänä viikossa 20 minuuttia kerrallaan. Potilas pysyi hyvin istuma-asennossakin, kun hän piteli pöydästä kiinni. Tasapainoharjoitukset onnistuivat hyvin, vaikka välillä potilaan ryhtiä piti korjata.

Neljännellä viikolla erään ruokailun aikana tapahtui edistystä. Potilas otti itse ruoan lusikkaan koko ruokailun ajan. Ruokailun alussa potilas nosti lusikkaa ylöspäin lautaselta. Potilas ei kuitenkaan jaksanut nostaa lusikkaa suuhunsa asti, vaan vähän lautasen yläpuolelle. Tässä vaiheessa potilasta avustettiin nostamalla potilaan kättä pitäen samalla kiinni potilaan oikean käden kyynärpästä ja kämmenestä. Potilas sai kuitenkin vasemmalla kädellään nostettua mukin omatoimisesti suuhun asti. Tuolloin hän myös kykeni juomaan mukista. Ruokailun keskivaiheessa potilaan vasen käsi alkoi vapista niin, että se häiritsti potilaan ruokailua. Vapina häiritsti potilasta, eikä potilas uskaltanut nostaa mukia ylös. Tuolloin taas potilasta avustettiin. Ruokailun yhteydessä potilaan oikea käsi tuntui vähemmän jäykältä kuin aikaisemmin.

Todennäköisesti potilaan kanssa tehdyillä käsiliikkeillä oli tähän vaikutusta. Toisena päivänä potilas jaksoi oikealla kädellään nostaa lusikan kokonaan suuhunsa asti. Tosin tämä tapahtui vain kerran, eikä potilas sen jälkeen enää nostanut lusikkaa koko ruokailun aikana suuhunsa asti. Potilas ruokaili avustettuna vuoteen reunalla istuen kaksi kertaa viikon aikana.

Viidennellä viikolla potilaan toimintakyvyssä ei tapahtunut muutoksia. Seisomatelineharjoituksista huolimatta potilas ei pystynyt kunnolla seisomaan omilla jaloillaan. Lisäksi neljännellä viikolla selvisi, että potilaan seisomista tasofordia apuna käyttäen ei voitu harjoitella ilman hoitajan apua turvallisuussyistä. Tämän vuoksi kuntoutuksessa päätettiin kokeilla käyttää ”muunneltua nostolaitetta”. Tämä tarkoittaa sitä, että nostolaitteen kangasosassa kiinni olevien ja nostolaitteeseen kiinni laitettavien hihnoja/liinoja jatkettiin. Omaisilta pyydettiin lupa käyttää nostolaitetta apuna kuntoutuksessa. Omaisetsuhtautuivat tähän pyyntöön myönteisesti. Yksi omaisista myös halusi olla mukana kun laitetta käytettiin.

Viidennellä viikolla testasin nostolaitteen käyttöä itselläni. Tuolloin nostolaitteen liinoja jatkettiin, jolloin potilaalle saataisiin mahdollisimman pystyasento. Nostolaitte ei kuitenkaan nostanut minua tarpeeksi ylös. Jalkani jäivät koukkuun, vaikka nostolaitte olisi maximi korkeudessa. Tämä tarkoittaa sitä, että potilasta pitäisi nostaa ja kannatella nostolaitetta ja tasofordia käytettäessä. Toisaalta nostolaitteesta olisi se hyöty, että se pystyy kannattelemaan potilasta koko ajan. Tämä takaisi turvallisuuden, jos potilas avustajan läsnäolosta huolimatta kaatuisi tai potilaan ote tasofordista irtoaisi. Viidennellä kuntoutusviikolla potilas oli kaksi kertaa seisomatelineessä 25 minuuttia. Tasofordia ei käytetty kolmatta kertaa, koska yhdellä kerralla laite oli lukkojen takana, jonne osaston henkilökunnalla ei ollut avaimia. Käsien ja jalkojen liikkeitä tehtiin viikon aikana kolme kertaa, kerran istuen ja kaksi kertaa potilaan maata vuoteessa. Potilas ruokaili avustettuna yhtenä päivänä istuen vuoteen reunalla .

Kuudennella kuntoutusviikolla potilas edistyi ensimmäisessä seisomaharjoituksessa sekä ruokailussa. (Taulukko 9.) Potilas jaksoi seistä omilla jaloillaan ”muunneltua nostolaitetta” ja tasofordia apuna käyttäen kolme minuuttia. Tuolloin myös potilaan polvia piti yhä suoristaa. Näin potilaan jalat pitivät hyvin lattiassa. Kokeilimme

omaisen kanssa tuolloin nostolaitetta, jonka hihnoja jatkoimme. Potilas piti nostaa tasofordin päälle riippuvasta istuma asennosta. Potilas jaksoi seistä tasofordia ja ”muunneltua nostolaitetta” apuna käyttäen pidempään verrattuna viidenteen viikkoon. Tuolloin potilas jaksoi seistä tasofordin varassa pisimmillään minuutin ajan. Omaisen mukaan potilaan jalat pitivät hyvin verrattuna aikaan ennen kuntouttamista. Ennen kuntouttamista potilaan jalat eivät omaisen mukaan pitäneet ollenkaan kun potilasta nostettiin seisomaan. Kokeiltaessa ”muunneltua nostolaitetta” toisen kerran, potilaan seisomisessa ei tapahtunut edistystä. Toisen kokeilun aikana kävi ilmi, että hoitajan apu olisi ollut tarpeen. Myös omaisen apu nostamisen suhteen oli rajoitettu terveyteen liittyvästä syystä. Illalla hoitajien vähyden ja kiireen vuoksi hoitajaa ei ollut mahdollista saada apuun. Toki kyseessä oli myös vastuu kysymys siitä, kuka vastaa kun nostolaitetta on muunneltu, tosin omaisten luvalla, jos potilaalle sattuu jotain. Tämän takia yhdessä omaisen kanssa päätettiin lopettaa ”muunnellun nostolaitteen” käyttö vähäksi aikaa. Lisäksi päätettiin jatkaa potilaan kuntouttamista, niin että motomed-laite otettaisiin käyttöön. Tarkoitus oli käyttää motomed-laitetta ainakin noin kaksi viikkoa vuorotellen yhdessä seisomatelineen kanssa. Toiveena oli, että potilaan jalkoihin saataisiin lisää voimaa, jotta apua potilaan nostamiseen tarvittaisiin vähemmän. Omaisen kanssa oli tarkoitus kokeilla muunneltua nostolaitetta uudelleen, jolloin potilas voisi harjoitella seisomista tasofordia apuna käyttäen. Toinen vaihtoehto oli, että vielä kerran pyydetäisiin apua hoitajilta potilaan nostamisessa pelkän tasofordin varaan, ilman nostolaitetta. Tällöin oltaisiin nähty, olisiko motomed-laitteen ja seisomatelineen yhtäaikaisesta käytöstä ollut hyötyä ja minkälaista hyöty olisi ollut. Potilaan pitkän sairastumisjakson vuoksi potilaan seisominen tasofordia apuna käyttäen jäi kuitenkin toteuttamatta. Motomed-laitetta käytettiin kaksi kertaa viikossa ja seisomatelinettä yhden kerran kuudennella kuntoutusviikolla.

Ruokaillessa potilas jaksoi nostaa oikealla kädellä letun suuhunsa, mutta ei lusikkaa. Tuolloin selvisi, että potilas söi herkkuja omatoimisesti. Myös omaisten mukaan potilas syö herkkuja omatoimisesti, esimerkiksi viinirypäleitä. Potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen kahtena päivänä viikossa.

Seitsemännellä viikolla potilaan jalkojen motoriikka parani. (Taulukko 9.) Potilas liikkui omatoimisesti vasenta jalkaansa. Potilaan reisilihakset liikkuivat. Tämä tapahtui, kun potilaan puolesta tehtiin jalkalihasliikkeitä potilaan maata vuoteessa.

Yhtäkkiä potilaan huomattiin liikuttavan itse vähän omaa jalkaansa. Potilas ei missään vaiheessa ennen kuntoutusta tai sen aikana kyennyt liikuttamaan jalkojaan ollenkaan. Pohdittavaksi jää, olisiko motomed-laitteen ansiota se, että potilas kykeni liikuttamaan jalkaansa. Potilaan ruokailussa ei juuri tapahtunut edistystä. Potilaan vasen käsi toimi, mutta oikeaa kättä potilas ei jaksanut omatoimisesti nostaa. Potilaalla ei ollut vielä tässäkään vaiheessa istumatasapainoa, eikä ylävartalon hallintaa. Tosin keski- ja ylävartalon hallinta oli kehittynyt vähän parempaan suuntaan. Potilaan istuma-asento oli jämäkämpi kuin kuntoutuksen alussa. Potilas pysyi istuma-asennossa, jos hän piti jostain kiinni.

Seitsemännellä viikolla potilas oli seisomatelineessä kaksi kertaa 25 minuuttia kerrallaan. Motomed-laitteessa potilas oli kerran 30 minuutin ajan. Käsi- ja jalkalihasliikkeitä vuoteessa potilaan kanssa tehtiin kahtena päivänä viikossa. Ruokailussa potilasta avustettiin kaksi kertaa viikossa. Potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen kaksi kertaa.

Kahdeksannella kuntoutusviikolla ja yhdeksännen kuntoutusviikon alussa potilaan toimintakyvyssä ei tapahtunut muutoksia ruokailun, tasapainon tai omilla jaloilla seisomisen suhteen. Ruokailussa potilas ei vielääkään jaksanut nostaa lusikkaa suuhunsa. Juomiset täytyi asetella potilaan vasempaan käteen. Sängyn reunalla istuen potilas ruokaili yhteensä kolme kertaa kahden viikon aikana. Kahdeksannella kuntoutusviikolla seisomatelinettä ja motomed-laitetta käytettiin molempia kerran viikon aikana. Motomed-laitetta käytettiin 30 minuuttia ja seisomatelinettä 25 minuuttia. Yhdeksännen viikon alussa seisomatelinettä ehdittiin käyttää kerran 25 minuutin ajan. Käsien liikkeitä tehtiin kolme kertaa kahdeksannella viikolla ja yhdeksännen viikon alussa. Jalkojen liikkeitä tehtiin molemmilla viikoilla kaksi kertaa. Yhdeksännellä kuntoutusviikolla, potilas sairastui ja loppuviikko pidettiin kuntoutuksesta taukoa.

Kymmenellä kuntoutusviikolla potilaan jalkojen motoriikassa tapahtui edistystä. (Taulukko 9.) Muuta edistystä potilaan toimintakyvyssä ei tällä viikolla tapahtunut. Potilas jarrutti omilla jaloillaan motomed-laitteen polkimia, kun polkimien pyörimissuuntaa vaihdettiin. Tämä osoitti sen, että potilaan jaloissa todella oli voimaa. Potilas ei aiemmin jarruttanut omilla jaloillaan käytettäessä motomed-laitetta. Tällä

viikolla potilas oli motomed-laitteessa kaksi kertaa ja seisomatelineessä yhden kerran. Käsien liikkeitä potilaan kanssa tehtiin kerran tämän viikon aikana. Potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen kaksi kertaa.

Kuntoutusviikkojen 11–13. aikana potilaan toimintakyky tuntui säilyvän ennallaan ruokailun suhteen. Potilaan seisomista tasofordia apuna käyttäen ei näiden viikkojen aikana kokeiltu, koska potilas oli sairaana. Kuntoutusta jatkettiin käyttäen vuorotellen seisomatelinettä ja motomed-laitetta. Viidennellätoista kuntoutusviikolla hoitaja kertoi potilaan jalkojen pitävän hyvin lattiassa ja potilaan nostamisen tuntuvan kevyeltä potilasta nostettaessa suihkutuoliin. (Taulukko 9.) Hoitajat eivät tukeneet potilaan polvia suorina. Potilas kykeni siis itse olemaan siirtymisessä mukana omien jalkojensa varassa. Ennen tätä potilas oli sairaana 12 päivää. Potilasta ehdittiin kuntouttaa yhtenä päivänä sairausjakson jälkeen ennen hoitajien kommenttia potilaan nostamisesta suihkutuoliin. Tuolloin potilaan kanssa tehtiin vain kevyempiä liikkeitä vuodepotilaan voimisteluohjelman mukaan. Potilaan jalkoja ja käsiä liikutettiin. Hoitajan kommentista voi päätellä, että potilaan jaloissa oleva voima säilyi ainakin osittain yhden viikon tauosta huolimatta kuntoutuksessa.

Kuudennellatoista viikolla potilas sairastui ja oli sairaana neljä viikkoa. Tämän vuoksi kuntoutus keskeytyi, eikä potilaan seisomista tasofordia apuna käyttäen voitu enää kokeilla. Neljännen sairausviikon aikana potilaan kuntoutusta ei jatkettu lääkärin määräyksestä. Enää oli jäljellä loppumittausten tekeminen. Loppumittauksia ei kuitenkaan voitu tehdä seuraavalla viikolla, koska potilas sairastui. Potilas oli sairaana seuraavat kolme viikkoa viikolle 39 asti. Lopputestit tehtiin vasta viikolla 40.

TAULUKKO 9. Muutokset potilaan toimintakyvyssä

Viikko	Muutokset potilaan toimintakyvyssä
21	Potilas otti jaloilleen ja seisoi omien jalkojen varassa polvet tuettuina. Potilas jaksoi pidellä hyvin itseään pystyssä pitämällä pöydän reunasta kiinni.
22	Potilas otti ruoan lusikkaan koko ruokailun ajan. Potilas jaksoi seistä tasofordia apuna käyttäen omien jalkojen varassa ensin 10 sekuntia, sitten 1 minuutin.

- 24 Potilas liikkui omatoimisesti vasenta jalkaansa.
 25 Potilas söi herkkuja omatoimisesti.
 26 Potilas jaksoi seistä tasofordin varassa kolme minuuttia.
 28 Potilas jarrutti omilla jaloillaan motomed laitetta.
 Potilaan siirron yhteydessä potilas otti jaloilleen, jolloin siirto oli hoitajille
 32 kevyt.
-

7.2.3 Potilaan kognitiivinen toimintakyky

Potilaan kognitiivisesta kyvystä huomioitiin jo ensimmäisellä kuntoutusviikolla se, että potilas oli orientoitunut aikaan ja paikkaan, ainakin välillä. Tämän tuli esille, kun potilas vuoteen reunalla istuessaan tokaisi: ”En minä pysy tässä”. Myös jalkoja kuntoutettaessa potilaan ilmeestä huomasi, että potilas kyllä ymmärsi, että hänen jalkojaan liikutellaan. Jos potilaan kognitiivisuutta ajatellaan koko kuntoutuksen aikana ja kuntoutuksen edetessä, potilas kommunikoi nonverbaalisesti ja vastaili kysymyksiin enemmän. Potilaan kognitiivinen toimintakyky väheni potilaan sairastuttua. Omaisten mukaan potilas oli virkeämpi kuntoutuksen aikana. Tämä virkeys tarkoittaa sitä, että potilas ei esimerkiksi nukahtanut heti omaisten käyttäessä potilasta kotona. Potilas jaksoi seurata ja olla henkisesti läsnä pidempään kuin tavallisesti.

Joidenkin hoitajien mukaan potilas vastaili välillä enemmän kysymyksiin. Tästä voidaan päätellä, että potilaan psyykinen toimintakyky lisääntyi kuntoutuksen aikana. Vaikka potilas oli virkeämpi kuntoutuksen aikana, potilas kuitenkin väsyi aina kuntoutuskertojen jälkeen. Minulle potilas vastasi yleensä kysyessäni kivusta kuntoutuksen aikana. Toki silloin tällöin potilas vastasi muihinkin kysymyksiini. Esimerkiksi viikolla 21, eli kolmannella kuntoutusviikolla potilas oli virkeä ja vastaili kysymyksiin, joita esitin. Potilaan Alzheimerin tauti oli sen verran edennyt, että potilas ei yleensä juuri keskustellut, esimerkiksi hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Kysymyksiin potilas saattoi vastata. Omaisten kanssa potilas sen sijaan näytti kommunikoiden enemmän. Myös potilaan oma hoitaja oli tätä mieltä. Ellei potilas omaisillekaan aina kommunikoinut verbaalisesti, reagoi potilas muuten nonverbaalisesti iloisein tapahtumiin. Potilaan sairastumisen vuoksi potilaan virkeys väheni. Potilaan ollessa toipilas lopputestit tehtiin viikolla 40. Tuolloin potilas ei

kommunikoinut, eikä vastailut kysymyksiin. Myös omahoitajan mukaan potilas vaikutti sairastumisen jälkeen ”pysähtyneeltä”. Muutama päivä tätä aiemmin kuntouttaja tapasi omaiset, jotka avustivat potilasta ruokailussa. Tuolloin potilas taas vaikutti virkeämmältä. Omaisilla onkin varmaan iso rooli potilaan psyykkisessä jaksamisessa ja toimintakyvyssä.

7.2.4 Potilaan toimintakyvyn arviointi tulevaisuudessa

Työssä käytettyjä toimintakykymittareita ovat ADL, Cornellin depressioasteikko, MMSE, MNA sekä kuntohoitajan suosittelemat käsipainot ja käden puristusvoimamittari. Kuntoutusprosessia arvioitiin alku- ja loppumittauksissa, sekä kuntoutuspäiväkirjan havaintojen perusteella. Jatkossa vuodepotilaan toimintakyvyn arvioinnissa riittävät ADL-mittari ja tutkimuspäiväkirja toimintatutkimuksessa. Näin arvioidaan toimintakykyä, jos potilas ei vaikuta masentuneelta ja aliravitulta hoitajien ja omaisten havaintojen mukaan. Tällöin vältetään turhilta mittauksilta ja keskityttäisiin potilaan fyysisen toimintakyvyn arviointiin. Toisaalta potilaan psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky vaikuttavat potilaan toimintakykyyn, eikä mittausten tekeminen vie kohtuuttoman paljon aikaa. Tämän vuoksi muun kuin potilaan fyysisen toimintakyvyn mittaaminen ei ole haitaksi potilaalle.

Toiminnallisessa työssä, kuntoutusprosessissa, tutkimuspäiväkirja on tärkeä mittari mittaamaan potilaan edistymistä. Tässäkin tutkimuksessa tutkimuspäiväkirjan pitäminen osoittautui hyväksi menetelmäksi. Tutkimuspäiväkirja on hyvä työkalu toiminnallisessa työssä, koska päiväkirjassa näkyvät kaikki aiemmin tehdyt asiat ja aikataulu, jonka mukaan työ on edennyt. Lisäksi tutkimuspäiväkirjasta näkyy toiminnan ja tutkimuksen edistyminen tarkasti. Tulevaisuudessa käytännön työssä potilaan toimintakykyä voidaan arvioida oppimispäiväkirjaa, sekä ADL-mittaria käyttämällä. Tässä työssä osastolle laadittua toimintamallia arvioitiin hoitajien mielipiteitä tarkastelemalla ja käytännön kuntouttamisen pohjalta. Tässä työssä haluttiin tuoda esille hoitohenkilökunnan mielipiteet siitä, miten toimiva hoitotyön malli on käytännössä ja voidaanko sitä toteuttaa lainkaan. Pyysin hoitajilta kirjallista palautetta siitä, miten hoitotyön malli toimii osastolla käytännössä.

8 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN MALLI

Kuntouttavan hoitotyön malli pohjautuu kuntoutuspäiväkirjan tuloksiin ja on jaettu kolmeen osa-alueeseen (kuviot 1.) Kuntouttavan hoitotyön malli perustuu potilaiden perustoimintojen tukemiseen, potilaan psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen sekä potilaan kuntouttamiseen erilaisilla menetelmillä.

Hoitotyön mallissa mainitaan kuntoutusmenetelmät, koska osastolla on monta vanhusta, joilla on ongelmia liikkumisessa. Monen vanhuksen fyysinen toimintakyky on heikko. Kuntoutuksella potilaiden liikkumista ja fyysistä toimintakykyä voidaan kehittää. Toisaalta osastolla on myös hyvin tai kohtalaisesti liikkuvia, jotka tarvitsevat apua perustoiminnoissa ja kaipaavat virikkeitä. Toki myös toimintakyvyltään heikommat potilaat kaipaavat virikkeitä ja apua perustoiminnoissa. Tämän vuoksi hoitotyön mallissa on tuotu esille perustoimintojen ja psyykkisen toimintakyvyn tukeminen.

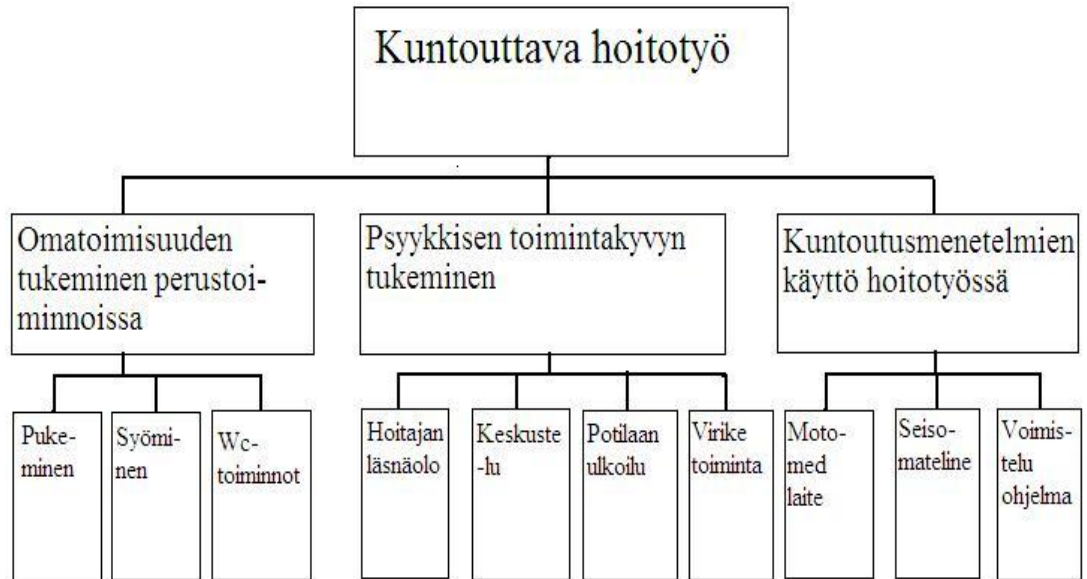
Perustoimintojen tukemisessa hoitajat voivat toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä kannustamalla potilasta käyttämään toimintakykyään perustoiminnoissa, kuten wc-toiminnoissa, pukeutumisessa ja peseytymisessä. Hoitohenkilökunta voi tukea psyykkistä toimintakykyä olemalla läsnä potilaan elämässä ja keskustelemalla potilaiden kanssa. Ulkoilu ja ulkoiluttaminen lisäävät myös potilaiden psyykkistä toimintakykyä. Myös viriketoiminta lisää psyykkistä toimintakykyä. Kuntoutuksessa voidaan käyttää samoja menetelmiä, joita tässä työssä käytettiin. Kuntoutuksessa käytettyjä menetelmiä ovat motomed-laitteen ja seisomatelineen käyttöön ottaminen sekä potilaiden kuntouttaminen käyttämällä erilaisia voimisteluohjelmia ja valmiita liikesarjoja. Seisomatelinettä voidaan käyttää potilailla, joilla omien jalkojen varassa seisominen on hankalaa tai tuottaa haasteita. Motomed-laitetta voidaan käyttää potilailla, joilla jalkojen motoriikka on heikentynyt. Yhdessä käytettynä motomed-laite ja seisomateline ovat tehokkaita kuntoutusmenetelmiä. Ennen kuntouttamista kannattaa tehdä jokaiselle potilaalle kuntoutussuunnitelma (Mäensivu 1998, 42–44). Jos hoitajat kokevat tarpeelliseksi, voivat he pyytää apua fysioterapeutilta ja kuntohoitajalta kuntoutusmenetelmien käytössä. Kuntohoitaja ja fysioterapeutti voivat antaa esimerkiksi valmiita kuntoutusohjeita eri potilaille yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Hoitajien on hyvä toimia yhteistyössä kuntohoitajan, fysioterapeutin ja

lääkärin kanssa. Lääkäriltä voi kysyä neuvoja esimerkiksi potilaan terveydentilaan liittyvistä seikoista. Kuntoutuksen edetessä hoitajat voivat olla yhteistyössä toisten osastojen henkilökunnan kanssa, kertoa kokemuksistaan ja antaa hyödyllisiä neuvoja kuntouttamisesta.

Hoitohenkilökunnalta pyydettiin kirjallista palautetta hoitotyön mallin toimivuudesta osastolla. Hoitajien mielestä osastolle tehtävä toimintamalli toimii käytännössä psyykkisen toimintakyvyn tukemisen ja potilaiden omatoimisuuden tukemisen osalta perustoiminnoissa. Kuntoutusmenetelmien käytöstä hoitajat eivät kommentoineet kirjallisessa palautteessa juuri ollenkaan. Toisaalta hoitajien palautteessa mainittiin, että osastolla on nykyisin enemmän aikaa asukkaille. Kuntoutusmenetelmien käyttöä käytännön työssä on varmaankin vaikea arvioida, koska hoitajilla ei ole kokemusta kuntoutusmenetelmien käytöstä hoitotyössä. Perustoimintojen tukemisen osalta osastolla hoitajat tukevat potilaita käyttämään omia voimavarojaan kaikissa perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä ja liikkumisessa. Osastolla hoitohenkilökunta tukee potilaita psyykkisen toimintakyvyn osalta touhuamalla ja keskustelemalla potilaiden kanssa perustoimintojen yhteydessä. Viriketyöohjaajan ja seurakunnan työntekijät ovat myös tukemassa osastolla potilaiden psyykkistä toimintakykyä. Hoitajat kommentoivat hoitotyön mallia seuraavanlaisesti:

Asiakas/asukas on jo fyysisesti ja psyykkisesti heikossa kunnossa. Päivittäiset toiminnot ovat jo voimia vaativaa toimintaa ja kuntouttavaa samalla. Pukeutumisessa, syömisessä ym. toiminnassa potilaat tarvitsevat apua ja ohjausta, joten siinä käytetään heidän omia voimavarojaan hyödyksi = kuntouttavaa hoitotyötä.

Viriketoiminta koetaan hyväksi: psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. = virikeohjaajat; käytössä mm. sävelsirkku, bingo – – Pyritään ylläpitämään niitä jäljellä olevia voimavaroja, mitä asukkaalla on vielä jäljellä. Psyykkistä, sosiaalista, fyysistä toimintakykyä ylläpidetään, mm. virikeohjaaja, seurakunnan työntekijä, vierailut – – Nyt on aikaa asukkaille, hitaasti kiiruhtaen hoitaa ja touhuta heidän kanssaan.



KUVIO 1. Kuntouttavan hoitotyön malli

9 POHDINTA

9.1 Toteutuneen työn tulosten ja onnistumisen arviointi suhteessa tavoitteisiin

Suhteissa tavoitteisiin työ onnistui siltä osin, että potilaan jalat saatiin pitämään ainakin osittain lattiassa. Potilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa jo kolmannella kuntoutusviikolla, kuitenkin niin, että polvia pidettiin suorana. Myös potilaan suihkutuoliin siirtyminen onnistui 15. kuntoutusviikolla. Tuolloin potilas kykeni kannattelemaan itseään omilla jaloillaan. Omaisten mukaan potilas oli myös virkeämpi kuntoutuksen aikana. Potilaan jalkojen motoriikka kehittyi kuntoutuksen aikana, mikä oli tavoitteena. Ennen kuntoutusta potilaan jalat eivät pitäneet ollenkaan potilasta siirrettäessä. Kuntoutuksen myötä potilas pystyi polvia tuettaessa seisomaan tasofordia apuna käyttäen ja suihkutuoliin siirrettäessä potilaan jalat pitivät lattiassa. Seitsemännellä viikolla potilas myös kykeni itse liikuttamaan omatoimisesti toista jalkaansa. Potilas kykeni jarruttamaan omilla jaloillaan motomed-laitetta 10. viikolla.

Motomed-laitteen ansiosta potilaan jalkojen motoriikka tuntui paranevan huomattavasti. Seisomatelineen ansiosta taas potilaan seisominen omien jalkojen varassa polvet tuettuna oli mahdollista. Kuntoutuksen aikana tehtyjen havaintojen mukaan seisomatelineen käytöllä oli suuri merkitys sille, että potilaan seisominen omien jalkojen varassa oli mahdollista. Seisomatelineen käyttöön ottamisen ansiosta toisella kuntoutusviikolla, potilas kykeni ”ottamaan jaloilleen” jo kolmannella viikolla. Potilaan jalkojen motoriikan huomattava paraneminen näkyi siinä, kun potilas liikutti omatoimisesti vasenta jalkaansa seitsemännellä kuntoutusviikolla. Tällöin jalkoihin kohdistuvia liikkeitä tehtiin potilaan puolesta. Ennen tätä motomed-laitte oli otettu käyttöön vain viikkoa aikaisemmin.

Myös kymmenellä kuntoutusviikolla tapahtunut potilaan jarruttaminen motomed-laitteessa kertonee sen, että laitteen käyttöön ottamisesta todella oli hyötyä. Motomed-laitte olisi kannattanut ottaa käyttöön aikaisemmin. Toisaalta pohdittavaksi jää, olivatko potilaan jalkojen liikuttelut vain hetkellisiä tapahtumia, jotka johtuivat aivojen hermoviestien onnistuneesta kulusta jalkoihin. Dementiapotilailla toimintakyky saattaa vaihdella paljon. Yhtenä päivänä dementiaa sairastavan

toimintakyky voi olla hyvä, kun taas muutaman päivän päästä toimintakyky voi olla erittäin huono ja potilas voi olla hyvin väsynyt. Kuntoutuksen aikana pohdittiin, kohentuiko potilaan raajojen motoriikka oikeasti kuntoutuksen myötä. Tätä pohdittiin, koska jalkojen motoriikan hetkellinen kohentuminen saattoi johtua myös kognitiivisista tekijöistä. Kognitiivisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi aivojen sähköisten viestien hetkellinen kulkeutuminen aivoista jalkoihin ja toisinpäin. Toisaalta omaiset ja hoitajat eivät kertoneet potilaan liikuttavan jalkojaan.

Jos potilaan jalkojen omatoiminen liikuttelu oli seurausta kuntouttamisesta, kuntoutuksella on tässä tutkimuksessa merkittävä vaikutus vuodepotilaan toimintakykyyn. Tässä tutkimuksessa potilaan toimintakyvyn merkittävä kehittyminen tarkoittaa jalkojen motoriikan merkittävää kehittymistä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että kolmesta seitsemään viikkoon, keskimäärin kolme kertaa viikossa tapahtuvalla kuntoutuksella on merkitystä potilaan fyysisen toimintakyvyn kehittymisen kannalta. Tähän viittaa esimerkiksi se, että tässä opinnäytetyössä potilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa polvet tuettuina jo kahden viikon kuntouttamisen jälkeen, kolmannella kuntoutusviikolla. Neljännenätoista kuntoutusviikolla potilas sairastui ja oli sairaana seuraavat neljä viikkoa. Tällä oli merkittävä potilaan toimintakykyä huonontava vaikutus. Työn aikana pohdittiin, mihin kuntoutus olisi johtanut, jos potilas ei olisi sairastunut. Olisiko potilas kyennyt jo seisomaan vähän aikaa omien jalkojensa varassa tasofordia apuna käyttäen siten, että potilaan polvia ei olisi tarvinnut tukea ja suoristaa? Lisäksi pohdittiin, olisiko potilaan toimintakyky jalkojen motoriikan suhteen kuitenkin säilynyt ennallaan, vaikka potilas ei olisi sairastunut.

Kuntoutuksen kannattavuudesta ikäihmisillä löytyy tutkimusnäyttöä. Potilaan pitkäkestoisella ja intensiivisellä kuntoutuksella on ikäihmisten toimintakykyä kohentava vaikutus. Intensiivinen kuntoutus tarkoittaa sitä, että harjoittelu tapahtuu lyhyellä aikavälillä. Liikunta ylläpitää myös kognitiivisia toimintoja. Tämän vuoksi dementiaa sairastavilla kuntoutus ei mene hukkaan. (Pitkälä ym. 2007, 3852; Berg 2001, 275–277.) Tähän tutkimukseen ei löytynyt yhtään vuodepotilaan kuntouttamiseen liittyvää tutkimusta. Sen sijaan työhön sovellettiin toimintakyvyltään hieman parempi kuntoisten ikäihmisten kuntoutuksen tutkimustuloksia. Kaikkosen (2001, 219–242) tutkimuksissa mainittiin, että dementiaa sairastavilla kuntoutusta ei

ole koskaan liian myöhäistä aloittaa. Tutkimuksen mukaan jopa yli 90-vuotiailla heikkokuntoisilla on todettu voimaharjoittelun myötä lihasmassan kasvua. Tutkimuksessa oli seurannan aikana saavutettu 100 % voimanmuutoksia maksimivoiman harjoittelulla. Lihasmassan kasvattaminen ikäihmisillä on mahdollista. Ikäihmisten lihasmassan todettiin kasvavan 2–3 kuukauden voimaharjoittelun aikana.

Sipilän ja Rantasen (2003, 106–107) mukaan ikäihmisillä voimaharjoittelun myötä voiman tulostaso paranee jo viikoissa. Tässä opinnäytetyössä tämä tuli esille kun vuodepotilas kykeni seisomaan omien jalkojensa varassa jo kolmannella kuntoutusviikolla. Liikunnallisen voimaharjoittelun myötä lihasvoima kasvaa ja kävelynopeus paranee. Tosin kuntoutuksen vaikuttavuutta päivittäiseen toimintakykyyn on pystytty todistamaan vain harvoissa tutkimuksissa. (Pitkälä ym. 2007, 3852.) Tässäkin tutkimuksessa potilaan toimintakyky ei tuntunut paranevan ruokailun osalta. Sunin ja Taulaniemen (2003) mukaan monipuolinen harjoittelu kehittää nivelten liikkuvuutta, lihasvoimaa ja motorisia taitoja. Potilaan fyysisen toimintakyvyn parantuminen vaikuttaa parantavasti myös potilaan psyykkiseen toimintakykyyn (Rantanen ym. 2008, 20–21). Näiden edellä mainittujen tutkimustulosten perusteella ja tämän työn tulosten perusteella jopa dementoituvan vuodepotilaan kuntouttamista ei ole liian myöhäistä aloittaa. Lisäksi kuntouttaminen tuottaa yleensä jonkinlaisia potilaan toimintakykyä kohentavia vaikutuksia.

Tässäkin opinnäytetyössä potilaan psyykinen toimintakyky kohentui kuntoutuksen aikana. Omaisten mukaan kuntoutuksen myötä potilas oli huomattavasti virkeämpi. Lisäksi potilas jaksoi seurustella omaisten kanssa pidempään kuin ennen kuntouttamista. Huomasin itsekin potilaan kohentuneen virkeyden. Huomasin, että potilas katseli silmät auki virkeän oloisesti ympärilleen ja jaksoi olla kuntoutuksessa enemmän mukana. Tämä näkyi siinä, että potilas ei väsynyt kuntoutuksessa yhtä nopeasti kuin alkuvaiheessa. Tosin jokaisen kuntoutuskerran jälkeen potilas oli väsynyt.

Kuntoutuksesta ja säännöllisestä ruokailusta avustamisesta huolimatta potilaan käsien motoriikka ei tuntunut kehittyvän. Kuntoutuksen aikana pohdittiin, olisivatko kuntoutusmenetelmät yksi syy käsien toimintakyvyn vähyyteen. Kuntoutuksessa

ruokailussa avustamisen sijaan, aikaa olisi voitu käyttää potilaan käsien kuntouttamiseen muilla menetelmillä. Esimerkiksi motomed-laitteen pyöriä käsikahvoja oltaisiin voitu käyttää potilaan käsien kuntoutuksessa. Toisaalta potilaan käsiä harjoitettiin usein muun muassa vuodepotilaan voimisteluohjelman liikesarjojen yhteydessä. Olisikohan käden motoriikan kuntouttamisesta muilla menetelmillä ollut apua potilaan toimintakyvyn edistymiseen ruokailussa? Kokonaisuudessaan potilaan fyysinen toimintakyky koheni. Toimintakyky koheni käsien toimintakyvyn vähäisestä tai olemattomasta kehittymisestä huolimatta. Toisaalta, vaikka potilaan käsien toimintakyky pysyi vähäisenä ruokailujen yhteydessä, käsien puristusvoima säilyi ja kehittyi. Potilaan hyvä puristusvoima näkyi, kun potilas jaksoi pitää tasofordin ja motomed-laitteen ja seisomatelineen kahvoista kiinni jonkin aikaa. Seisomatelineeseen siirryttäessä potilas jaksoi pidellä seisomatelineestä kiinni. Tämä tapahtui kun potilaan jalat laitettiin kiinni seisomatelineeseen. Potilaan jalkojen fyysisen voiman ja motoriikan lisääntyminen oli fyysisen toimintakyvyn kehittymisen merkki. Omaiset kertoivat kokevansa potilaan kuntoutuksen positiivisena asiana. Myös henkilökunta suhtautui kuntoutukseen myönteisesti. Ainoa asia, joka kuntoutuksessa saattoi haitata henkilökuntaa, oli avun pyytäminen silloin, kun henkilökunnalla ei ollut tähän aikaa.

Ajoittain potilas myös ruokaili omatoimisemmin. Kuitenkin omatoimisuus ruokailun suhteen oli vähäistä koko kuntoutusjakson ajan. Syynä potilaan heikkoon toimintakykyyn ruokailun suhteen voivat olla potilaan heikko nostovoima käsissä, sekä Alzheimerin taudin eteneminen. Ruokailun suhteen positiivinen asia oli se, kun potilaan käsiä nostettiin ylemmäs, potilas vei itse lusikan suuhunsa loppumatkasta. Potilaalle suurin ponnistelu oli nostaa käsiä pöytätasosta tai lautasesta ylemmäksi. Kuitenkin, kun potilaan kädet oli avustettuna nostettu melkein suun korkeudelle, potilas jaksoi pitää käsiään tässä asennossa ja nostaa lusikan suuhunsa. Positiivista olikin, että ruokailun suhteen potilaan omatoimisuus oli ainakin osittain säilynyt ja kehittynyt.

Omaisten kertoman mukaan ja kerran minun läsnä ollessani, potilas söi herkkuja täysin omatoimisesti. Tuolloin potilaan oikea käsi nousi omatoimisesti aivan suun tasolle asti. Kerran kuntoutuksen aikana potilas myös nosti lusikan suuhunsa täysin omatoimisesti. Mietin, jaksaisiko potilas nostaa lusikan omatoimisesti suuhunsa

muulloinkin, kuin tämän yhden kerran, jos hän oikein haluaisi. Voisiko olla, niin että potilas oli tottunut apuun ruokailussa? Näin potilas voi kenties ajatella ja tuntea, että hänen on helpompaa ruokailla, jos häntä avustetaan. Toinen vaihtoehto on, että potilas unohti syömisen, jolloin potilasta oli autettava. Hoitajien mukaan potilas saattoi kesken ruokailun esimerkiksi katsella muualle ja unohtaa ruokailun. Tämän myös minä huomasin potilasta avustettaessa. Pohdittavaksi jää, olisiko tämä yksi kerta, jolloin potilas nosti omatoimisesti lusikan suuhunsa, ollut hetkellinen sähköimpulssien onnistunut kulkeutuminen aivoista potilaan käteen. Toisaalta potilas ei minkään muun ruokailun yhteydessä näyttänyt jaksavan nostaa lusikkaa omatoimisesti lautasen yläpuolelle. Lisäksi oikea käsi tuntui ruokailujen yhteydessä jäykältä. Näin ollen potilaan käsivoimat ovat voineet olla oikeasti vähäiset.

Työn tavoitteet eivät onnistuneet potilaan omatoimisuuden suhteen ruokailussa ja käsien ja jalkojen liikuttelussa liikeharjoituksia tehtäessä. Tavoitteet eivät myöskään onnistuneet potilaan omien jalkojen varassa seisomisen suhteen. Myös potilaan käsien motoriikka, mikä näkyi ruokailussa, ei tuntunut kehittyvän. Potilas ei missään vaiheessa kuntoutusta kyennyt tekemään liikkeitä omatoimisesti, tai edes avustamaan kuntouttajaa liikkeissä. Tein liikkeet potilaan puolesta. Myöskään haave potilaan kävelemisestä tasofordia apuna käyttäen ei toteutunut. Potilaan sairastuminen esti sen, että potilaan seisomista tasofordin varassa olisi voitu kokeilla uudestaan. Toisaalta potilaan seisomista tasofordia apuna käyttäen olisi kannattanut testata ennen potilaan sairastumista. Tämä sen vuoksi, että ennen sairastumista potilasta kuntoutettiin yhtäjaksoisesti käyttäen vuorotellen seisomatelinettä ja motomed-laitetta. Potilaan seisomista ei testattu aiemmin, koska ajateltiin, että luultavasti saataisiin parempia tuloksia, jos potilasta vielä kuntoutettaisiin jonkin aikaa. Yksi syy, miksi tasofordia käytettiin potilaan kuntoutuksessa harvemmin oli se, että ei ollut mahdollisuutta saada kahta hoitajaa kerralla avuksi. Toisin sanoen henkilökunnalla ei ollut aikaa oman työn ohessa oman aikansa vaatimaan kuntouttamiseen. Usein kuntouttaja kävi kuntouttamassa potilasta illalla ennen potilaiden ruokailua, jolloin hoitajat olivat muualla työssä kiinni. Henkilökunta kyllä tarjosi apuaan kun siihen oli työaikana mahdollisuus.

Omaiset olivat valmiita auttamaan potilaan kuntouttamisessa. Omaisen kanssa oli tarkoitus testata potilaan seisomisen kehittymistä käyttämällä tasofordia apuna. Ennen

tasofordin kokeilemista omaisten kanssa todettiin, että motomed-laite olisi hyvä ottaa käyttöön. Seisomatelinettä ja motomed-laitetta käytettiin vuorotellen kolme viikkoa ennen potilaan sairastumista. Kuudennella kuntoutusviikolla kokeiltiin potilaan seisomista käyttämällä tasofordia ja nostolaitetta apuvälineinä. Potilas sairastui yhdeksännellä kuntoutusviikolla. Seuraavan viikon jälkeen, potilaan ollessa terveenä, motomed-laitteen ja seisomatelineen yhtäaikaista käyttöä jatkettiin neljä viikkoa. Omaisen kanssa oli tarkoitus pyytää jossakin vaiheessa hoitohenkilökunnalta apua potilaan seisomaharjoituksissa tasofordin varassa. Neljäntoista viikolla seisomatelinettä ehdittiin käyttää vain kerran ennen potilaan sairastumista uudelleen. Potilaan seuraava sairastumisjakso kestitkin niin pitkään, että potilaan kuntouttamista ja seisomista tasofordia ja nostolaitetta apuna käyttäen ei voitu toteuttaa.

Aikaisemmista tutkimuksista käy ilmi omaisten tärkeä rooli potilaan kuntouttamisen suhteen. Pirttilän (2004, 11–21) mukaan omaisilla ja henkilökunnalla on suurempi osuus kuntoutumisen mahdollistajana dementian edetessä vaikeaan asteeseen. Kyrölahden ja Varjakosken (2006, 12) mukaan potilaan motivaatiota kuntoutukseen lisäävät omaisten ja ammattihenkilöstön antama tuki ja kannustus. Omaisten tärkeä rooli potilaan kuntoutuksessa näkyi myös tässä tutkimuksessa. Omaisten läsnäolo vaikutti potilaan motivaatioon positiivisesti. Omaisten läsnä ollessa potilas jaksoi seistä omien jalkojensa varassa tasofordia apuna käyttäen ensimmäisen kerran kolmannella kuntoutus viikolla.

Hoitajat kommentoivat kuntouttavan hoitotyön mallin toteutumista osastolla potilaiden psyykkisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemisessa perustoiminnoissa. Palautteessa hoitajat eivät kommentoineet lainkaan kuntoutusmenetelmien käyttöä osastolla. Kuntoutusmenetelmien käyttöä osastolla hoitotyössä on varmaankin vaikea arvioida, sillä niiden käyttöä ei ole testattu käytännössä. Lisäksi osastolla on muutenkin tullut uutena asiana potilaspaikkojen väheneminen. Tällöin henkilökunta on päässyt tottumaan siihen, että potilaille jää enemmän aikaa. Varmaankin muutoksen alkuvaiheessa henkilökunta haluaa satsata potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin ja olla enemmän läsnä potilaille, keskustella potilaiden kanssa ja ulkoiluttaa potilaita, sekä tukea potilaiden omatoimisuutta perustoiminnoissa. Tämä sen vuoksi, että aiemman kiireen ja runsaiden potilaspaikkojen vuoksi hoitajilla ei ole ollut aikaa keskustella potilaiden kanssa ja

viettää aikaa heidän kanssaan. Osastolla käytännössä kuntouttavaa hoitotyötä saatetaan tulevaisuudessa tehdä muilla menetelmillä kuin käyttämällä hoitotyön mallissa esille tuotuja kuntoutusmenetelmiä. Näin sen vuoksi, että kuntoutusmenetelmien käyttö vaatii aikaa ja lisää työtä hoitohenkilökunnalle. Lisäksi potilaiden tukeminen perustoiminnoissa ja psyykkisessä toimintakyvyssä vie aikaa hoitajien työssä. Näin ollen nähtäväksi jää, onko kuntoutusmenetelmien käytölle aikaa tulevaisuudessa hoitotyössä. Kuntoutusmenetelmien käytössä hoitohenkilökunta saattaa tarvita myös neuvoa kuntohoitajalta ja fysioterapeutilta.

Aikaa opinnäytetyön toteuttamiseen kului kuntoutuksen osalta. Käytännössä alun perin suunniteltu kuntoutukseen käytetty aika 30 minuutista tuntiin, ei toteutunut. Koin kuntoutuksen aikana, että potilaan kuntouttamiseen tarvitaan aikaa enemmän. Aika on kuntoutuskertojen aikana kulunut muun muassa potilaan siirtämiseen laitteeseen sekä ruokailussa avustamiseen. Tämän vuoksi lähes jokaiseen kuntoutuskertaan käytettiin aikaa kaksi tuntia. Työssä ei otettu aikaa pois itse kuntoutuksesta, esimerkiksi potilaan ruokailussa avustamisen takia. Sen sijaan kuntouttamiseen käytettyä aikaa pidennettiin. Yhteensä potilaan kuntouttamiseen käytettiin aikaa 84 tuntia. Toisinaan ruokailussa avustamista jouduttiin vähentämään kuntoutuksen aikana, esimerkiksi omaisten avustaessa ruokailussa. Potilaan kuntouttamispaikkana toimi potilaan oma huone, jonne tuotiin tarvittavat kuntoutuksessa tarvittavat välineet. Kuntoutuksessa tarvittavat välineet saatiin kuntohoitajalta ja fysioterapeutilta. Välineiden käyttö oli maksutonta ja illalla välineitä voitiin käyttää vapaasti.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tämä opinnäytetyö on luotettava, koska mittaustulokset ovat toistettavia kuntoutukseen osallistuvalla yhdellä potilaalla. Potilaan mittaustuloksia tosin ei voi verrata muihin potilaisiin, sillä jokainen ihminen on yksilö. Toisaalta tutkimuspäiväkirjan tuloksista saattaa olla hyötyä muiden potilaiden kuntouttamisessa, jos käytetään samoja menetelmiä kuin tässä työssä. Osa kuntoutusmenetelmistä osoittautui myös vähemmän hyödyllisiksi menetelmiksi. Näistäkin ei hyödyllisistä menetelmistä voidaan ottaa opiksi kuntoutettaessa muita toimintakyvyltään heikkoja

potilaita. Tällöin on hyvä keskittyä olennaisiin menetelmiin. Tutkimus on reliabeeli, koska tutkimustulokset ovat säilyneet samankaltaisina alku- ja loppumittauksessa käytettyjen mittareiden ja potilaan toimintakyvyn osalta. Toisaalta potilaan neljän viikon sairastumisjaksolla on loppumittauksia heikentävä vaikutus.

Mittaustulosten toistettavuutta arvioitaessa voidaan tarkastella tämän tutkimuksen tuloksia. Potilaan toimintakyky oli heikko ennen kuntouttamisen aloittamista. Mittaustulosten perusteella potilaan toimintakyky säilyi loppumittauksessa yhtä huonona perustoimintojen osalta. Kuntoutuksen aikana potilaan sairastuminen johti myös siihen, että potilaan toimintakyky jopa huononi Cornellin depressioasteikon tulosten mukaan. Potilaan ravitsemukseen liittyvässä tutkimuksessa potilaan pistemäärä aleni lievän painon pudotuksen johdosta. Potilaan riski aliravitsemukseen hieman kasvoi. MMSE-mittauksen aikana potilas ei loppumittauksessa sanonut sanaakaan. Alkumittauksessa tilanne oli toinen. Potilas sanoi muutaman lauseen ja vastasi kahteen kysymykseen. Muuten potilas oli vaikea. Potilaan puristusvoimaa mitattaessa alku- ja loppututkimuksessa vasemman käden puristusvoima säilyi samana. Alkumittauksessa oikean käden puristusvoima oli parempi. Loppumittauksessa oikean käden puristusvoima oli nolla. Tässä työssä käytettyjen toimintakykymittareiden mukaan potilaan toimintakyky ei kehittynyt lainkaan tutkimuksen aikana. Sen sijaan tutkimuspäiväkirjasta on löydettävissä huomattavaa toimintakyvyn kehittymistä potilaan jalkojen motoriikan ja voiman osalta. Potilaan toimintakyvyssä ruokailun osalta ei tapahtunut kehittymistä. Potilaan tasapaino sen sijaan kehittyi hieman. Kuntoutuksen edetessä potilas pystyi kannattelemaan keski- ja ylävartaloaan tukevammin istuessa sängyn laidalla. Tällöin potilas kallistui vähemmän puolelta toiselle. Potilas ei kyennyt kuitenkaan kuntoutuksen missään vaiheessa istumaan yksin ilman tukea vuoteen reunalla, eikä nousemaan vuoteesta istumaan.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit mittaavat juuri sitä, mitä on tarkoitus. Mittarit mittaavat siis potilaan toimintakykyä ja siihen liittyviä tekijöitä, kuten ravitsemusta, muistia ja psyykkistä toimintakykyä. Toisaalta tutkimuksessa käytetyt mittarit ADL, MMSE, MNA ja Cornellin depressioasteikko eivät anna tarkkaa kuvaa esimerkiksi potilaan eri lihasryhmien toimintakyvystä. Fysioterapeutit ja kuntohoitajat käyttävät työssään tarkempia mittareita ja menetelmiä arvioidessaan potilaan toimintakykyä. Tutkimuksessa oli tarkoitus käyttää vain lomakkeella olevia mittareita. Kuntohoitajan

suosittelemana otettiin käyttöön tarkemmat käden puristusvoimamittari ja käsipainot. Nämä tarkemmat mittarit lisäävät hieman tutkimuksen luotettavuutta. Esimerkiksi potilaan puristusvoima kasvaa yleensä potilaan toimintakyvyn parantuessa. Potilaan sairastumisen takia mittareiden tulokset saattavat olla heikkommat. Tätä voidaan verrata siihen, jos potilasta oltaisiin kuntoutettu pidempään ja potilas olisi ollut terve koko kuntoutuksen ajan. Toisaalta vuodepotilaan toimintakyky ei kehity hetkessä ja toimintakyvyn kehittyminen vaatii aikaa. Tämä näkyi myös esimerkiksi potilaan ruokailussa, jossa avustamisesta huolimatta ei tapahtunut kehittymistä. Potilaan heikko toimintakyky ruokailussa tuli esille myös ADL-mittarin lopputuloksista.

Tutkimuspäiväkirja on luotettava siltä osin, että hoitajat olivat usein näkemässä, mitä menetelmiä käytin kuntoutuksessa. Näin tapahtui, kun pyysin hoitajilta apua ja silloin, kun toin osastolle kuntoutuslaitteita toisesta paikasta. Usein myös omaiset olivat näkemässä, kun kuntoutin potilasta. Lisäksi hoitajat näkivät, kun avustin potilasta ruokailussa. Toisaalta hoitajat eivät usein oman työnsä vuoksi ehtineet nähdä kuin ohimennen minua ja käyttämiäni menetelmiä. Hoitajat eivät myöskään nähneet tutkimuspäiväkirjan sisältöä. Tekemieni havaintojen luotettavuus onkin täysin minun vastuullani. Kukaan ei voi todistaa, että havaintoni olisivat täysin luotettavia. Täytyy vain luottaa tutkimusetiikkaani. Tutkimusta voidaan pitää luotettavana mittareiden ja havaintojeni osalta. Tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat kansainvälisiä ja paljon työelämässä käytettyjä. Havaintojeni suhteen minulla on eettinen vastuu totuuden mukaisesta toiminnasta. Omasta mielestäni minun olisi vaikea keksiä virheellisiä menettelytapoja. Tämä sen vuoksi, että kuntouttaminen on niin käytännön läheistä, että käytetyt menetelmät täytyy testata käytännössä. Havainnoinnissani näkyy totuus kokemattomuudestani kuntoutuksessa. Tämä voi olla myös luotettavuutta heikentävä tekijä. Kokemattomuus tulee esille testatessa eri kuntoutus menetelmiä. Erilaiset kuntoutusmenetelmien testaukset näkyvät luvussa 6.4.2, jossa kerrotaan työn menetelmistä. Oikeanlaisilla menetelmillä olisi voitu karsia pois ne menetelmät, joita ei työssä havaittu hyväksi. Tällöin potilaan kuntouttamisessa oltaisiin voitu saada parempia tuloksia. Toisaalta sain ammattihenkilöltä, eli kuntohoitajalta, neuvoja, apuvälineitä ja menetelmiä potilaan kuntouttamiseen. Ammattihenkilöltä saatuja kuntoutusmenetelmiä voidaan pitää luotettavina.

Opinnäytetyö on tehty siltä osin eettisesti oikein, että ennen kuntoutuksen aloittamista kysyttiin potilaan mielipide ja lupa kuntouttamiseen. Lisäksi luvat kuntouttamiseen kysyttiin lääkäriltä ja omaisilta. Potilaan kuntouttamisen aikana potilasta huomioitiin ja häneltä kysyttiin tuntemuksia, kun käytettiin erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Jos potilas selkeästi ilmaisi jollakin tavalla, että hän ei jaksaisi tai halua olla kuntoutuksessa mukana, kuntouttaminen lopetettiin. Samoin, jos omaiset tai hoitaja ilmoittivat potilaan olevan sairaana tai kuntouttaja havaitsi voimien olevan heikko, kuntoutus keskeytettiin. Kuntoutusta ei myöskään jatkettu, jos se oli potilaalle jostain syystä terveysriski. Esimerkiksi kerran ukkossään vuoksi seisomatelineen käyttö lopetettiin, koska laite on sähkökäyttöinen.

Eettisesti pohdittava asia kuntoutuksessa oli nostolaitteen käyttö potilaan kuntoutuksessa. Nostolaitteen, potilaan ympärille tulevaan kangasosaan ja nostolaitteeseen kiinni tulevia, ”hihnoja”/liinoja jatkettiin, tosin omaisen luvalla. Yleisperiaate kuitenkin on, että laitteita ei pidä mennä turvallisuusriskin takia muuttamaan. Nostolaitetta testatessa toimittiin eettisesti oikein siinä, nostolaitteen toimivuus testattiin ensin minulla. Tämän jälkeen nostolaitteen käyttö testattiin potilaalla vuoteessa, jolloin potilasta ei yksin siirretty sängyn ulkopuolelle. Näin varmistettiin, että laitteen jatkettujen hihnat todella pitävät. Jos hihnat eivät olisi pitäneet, potilaalla oli sänky allaan, eikä potilas olisi pudonnut lattialle. Laitetta ei kuitenkaan sängyssäkään nostettu niin ylös, että potilas olisi satuttanut itsensä, jos esimerkiksi hihnat olisivat irronneet. Ainakin osa hoitajista suhtautui ”muunnellun” nostolaitteen käyttöön varauksellisesti, ymmärrettävästä syystä. Tämän vuoksi hoitajat eivät osallistuneet nostolaitteen käyttöön potilaalla. Hoitajilla ei myöskään ollut aikaa käytettävänä kuntouttamisessa avustamiseen työnsä vuoksi. Käytin ”muunneltua” nostolaitetta yhdessä omaisen kanssa. Tosin tämäkin voi olla eettisesti kyseenalaista, sillä omainen ei ole hoitotyön ammattilainen, joka on tottunut nostelemaan potilasta.

Eettisesti pohdittavana asiana voidaan pitää myös kaksi tuntia kestäviä kuntoutusjaksoja, joita oli kolme kertaa viikossa. Lisäksi potilasta avustettiin usein ruokailussa, johon aikaa kului yleensä miltei yksi tunti. Ajateltiin, että potilaalle olisi hyväksi, jos hän saisi ruokailla vuoteen reunalla istuen. Tällöin potilas sai harjoittaa keski- ja ylävartalon tasapainoa ja toimintakyky ruokailussa voisi kehittyä. Potilas ei valittanut sängyn reunalla istumista ja ruokailua, vaikka oli ruokailun jälkeen väsynyt.

Työssä eettisenä pohdittavana asiana voidaan pitää myös osastolle tehtävää hoitotyön mallia. Hoitotyön mallissa toivotaan, että hoitajat kokeilisivat kuntouttaa potilaita. Hoitajilla on työssään usein muutenkin aikapula. Tähän työhön tehtävä hoitotyön malli luultavasti lisäisi hoitajien työn määrää. Tässä työssä kuitenkin päädyttiin siihen, että hoitajat voisivat kokeilla käyttää joitakin tässä työssä käytettyjä kuntoutusmenetelmiä potilaiden kuntouttamisessa. Tämä tapahtuisi muun kuntouttavan hoitotyön ohella silloin, jos aikaa jää. Tämä saattaisi edistää potilaiden toimintakykyä. Toki on tärkeää, että hoitajat eivät käyttäisi aikaansa pelkästään potilaiden fyysiseen kuntouttamiseen. Tärkeää on myös, että hoitajat olisivat potilaille henkisesti läsnä, esimerkiksi vain keskustelemalla potilaiden kanssa. Tämä lisää potilaiden psyykkistä toimintakykyä ja on myös kuntouttavaa hoitotyötä. Tässä työssä kuitenkin toivotaan, että joskus käytettäisiin aikaa myös potilaiden fyysiseen kuntouttamiseen. Fyysinen kuntouttaminen lisää potilaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Toki osastolla potilaspaiikkojen vähennettyä potilaat ovat päässeet enemmän esimerkiksi ulkoilemaan ja liikkumaan osastolla hoitajien kanssa.

9.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Ikäihmisten kuntouttamisen kannattavuudesta on paljon tutkimusnäyttöä. Toimintatutkimus tutkii hyvin käytäntöä, koska toiminnallisessa tutkimuksessa ollaan mukana käytännön toiminnassa. Tässä tutkimuksessa kuntoutettiin yhtä dementoituvaa vuodepotilasta. Kuntouttaja, eli minä opinnäytetyöntekijänä kuntoutin yhtä vuodepotilasta 15 viikon ajan. Avustin potilasta myös ruokailussa, mitä voidaan pitää kuntouttavana hoitotyönä. Kuntouttavalla hoitotyöllä voidaan ylläpitää ja kehittää potilaiden toimintakykyä. Tämän työn tutkimustulosten ja hoitotyön mallin perusteella hoitohenkilökunnan kannattaisi soveltaa työhönsä joitakin menetelmiä, joita käytetään potilaan kuntouttamisessa. Tämä saattaisi edistää potilaiden toimintakykyä. Tosin tämä edellyttää hoitajilta aikaa, sekä fyysistä ja henkistä jaksamista.

Usein käytännön hoitotyössä arkipäivinä ei ole aikaa kuntouttaa potilaita. Aina ei ole aikaa myöskään kuntouttavalle hoitotyölle potilaiden kohdalla, jotka ovat täysin tai melkein kokonaan muiden autettavissa. Osastolla, jossa toimin, vähennettiin

kuntoutuksen loppuvaiheessa potilaspaikkoja. Tämä saattaisi lisätä resursseja kuntouttavalle hoitotyölle ja potilaiden kuntouttamiselle. Käytännössä osastolla, jossa toimin työn ajan, ei ole aikaa kuntouttaa potilaita kuin vasta aamuvuorossa lounaan jälkeen iltapäivällä. Iltavuorossa on vähemmän hoitajia, joten illalla kuntouttamiseen ei luultavasti jää aikaa. Käytännössä potilaiden kuntouttaminen tapahtuisi noin klo 13.30–15.00 välillä. Hoitajia ajatellen olisi parempi, jos he kävisivät ensin itse tauolla ennen potilaiden kuntouttamista. Tauko voisi olla esimerkiksi noin klo 13.30 aikaan. Potilaiden kuntouttavasta hoitotyöstä ja kuntouttamisesta kannattaisi osastolla tehdä jonkinlainen suunnitelma jokaisen potilaan kohdalla. Näin ainakin suosittelee Högström, Ketonen ja Granö (2008, 14, 16) tekemässään tutkimuksessa.

Käytännössä osastolla potilaiden kuntoutus voitaisiin järjestää esimerkiksi niin, että kaksi hoitajaa kuntouttaisi potilaita huonenumerojärjestyksessä. Potilaiden kuntouttaminen järjestettäisiin, kuten saunavuoroja laatiessa, eli tietyt potilaat kuntoutettaisiin yhtenä päivänä ja toiset toisena päivänä. Pääasia olisi, että kaikki osaston potilaan saisivat kuntoutusta. Kun potilaiden kuntouttamisella olisi jokin järjestys muistettaisiin potilaat, jotka ovat ja ne, jotka eivät ole saaneet olla kuntoutuksessa mukana. Toki järjestystä voi muuttaa ja hoitajat voivat laatia aivan oman systeeminsä kuntouttamiseen. Tämä eteneminen huonumeron mukaan on vain yksi esimerkki. Toki potilaiden kuntoutuksessa täytyy muistaa potilaiden oma motivaatio ja tahto kuntoutukseen. Potilailla on myös oikeus kieltäytyä kuntoutuksesta. Heikompikuntoisia potilaita kuntoutettaessa hoitajia on hyvä olla kaksi, esimerkiksi, jos potilas harjoittelee seisomatelineellä seisomista tai motomed-laitteella polkemista. Tämä vähentää hoitajien fyysistä kuormitusta ja helpottaa kuntoutusta. Joskus työvuorojen tai muiden käytännön asioiden takia osastolle saattaa jäädä vain yksi hoitaja kuntouttamaan potilasta/potilaita. Tällöin täytyy kuntouttaa potilasta/potilaita, joita pystyy kuntouttamaan yksin.

Kuntoutus voi olla hoitajille mukava ja rentouttava hetki potilaan kanssa. Kuntoutettaessa voi laittaa halutessaan soimaan musiikkia, mikä rentouttaa niin potilaan kuin hoitajankin mieltä. Itse kuuntelin potilaan kanssa miltei jokaisella kuntoutuskerralla musiikkia ja koin musiikin itseänikin rentouttavana asiana. Kerran kysyin potilaalta häiritseekö radio, sammutanko sen. Potilas vastasi, että ei häiritse, anna olla radion päällä. Tästä koin, että potilas piti musiikin kuuntelusta. Toki potilaat

ovat yksilöitä ja heiltä kannattaa kysyä, mitä mieltä he ovat musiikista. Lisäksi potilaiden näkyvä toimintakyvyn kohentuminen kuntoutuksen myötä lisää hoitajien hyvää mieltä ja motivaatiota kuntouttamiseen.

Tässä työssä saatujen tulosten mukaan dementiaa sairastavan vuodepotilaan kuntouttaminen lisää potilaan toimintakykyä jalkojen voiman ja motoriikan lisäämisen osalta. Seisomatelineen käytöllä saatiin tässä tutkimuksessa potilas seisomaan omien jalkojen varassa, tosin polvet tuettuna, jo kolmannella kuntoutusviikolla. Seisomatelineen lisäksi potilaan jalkoja ja käsiä kuntoutettiin. Liikkeet tehtiin potilaan puolesta joko potilaan istuessa tai vuoteesta käsin. Motomed-laitteen ansiosta saatiin kehitettyä potilaan jalkojen motoriikkaa. Laitteen ansiosta potilas sai liikutettua omatoimisesti jalkojaan. Tämä tapahtui kaksi viikkoa laitteen käyttöön ottamisesta potilaan kuntoutuksessa. Kun motomed-laite otettiin käyttöön potilaan kuntoutuksessa, käytettiin seisomatelinettä vuorotellen sen kanssa.

Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että toimintakyvyltään heikkokuntoisen potilaan kuntouttamisessa kannattaa käyttää seisomatelinettä ja motomed-laitetta. Tässä työssä seisomatelineen ja motomed-laitteen käyttö edisti potilaan jalkojen toimintakykyä merkittävästi. Muut liikkeet, esimerkiksi vuoteessa tehtävät voimisteluliikkeet, verryttivät potilaan raajoja. Tässä työssä ei kuitenkaan voitu osoittaa voimisteluliikkeiden/liikesarjojen osuuden vaikutusta potilaan jalkojen toimintakyvyn kehittymiseen. Tosin yhdessä motomed-laitteen ja seisomatelineen käytön kanssa voimisteluliikkeistä on voinut olla hyötyä.

Ruokailussa avustettaessa potilaan käsien tukemisella ja nostamisella ei tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta potilaan omatoimisuuden edistymiseen ruokailussa. Samoin käyttämällä kuntoutuksessa erilaisia jalkojen ja käsien liikesarjoja, ei näyttänyt lisäävän potilaan omatoimisuutta käsien ja jalkojen liikkeiden suhteen. Toisaalta täytyy ottaa huomioon potilaan aiemmat sairaudet ja aiempi toimintakyky. Vuodepotilaalta, joka on kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan täysin muiden autettava, ei voida odottaa, että hän pystyisi avustamaan kuntouttajaa erilaisissa liikkeissä. Tosin kaikissa potilaan toiminnoissa täytyy muistaa, että potilaat ovat yksilöitä ja kehittyvät päivittäisissä toiminnoissaan eri tavalla (Jalonen 2000, 54).

Tässä tutkimuksessa potilas kyllä pystyi välillä toimimaan omatoimisemmin ruokailussa, vaikka tämä tuli esille kuntoutuksessa vähemmässä määrin.

Osastolle tehtävän hoitotyön mallin mukaan potilaiden kuntouttavaan hoitotyöhön kannattaisi ottaa mukaan joitakin kuntoutusmenetelmiä, joita tässä työssä on käytetty. Huonokuntoisille potilaille, joilla on ongelmia liikkumisessa ja jalkojen motoriikassa, kannattaisi tämän työn tulosten mukaan kokeilla motomed-laitteen käyttöön ottamista. Jos potilaalla on ongelmia omien jalkojen varassa seisomisen suhteen, kannattaisi potilaan kuntoutuksessa kokeilla seisomatelineitä. Seisomatelineen ja motomed-laitteen käyttöä kannattaisi kokeilla ennen kuin heikkokuntoisten potilaiden toimintakyky huononee entisestään. Hoitajat luultavasti tarvitsevat pientä perehdytystä laitteiden käyttöön ottamiseen. Kuntohoitaja ja fysioterapeutti hallitsevat erilaisten laitteiden käytön. Ainakin heiltä kysymällä hoitajat saavat tietoa laitteiden ja muiden kuntoutusmenetelmien käytöstä. Hieman parempikuntoisten potilaiden kohdalla kannattaisi käyttää muitakin kuntoutusmenetelmiä, esimerkiksi voimisteluohjelman liikesarjoja. Tässä tutkimuksessa liikesarjojen käytöllä ei tuntunut olevan merkitystä vuodepotilaan toimintakykyyn. Sen sijaan parempikuntoisille potilaille liikesarjojen käytöstä voi olla hyötyä. Tämä sen vuoksi, että parempi kuntoiset pystyvät osallistumaan liikkeen tekoon.

Työhön liittyviä jatkokehityshaasteita ovat osastolle tehtävän hoitotyön mallin käyttöön ottaminen ja mallin toimiminen käytännössä osastolla. Lisäksi voitaisiin tutkia, mitä hoitohenkilökunta ajattelee kuntouttavasta hoitotyöstä ja potilaiden kuntouttamisesta osastolla. Hoitajien työstä olisi mielenkiintoista tutkia aikaresursseja, sekä hoitajien fyysistä ja henkistä jaksamista ja valmiuksia liittyen potilaiden kuntouttamiseen. Muita jatkokehityshaasteita ovat useiden dementoituvien vuodepotilaiden kuntouttaminen ja tutkiminen käyttäen erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Lisäksi voitaisiin tutkia kuntoutusta vanhuspotilailla, jotka ovat vuodepotilaisiin verrattuna fyysisesti paremmassa kunnossa. Potilaiden toimintakyvyn kehittämistä ruokailussa olisi myös hyvä tutkia. Nostolaitteesta olisi enemmän apua potilaan seisomisen harjoittelussa, jos laite nostaisi potilaan tarpeeksi ylös. Nostolaitteen pitäisi nostaa potilas niin ylös, että laite tarvittaessa kannattelisi potilasta. Nostolaitteen pitäisi olla niin ylhäällä, että potilaan jalat pysyisivät suorina, kuten normaalisti seisotessa tai kävellessä. Tällöin hoitajien tai kenenkään muun ei tarvitsisi käyttää

voimaa potilaan nostamisessa tai kannattelemisessa pystyssä. Potilas voisi laitetta apuna käyttäen harjoitella seisomista ja kävelemistä tasofordiin nojautumalla ja siitä kiinni pitämällä. Myös nostolaitteen hihnaosissa olisi hyvä olla valmiiksi tehdastekoiset pidennykset, joita voitaisiin tarvittaessa käyttää seisomaharjoituksissa. Toki markkinoilla on seisomisen ja kävelemisen harjoitteluun käytettäviä laitteita, jotka on tarkoitettu juuri tähän. Näitä laitteita ei kuitenkaan ole monessakaan julkisessa terveydenhuollon laitoksessa, koska laitteet ovat kalliita. Tämän vuoksi olisi hyvä, jos esimerkiksi nostolaitteita kehitettäisiin monikäyttöisemmäksi. Tuolloin nostolaitteita apuna käyttäen voitaisiin kuntouttaa fyysiseltä kunnoltaan heikompia potilaita.

LÄHTEET

Aalto, A.-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. 2002. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Tiivistelmä. STAKES raportteja 267/2002. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alxopulos G., Abrams, R., Young, R. & Shamoian, C. 1988. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 23, 271–284.

Bean, J.F., Herman, S., Kiely, D.K., Frey, I.C., Leveille, S.G., Fielding, R.A. & Frontera, W.R. 2004. Increased velocity exercise Specific to task (InVEST) training: a pilot study exploring effects on leg power, balance, and mobility in community-dwelling older women. *J Am Geriatr Soc* 52(7), 799–804.

Bean, J.F., Vora, A. & Frontera W.R. 2004. Benefits of exercise for community-dwelling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 85(3), 31–42.

Berg, T. 2001. Ikääntyvien kuntosaliharjoittelu. Teoksessa Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M.-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, L., Berg, T., Salmelin, M. & Jalkanen-Mayer, A. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Lahti: VK-kustannus, 271–286.

Clark, F., Azen, S., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, C., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J. & Lipson, L. 1997. Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 278(16), 1321–1326.

Cohen, G.D. 2000. Loneliness in Later Life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000 (8), 273–275.

Eklund, J. & Viitanen, R. 2008. Perhe suojaa Alzheimerin taudilta. Suomen lääkärilehti 51–52, 4519.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Fees, B.S., Martin, P. & Poon, L.W. 1999. A Model of Loneliness in Older Adults. *Journal of Gerontol: Psychol Sci* 54B, 231–239.

Folstein M., Folstein, S. & McHugh, P. 1975. “Mini Mental State”. A practical method for grading the cognitive state on patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12, 189–198.

Fysiotools OY. 1994. Fysio Tools -tietokoneohjelma. Tampere.

Gardner, M., Robertson, C. & Cambell, A. 2000. Exercise in preventing falls and fall related injuries in old people: a review of randomized controlled trials. *Br J Sport Med* 34(1), 7–17.

Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Pieper, C.F., Leveille, S.G., Markides, K.S., Ostir, G.V., Studenski, S., Berkman, L.F & Wallace, R.B. 2000. Lower extremity funktion and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait Spede alone compared the short physical performance battery. *Journal of Gerontology* 55(4), 221–231.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.). *Suomalaisten terveys*. Saarijärvi: Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, 327–335.

Heimonen, S.-L. & Voutilainen, P. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S.-L. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heinonen, H. 2007. Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää. *Kansanterveys* 7, 10–11.

Henwood, T.R. & Taaffe, D.R. 2005. Improved physical performance in older adults undertaking a Short-term programme of high- velocity resistance training. *Gerontology* 51(6), 108–115.

Holmen, K., Ericsson, K. & Winblad, B. 2000. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Arch Gerontol Geriatr* 31(3), 177–192.

Holmen, K., Ericsson, K. & Winblad, B. 1999. Quality of life among the Elderly. State of Mood and Loneliness in Two Selected Groups. *Scand Journal Caring Sci* 13, 91–95.

Högström, S., Ketonen, K. & Granö, S. 2008a. Dementoituva hyötyy kuntoutuksesta myös pitkäaikaishoidossa. *Sairaanhoitaja* 81(3), 14–15.

Högström, S., Ketonen, K. & Granö, S. 2008b. Kuntoutuskäytäntöä kehitetty Kivelän sairaalan pitkäaikaishoidon osastolla. *Sairaanhoitaja* 81(3), 16–17.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Teoksessa Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kaharanta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström, J. (toim.). *Mitä kuntoutus on?* Helsinki. WSOY, 12–28.

Kaikkonen, H. 2001. Sykeohjattu liikunta ja kuntosaliharjoittelu ikääntyneillä. Teoksessa Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M.-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, L., Berg, T., Salmelin, M. & Jalkanen-Mayer, A. *Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky*. Lahti: VK-kustannus Oy, 219–242.

Karvinen, E. 1999. *Iloisesti ikääntyen*. Lahti: VK-kustannus Oy.

Katz S., Ford A., Moskowitz R., Jackson, B. & Jaffe, M. 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standard Measure of Biological and Psychological function. *JAMA*. 185, 914–919.

Kokkonen, S. & Heimonen, S.-L. 2004. Sopeutumisvalmennus kuntoutuksen käynnistäjänä. Teoksessa Heimonen, S.-L. & Voutilainen, P. (toim.). *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsinki: Tammi, 74–85.

Korhonen, M. 2003. Nopeus. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). *Gerontologia*. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 117–120.

Kukkurainen, M.-L. 2002. Kuntouttava hoitotyö. Unohdettu näkökulma pitkäaikaisesti sairaan hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 75(3), 14–16.

Kuopion yliopistollinen sairaala. Fysiatrian osasto. 1987. Vuodepotilaan voimisteluohje.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. *Kuntoutuksella toimintakykyä*. 5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Lokk, J. 1999. Geriatric rehabilitation revisited. Review. *Aging Clin Exp Res* 11(6), 353–361.

Lotvonen, S. 2002. Kuntouttava työote ikääntyneiden toimintakyvyn tueksi. *Fysioterapia* (5), 23–25.

Lundgren, J. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen, S.-L. & Voutilainen, P. (toim.). *Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 13–46.

Lundgren, J., Voutilainen, P. & Heimonen, S.-L. 1996. Mitä on dementoituvan kuntouttava hoito? – Kuntoutuksen periaatteet ja keinot. *Muisti-lehti* 4, 32–34.

Melin, A.L. & Bygren, L.O. 1993. The costeffectiveness of rehabilitaation in the home: A study of swedish elderly. *American Journal of Public Health* 83(3), 356–362.

McInns, G.J. & White, J.H. 2001. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing* 15(3), 128-139.

Metteri, A., Talo, S. & Wikström, J. 2001. Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, T. & Rissanen, P. *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 55–56.

Morris, J., Fiatarone, M., Kiely, D., Belleville-Taylor, P., Murphy, K., Littlehale, S., Ooi, W., O'Neill, E. & Doyle, N. 1999. Nursing rehabilitation and exercises strategies in the nursing home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 54(10), 494–500.

Mäensivu, T. 1998. Hyvä kuntoutusohjaus. Toimintamalli käytännön työhön. Ponsiprojekti, Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Mäkinen, A., Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2007. Psykososiaalinen ryhmäkuntoutus ja ikääntyneiden yksinäisyys. *Toimintaterapeutti* 2, 11–13.

Mäkisalo, M. 1995. Kuntouttava hoitotyö käytännössä. Esimerkkejä kahden osaston toiminnasta. *Sairaanhoitaja* 68, 29–32.

Nolan, M. 1999. Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 4, 958–966.

Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2003. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.). *Gerontologia*. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 123–126.

Piitulainen, K. 2004. Ikääntyvät hyötyvät pitkäkestoisesta, intensiivisestä voimaharjoittelusta. *Fysioterapia* 51(4), 34–36.

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilanen, P. (toim.). Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 11–21.

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M.-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Stranberg, T. & Tilvis, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen lääkirilehti 62(42), 3851–3856.

Pitkälä, K. 2008. Voiko vanhusten lääkkeettömällä hoidoilla saavuttaa hyviä tuloksia? Suomen lääkirilehti 63(10), 939.

Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pitkälä, K., Winell, K. & Tilvis, R. 1991. Effects of geriatric day hospital care for home care patients. Arch Gerontol Geriatric (2) 50–54.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizzard, R.A., Thomas, A & Mann, A.H. 1997. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: the Gospel Oak Project VI. Psychol Med (27), 323–332.

Pope, S.K., Shue, V.M. & Beck, C. 2003. Will a healthy lifestyle help prevent Alzheimer's disease? Annu Rev Public Health 24, 111–132.

Robertson, M.C., Devlin, N., Gardner, M.M. & Campbell, J.A. 2001. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls I: Randomised controlled trial. British medical Journal 322(7293), 1–6.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy, 117–136.

Routasalo, P. 2002 Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjänä. *Gerontologia* 16 (3), 109–119.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S.-L & Voutilainen, P. (toim.). *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsinki: Tammi, 86–92.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* (3), 207–217.

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi: Gummerrus kirjapaino Oy.

Rubenstein L.Z., Harker, J., Guigoz, Y. & Vellas, B. 1994. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. Teoksessa Vellas B., Garry, P.J & Guigoz, Y. (toim.). “Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly”. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, Karger, Bale, in press 1, 3–12.

Rydeskog, A., Frändin, K. & Hansson Scherman, M. 2005. Elderly people’s experiences of resistance training. *Advances in physiotherapy* (7), 162–169.

Rydwik, E., Frändin, K. & Akner., G. 2004. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patient (70+) with multiple diagnosis. Systematic review. *Age ageing* (33), 13–23.

Scherder, E., Dekker, W. & Eggermont, L. 2008. Higher-level hand motor function in aging and (preclinical) dementia: its relationship with (instrumental) activities of daily life—a mini-review. *Journal of Gerontology* 54(6), 333–341.

Sihvonen, S. 2004. Postural balance and aging. Cross-sectionall comparative studies and a balance training intervention. University of Jyväskylä. Studies in sport, physical education and heath. Väitöskirja.

Sipilä, S. & Rantanen, T. 2003. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 99–108.

Stuck, A., Siu, A., Wieland, G.D., Adams, J. & Bubenstein, L.Z. 1993. Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysois of controlled trials. *Lancet* 342, 1032–1036.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tijhuis, M.A., De Jong-Gierveld, J., Feskens, E.J & Kromhout, D. 1999. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing* (28), 491–495.

Tilvis, R. 2002. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, A.-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. (toim.). Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES raportteja 267/2002, 141–158.

Timonen, L. & Koivula, M. 2001. Iäkkäiden voimaharjoitteluun perustuva kuntoutus. Teoksessa Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M.-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, L., Berg, T., Salmelin, M. & Jalkanen-Mayer, A. (toim.). Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Lahti: VK-kustannus Oy, 243–269.

Toraman, N. & Aceyman, N. 2005. Effects of six weeks of detraining on retention of functional fitness of old people after nine weeks of multicomponent training. *Br J Sport Med* 39(8), 565–568.

Vallejo-Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2006. Vanhusten hoito. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wannamethee, S.G., Ebrahim, S., Papacosta, O. & Shaper, A.G. 2005. From a Post questionnaire of older men, healthy lifestyle factors reduced the onset of and may have increased recovery from mobility limitation. *J Clin Epidemiol* 58(8), 831–840.

Wolf, B., Feys, H., Weerd, W., Meer, J., Noom, M. & Aufdemkampe, G. 2001. Effect of physical therapeutic intervention for balance problems in elderly: a Single-blind, randomized, controlled multicentre trial. *Clin Rehabil* 15(6), 624–636.

Zhang, Z & Hayward, M.D. 2001. Childlessness and the Psychological Well-being of Older Persons. *Journal Gerontol.* 56B, 311–320.

Painamattomat lähteet

Arolaakso-Ahola, S. & Rutanen, M. 2007. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa. Pilottitutkimus. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 9.6.2009]. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12556/urn_nbn_fi_jyu-2007363.pdf?sequence=1.

Hietanen, A. & Lyyra, A.-M. (toim.). 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki. [Viitattu 21.6.2009]. Saatavissa:

http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/suosituksset/asiakirjat/selvit2003_2.pdf.

Hyttinen, H. 2003. Vanhustyössä käytettäviä mittareita. [Viitattu 25.1.2009]. Saatavissa:

http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/mittarit/ALOITUSsivu_mittareista.htm.

Jalonen, P. 2000. Kuntouttava työote pitkäaikaispotilaan hoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Hoitotyö, Pori. Opinnäytetyö.

Kamio, S. 2005. Kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin kehittäminen. Teoksessa Okkonen, E. (toim.). Ammattikorkeakoulun jatkotutkiminto –tulokset ja tulevaisuus. Julkaisu 3/2005. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu, 78–84. [Viitattu 29.1.2009]. Saatavissa:

http://www.nelliportaali.fi/V/R9II9X8G2PE924RKUBIQA6DBYQMJCJJ19I4Y1NJ7T1G2SJXX2M40038?func=fullservice&doc_number=027345596&line_number=0001&service_type=TAG.

Kivinummi, T. 2007. Alaraajojen toimintakyvyn yhteys koettuihin liikunnan esteisiin iäkkäillä henkilöillä. Jyväskylän yliopisto, gerontologia ja kansanterveys, terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 7.6.2009]. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8330/URN_NBN_fi_jyu-2007566.pdf?sequence=1.

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2006. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Duodecim 122(3), 255–256. [Viitattu 18.6.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=Iäkkäiden%20toimintakyvyn%20kohentaminen%20välttämätöntä,%20Koskinen%20Seppo.

Kyrölahti, A. & Varjakoski, L. 2006. Kivun hoidon merkitys kuntoutuksessa. Kivun kirjaaminen ja sairaanhoitajien kokemukset kipumittarin käytöstä. Stadia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu 29.1.2009]. Saatavissa:

https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6766/stadia_1165920972_0.pdf?sequence1.

Manninen Elina. 2009. Tuntiopettaja. Henkilökohtainen tiedonanto. 23.3.2009. Savonia-ammattikorkeakoulu. Iisalmi.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikais-hoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes monistamo, Helsinki. [Viitattu 15.2.2009]. Saatavissa:

<https://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/443D365E-9096-49D9-A499-3199BACE026D/0/Aiheita172001.pdf>.

Oravala, S. & Koskinen, E. 2006. Kuntouttava hoitotyö dementoituvan vanhuksen hoidossa. Stadia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu 25.1.2009]. Saatavissa:

http://216.239.59.104/search?q=cache:kIBxkFzoQgsJ:www.riihimaki.fi/modules/upndown/download_upndownfile.asp%3Fid%3D60D3E8DB1D7547ECB4116BB468FFD B38%26itemtype%3DUPNDOWNFILE%26layout%3Ddefault+Eeva+Koskinen,+Satu+Oravala&hl=fi&ct=clnk&cd=1&gl=fi.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Sairaanhoitajien työolobarometri. Suomensairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki. [Viitattu 15.2.2009]. Saatavissa:

http://66.102.1.104/scholar?hl=fi&lr=&q=cache:YN815x4qWp0J:www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/22885/file/Tyoolobarometri.pdf+Vuodepotilaat+suomessa+on#18.

Pitkälä, K. 2006. Vanhusten toimintakykymittarit – mitä saan niistä irti? Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, Helsinki. [Viitattu 25.1.2009]. Saatavissa:

<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Pitkala.pdf>.

Pohjola, L. 2003. Motivaatio ylläpitää toimintakykyä: ikääntyneen laitoksessa asuvan henkilön näkökulma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rantanen, A., Saarinen, K., Saarinen, P. & Sabri, N. 2008. ”Ei olla heti häärimässä ja auttamassa” Hoitohenkilökunnan näkemyksiä toimintakykyä edistävästä työotteesta. Stadia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu

29.1.2009]. Saatavissa:

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38414/stadia-12113862utu28-1.pdf?sequence=1>.

Ryyppö, E. & Salonen, A. 2008. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Katsaus tutkimustietoon. Stadia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu 29.1.2009]. Saatavissa:

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38270/stadia-1210921203-4.pdf?sequence=1>.

Räsänen, V.-P. & Seilonen, M. 2005. Keskivartalon ja alaraajojen lihaksiin kohdistuvan kuntosaliharjoittelun vaikutus 65–75-vuotiaiden tasapainoon. Savonia-ammattikorkeakoulu, Fysioterapian koulutusohjelma, Kuopio 2005. Opinnäytetyö.

Tuomola, P. & Kuronen, R. 2009. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. [Viitattu 13.2.2009]. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>.

Sulander, T., Puska, P., Nissinen, A., Reunanen, A. & Uutela, A. 2007. 75–84-vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993–2005. Suomen lääkärilehti 62(1–2), 29–33. [Viitattu 8.6.2009]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=7584%20vuotiaiden%20suomalaisten%20toiminnan%20vajeiden%20muutokset%201993-2005,%20Sulander%20Tommi.

Suni, J. & Taulaniemi, A. 2003. Terveysliikunta – tavoitteena terveys, ei suorituskyky. [Verkkodokumentti]. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, kansanterveyslehti 1/2003. [Viitattu 22.8.2008]. Saatavissa:

<http://www.ktl.fi/portal/1918>.

Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 1999:3, Helsinki 1999. [Viitattu 9.8.2009]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/vbaro/vbluku3.htm>.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes, raportteja 7/2005, Helsinki. [Viitattu 13.2.2009].

Saatavissa:

http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/C5A46E2E-60E8-410E-8E22-7B5072635105/1336/Raportti_Toimintakykymittareidenk%C3%A4ytt%C3%B6ik%C3%A4%C3%A4ntyneide.pdf.

ADL -MITTARI

Potilaan nimi: Päivä:

Vastaajan nimi: Tutkija:

Miten itsenäisesti olette viime aikoina kyennyt huolehtimaan seuraavista päivittäisen elämän tehtävistä? Rengastakaa sopivin vastausvaihtoehto kultakin riviltä. Jos potilas ei itse pysty vastaamaan, voi hänet tunteva omainen vastata. (Hyttinen 2003.)

TAULUKKO 1. ADL –mittari (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe 1963, 914–919)

Toiminto	Taso 0 (Itsenäinen)	Taso 1 (Tuettu- na)	Taso 2 (Autet- tuna)	Taso 3 (Ei onnistu)	
Peseytyminen	Täysin itsenäinen ja omaaloitteinen	Tarvitsen apua kylpemisessä tai saunassa käymisessä	Tarvitsen apua tai valvontaa päivittäispukeutumisessa	Riippuvainen toisista peseytymisessä	Ei tietoa
Pukeutuminen	Täysin itsenäinen ja omaaloitteinen	Tarvitsen ajoittain apua, esim. ulkovaatteiden kanssa/ epätarkeitukseenmuokaista pukeutumista	Tarvitsen vähän apua sisävaatteiden kanssa tai valvontaa	Toiset pukevat vaatteet ylleni	Ei tietoa

WC:ssä käynti	Täysin itsenäinen ja omaaloitteinen	Tarvitsen muistuttamista wc:ssä käynneistä	Tarvitsen apua päästäkseen wc:hen tai siistiytyäkseeni	Olen täysin toisten autettava wc-asioiden kanssa	Ei tietoa
Liikkuminen kodissa	Täysin itsenäinen ja omaaloitteinen, myös kodin lähipiirissä	Liikkumiseni on rajoittunut kotin sisälle	Tarvitsen toisen ihmisen apua tai valvontaa liikkuessani kodissani	Elintilani on rajoittunut vuoteeseen tai tuoliin ilman toisten apua	Ei tietoa
Pidätyskyky	Täysin itsenäinen, ei vahinkoja	Ajoittaisia vahinkoja, joista ei ole mainittavaa haittaa	Olen nainen kastelu- tai tahrimisongelma	En pysty huolehtimaan lainkaan omasta virtsan tai ulosteen pidätyksestäni	Ei tietoa
Ruokailu	Täysin itsenäinen ja omaaloitteinen	Syön itse ruoan, joka tuodaan eteen (mahdollisesti pilkottuna tai soseena)	Tarvitsen apua saadaksesen ruokansa syödyksi	Kokonaan ruokittava	Ei tietoa
Yhteensä					

CORNELL TESTILOMAKE

Nimi: Syntymäaika:

Tutkija: Päivämäärä:

Pisteytys

a ei voida arvioida

0 ei esiinny

1 lievä tai satunnainen

2 vakava

Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteytystä ei tehdä niistä osioista, joissa oireet johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta. (Alxopolos, Abrams, Young & Shamoian 1988, 271–284.)

A. MIELIALAAN LIITTYVÄT OIREET

1. AHDISTUNEISUUS

vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestuneisuutta	a	0	1	2
---	---	---	---	---

2. SURULLISUUS

vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen	a	0	1	2
---	---	---	---	---

3. EI REAGOI MIELLYTTÄVIIN

TAPAHTUMIIN	a	0	1	2
-------------	---	---	---	---

4. ÄRTYNEISYYS

	a	0	1	2
--	---	---	---	---

B. KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT

HÄIRIÖT

5. KIIHTYNEISYYS	a	0	1	2
------------------	---	---	---	---

on levoton, väänteleä käsiään, vetelee hiuksiansa	a	0	1	2
--	---	---	---	---

6. HIDASTUMINEN

hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot	a	0	1	2
--	---	---	---	---

7. FYYSISTEN VAIVOJEN RUNSAS

VALITTAMINEN	a	0	1	2
--------------	---	---	---	---

(pisteitys 0, jos vain vatsavaivoja)

8. MIELENKIINNON KATOAMINEN

osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana)	a	0	1	2
---	---	---	---	---

C. FYYSISET OIREET	a	0	1	2
--------------------	---	---	---	---

9. RUOKAHALUTTOMUUS

syö tavallista vähemmän	a	0	1	2
-------------------------	---	---	---	---

10. LAIHTUMINEN

(pisteitys 2, jos laihtunut yli 2 kg kuukauden aikana)	a	0	1	2
---	---	---	---	---

11. ENERGIAN PUUTE

väsy helposti, ei jaksa osallistua (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukaudessa)	a	0	1	2
--	---	---	---	---

D. SÄÄNNÖLLESTI TOISTUVAT ILMIÖT	a	0	1	2
-------------------------------------	---	---	---	---

12. VUOROKAUDEN AIKANA

TAPAHTUVAT MIELIALAN MUUTOKSET oireet pahemmat aamuisin	a	0	1	2
--	---	---	---	---

13. NUKAHTAMISVAIKEUDET

nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti	a	0	1	2
--------------------------------------	---	---	---	---

14. HERÄÄ USEIN UNEN AIKANA	a	0	1	2
-----------------------------	---	---	---	---

15. HERÄÄ VARHAIN AAMULLA herää aikaisemmin kuin tavallisesti	a	0	1	2
--	---	---	---	---

E. VÄÄRISTYNEET MIELIKUVAT	a	0	1	2
----------------------------	---	---	---	---

16. ITSEMURHA

ei koe elämäänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai yrittää itsemurhaa	a	0	1	2
---	---	---	---	---

17. ITSEARVOSTUKSEN PUUTE

moitiskelee itseään, huono omanarvontunne,
epäonnistumisen tunteita

a 0 1 2

18. PESSIMISMI

odottaa pahinta

a 0 1 2

19. MIELIALASTA JOHTUVAT

HARHAKUVITELMAT

harhakuvitelmat köyhyydestä, sairaudesta tai
menetyksestä

a 0 1 2

Pisteitä yhteensä _____

MMSE –MITTARI

TAULUKKO 2. MMSE –mittari (Folstein, Folstein & McHugh 1975, 189–198)

Mikä vuosi nyt on? _____	0) väärin	1) oikein
Mikä vuodenaika nyt on? Ohje: talvi=joulu, tammi, helmikuu, maaliskuu kevät= helmi, maalis, huhti, toukokuu kesä= touko, kesä, heinä, elokuu syksy= elo, syys, loka, marraskuu aina +/- 1 vko	0) väärin	1) oikein
Monesko päivä tänään on? (+/- 1 päivä)	0) väärin	1) oikein
Mikä viikonpäivä tänään on?	0) väärin	1) oikein
Mikä kuukausi nyt on?	0) väärin	1) oikein
Missä maassa olemme?	0) väärin	1) oikein
Missä läänissä olemme?	0) väärin	1) oikein
Mikä tämän paikkakunnan nimi on?	0) väärin	1) oikein
Mikä on tämä paikka, missä olemme? (esim. Porin terveyskeskus)	0) väärin	1) oikein
Monenessako kerroksessa olemme?	0) väärin	1) oikein

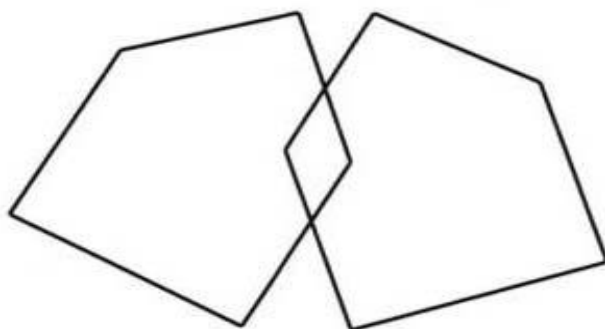
<p>Seuraavaksi pyydän teitä painamaan mieleenne kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässä.</p> <p>Sanasarja: RUUSU-PALLO-AVAIN</p> <p>RUUSU</p> <p>PALLO</p> <p>AVAIN</p> <p>Ohje: Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.</p> <p>Toistoja _____/enintään 5 kertaa</p>	<p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p>	<p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p>
<p>Nyt pyydän teitä vähentämään 100:sta 7 ja samasta jäännöksestä 7 ja edelleen 7, kunnes pyydän teitä lopettamaan.</p> <p>93</p> <p>86</p> <p>79</p> <p>72</p> <p>65</p> <p>Ohje: Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa sitten oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee väärää vastauksia yksi. Kynää ja paperia ei saa käyttää.</p>	<p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p>	<p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p>
<p>Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä)</p> <p>RUUSU</p> <p>PALLO</p> <p>AVAIN</p>	<p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p> <p>0)</p> <p>väärin</p>	<p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p> <p>1)</p> <p>oikein</p>

<p>Nyt kysyn teiltä kahden esineen nimeä Mikä tämä on? Näytetään rannekelloa Mikä tämä on? Näytetään lyijykynää</p>	<p>0) väärin 0) väärin</p>	<p>1) oikein 1) oikein</p>
<p>Nyt luen teille lauseen. Pyydän teitä toistamaan sen perässäni: EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUJA Ohje: Annetaan piste vain, jos lause täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa</p>	<p>0) väärin</p>	<p>1) oikein</p>
<p>Seuraavaksi annan teille paperin ja pyydän tekemään sille jotain. Ohje: Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen. Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne (vatsan) päälle. Ohje: Ohjeita ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa Otaa paperin vasempaan käteen Taittaa sen Asettaa paperin polvelle (vatsalle)</p>	<p>0) väärin 0) väärin 0) väärin</p>	<p>1) oikein 1) oikein 1) oikein</p>
<p>Näytän teille tekstin- SULKEKAA SILMÄNNE- Pyydän teitä lukemaan sen ja noudattamaan ohjeita. Ohje: Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin, että sulkee silmänsä</p>	<p>0) väärin</p>	<p>1) oikein</p>

Kirjoittakaa kokonainen lause mielenne mukaan. Ohje: Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.	0) väärin	1) oikein
Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion? Ohje: Annetaan piste, jos kaikki suvut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.	0) väärin	1) oikein
PISTEET YHTEENSÄ (Max 30)		

Kirjoittaisitteko lauseen tähän:

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion:



MNA- TESTILOMAKE (RAVITSEMUTILAN ARVIOINTI)

Mini- Nutritional Assessment MNA TM

Nimi _____ Sukupuoli _____ Ikä _____

Pituus

(cm) _____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

Merkitse pisteet

ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka loppuun asti. Seulonta A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana. (Rubenstein, Harker, Guigoz & Vellas 1998, 3–12.)

Seulonta

A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2 = Ei muutoksia

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta

C. Liikkuminen

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona

D. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

0 = kyllä

2 = ei

E. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia

F. Painoindeksi eli BMI ($= \text{paino} / (\text{pituus})^2 \text{ kg/m}^2$)

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse

jatkaa

11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia.

Arviointi

G. Asuuko haastateltava kotona

0 = ei

1 = kyllä

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0 = kyllä

1 = ei

I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä

1 = ei

J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään kyllä ei yhden annoksen

- maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä

- kaksi annosta tai enemmän kananmunia

- viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)

- lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä

0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta

0,5 = jos 2 kyllä-vastausta

1 = jos 3 kyllä-vastausta

L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei

1 = kyllä

M. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)

0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3 - 5 lasillista

1 = enemmän kuin 5 lasillista

N. Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta

O. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus

1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1 = yhtä hyvä

2 = parempi

Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21–22 cm

1,0 = OVY on yli 22

R. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Asteikko:

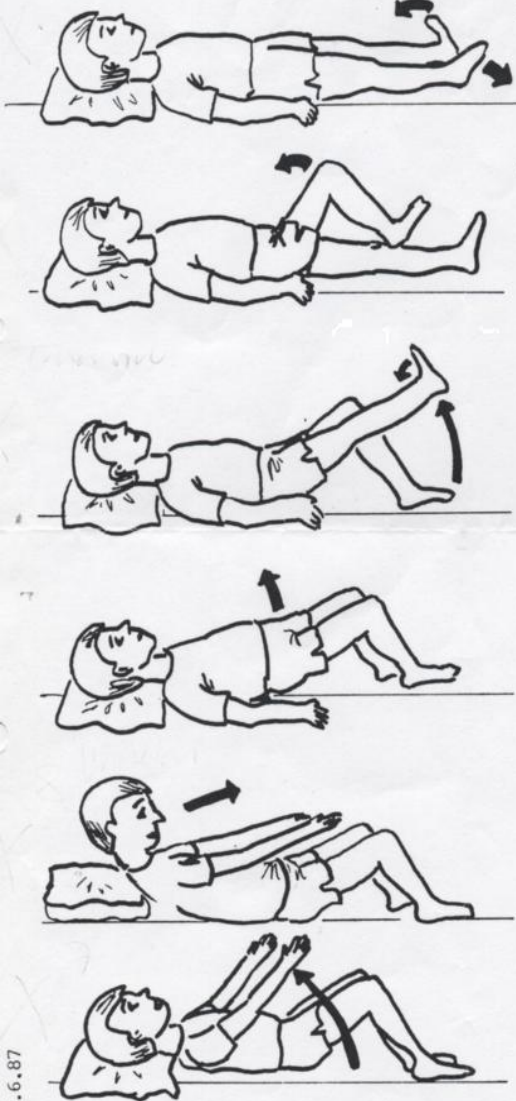
1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila
2. 17–23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

VUODEPOTILAAN VOIMISTELUOHJELMA

KUOPION YLIOPISTOLLINEN
KESKUSSAIRAALA
Fysiatrian osasto

POTILASOHJE

VUODEPOTILAAN VOIMISTELUOHJELMA



1. Nilkkojen koukistus - ojennus. Varpaitten koukistus - ojennus.
2. Polven veto vatsan päälle koukkuun - ojennus suoraksi.
3. Polvet koukussa. Polven ojennus suoraksi ylös, samalla nilkka koukkuun - jalka takaisin toisen viereen.
4. Polvet koukussa. Lantion nosto ylös - takaisin alas.
5. Polvet koukussa. Pään ja hartioitten nosto ylös alustalta, kurkotus eteen - takaisin alas.
6. Polvet koukussa. Käsien nosto ylös, sisäänhengitys - kädet alas, uloshengitys.

KYKS 190/S.6.87

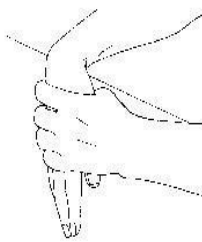
HARJOITTELE 2 - 3 KERTAA PÄIVÄSSÄ. TEE KUTAKIN LIIKETTÄ 5 - 10 KERTAA PERÄKKÄIN.

KUVIO 1 Vuodepotilaan voimisteluohjelma (Kuopion yliopistollinen sairaala 1987)

KÄSIEN LIIKESARJAT



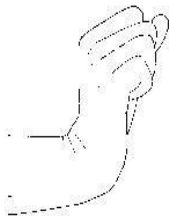
Henkilökohtainen harjoitusohjelma



Liike 1

Kyynärvarsi pöydällä käsi reunan ulkopuolella ja kämmen alaspäin. Anna ranteen taipua reunan yli. Avusta liikettä varovasti toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia.

© PhysioTools Ltd



Liike 2

Ranne täysin ojennettuna. Yritä ojentaa rannetta vielä enemmän. Pidä noin 30 sekuntia.

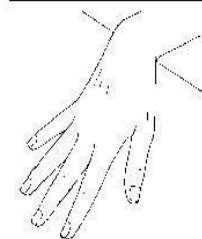
© PhysioTools Ltd



Liike 3

Ota kiinni harjoitettavan käden ranteesta. Koukista rannetta ja avusta liikettä toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia. Ojenna sitten ranne ja avusta liikettä toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia.

© PhysioTools Ltd

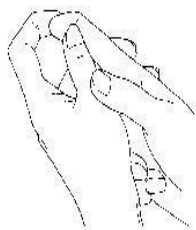


Liike 4

Tue kyynärvarsi pöydälle, kuten kuvassa. Vie sormet nyrkkiin ja ojenna sormet suoriksi koukistaen samalla rannetta.

© PhysioTools Ltd
Built on PhysioTools®

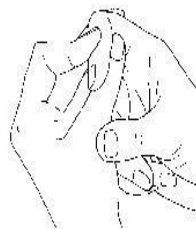
Liike 5



Tue harjoitettavaa niveltä sen alapuolelta. Taivuta sormenpäätä. Avusta liikettä toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia.

© PhysioTools Ltd

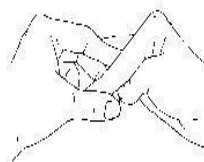
Liike 6



Tue harjoitettavaa niveltä sen alapuolelta. Taivuta sormea keskimmäisestä nivelestä. Avusta liikettä toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia.

© PhysioTools Ltd

Liike 7



Tue harjoitettavaa niveltä sen alapuolelta. Taivuta sormea alimmasta nivelestä. Avusta liikettä toisella kädellä. Pidä ___ sekuntia.

© PhysioTools Ltd

Liike 8



Sormet nyrkissä. Ojenna sormet suoriksi.

© PhysioTools Ltd

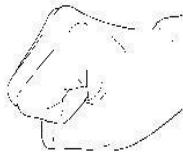
Liike 9



Taivuta sormet tyvinivelestä suoraan kulmaan. Ojenna suoraksi.

© PhysioTools Ltd
Built on PhysioTools®

Liike 10



Kyynärvarsi pöydällä. Koukista sormet ja vie ne kokonaan nyrkkiin.

© PhysioTools Ltd

Liike 11



Tue kyynärpäätä pöytään ja pidä ranne suorana ja sormet kohti kattoa. Vie sormet nyrkkiin (peukalo päällimmäiseksi). Ojenna sormet suoriksi ja vie ne erilleen.

© PhysioTools Ltd

Liike 12



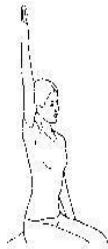
Kyynärpäätä tai kämmenselkää pöydällä. Kosketa peukalolla vuorotellen muita sormenpäitä.

© PhysioTools Ltd

KÄSIVARSIEN, HARTIOIDEN JA OLKAPÄIDEN LIIKESARJAT



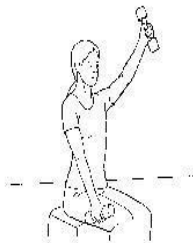
Henkilökohtainen harjoitusohjelma



Liike 1

Istu tai seiso. Nosta käsi ylös etukautta peukalo edellä.

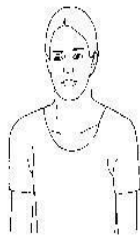
© PhysioTools Ltd



Liike 2

Istu ryhdikkäästi. Nosta käsiä vuorotellen suorina ylös ja alas.

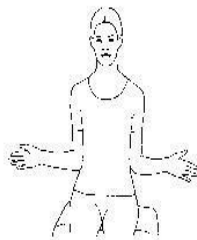
© PhysioTools Ltd



Liike 3

Seisten tai istuen. Pyöritä hartioita ympäri molempiin suuntiin.

© PhysioTools Ltd



Liike 4

Istuen tai seisten. Pidä olkavarret vartalossa kiinni, kyynärnivelet suorassa kulmassa. Kierrä kyynärvarret ulospäin.

© PhysioTools Ltd

Build on PhysioTools®

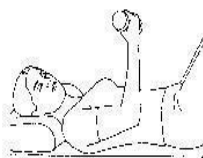


Seisten tai istuen, kädet koukistettuina rinnan päällä. (Käsissä ___ kilon käsipainot.)

Nosta reippaaseen tahtiin molemmat kädet rinnalta ylös suoriksi ja takaisin.

© PhysioTools Ltd

Selinmakuulla, käsi alustan reunan ulkopuolella. Kädessä ___ kilon käsipaino.



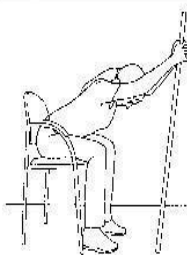
Vie kättä eteen - taakse ja pidä kyynärpää suorassa kulmassa koko liikkeen ajan.



Seiso kädet ristissä alhaalla edessä.

Nosta kädet ojennettuina etukautta ylös pään päälle. Irrota ote ja laske kädet sivukautta takaisin lähtöasentoon.

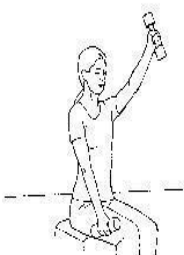
© PhysioTools Ltd



Istu ja pidä keppi edessäsi pystyssä niin kaukana kuin mahdollista.

Nojaa eteen alas keppiin varaten.

© PhysioTools Ltd



Istu ryhdikkäästi ja (pidä 1-2 kilon painot käsissä.)

Nosta käsiä vuorotellen suorina ylös ja ala

© PhysioTools Ltd

Built on PhysioTools®

4.5.2009

5/30

JALKOJEN LIIKESARJAT



Henkilökohtainen harjoitusohjelma

Liike 1

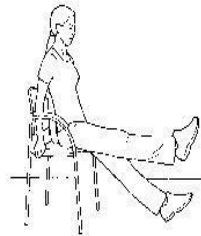
Selänmakuulla polvet koukussa. Kierrä polvet rauhallisesti puolelta toiselle, ylävartalo pysyy paikallaan.



© PhysioTools Ltd

Liike 2

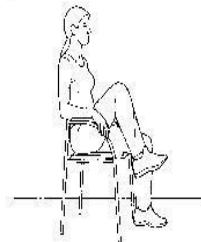
Istu tuolilla tai pöydällä. Pidä kiinni alustasta. Ojenna polvesi ja tee jalollia pientä "saksiliikettä".



© PhysioTools Ltd

Liike 3

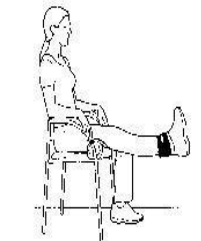
Istu tuolilla. Nosta jalka irti alustasta polvi koukussa. Palaa alkuasentoon.



© PhysioTools Ltd

Liike 4

Istu tuolilla tyyny polven alla. Kiinnitä ___ kilon paino nilkkaan. Vedä nilkka koukkuun ja ojenna polvi rauhallisesti aivan suoraksi. Pidä jännitys noin 5 sekuntia



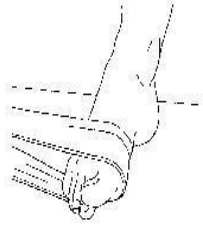
© PhysioTools Ltd
Built on PhysioTools®



Liike 5

Istuen tai seisten. Pyöritä nilkkaa suuntaa välillä vaihtuen.

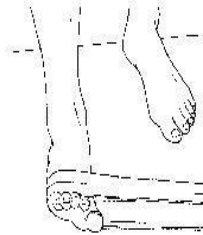
© PhysioTools Ltd



Liike 6

Istu tuolilla tai lattialla. Laita vastusnauha jalkateräsi ympärille. Kierrä jalkaterää sisäänpäin niin kuin haluaisit katsoa jalkapohjaan.

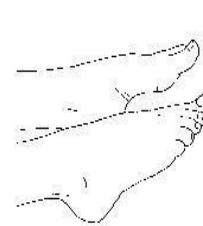
© PhysioTools Ltd



Liike 7

Istu tuolilla tai lattialla. Laita vastusnauha jalkaterän ympärille. Kierrä jalkaterää ulospäin niin kuin haluaisit katsoa jalkapohjaan.

© PhysioTools Ltd



Liike 8

Selänmakuulla tai istuen. Koukista ja suorista nilkkaa reippaasti. Jos pidät polvet suorina liikkeen aikana tunnet venytystä pohjellaksessa.

© PhysioTools Ltd

TUTKIMUSLUPA


Sonkajärven kunta
Sosiaali- ja terveys toimi
SOTE Johtoryhmä

TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Itäsalmen Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Marika Katainen on hakenut lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus Sonkajärven sosiaali- ja terveyskeskuksessa, hoivaosasto Päivänkehrässä. Tutkimuksen aiheena on Dementoituvan vuodepotilaan kuntouttava hoitotyö. Tutkimuksen kohteena on yksi Päivänkehrän asukas. Opinnäytetyöstä ei ilmene asukkaan henkilöllisyys. Ohjaavana opettajana toimii Susanne Hänäläinen ja Päivänkehrässä vastuuhenkilönä toimii vastaava sairaanhoitaja Jaana Hyttinen.

Tutkimuslupa myönnetään.

Sonkajärvellä 13.5.2009


Merja Virkkunen
johtava hoitaja

Liite: Tutkimuslupahakemus opinnäytetyötä varten