

LYHYTAIKAISTEN FYYSISTEN HARJOITTEIDEN MERKITYS KOTIHOIDON ASIAKKAAN YLEISKUN- NOLLE

Tiia Turunen
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Turunen, Tiia. Lyhytaikaisten fyysisten harjoitteiden merkitys kotihoidon asiakkaan yleiskunnolle. Helsinki, kevät 2016, 74 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Ikääntyneen hyvä fyysinen toimintakyky edesauttaa kotona pärjäämistä ja pitkittää pitkäaikaishoitoon joutumista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää valmiista aineistosta, minkälainen merkitys kuukauden mittaisella fyysisellä harjoittelulla on ikääntyneen fyysisen toimintakyvylle ja yleiskunnolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kotihoidon hoitohenkilökunnalle tietoa, minkälaisia tuloksia harjoittelujaksosta seurasi ja, miksi ikääntyneiden fyysistä harjoittelua olisi tärkeä tukea.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja se toteutettiin yhteistyössä Vuosaaren kotihoidon kanssa. Vuosaaren kotihoito osallistui hankkeeseen, jossa ikääntyneitä motivoitiin polkemaan MOTOMediaä päivittäin kuukauden ajan. Kriteerinä harjoitusjaksolle osallistumiseen oli, että ikääntyneen mahdollisuus kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin osallistumiseen oli rajoittunut heikentyneen toimintakyvyn takia ja, että heillä oli käytössään liikkumisen apuväline. Harjoittelun tuloksia ja ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn muutoksia mitattiin tuolista ylösnousulla ja esineen poimimisella lattialta.

Tuloksista selvisi, että kuukauden kestäneellä polkuharjoittelulla oli myönteiset vaikutukset jalkojen lihasvoimaan, sillä tuolilta ylösnousu helpottui harjoittelujakson jälkeen. Tulokset myös osoittivat, että motivaatiolla on suuri vaikutus fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja, että ikääntyneet itse kokivat harjoittelusta olleen hyötyä. Tulokset kannustavat motivoimaan ikääntyneitä fyysisten harjoitteiden tekemiseen.

Asiasanat: ikääntyneet, fyysinen toimintakyky, voimavarat, terveyden edistäminen, fyysinen harjoittelu, vanhustyö

ABSTRACT

Turunen, Tiia. The impact of short-termed physical exercises to general condition of a customer of home care. 74 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

Good physical performance supports living in home instead of long-term care institutions. The purpose of this thesis was to find out from a ready matter how a month-long physical exercise effects on physical performance and well-being of an elderly person. The aim of the thesis was to produce information and show the results of the month-long exercise to home care's work staff and why it is important to support elderly person's physical practice.

The thesis was work-oriented because it's has been carried out in cooperation with home care unit of Vuosaari. They participated in a project to motivate elderly people to use MOTOMed on a daily basis for a month. The reason to elect participants were that they had limitless access to activities outside of the home due to their weakened physical performance and they used a device for support their mobilizing Standing up and picking the object from a floor were used as indicators to measure the physical performance.

According to the results the month-long motorized pedal training have had positive impact on feet's muscle power because standing up was mostly easier after the period of training. The results has indicated that motivation has a great effect on maintaining the physical performance. Elderly people also felt that the exercise was useful and had positive effects on common health. The results encourage to motivate elderly people to do more physical exercise.

Keywords: elderly, physical performance, resources, promotion of health, physical exercise, care work of elderly

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY	8
2.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen.....	9
2.2 Luusto- ja lihaskunto fyysistä toimintakykyä edistävänä tekijänä	12
2.3 Fyysinen toimintakyky arkiaskareita edistävänä tekijänä.....	15
2.4 Muita toimintakykyyn vaikuttavia asioita	17
2.5 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen apuvälineiden avulla.....	20
2.6 Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen	22
3 IKÄÄNTYNEIDEN VOIMAVARAT TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	25
3.1 Sisäiset voimavarat	27
3.2 Ulkoiset voimavarat	29
4 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN IKÄÄNTYVIEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA KOTIHOIDOSSA	33
4.1 Sairaanhoidajan tiedot ja taidot ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa	34
4.2 Motivointi liikeharjoitteluun.....	38
4.3 Sairaanhoidajan työssä noudatettavat eettiset arvot	40
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS	43
6 YHTEISTYÖKUMPPANI	44
7 AINEISTON KERUU JA RAPORTOINTI	46
8 TULOKSET	49
8.1 Osallistujat.....	49
8.2 Motivaatio ja edistyminen	51

8.3 Tuolilta ylösnouseminen	53
8.4 Esineen poimiminen lattialta	55
9 POHDINTA	57
9.1 Tulosten pohdinta	57
9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	62
9.3 Ammatillinen kasvu	65
LÄHTEET	69
LIITE 1: Uudistunut liikkumissopimus	74

1 JOHDANTO

Suomessa ikärakenne on huomattavassa muutoksessa, koska ikääntyneiden määrä kasvaa. Ympäristöministeriön (2014) selvitysohjelman mukaan lähivuosina tapahtuva väestön rakenteen muutos on nopeaa suurten ikäluokkien eläköitymisen ja elinajan pitenemisen johdosta. Yli 65-vuotiaiden määrän ennustetaan lisääntyvän vuoteen 2030 mennessä noin 1,5 miljoonaan, joka tarkoittaa 25 prosenttia väestöstä. Myös yli 85-vuotiaita määrä nousee yli 200 000, joka on 3,9 prosenttia koko väestöstä.

Terveys ja toimintakyky vaikuttavat suuresti kotona selviytymiseen ja hyvinvointiin. Koti elinympäristönä korostuu, kun ihmisen toimintakyky heikkenee. Itsenäinen asuminen tuo ikääntyneelle vapautta mutta myös avun tarvetta. Kotona asumisen onnistumista voidaan lisätä muun muassa kotihoidon tarjoamalla avulla sekä kehittämällä elinympäristöä toimintakykyä tukevaksi. (Ikonen 2013, 10–12.) Kotona asuminen parantaa elämänlaatua, sillä koti on osa ihmisen identiteettiä. Kotona asuminen määritellään ihmisen perusoikeudeksi. (Pikkarainen 2013, 76–77.)

Kotipalveluita tarvitsevien määrä on tulevaisuudessa noin 1,5 miljoonaa. Esteettömiä asuntoja tulevat tarvitsemaan noin 270 000 henkilöä alle 75-vuotiaista ja 470 000 yli 75-vuotiaista. (Ympäristöministeriö 2014.) Vuonna 2014 kotikäyntejä tehtiin 2 717 041 vuodessa ja yli 75-vuotiaista 91,5 % asui kotonaan. Suomen väestöstä jopa 120 000:lla on lievästi heikentynyt kognitiivinen toimintakyky. Heistä 35 000 on lievä sairaus ja 85 000 vähintään keskivaikea dementia. Pääkaupunkiseudulla muis-tisaira-an hoitaminen kotona on huomattavasti taloudellisempaa kuin laitoshoido, sillä kotona hoitaminen maksaa vuodessa 19 000 euroa kun taas ympärivuorokautinen laitoshoido 46 000 euroa. (Hellén & Salminen 2016.)

Ikääntyneen selviytymistä kotona on turvattava, jotta ikääntyneet pystyisivät asumaan kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Kodista luopuminen tuottaa ikäänty-

neelle kärsimystä ja pelkoa, sillä omasta kodista luopuessaan hän tuntee luopuvansa myös itsenäisyydestään. (Pikkarainen 2013, 76–77.) Ikääntyneiden oma terveydentila vaikuttaa heidän toiveisiinsa tulevasta asunnosta. Esimerkiksi hissinteettömyys on rollaattoria tarvitsevalle tärkeää. Kunnat pystyvät edesauttamaan ikäihmisten kotona pärjäämistä tarjoamalla heille Sosiaali- ja terveystalvaeluita, joilla edistetään ikääntyneiden terveyttä sekä hyvinvointia. (Ympäristökeskus 2014.)

Opinnäytetyöni aihe on lyhytaikaisten fyysisten harjoitteiden vaikutus ikääntyneen yleiskunnon ylläpitämiseen ja parantamiseen. Aihe oli Vuosaaren kotihoidon ohjaajan ehdotus opinnäytetyöksi. Aiheen vastaanottamiseen vaikutti mielenkiintoni liikuntaan ja sen mahdollisia vaikutuksia kohtaan sekä aiemmat kokemukseni vanhusten hoitotyön puolelta. Koen aiheen ajankohtaiseksi, sillä ikääntyneiden ihmisten määrä lisääntyy ja yhä suurempi osa heistä joutuu selviämään kotona.

Opinnäytetyössäni keskityn ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn ja yleiskuntoon sekä, kuinka niiden heikentymistä voi pitkittää. Pohdin, mitkä asiat vaikuttavat ikääntyneen liikuntakykyyn, lihaskuntoon ja tasapainoon kotona asumista edesauttavasti ja, kuinka sairaanhoitaja voi motivoida ikääntyntä henkilöä harjoitteiden tekemiseen ja yleiskunnon ylläpitämiseen. Tarkoitukseni on selvittää valmiista aineistosta kuukauden mittaisen fyysisen polkuharjoittelun vaikutuksia yleiskuntoon. Tavoitteenani on tuottaa kotihoidon hoitohenkilökunnalle tietoa kuukauden kestävän fyysisen harjoittelun tuloksista, jotta ikääntyneiden fyysisten harjoittelun tukemiselle olisi hyviä perusteluja.

2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY

Ikääntyneeksi ihmiseksi määrittely riippuu määrittelijästä. Hyttinen (2008, 42) määrittelee ikääntyneen yli 65-vuotiaaksi henkilöksi, jonka toimintakyvyn taso vaihtelee yksilöllisesti. Ikosen (2013, 19) mukaan ikääntynyt on henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt joko iän tuomien sairauksien ja toiminnanrajoitusten tai korkeaan ikään liittyvien muutoksien myötä. Ikääntyneen väestön hän luokittelee ihmisiksi, jotka ovat ikänsä puolesta oikeutettu vanhuseläkkeeseen. Ikääntyneen henkilön voidaan määrittellä olevan molemmissa tapauksissa yli 65-vuotias eläkkeellä oleva henkilö.

Ikääntyneelle toimintakyky tarkoittaa kykyä selvitä arkipäiväisestä elämästä. Se voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisessä toimintakyvyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky, kun taas psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat kognitiiviset toiminnot, psyykinen hyvinvointi, stressi ja yksinäisyys. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Kaikki toimintakyvyn osa-alueet ovat yhteyksissä toisiinsa ja vaikuttavat ikääntyneen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21.)

Ikääntyminen vaikuttaa elimistön fyysiseen toimintakykyyn heikentävästi. Se vähentää elimistön puolustuskykyä ja lisää haavoittuvuutta. Ikääntymisen tuomia normaaleja muutoksia ovat muun muassa liikkumisen hidastuminen, vapina, aistitoimintojen heikkeneminen ja aineenvaihdunnan hidastuminen. Lisäksi pitkäaikaissairaudet heikentävät toimintakykyä. (Hyttinen 2008, 47–49.) Krooniset sairaudet yleistyvät ikääntyessä. Aivoverenkierronhäiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, osteoporoosi, verenkiertoelimistön sairaudet ja tasapainoelimen häiriöt ovat sairauksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Jos sairaus on hyvässä hoitotasapainossa, ikääntyneen toimintakyky voi säilyä normaalina. (Pajala 2012, 62.)

Myös aistitoiminnot heikentyvät ikääntyessä. Havaintomotoriikan heikkeneminen vaikuttaa liikkumiseen, sillä havaintomotoriikan ansiosta ihminen pystyy käyttämään

ajoitusta, voimaa, nopeutta sekä tilaa hyödykseen kävellessään. Tuntoaistin heikkeneminen johtaa hermoston informaation vähenemiseen esimerkiksi asennon muutoksista. Sisäkorvan tasapainoelin alkaa heikentyä noin 40 ikävuodesta eteenpäin, jolloin hermosolut alkavat vähentyä. Tasapainoelin vastaa noin 60 prosenttisesti tasapainon säätelystä, joten sen heikkeneminen voi johtaa kaatumiseen. (Aalto 2009, 18–19.)

Hyvä elämänhallinnan kokemus lisää psyykkistä toimintakykyä. Muita psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia asioita ovat mielenterveys, koettu hyvinvointi mieliala, motivaatio, itsearvostus ja emotionaaliset voimavarat. Psyykkisestä toimintakyvystä puhuessa on hyvä ottaa huomioon myös kognitiivinen toimintakyky. Se käsittää muun muassa erilaiset muistiin, päättelyyn, tarkkaavaisuuteen ja keskittymiseen liittyvät toiminnot ja niistä selviytymisen. (Voutilainen 2008, 125–126.)

Sosiaalista toimintakykyä määrittävät kyky vuorovaikutukseen, suhteet omaisiin ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan, kuten harrastuksiin ja päivätoimintaan. (Voutilainen 2008, 126). Ikääntymisen vaikutus sosiaalisuuteen riippuu yksilöstä. Osa ikääntyneistä kokee itsensä henkisesti eheytyneeksi ja ikääntymisensä onnistuneeksi, kun taas osalla ihmissuhteet voivat jäädä vähäisiksi. Sosiaalisten suhteiden säilyminen parantaa sosiaalisuutta, joka voi parhaimmillaan olla yksi ikääntyneen tärkeimpiä voimavaroja. (Hyttinen 2008, 52–53.)

2.1 Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen

Vähintään kerran vuodessa joka kolmas yli 65-vuotias ja joka toinen 80-vuotias kaatuu. Kaatuminen tapahtuu useasti koti- tai sen lähiympäristössä. Jopa puolet aiemmin kaatuneista kaatuu uudelleen. Joka toisesta kaatumisesta seuraa jonkinlainen vamma ja noin 5-10 prosentilla vamma on vakava. Kaatuminen aiheuttaa yli 90 prosenttia ikääntyneiden lonkkamurtumista. Vaikka kaatumisesta ei aiheutuisi fyysistä

vammaa, se voi jättää psyykkisiä seurauksia. Kaatumisen pelko rajoittaa ikääntyneen omaa aktiivisuutta, sillä ikääntynyt haluaa välttää uudelleen kaatumista. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 46–47.) Ulkoiset tekijät, kuten epätasaiset, liukkaat pinnat ja huono valaistus, ovat useimmiten syy alle 80-vuotiaiden kaatumiseen. Yli 80-vuotiailla syyt ovat sisäisiä ja johtuvat esimerkiksi lihasvoiman, tasapainon, näön ja kuulon heikkenemisestä. (Hyttinen 2008, 48.)

Ennakoivalla toiminnalla voi vähentää kaatumisalttiutta ja ehkäistä kaatumistapahtumia. Kaatumistapahtuman välttämiseksi ja siten fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi kaatumisalttiutta lisäävät tekijät on poistettava ikääntyneen asunnosta. Monipuolinen liikuntaharjoittelu voi lisätä fyysistä toimintakykyä ja siten vähentää kaatumistapahtumia. Liikuntaharjoitteiden avulla liikkumiskyvyn heikkenemistä ja kävelymaavaikeuksien syntymistä voidaan hidastaa ja mahdollisesti jopa välttää. (Pajala 2012, 19.) Kaatumisen ennakoivasta ehkäisemisestä on sekä elämänlaadullista että yhteiskunnallista hyötyä. Yksi lonkkaleikkaus maksaa yhteiskunnalle noin 15 000 euroa, joten ennakoivasta toiminnasta on taloudellista hyötyä. (Kelo ym. 2015, 48.)

Nuoruudessa ja aikuisuudessa harrastettu aktiivinen urheilu voi edesauttaa hyvän fyysisen toimintakyvyn säilymistä. Säännöllisesti liikuntaa harrastaneilla ikääntyneillä vanhenemismuutokset ovat useimmiten vähäisempiä kuin liikkumattomilla. Vaikka liikuntaa ei olisi harrastettu juuri koskaan aiemmin, voi sen aloittaa maltillisesti omien voimavarojen mukaisesti myöhemmälläkin iällä. Senioriliikunnan tavoitteena on ylläpitää fyysistä toimintakykyä mahdollisimman pitkään. (Aalto 2008, 8-9.)

Liikunnan lisääminen ennaltaehkäisevästi hidastaa ikääntymiseen liittyvää fyysisen toimintakyvyn laskua ja ehkäisee esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksilta. WHO:n terveysliikuntasuosituksen mukaan 65–84-vuotiaiden olisi hyvä harrastaa säännöllistä liikuntaa yhtä paljon kuin muun aikuisväestön. Suositus on, että ikääntynyt harrastaisi 2,5 tuntia viikossa reipasta kestävyysliikuntaa, 1 tunti 15 minuuttia rasittavaa kestävyysliikuntaa sekä 2-3 kertaa viikossa lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua. Tasapainon säännöllinen harjoittaminen on erityisen tärkeää niille

henkilöille, joilla on heikentyneen toimintakyvyn takia korkeampi kaatumisriski. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474–483.)

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi liikunnalla saattaa olla myös suotuisa vaikutus kognitiivisten toimintojen ylläpitämiseen. Fyysinen hyvinvointi yhdessä kognitiivisen ja sosiaalisen aktiivisuuden kanssa voi ylläpitää kognitiota. Terveillä iäkkäillä aerobinen liikunta voi vaikuttaa positiivisesti kognitiiviseen nopeuteen ja tarkkuuteen. (Hänninen 2013, 214.) Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan liikunnan vaikutusmekanismeja kognitiivisiin toimintoihin ei tunneta, mutta liikunnalla saattaa olla parantava ja ylläpitävä vaikutus useisiin kognitiivisiin osa-alueisiin dementiaan sairastuneilla tai riskiryhmässä olevilla. Toiminnallisella harjoittelulla voidaan parantaa kotona liikkumista ja toimimista. Liikunta ei yksistään riitä, vaan kognitiivisten toimintojen ylläpitämiseen tarvitaan myös monipuolista ja terveellistä ravintoa, muis-tiharjoittelua, sosiaalista aktiivisuutta sekä mahdollista päihteettömyyttä.

Kävely on tärkein liikuntamuoto ikääntyneelle. Se on helpoin tapa liikkua kävele-miseen kykenevälle, koska sitä voi harrastaa omien voimavarojen mukaisesti omalla tahdillaan niin kotona kuin pitkäaikaishoitopaikassa. Kävely vaikuttaa positiivisesti hengitys- ja verenkiertoelimistöön, jos se jatkuu yli 30 minuuttia. (Kan & Pohjola 2012, 146.) Kovista kivuista ja liikerajoituksista kärsiville henkilöille vesivoimistelu on hyvä liikuntamuoto, koska siinä käytetään hyväksi veden kehon painoa keventävää ominaisuutta (Suominen 2013, 140). Hoitohenkilökunta on tärkeässä asemassa terveysliikunnan ohjeistamisessa, sillä liikuntakyvyltään heikentyneet ikäihmiset tarvitsevat itselleen räätälöityjä ja kuntouttavia ohjeita toimintakykynsä ylläpitämiseksi (Hirvensalo ym 2013, 484).

Hyväkuntoiset ikäihmiset voivat vaikuttaa aktiivisemmin oman toimintakykynsä yllä-pitämiseen kuin heikompikuntoiset. Yhä suurempi osa kotona asuvista iäkkäistä on fyysisesti heikommassa kunnossa, jolloin aktiivinen liikkuminen ei välttämättä on-nistu. Ikääntyneen kanssa voidaan laatia esimerkiksi yksinkertaisia liikuntaharjoit-

teita, joihin motivointi tapahtuu yksilön omien lähtökohtien ja rajoitteiden kautta. Heikentynyt toimintakyky ei ole kuitenkaan este liikuntaharjoittelulle. Liikunta on keskeisessä asemassa pitkäaikaissairauksien hoidossa, jotta hyvä hoitotasapaino voidaan saavuttaa. (Pajala 2012, 20, 117.) Liikunta iäkkäämpänäkin on suotavaa, sillä terveyden ja hyvinvoinnin paraneminen, positiivinen vaikutus fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä sairauksien lieventyminen ja ehkäisy ovat siitä seuraavia myönteisiä terveysvaikutuksia (Hirvensalo ym 2013, 474).

Fyysistä toimintakykyä voi ylläpitää huolehtimalla riittävästä unesta saannista, näkökyvystä, hyvästä ravitsemustilasta, mahdollisten sairauksien hoitamisesta ja tapaturmien ennaltaehkäisystä (Hyttinen 2008, 48). Ikääntyneen kehon koostumus vaikuttaa toimintakykyyn ja liikkumiseen. Riittävä lihasmassa helpottaa liikkumista. Sen lisäksi luun tiheydellä ja kehon rasvakoostumus vaikuttavat. Hyvä luun tiheys ehkäisee murtumia ja sopiva rasvamassa toimii sekä pehmusteena että vararavintona. (Rantanen 2008, 325.)

Korkea ikä, kiinnostuksen puute sekä laiskuus ovat syitä liikkumisen esteiksi. Liikunnan esteet voidaan jaotella yksilöllisiin ja ympäristöön liittyviin esteisiin. Tiedon puute ja pelot voivat vähentää liikkumisen kokemista mielekkääksi. Talvi on ympäristöön liittyvä este, sillä pimeyden, liukkauden ja kylmyyden takia se lisää ulkonaliikkujan kaatumisriskiä ja vähentää ulkona liikkumista. Ympäristön rakenteelliset ongelmat, kuten hissittömyys, vähentävät ikääntyneiden mahdollisuutta poistua kotioloistaan ja osallistua kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin. (Rantanen 2008, 330–331.)

2.2 Luusto- ja lihaskunto fyysistä toimintakykyä edistävänä tekijänä

Käydä hoito-suosituksen (2016) mukaan ikääntyneiden liikunnan olisi hyvä sisältää säännöllistä kestävyysliikuntaa, lihasvoimaharjoittelua sekä nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa kehittävää liikuntaa kardiorespiratorisen kunnon ja lihasmassan ylläpitämiseksi sekä kaatumisriskin vähentämiseksi. Monipuolinen liikunta parantaa arjesta

selviämistä, vähentää gerastenian riskiä sekä parantaa elämänlaatua. Gerastenia eli hauraus-raihnausoireyhtymä heikentää toimintakykyä lihaskadon kautta. Liikunnalla voidaan hidastaa muun muassa kognitiivista heikkenemistä henkilöillä, joilla on lievästi suurentunut muistisairauksien riski.

Monipuolisella liikunnalla on tärkeä rooli fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Liikunta on tärkeä osa arkea, sillä jo lyhyt liikuntarajoitus vaikuttaa huomattavasti ikääntyneen yleiskunnon heikkenemiseen. (Pajala 2012, 21.) Luuston ensisijainen tehtävä on kestää kuormitusta ja ylläpitää kehon asentoa. Tavanomainen fyysinen kuormitus ylläpitää luiden kuntoa ja vähentää murtumariskiä. Luuston massa alkaa vähentyä ja heiketä jo 35–40 vuoden iästä eteenpäin erityisesti, jos luustoa ei kuormiteta. (Suominen 2013 2013, 136–138.) Ikääntymisen vaikutukset luuston massaan ovat suuremmat naisilla kuin miehillä pienemmän luumassan ja vaihdevuosien luukadon takia. Luukatoon eli osteoporoosiin vaikuttavat muun muassa perimä, yli 65 vuoden ikä, hormonitoiminnan häiriöt, D-vitamiinin puute, päihneiden käyttö, pitkäaikainen lääkitys sekä fyysisen aktiivisuuden vähäisyys. (Aalto 2009, 13–14.)

Luuston lujuus lisääntyy paljon tärähtelyä ja vääntöä sisältävän liikunnan seurauksena. Kuormitus on tärkeää luustolle, jotta se pysyy vahvana. Kuormitus vahvistaa niitä kohtia luustossa, joihin se kohdistuu. Ikääntymisen mukana tuomien muutoksien lisäksi vähäinen fyysinen aktiivisuus, näyttöpäätteellä istuminen sekä kalkin ja D-vitamiinin puutos haurastuttavat luustoa. Hyviä lajeja luuston vahvistamiseksi ovat esimerkiksi aerobic, sauvakävely, juoksu, tanssi, voimistelu sekä kuntosaliharjoittelu. Jo pelkkä kävely vahvistaa reisiluun kaulaa ja päitä kuin myös muita luita ja tukikudoksia. Kuntosaliharjoittelu on hyväksi lihaksille ja luustolle, sillä se auttaa ylläpitämään lihasmassaa ja vahvistamaan luustoa mekaanisen kuormituksen avulla. (Aalto 2009, 47–51.)

Ihmisen lihasvoimat ovat huipussaan noin 20–30 ikävuoden välillä. Ne pysyvät suhteellisen muuttumattomina 50-vuotiaaksi asti, mikäli fyysistä aktiivisuutta ja terveitä

elintapoja ylläpidetään. Lihassoimat alkavat heikentyä noin 1 prosenttia vuodessa 50 ikävuoden jälkeen ja 1,5-2 prosenttia vuodessa 60 ikävuodesta eteenpäin. Muun muassa krooninen ahtauttava keuhkosairaus, diabetes, sepelvaltimotauti, reuma ja halvausoireet vähentävät lihasvoimaa ja lisäävät toiminnanvajauksien riskiä. (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2013, 146–148.) Jos lihaksia ei käytetä säännöllisesti, lihaskunto voi heiketä nopeammin. Hyvä lihaskunto edesauttaa tasapainon hallintaa ja liikkumisen sujuvuutta. Mitä parempi lihaskunto ikääntyneellä on, sitä paremmin hän selviytyy arkipäivän toiminnoista. Liikuntaharjoittelulla sekä tarvittaessa tasapainoharjoittelulla voidaan vähentää kaatumisriskiä. Ikääntyneen lihaskunnolla on merkittävä vaikutus toimintakykyyn ja sitä voidaan kehittää vielä myöhemmälläkin iällä. (Pajala 2012, 26–29.)

Lihaskuntoharjoittelu auttaa ehkäisemään lihasmassan, voiman ja aineenvaihdunnan vähenemistä. Se parantaa myös kestävyuden ja liikkumisen säilymistä sekä tasapainoa ja keuhonhallintaa. Lihaskuntoharjoittelu räätälöidään yksilön tarpeiden mukaan riippuen siitä, mitä halutaan kehittää. Jos halutaan kehittää reagoitokykyä ja tasapainoa, voidaan tehdä nopeita toistoja pienillä painoilla. 6–12 toiston sarjat keskisuurilla painoilla puolestaan kehittävät voimaa ja toimintakykyä, kun taas 12–20 toiston sarjat pienillä painoilla ja lyhyillä palautuksilla lisäävät lihasten kesto-voimaa. (Aalto 2009, 71–72.)

Ikääntynyt tarvitsee lihaskunnan ylläpitoa arkipäivän toimintojen, kuten tuolilta ylösnousemisen, suorittamiseksi. Jo muutaman kuukauden kestoisen lihasvoimaa lisäävä harjoittelu voi parantaa ikääntyneen heikentyvää yleiskuntoa ja mahdollistaa itsenäistä liikkumista. (Sipilä ym 2013, 150.)

2.3 Fyysinen toimintakyky arkiaskareita edistävänä tekijänä

Arkipäivän toiminnoista selviytyminen vaikeutuu 70–75 ikävuosista eteenpäin. Kun ikääntynyt ei selviä päivittäisistä toiminnoista, hänen elämänlaatu ja itsenäisyys vähenevät ja tapaturmien riski kasvaa. Kotona hoidettavista kotitöistä heikkenee aluksi raskaista kotitöistä, kuten siivouksesta suoriutuminen ja sitten ruoanlaitto. Usealla ikääntyneellä on myös vaikeuksia lääkkeiden annostelussa ja otossa. (Heikkinen, Kauppinen & Laukkala 2013, 291–293.)

Ulkona liikkuminen on ensimmäisiä päivittäistoimintoja, joissa ikääntyneet kokevat vaikeutta. Ikääntyneiden fyysinen aktiivisuus koostuu useimmiten asioiden hoitamisesta, kuten kaupassa tai apteekissa käymisestä. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan kuvata myös sillä, kuinka paljon hän liikkuu ulkona. Ulkona liikkumiseen tarvitaan tasapainon lisäksi lihasvoimaa, riittävää sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa sekä kykyä reagoida ympäristöön. Ulkoilulla on positiivisia vaikutuksia ikääntyneen toimintakykyyn, sillä se hidastaa kognitiivisten toimintojen heikkenemistä ja vähentää masennusta. Puolet yli 80-vuotiaista kotonaan asuvista ikääntyneistä kertoo käyvänsä kävelylenkillä lähes päivittäin ylläpitääkseen kuntoaan. (Rantakokko & Rantanen 2013, 543–545.)

Kodin tuoma turva vaikuttaa arkiaskareiden sujumiseen, sillä ikääntynyt voi noudattaa rutiinejaan ja määrätä omista asioista omassa kodissaan, vaikka hänellä olisi jo muistiongelmia (Lyyra ym 2007, 62). Fyysistä toimintakykyä pystyy lisäämään myös arkiaskareiden ohessa. Esimerkiksi kaupassa käynnin voi suorittaa kävellen, jos ikääntyneen yleiskunto antaa sille mahdollisuuden. Kotona liikuntaharjoitteita voi tehdä pelkästään oman kehon vastuksella. Liikuntaharjoitteet on hyvä aloittaa varovaisesti. Pitkän tähtäimen tavoitteena viikossa olisi hyvä olla noin 3-5 kertaa 30 minuutin kestoisia liikuntaharjoitteita. Harjoitteita voi tarpeen mukaan toteuttaa pätkittäin ja ne voivat olla osa arkiaskareita. (Aalto 2009, 67–70.)

Tasapainon ja asennon hallinnan heikentyminen vaikeuttaa arkiaskareista suoriutumisista. Tasapainon heikkeneminen alkaa 60 ikävuodesta. Ikääntyessä ryhti muuttuu yleensä etukumaraksi, jolloin painopiste siirtyy taaemmaksi ja tasapainon pitäminen vaikeutuu. Seisoma-asennon hallintaa vaikeuttavat lihasvoiman heikkeneminen, nivelten liikkuvuuden väheneminen ja selkärangan jäykistyminen. (Pajala, Sihvonen & Era 2013, 168–171.) Myös lihaskunto vaikuttaa arjessa pärjäämiseen. Henkilö jonka liikuntakyky on heikentynyt, tarvitsee enemmän lihasvoimaa liikkumiseen kuin henkilö, jonka liikkuminen on varmempaa ja sujuvampaa. (Rantanen 2008, 326–328.)

Tasapainoharjoittelun tavoitteena on, että iän myötä rappeutuneet elimistön säätelyjärjestelmät toimisivat niille parhaalla mahdollisella tavalla. Tasapainoharjoittelulla pyritään ehkäisemään tulevia tasapainovaikeuksia. Kotona tasapainoharjoitteita voi harjoittaa omien voimavarojen pohjalta arkirutiinien ohessa. Ikääntyneen tulisi seistä jaloillaan useita kertoja päivässä tasapainon ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Tasapainoharjoittelun myötä oman kehon tuntemus ja hallinta parantuu. (Pajala 2012, 22–24.)

Jos ikääntyneen kestävyyskunto on riittävä, on arkiaskareiden suorittaminen helppoa. Lajeja kestävyyskunnan lisäämiseksi ovat esimerkiksi reipas kävely, sauvakävely, pyöräily ja uinti. Kestävyyttä lisäävää liikuntaa suositellaan harrastettavaksi viikoittain vähintään 2,5 tuntia. Kestävyyskuntoharjoittelu on osa sydän- ja verenkiertoelimistön sekä hengityselimistön sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. (Pajala 2012, 32.) Yleisiä liikuntasuosituksia ei voi yleistää kaikkia ikääntyneitä koskeviksi vaan kaikissa liikuntaharjoitteissa on huomioitava yksilön omat voimavarat ja liikkumisen rajoitteet (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 231).

2.4 Muita toimintakykyyn vaikuttavia asioita

Ravitsemustila vaikuttaa ikääntyneen terveydentilaan ja siten fyysiseen toimintakykyyn. Huono ruokahalu ja tarvetta vähäisempi määrä ruokaa laskevat painoa ja heikentävät lihaskuntoa. Ruokahalun heikkenemiseen voi olla monia eri syitä, kuten masennus, päihteiden liikakäyttö, suun ongelmat, heikko taloudellinen tilanne tai monilääkitys. Myös sairaudet, kuten ruoansulatuskanavat ongelmat ja kilpirauhasen liikatoiminta, voivat aiheuttaa painon laskua. Ravitsemustilan tarkkailua tarvitsevat erityisesti ikääntyneet, jotka ovat riippuvaisia toisten avusta, koska eivät pysty enää itsenäisesti huolehtimaan ruokailustaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16–18.)

Hyvä ja terveellinen ravinto edistää terveyttä, jaksamista ja hyvinvointia pitkällä aikavälillä. Oikeanlaisella ravinnolla vältetään lihaskatoa ja luuston heikkenemistä sekä ennaltaehkäistään monien sairauksien puhkeamista. Janon tunteen heikentyminen voi vaikuttaa ikääntyneen nestetasapainoon heikentävästi. (Aalto 2009, 183.) Liian yksipuolinen ravinto voi edesauttaa ikääntymisen muutoksia ja sairauksien puhkeamisen riskiä (Heikkinen 2013, 404). Hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä keskeisintä on lihaskunnon ylläpitäminen ja tahattoman painonlaskun estäminen (Suominen 2013, 493).

Suun hyvinvoinnista huolehtiminen vaikuttaa ravinnonsaantiin suotuisasti. Huonot hampaat, huonosti istuvat proteesit suun kivuliaisuus ja infektiot vaikeuttavat syömistä. Vastaavasti huono ravitsemustila vaikuttaa suunkuntoon, lisää tulehdusriskiä ja vähentää syljeneritystä. (Suominen 2013, 493.) Hampaiden lukumäärällä ja kunnolla on yhteys monipuolisen ruoan syömiseen, sillä parempi suun kunto takaa paremman ruokavalion ja syöminen on helpompaa. Ikääntyminen vaikuttaa makuaistiin heikentäen suolaisen, happaman ja karvaan maistamista. Ruoan tunnistaminen vaikeutuu suun hienomotoriikan heikentyessä, mikä helpottaa ruoan aspiroimista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 45–46.)

Syljeneritys on tärkeää ravinnonsaannissa, sillä se helpottaa nielemistä ja estää kieltä tarttumasta kitalakeen. Syljen eritystä voidaan lisätä monipuolisella ruoalla, huolellisella pureskelulla, leivällä, pähkinöillä, kasviksilla tai hedelmillä. Aterioiden väliin suositellaan syljen eritystä lisääviä imeskelytabletteja. Sokeri ja happamat juomat vähentävät syljen eritystä. Kiinteän ruoan nielemisen helpottamiseksi voidaan lisätä kastiketta. Ruoasta ei saa tehdä kuitenkaan liian helposti pureskeltavaa, sillä pureskelu lisää syömiskokemuksen positiivisuutta ja syljeneritystä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 46.) Osa lääkkeistä myös kuivattaa suuta. Ratkaisuna on usein lääkkeen vaihtaminen tai keinosyljen ja muita syljen eritystä lisäävien aineiden käyttö. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 46.)

Ikääntyminen vaikuttaa silmän näkötoimintoihin. Katseen lähelle tarkentamisen vaikeus eli ikänäkö alkaa häiritä yleensä noin 45-vuotiaana. (Hyvärinen 2013, 198.) Yli 75-vuotiaista noin 22 prosentilla on heikentynyt näkökyky. Iän lisäksi silmänpohjarappeuma, harmaakaihi, diabeteksen aiheuttamat muutokset silmässä, silmänpainetauti ja silmänpohjan verenkierron häiriöt ovat yleisimpiä näköä heikentäviä tekijöitä. (Lupsakko & Ikaheimo 2008, 146–152.) Voimakas näön heikkeneminen vaikuttaa myös kommunikaatioon, sillä ilmeiden ja huulten liikkeiden havaitseminen vaikeutuu (Hyvärinen 2013, 205). Ikä vaikuttaa näkökentän laajuuteen, valoherkkyyteen, hämärään sopeutumiseen, syvyysnäköön ja kontrastien havaitsemiseen. Näkö yhdessä tasapainoelimen kanssa tiedottaa aivoille, onko henkilö vai ympäristö liikkeessä. Tasapainon säilyttäminen on mahdollista tasapainoelimen varioituessa, sillä näkökyky kompensoi sitä. (Aalto 2009, 19.)

Jopa 50 prosenttia ikääntyneistä kärsii kuulo-ongelmista. Iän aiheuttamat kuulon muutokset alkavat keski-iässä eikä kuulon heikkenemistä aluksi huomaa. Muutoksia ovat muun muassa korkeiden äänitaajuuksien katoaminen ja vaikeudet kuulla meluisassa ympäristössä. Sosiaalinen vuorovaikutus vaikeutuu 30 desibelin alenemasta. Pitkäaikainen altistuminen melulle, sisäkorvalle haitalliset lääkkeet ja korvakäytävää tukkiva vaikko heikentävät kuuloa. Yli 70-vuotiaista 7-22 prosentilla esiin-

tyy samanaikaisesti näön ja kuulon ongelmia. Heikentynyt näkö yhdessä kuulo-ongelmien kanssa lisää toimintakyvyn heikkenemistä, sillä aistiongelmat lisäävät ulkopuolisen avun ja mahdollisesti pitkäaikaishoidon tarvetta. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 146–163.)

Toimintakykyä voivat heikentää myös monet sairaudet, kuten diabetes, Parkinsonin tauti, aivoverenkiertohäiriöt ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöpotilaan tyypillinen oire on toispuolinen halvaus, joka vaikeuttaa tasapainon pitämistä ja liikkumista. Tasapaino heikkenee myös nivelkulumien ja artroosin seurauksena. Oireiden lisäksi myös sairauksiin käytettävä lääkitys voi heikentää arjessa pärjäämistä. (Pajala ym 2013, 171–173.)

Lääkkeiden haittavaikutukset ovat yleisempiä ikääntyneillä kuin nuoremmalla väestöllä. Haittavaikutusten ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskiä lisää, kun ikääntyneellä on käytössään monia lääkkeitä samanaikaisesti. Eri lääkkeet lisäävät useasti kaatumisriskin nousemista. Esimerkiksi verenpainelääkkeet alentavat verenpainetta liikaa ja antikolinergiset lääkkeet heikentävät näkökykyä. (Kivelä & Räihä 2007, 9, 91–92.) Sydän-, verenkierto-, nesteenpoisto- ja diabeteslääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia on huimaus ja uni-, mieliala- ja masennuslääkkeet vaikuttavat keskushermostoon, vireystilaan ja tasapainoon, jolloin kaatuminen on yleisempää. (Pajala ym 2013, 173.)

Kipu yleistyy ikääntyessä, sillä vanhenemisen tuomat sairaudet, kuten nivelsairaudet, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja syöpä, saattavat aiheuttaa särkyjä. Kipu heikentää elämänlaatua, jos sitä ei hoideta. Kivulla on negatiivinen vaikutus fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, elämänpiirin laajuuteen sekä ruokahuuun. Ikääntyneen suhtautuminen omaan kipuun saattaa olla vähättelevää, sillä hän ei halua valittaa tai usko kipun kuuluvan vanhenemiseen. Jos esimerkiksi liikkuminen tuottaa ikääntyneelle kipua, pitkäaikainen kokemus kivusta saa hänet välttämään sitä. (Finne-Soveri 2008, 190–194.)

Päihdeaineet vaikuttavat negatiivisesti ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn. 75–84-vuotiaista miehistä vain 10 prosenttia ja naisista vain 3 prosenttia tupakoi päivittäin. Tupakointi aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksia, luiden heikkenemistä, pahanlaatuisia kasvaimia ja kroonisia sairauksia, jotka ovat yhteydessä fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen kestää noin 10 vuotta ennen kuin tupakoinnin terveystriskit ovat vähentyneet niin, ettei ero tupakoimattomiin ole enää suuri. (Heikkinen 2013, 404.)

Alkoholin käyttö ikääntyneiden keskuudessa on ollut nousussa. Kohtuullisella punaviinin käytöllä sanotaan olevan alentava vaikutus sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantumiseen, kun taas alkoholin liikakäyttö pahentaa sairaustiloja ja heikentää ravitsemusta. (Heikkinen 2013, 404–405.) Alkoholin aiheuttamat terveystriskit ovat ikääntyneelle suuremmat, sillä ikääntyneen elimistön nestepitoisuus on pienempi ja aineenvaihdunta hitaampi. Alkoholi lisää ikääntyneellä riskiä aineenvaihdunnan ja vastustuskyvyn heikentymiseen sekä kaatumiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44–45.)

2.5 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen apuvälineiden avulla

Ikääntyneen itsenäisen tai avustetun liikkumisen avuksi voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, jos liikuntakyky on heikentynyt. Apuvälineiden käyttö edistää liikuntakyvyn ylläpitoa ja arkielämän sujumista. (Kan & Pohjola 2012, 150.) Apuvälineiden tarkoituksena on antaa ikäihmiselle varmuutta hänen liikkumiseen sekä toimintakykyyn, johon on tullut muutosta sairauden, ikääntymisen tai vamman seurauksena. Ikäihmiset kokevat apuvälineiden käytön mielekkääksi sekä hyödylliseksi, sillä ne parantavat itsenäistä suoriutumista, liikkumista sekä liikkumisvarmuutta. Apuvälineet aktivoivat ikääntynyttä osallistumaan esimerkiksi sosiaalisiin tilanteisiin. (Mäkinen, Kruus-Niemelä & Roivas 2009, 70.)

Hyvä ja toimiva apuväline on helppokäyttöinen, turvallinen ja tarvetta vastaava. Apuvälineet lajitellaan perus-, erikois- ja vaativan erikoistason apuvälineisiin. Perustason apuvälineet kattavat liikkumiseen, siirtymiseen, peseytymiseen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät välineet. Perustason liikkumisen apuvälineisiin kuuluu kyynär- ja kainalosauvat, kävelykepit, erilaiset kävelytuet, rollaattorit ja peruspyörätuolit. Korotus-tyyny, kääntölevyt ja asuntoon kiinnitettävät nousutuet ja tukikaiteet kuuluvat siirtymisen tukivälineisiin. Suihkutuoleilla ja ammekaiteilla pyritään helpottamaan peseytymistä kun taas sukanvetolaitteilla, tarttumapihdeillä ja ruokailuvälineillä päivittäisiä toimintoja. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 199)

Erikoistason apuvälineet kattavat tehokkaamman tuen välineet, kuten kävelytelineet, erikoistuolit, henkilönosturit, suihkulaverit, patjat ja tyyny makuuhaavojen estämiseksi ja pyörätiet sekä geriatriset tuolit. Vaativan erikoistason apuvälineisiin kuuluvat Vaativan erikoistason apuvälineisiin kuuluu sähköpyörätuolit, kommunikatiovälineet ja laitteet, joilla voi hallita ympäristöään. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 199–200.)

Eri apuvälineillä voidaan tukea ikääntyneen toimintakykyä eriasteisesti. Kävelykepin käytöllä varmistetaan tasapainoa vähentämällä toisen alaraajan kuormaa, kun taas pyörätuoli on hyvä apuväline henkilölle, joka ei pysty liikkumaan pitkiä matkoja ilman tukea. Muita apuvälineitä ovat esimerkiksi kyynärsauva, rollaattori ja kävelytelineet. (Kan & Pohjola 2012, 151–152.) Apuvälineiden on oltava teknisesti helppokäyttöisiä, jotta hoitajat osaavat neuvoa asiakasta apuvälineen käytössä. Ympäristön merkitys on tärkeä, sillä apuvälineen pitää sopia ikääntyneen elinympäristöön. (Mäkinen ym 2009, 70.)

MOTOmed on moottoriavusteinen kuntopyörä esimerkiksi neurologisista ongelmista kärsiville, selkäydinvammaisille sekä kaikille, joiden liikuntakyky on rajoittunut. MOTOMedin avulla parannetaan aerobista kestävyyskuntoa, vähennetään ja kuntoutetaan sydän- ja verisuonisairauksia sekä parannetaan liikkuvuutta, voimantuottoa, motoriikkaa ja koordinaatiota. Toimintakyvystä riippuen laitteessa on mahdollisuus

sekä omatoimiseen että laitteen avustamaan harjoitteluun. MOTOMed-polkulaitteen mallista riippuen siinä on joko pelkät jalkapolkimet (kuva 1) tai käsi- ja jalkapolkimet. (Medifys 2015.) MOTOMedia voi käyttää niin pitkäaikaishoitopaikoissa kuin kotihoitossa.



KUVA 1. MOTOMed-laitteet ilman käsipolkimia

2.6 Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen

Fyysistä toimintakykyä mitataan erilaisin toimintakyvyn mittarein. Toimintakyvyn mittareita käytetään, kun halutaan saada tietoa ikääntyneen toimintakyvyn tasosta. Mittareina käytettävien testien on hyvä olla nopeita, turvallisia, helppoja toteuttaa ja vähän resursseja vieviä, jotta ne sopivat myös perusterveydenhuollon käyttöön. Olosuhteet ja ympäristö pyritään pitämään vakioina, jotta testit ovat toistettavia, tulokset pysyvät samana ulkoisten olosuhteiden kannalta ja tuloksia voidaan vertailla myös kansainvälisesti. Mittaukset eivät itsessään kerro mitään toiminnanrajoitteista vaan niitä on verrattava kriteeriarvoihin. Erilaisten testien suuren määrän takia, testit on

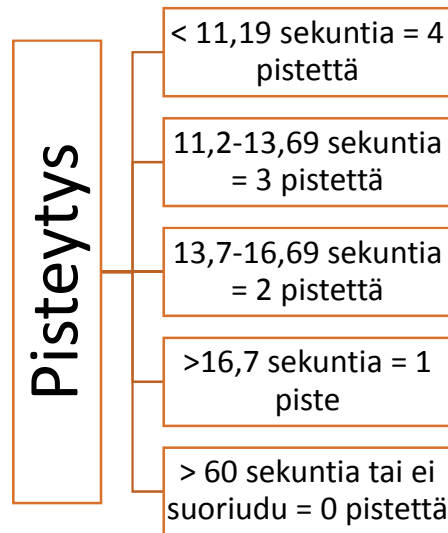
valittava aina kuvaamaan sitä ilmiötä, josta halutaan kerätä tietoa. (Rantanen & Sakari 2013, 315–316.)

Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa monia erilaisia testejä. Fyysistä suorituskykyä voidaan selvittää esimerkiksi SPPB-testillä (Short Physical Performance Battery), jota käytetään alaraajojen liikkumiskyvyn selvittämiseksi. Testissä mitataan kolme osa-aluetta, seisoma-asentoa, kävelynopeutta ja tuolista ylösnousua, jotka kertovat tasapainosta, kävelystä ja jalkojen voimasta. Pisteytys riippuu osa-alueisiin kulutetusta ajasta. Kustakin osa-alueesta voi saada 0-4 pistettä ja koko testistä voi saada maksimissaan 12 pistettä. Alle 10 pisteen tulos kertoo mahdollisesta tulevasta toimintakyvyn heikkenemisestä, alle seitsemän pistettä, että henkilöllä on erittäin suuri mahdollisuus toimintakyvyn heikkenemiseen lähiaikoina. (Pajala 2012, 108–109.)

TUG-testissä (Timed Up-and-Go) selvitetään tasapainon ja liikkumiskyvyn tasoa. Testissä osallistuja nousee tuolilta ylös, kävelee kolme metriä pois päin tuolista, kääntyy ympäri, kävelee takaisin tuolin luo ja istuu siihen. Jos kotona asuvalla iäkkäällä kuluu yli 13 sekuntia toiminnon suorittamiseen, on hänellä normaalia suurempi mahdollisuus kaatua. Toiminnallisten testien lisäksi toimintakykyä voidaan kartoittaa haastattelun ja kyselyn keinoin. ABC-asteikossa (Activity-specific Balance Confidence) ja FES-I-testissä (Falls Efficacy Scale-International) kerätään tietoa ikääntyneen kokemuksesta siitä, kuinka hyvin hän pärjää jaloillaan arkiaskareita suorittaessaan tai ulkona asioita hoitaessaan. (Pajala 2012, 109–111.)

Tuolilta ylösnousua käytetään yhtenä mittarina useissa suorituskykyä mittaavissa testeissä, kuten SPPB-testissä. Tuolilta ylösnousu mittaa ikääntyneen jalkojen lihasvoimaa. Mitä parempi jalkojen lihasvoima on, sitä paremmat mahdollisuudet ikääntyneellä on suoriutua arkiaskareista. Testissä asiakas nousee tuolilta viisi kertaa ja siihen kulunut aika mitataan sekunnin tarkkuudella. Testi pyritään tekemään kädet

rinnan päälle koukistettuina, mutta toimintakyvystä riippuen käsiä voidaan pitää var-
talon vierellä tai tarvittaessa ottaa tukea joko polvista tai tuolista. Pisteytys arvioidaan
suorituksen mukaan alla olevassa kuviossa 1. (Pajala 2012, 165–166.)



KUVIO 1. Tuolilta ylösnousun pisteytys

Toimintakyvyn testeissä voidaan mitata aikaa, kuinka kauan henkilöltä menee esi-
neen poimimiseen lattialta tai nostamiseen pöydältä hyllylle. Testillä mitataan tasa-
painoa ja asennonhallintaa. Testi on yksinkertainen, joten se ei vaadi erityisiä tiloja
tai laitteita, jolloin se voidaan toteuttaa terveydenhuollon eri sektoreilla. Testissä ajal-
lisella suorituksella ei ole välttämättä niin suurta painoarvoa kuin sillä, että ikääntynyt
selviytyy toiminnosta. (Rantanen & Sakari 2013, 318.) Esine laitetaan noin 15 cm
päähän asiakkaasta ja asiakasta pyydetään poimimaan esine lattialta mahdollisim-
man itsenäisesti ilman tukea.

3 IKÄÄNTYNEIDEN VOIMAVARAT TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Voimavaralähtöisessä hoitotyössä korostetaan ikääntyneen roolia oman elämänsä tuntevana aktiivisena toimijana. Hänellä on oikeus toteuttaa itseään ja hallita elämänsä mahdollisista toiminnanrajoitteista huolimatta. Voimavaralähtöisyydessä keskitytään yksilön tarpeiden edistämiseen ja uusien voimavarojen löytymiseen. Ikääntyneen elämäntilanteen ja kulttuuritaustan ymmärtäminen auttaa ikääntyneen kohtaamisessa. (Hyttinen 2008, 47.) Ikääntyneellä on vastuu elämästään ja hän toimii voimavarojensa ja kykyjensä mukaan (Näslindh-Ylispangar 2012, 194). Ikääntyneen voimavarojen tukeminen on tärkeää, sillä se onnistuessaan mahdollistaa pidemmän elämän sekä paremman elämänlaadun (Lyyra ym 2007, 26).

Ikääntynyt itse on ainoa henkilö, joka voi määrittää hänen toiveensa ja tarpeensa (Näslindh-Ylispangar 2012,12). Voimavaralähtöisyys on ikääntyneen hoitosuhteessa ja hänen ohjaamisessaan ensiarvoisen tärkeää. Siinä korostetaan ikääntyneen mahdollisuuksia, itsensä toteuttamista ja keskitytään enemmän ratkaisuihin kuin itse ongelmiin. Voimavaralähtöisen toiminnan lähtökohtana on tunnistaa henkilön tarpeet, ratkaista ne ja antaa hänelle erilaisia työkaluja voimavaraisen elämän hallitsemiseksi. Sairaanhoidajalla on oltava tietoa ikääntyneen omista taidoista ja osaamisesta, jotta voimavaraistavaa työtä voidaan ylläpitää. Hänen on oltava tietoinen ikääntyneen elämänhistoriasta ja kulttuuritaustasta. Voimavaralähtöisyydessä yksilö on keskiössä. Hän on oman elämänsä asiantuntija, ja hänellä on tieto omasta kapasiteetistaan tehdä asioita ja selviytyä elämästä. Yksilö tekee itsenäisesti päätökset elämästään, ja sairaanhoitaja kunnioittaa häntä niissä. Sairaanhoidajan tehtävänä on ymmärtää yksilöä ja myös auttaa, jos yksilö ei pysty täysin itsenäisesti päättämään asioistaan. (Hyttinen 2008, 47.)

Terveyden edistäminen liittyy olennaisesti voimavaralähtöiseen hoitotyöhön. Sillä ei tarkoiteta ainoastaan pääsemistä tilaan, jossa ei ole sairauksia, vaan olemassa olevien voimavarojen suojaamista ja lisäämistä sekä uusien voimavarojen löytämistä. Terveys ei ole itsestäänselvyys, vaan se on osittain aikaansaannosta ihmisen itse

tekemistä valinnoista ja elämäntavoista. Ihmisellä on suuri rooli omassa elämässään, vaikka ympäristö, sosiaaliset verkostot ja koulutus vaikuttavat myös terveyteen. (Paronen & Nupponen 2011, 186–188.) Terveys on käsite, jonka jokainen määrittelee yksilöllisesti. Voimavaroista riippuen ikääntyneet kokevat hyvinvointinsa ja elämänsä eri tavoin. Kroonisista sairauksista huolimatta ikääntynyt voi kokea itsensä terveeksi, kun hän tuntee pystyvänsä toimimaan ja saavansa päättää asioistaan itsenäisesti. (Näslindh-Ylispangar 2012, 113–114.)

Terveyden edistämisen näkökulmasta ikääntyneen terveys on tasapainoa yksilön voimavarojen, tavoitteiden sekä sosiaalisen että fyysisen ympäristön välillä. Ikääntyneet kokevat terveytensä arjen sujumisena, itsensä toteuttamisen vapautena, vaittomuutena sairauksista huolimatta, sosiaalisuutena sekä mielen terveytenä. Kroonisesti sairaat sekä toiminnanvajauksista kärsivät ikääntyneet käsittävät terveytensä sairauteensa sopeutumisenä. Terveystilan heikentyessä tasapainoa pyritään ylläpitämään erilaisin menetelmin, kuten kuntouttamisella, lisäämällä sosiaalista tukea tai muokkaamalla fyysistä ympäristöä voimavaroihin sopivaksi. (Lyyra ym 2007, 17.)

Terveyden edistämiseen ja ikääntyneen voimavarojen etsimiseen on monia keinoja. Ikääntynyttä eheyttää esimerkiksi fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ulottuvuuksien, tarpeiden sekä eri roolien hyväksyminen. Hänellä voi olla erilaisia rooleja elämässään, kuten vanhemman tai puolison rooli. Tieto omasta roolistaan auttaa suhteuttamaan itsensä asemassa muihin. Ikääntyneen voimavaroja voidaan etsiä esimerkiksi ympäröivästä ympäristöstä, sillä kaunis ympäristö ja puhdas ilma edistävät hyvinvointia. Ikääntyneen mieltymykset on kuitenkin hyvä ottaa huomioon. Kunnioittamalla ikääntyneen olemassaoloa ja yksilöllisyyttä tuetaan ihmisen terveyttä. (Näslindh-Ylispangar 2012, 189–194.)

Ilolla on voimavaraistava vaikutus, sillä se tuottaa suurimmalle osalle ihmisistä myönteisiä tunteita ja parantaa elämänlaatua. Ilon ja huumorin liittäminen hoitotyöhön voi antaa vanhukselle voimaa hänen erilaisissa elämäntilanteissa. Tilanteesta

riippuen pitää myös osoittaa hienotunteisuutta, sillä huumori ei sovi joka tilanteeseen ja voi loukata ikääntynyttä. Myös nauru, hymy ja kosketus voivat tuoda hyvänolon tunnetta ikääntyneelle. (Näslindh-Ylispangar 2012, 173–176.)

Voimavarojen tukemisen menetelmänä voidaan käyttää voimavarakeskeistä neuvontaa, sosiaalisten ja hengellisten voimavarojen huomioimista, liikkumisen apuvälineitä sekä koherenssin tunteen ja sairauden merkityksen huomioon ottavaa työtä. Voimaantumisen tunnetta edesauttaa, kun ikääntynyt kokee voivansa aktiivisesti vaikuttaa omaan terveyteensä. Sairaanhoidaja voi auttaa ikääntynyttä voimaantumisessa tukemalla itsehoitovalmiuksia. (Lyyra & Tiikkainen 2008, 63.) Neuvontatyötä helpottaa, kun ymmärtää, että ikääntyneen identiteetti on muotoutunut omalla tavallaan elämän aikana tapahtuneiden tapahtumien tuloksena (Näslindh-Ylispangar 2012, 196).

Manuaalinen ohjaus on yksi voimavaraistava toimintatapa, joka perustuu kosketukselle. Ihmisen taktillis-kinesteettinen aisteista pisimpään ja sen avulla ikääntynyt voi oppia perusliikkumista liikkeen ja tuntohavainnon perusteella. Toimintatapa on hyvä ennakoiva toimenpide. Manuaalisella ohjaamisella ikääntyneelle voidaan opettaa esimerkiksi arkitoimintoja, jotka jäävät lihasmuistiin. Jos ikääntyneen muisti heikkenisi myöhemmässä vaiheessa, hän pystyisi toimimaan arkipäivän toimintojen yhteydessä, vaikka ei pystyisi ymmärtämään sanallista ohjausta. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 204–205.)

3.1 Sisäiset voimavarat

Ikääntyneen omat voimavarat liitetään useimmiten terveyden kokemiseen, sillä ne mahdollistavat toiminnan. Terveys luokitellaan niin sanotuksi sisäiseksi voimavaraksi, joka kumpuaa ikääntyneestä itsestään. Voimavarana se jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, emotionaaliseen, henkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. (Lyyra &

Tiikkainen 2008, 58.) Ikääntynyt voi saada voimaa elämiseen mistä tahansa ulottuvuudesta. Toisille sosiaaliset suhteet tuovat iloa ja jaksamista elämään, kun taas toiset saattavat saada nautintonsa ulkona liikkueessaan.

Itsetuntemus kuuluu sisäisiin voimavaroihin, sillä usko selviytymisestä, hyvä minäkäsitys sekä itsetunto parantavat arjesta selviytymisen ja terveyden kokemista. Minäkäsityksellä on vaikutusta sosiaalisten suhteiden luomiseen, sillä sen kautta henkilö näkee muiden käsitykset itsestään ja käsittelee niitä suhteessa minäkuvaansa. (Lyyra ym 2007, 78.)

Liikunnan vaikutus sisäisiin voimavaroihin on myönteinen, sillä fyysinen aktiivisuus parantaa elämänlaatua, mielialaa ja sitä kautta itsetuntoa. Mahdollisista kuormittavista ja stressaavista elämäntilanteista selviäminen on helpompaa fyysisesti aktiivisemmalle henkilölle, sillä liikunnalla on suojavaikutuksia, jotka vähentävät esimerkiksi stressin vaikutuksia ihmisessä. Epämääräiset vaivat ja ärtyneisyys vähenevät säännöllistä liikuntaa harrastavilla. (Nupponen 2011, 48–51.)

Persoonalliset tekijät ja sitä kautta sisäiset voimavarat vaikuttavat yksilön selviytymiskeinojen valintaan. Aktiiviset selviytymiskeinot lisäävät omien voimavarojen löytämistä ja elämäntilanteen käsittelyä, kun taas passiiviset voivat johtaa terveyttä heikentävään käyttäytymiseen. (Lyyra ym 2007, 79.) Siksi ikääntyneen itsehoitovalmiuden tukeminen on tärkeää. Se lisää kokemusta voimaantumisen ja aktiivisesta vaikuttamisesta. Ikääntynyt kokee voivansa itse vaikuttaa omaan terveyteensä ja toimintakykyynsä tekemiensä valintojen kautta. (Lyyra ym 2007, 26.)

3.2 Ulkoiset voimavarat

Ulkoisten voimavarojen tukeminen on olennainen osa terveyden edistämistä. Ympäristö voidaan laskea yhdeksi ikääntyneen ulkoisista voimavaroista, sillä se joko edistää tai estää itsenäisyyttä ja toimintakykyä. Ulkoisia voimavaroja ovat myös sosiaaliset suhteet, hyvinvointi, palvelut ja yhteistyösuhteet, vapaa ajan mielekäs tekeminen ja taloudelliset tekijät. (Lyyra & Tiikkainen 2008, 63.)

Kotona asuminen tuo ihmiselle kokemusta elämän jatkuvuudesta, sillä tutussa paikassa asuminen voi onnistua, vaikka kunto ja voimavarat heikentyisivät. Tuttu ympäristö ylläpitää kognitiivisia taitoja, sillä arkipäivän toiminnot ovat osa ikääntyneen päivittäisiä rutiineja. Koti luo tunnetta itsenäisyydestä ja kontrollista. Liikkumista vaikeuttavat ja vaaralliset esteet on poistettava kotona selviytymisen helpottamiseksi. (Lyyra ym 2007, 56–58.)

Kaupunkisuunnittelulla voidaan tukea ikääntyneen väestön kotona selviämistä, sillä esteettömyys helpottaa ulkona liikkumista. Kotona erilaisia liikkumista heikentäviä tekijöitä voidaan kompensoida kodin esteettömyydellä ja apuvälineiden lisäämisellä. Esimerkiksi hyvällä valaistuksella, kynnyksettömyydellä ja liukuestein varustetuilla matoilla voidaan parantaa kodin turvallisuutta. Iäkkäät tarvitsevat 2-3 kertaa enemmän valoa kuin nuoremmat nähdäkseen hyvin ja mattoja voidaan käyttää lattian liukauden ja valon heijastamisen vähentämiseksi. Maton alle kuitenkin laitetaan liukueste. Liukuesteitä voidaan käyttää myös kengissä. Ulkona liikuttaessa hyvät kengät ja lonkkasuojainten käyttö vähentää kaatumis- ja murtumariskiä. (Jäntti 2008, 299–301.) Oikeankorkeuksilla olevista huonekaluista huolehtiminen on tärkeää, sillä esimerkiksi liian matala tuoli vaikeuttaa ylösnousua. Sängyn tai tuolin korkeus on sopiva, kun siinä pystyy istumaan polvet 90 asteen kulmassa ja jalat tukevasti lattialla. Tuolin korottamiseen voidaan käyttää istuin- ja jalankorokkeita. (Jäntti 2008, 300–301.)

Ikääntyneellä voi olla muun muassa sosiaalisia voimavaroja, jotka tarkoittavat esimerkiksi perhe- ja ystävyysuhteita. Ikääntyneellä vapautuu yleensä enemmän aikaa perheelle ja ystäville työelämän loppuessa. (Hyttinen 2008, 52–53.) Toiminta osana erilaisia yhteisöjä vahvistaa sosiaalista toimintakykyä. Ikääntyneen sosiaalinen piiri saattaa kokea muutoksen oman ikäisten ystävien ja sukulaisten kuollessa. Yksilön omien sosiaalisten taitojen lisäksi vuorovaikutukseen tarvitaan muita ihmisiä. Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi tarvitaan vastavuoroisuutta. Tuen saamisen lisäksi ikääntyneen on osattava antaa tukeaan tarvittaessa myös muille. (Tiikkainen 2013, 287.)

Vuorovaikutussuhteisiin kohdistuvat odotukset liittyvät usein läheisyyteen, rakkauteen ja turvaan. Kiinnostuksen kohteiden jakaminen ja erilainen toiminta ystävien, perheen ja muiden ihmisten kanssa lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta. Sosiaalisuus ja sosiaalisten kontaktien määrä ovat yksilöllisiä. Koulutus, hyvä taloudellinen tilanne ja ulospäinsuuntautuneisuus lisäävät yleensä sosiaalisten kontaktien määrää. Kulttuurierot vaikuttavat myös siihen, kuinka tärkeinä sosiaaliset suhteet koetaan. (Lyyra ym 2007, 70–71.)

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ylläpitää ja parantaa hyvinvointia fysiologisten ja psykologisten mekanismien kautta. Hyvinvointi lisääntyy myös yhteenkuuluvuuden ja kiintymyksen tunteesta. Sosiaaliset roolit vahvistavat itsetuntoa ja sosiaalinen aktiivisuus parantaa toimintakykyä. (Tiikkainen 2013, 289–290.) Sosiaalisten suhteiden ylläpitoon vaikuttavat fyysiset ja psyykkiset tekijät. Heikentynyt fyysinen toimintakyky vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitoa, sillä harrastuksiin osallistuminen voi estyä. (Lyyra ym 2007, 78.) Kun harrastukset ja vapaa-ajan tekeminen koetaan mielekkääksi, on sillä voimavaraistava vaikutus.

Vapaa-ajaksi määritellään aika, jota ei käytetä töihin, kotitöihin tai arkipäivän perustoimintoihin. Se voidaan luokitella esimerkiksi aktiiviseksi tai passiiviseksi, yksin tai ryhmässä harrastetuksi sekä kodin sisä- tai ulkopuolella tapahtuvaksi toiminnaksi.

Vapaa-aika tukee mielenterveyttä, ehkäisee stressiä sekä laajentaa sosiaalista verkostoa kodin ulkopuolella. Vapaa-ajan toiminta lisää kontrollin tunnetta, sillä harrastukset ovat henkilön vapaasti valitsemia. Kontrollin tunteen kautta itsetunto ja kokemus elämönhallinnasta sekä selviytymisestä vahvistuu. Harrastukset tuovat elämään merkitystä, mikä lisää tyytyväisyyttä elämään. (Lyyra ym 2007, 88–91.) Vapaa-ajan toimintaa voi esimerkiksi olla sanomalehden lukeminen, käsityöt ja taide- tai liikuntaharrastukset.

Esteet harrastamiselle voivat olla joko yksilöllisiä tai ympäristöön liittyviä. Yksilöllisiä syitä on muun muassa ikääntymisen vaikutukset, kuten liikkumisen vaikeutuminen, näön heikkeneminen ja väsyminen. Harrastamista estävinä syinä voivat toimia myös motivaation puute tai pelko. Myös psykososiaaliset muutokset, kuten ihmissuhteiden muodostamisen vaikeutuminen, sekä muistin, oppimisen ja sopeutumistaitojen muutokset vaikeuttavat vapaa-ajan toimintojen aloittamista. Harrastuksen poisjääminen voi olla merkki tulevasta toimintakyvyn muutoksesta. Toimintakyvyn lasku saa ikään-tyneen sopeutumaan tilanteeseen joko pyrkimällä löytämään muuttuneeseen tilanteeseensa sopivan harrastuksen tai luopumalla aiemmista harrastuksistaan kokonaan. Ympäristöön liittyvät ongelmat puolestaan liittyvät joko fyysiseen tai sosiaali- seen ympäristöön. Perhetilanne, kuten puolison omahoitajuus, voi vaikeuttaa ikään-tyneen osallistumista vapaa-ajan toimintaan, vaikka toimintakykyä olisi jäljellä. (Lyyra ym 2007, 92–98.)

Lähiympäristön hyvät vapaa-ajan palvelut, kohtuulliset osallistumismaksut sekä kuljetuspalvelut helpottavat ikääntyneen osallistumista harrastuksiin. Kotihoito auttaa ikääntyntyä harrastustoiminnoissa yksilöllisesti laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman avulla ja tarjota ikääntyneelle tuttuja harrastustoimintoja helpotettuina heidän omaan toimintakykyynsä sopiviksi. Perushoidon lisäksi harrastustoiminnot ovat elämänlaatua parantava ja kotona asumista lisäävä palvelumuoto. Vaikka harrastukseen käytetty aika on pienempi ja välttämättä omatoiminen osallistuminen ei onnistu, voi

se tuottaa saman kokemuksen kuin itsenäinen harrastaminen. Vapaa-ajan toimintoja voidaan järjestää päiväkeskus-, eläkeläis- ja kansalaistoiminnan sekä omaisten, läheisten ja vapaaehtoistahojen kautta. (Lyyra ym 2007, 95–107.)

4 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN IKÄÄNTYVIEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA KOTIHOIDOSSA

Kotihoidossa toteutettavaa hoitotyötä ohjaavat samat sosiaali- ja terveysalan eettiset säännökset kuin muita hoitotyön osa-alueita. Hoitotyössä korostuu ihmisen kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja ihmisarvo. Jokainen ihminen on ainutlaatuinen kokonaisuus fyysisine, psyykkisine ja sosiaalisine puolineen. (Ikonen 2013 192–193.) Suurin kotihoidon palveluita käyttävä ryhmä on 75–84-vuotiaat huonokuntoiset ja monisairaavat iäkkäät (Ikonen 2013, 42).

Sairaanhoitaja toimii kotihoidossa hoitotyön asiantuntijana, jolloin hänen tehtävänä on jakaa osaamistaan muille kotihoidon työntekijöille ja asiakkaille. Hänen työnkuvaansa kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, hoitaminen ja kuntouttaminen. Hän on vastuussa hoitotyön ja lääkehoidon suunnittelusta ja toteutuksesta sekä vaikuttavuuden seurannasta. Hänen työhönsä kuuluu myös neuvonta- ja ohjaustyö asiakkaiden ja heidän omaistensa parissa. Sairaanhoitajan työ perustuu näyttöön, joten hänen tehtävänä on kehittää hoitotyötä tutkittu tieto ja käytäntö apunaan. (Ikonen 2013, 173.)

Kotihoidon sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat arviointikäynnit, joilla arvioidaan asiakkaan pärjäämistä arkitoiminnoissa kotonaan. Arviointikäynneillä huomioidaan ikään-tyneen fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset, taloudelliset ja ympäristötekijät. Kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan myös joustavuutta, sillä työhön kuuluu sairaanhoitotehtävien lisäksi perushoitoa ja ympäristön huomioimista. Jokaisen kotihoidon työntekijän pyrkimyksenä on hyvä olla ihmisen kokonaisvaltainen tukeminen, jolloin työn jaossa otetaan huomioon tarkoituksenmukaisuus ja asiakaslähtöisyys. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 18.)

Kotihoidon työntekijöiden toimintaympäristö on asiakkaan koti. Asiakas saattaa tuntea oman tilansa uhatuksi, kun kotihoidon työntekijä tulee asiakaskäynnille. Koditta-

miseksi kutsutaan, kun työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde parhaimmillaan synnyttää toimintatapoja, jotka vahvistavat ja ylläpitävät asiakkaan toimintakykyä ja kotona pärjäämistä. Kaikki toiminta lähtee asiakkaan ja hänen ympäristönsä ehdoista, jotta hänen elämäntapaansa ei loukattaisi. Samalla kotia on arvioitava mahdollisten apuvälineiden tarpeen varalta. Työntekijä ja asiakas tekevät yhdessä päätökset mahdollisista muutostöistä ja apuvälineistä sekä koekäyttävät että sovittavat ne asiakkaan kotiin. Muutostöiden tekeminen ennakoivasti helpottaa asiakkaan tottumista niihin ja oppimista käyttämään apuvälineitä paremmin ennen terveyden tilan laskua. (Lyyra ym 2007, 59.)

4.1 Sairaanhoidajan tiedot ja taidot ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa

Sairaanhoidajan ammattitaitoa on erilaisten tietojen ja taitojen hallitseminen kuin myös ihmisten tasavertainen kohtaaminen. Yksilöiden erilaisuuden takia sairaanhoidajan on sovellettava oppimiaan tietoja ja taitoja asiakaskohtaisesti. Suorittamisen sijaan hoitotyössä on keskityttävä vuorovaikutukseen ja läsnäoloon. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 39.) Aktiiviseen kuunteluun harjaantuminen auttaa sairaanhoidajaa huomioimaan ikääntyneen sanallinen ja sanaton viestintä (Lyyra ym 2007, 225). Sairaanhoidaja tarvitsee myös tutkittua tietoa työssään, sillä hoitotyö perustuu aina tutkittuun tietoon, jolla sairaanhoidaja voi perustella toimintaansa. Tutkimuksissa tuotettu tieto yhdessä kokemuksen ja hyväksi havaittujen käytäntöjen kanssa luovat hyvän perustan hoitotyön kehittämiseksi (Hägg ym 2007, 20.)

Kun ihminen ikääntyy, hänen elimistönsä suorituskyky heikkenee (Jokiniemi & Keskinen 2009, 7). Ikääntyneiden liikeharjoitusten ohjaamiseksi sairaanhoidaja tarvitsee ensin tietoa ikääntymisen vaikutuksista fyysiseen toimintakykyyn ja osaamista fyysisen toimintakyvyn tukemisesta. Iäkkään itsenäisellä toimimisella ylläpidetään hänen kykyä selvitä arkipäivästä mutta sairaanhoidajan on ymmärrettävä, milloin iäkkäs tarvitsee osittaista avustusta tai puolesta tekemistä. Sairaanhoidajan tehtävä on

haastava, sillä hänen on tunnettava ikääntyneen rajoitteet ja voimavarat, jolloin fyysisen toimintakyvyn tukemisesta voi tehdä tavoitteellista ja kokonaisvaltaista. Fyysisen toimintakyvyn tukeminen sisältää asiakkaan tuntemisen ja ohjaamisen lisäksi laadullisen kirjaamisen, toimintakyvyn arvioinnin, hoitosuunnitelman laatimisen sekä monipuolisten menetelmien ja aktiviteettien tuntemista. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 33).

Sairaanhoitajan on tunnistettava asiakkaansa voimavarat erityisesti kotihoidon alueella työskennellessään. Kotona asumista hankaloittavat toimintakyvyn puutteet on huomioitava, jotta kotona selviytymistä voidaan edesauttaa aktiivisella otteella arki liikunnan tukemiseen. Myös ympäristö vaikuttaa ikääntyneen kykyyn selviytyä arkipäivästä. Sairaanhoitajalta vaaditaan taitoja toimintakyvyn ylläpitämisestä ja parantamisesta, kun ikääntynyt ei selviydy arkitoimista entiseen tapaansa. Sairaanhoitaja voi toiminnallaan vaikuttaa toimintakykyyn ja ympäristöön liittyviin asioihin. Tarkoituksena ei ole puolesta vaan yhdessä tekeminen. (Nummijoki 2009, 95–101.)

Ikääntyneen liikuntakyvyn ylläpitämistä ja liikunnan tukemista helpottaa sairaanhoitajan kuntouttava työote. Ikääntyneelle tulisi antaa mahdollisuus valita itselleen sopivin liikkumismuoto. Ikääntyneen omien vahvuuksien korostaminen sekä itsehoidon tukeminen vaikuttavat riippumattomuuteen ja saattavat pitkällä tähtäimellä vähentää ikääntyneen palveluiden tarvetta. Sairaanhoitajan apuvälineinä toimivat onnistumisen kokemukset, hyvä ilmapiiri, kiinnostavat liikuntamuodot sekä ikääntyneen itseilmaisun vahvistaminen. (Rantanen 2008, 330–332.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia moniammatillisen ryhmän jäsenenä. Moniammatillisella osaamisella on tarvetta kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa, sillä yhä huonompikuntoisia ja iäkkäämpiä henkilöitä hoidetaan kotona. Moniammatillinen yhteistyöverkosto lisää ja monipuolistaa osaamista ikääntyneen toimintakyvyn edistämiseksi. Yhteistyöosaaminen ja fyysisen toimintakyvyn tukemisen tieto-taito ovat olennainen osa moniammatillista osaamista. Samaan tavoitteeseen sitoutuminen ja tiedon jakaminen ryhmässä helpottavat yhteistyötä. Jokainen

moniammatillisen tiimin jäsen toimii yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Kaikkien tiimin jäsenten on hyvä noudattaa asiakaslähtöisyyttä ja ottaa asiakas ja hänen omaisensa mukaan päätöksentekoon. (Kuusela, Hupli, Johansson, Routasalo & Eloranta 2010, 99–106.)

Fyysisen toimintakyvyn tukemiseen liittyvä tieto-taito kattaa osaamisen lähtökohdat, fyysisen toimintakyvyn tukemisen hallinnan ja osaamisen jakamisen. Fyysisen toimintakyvyn tukemiseen vaikuttaa saatu koulutus, kokemus ja hiljainen tieto. Käytännön osaaminen perustuu laajaan kokemukseen ikääntyneiden hoitotyön kentällä. Fyysisen toimintakyvyn tukemista estäviksi tekijöiksi koetaan aika ja asenteet. Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn edistämisen tavoitteet on tärkeä laittaa yhteiseksi kaikille, jotta ikääntyneiden hoitotyötä voidaan kehittää. (Kuusela ym. 2010, 99–106.)

Mäntysen (2007, 92) väitöskirjassa sairaanhoitajan toimintaa moniammatillisessa tiimissä määritellään käsittein kokonaistilanteen hallinta, hoitotyön ongelmanratkaisu, ihmissläheisyys sekä jatkuva kehittyminen. Sairaanhoitajalla on usein kattavin kokonaiskuva asiakkaasta, sillä hän voi toimia asiakkaan kanssa jopa päivittäin. Erityisesti kotihoidossa itsenäisesti tehtävät ratkaisut hoitotyössä kehittävät ongelmanratkaisukykyä, sillä usein kotikäynnit suoritetaan yksin. Sairaanhoitajan toimintaan kuuluu myös kehittää omaa toimintaa ja päivittää omia tietoja jatkuvasti.

Sairaanhoitajalla on oltava tarvittavat taidot ryhmässä toimimiseen ja halu jakaa omia tietoja ja kokemuksiaan asiakkaasta muille. Ilman kykyä kommunikoida, tiedostaa omaa rooliaan ja toimia ryhmässä, on vaikea tehdä yhteisiä, ikääntyneitä koskevia päätöksiä muiden ammattilaisten kanssa. Sairaanhoitajan tiedot ja taidot ikääntyneen toimintakyvyn edistämiseen ovat samoja kuin kuntouttamistoimintaan kuuluvat. Ikääntyneen mahdolliset tarpeet fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella tai hengellisellä osa-alueella on tunnistettava hyvissä ajoin. Samoin sairaanhoitajan on

huomioitava läheisten mahdollinen avuntarve. Fyysistä toimintakykyä laskeville tekijöille yritetään pohtia vaihtoehtoa yhdessä ikääntyneen kanssa. (Mäntynen 2007, 34–36, 78.)

Tasa-arvoiseen, tavoitteelliseen ja terveyslähtöiseen toimintaan sekä moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva toiminta voi edistää ikääntyneen toimintakykyä. Sairaanhoidaja sitoutuu ikääntyneen ja moniammatillisen tiimin kanssa sovittuihin yhteisiin tavoitteisiin, jolloin sairaanhoidaja valitsee ikääntyntä parhaimmalla mahdollisella tavalla auttavia keinoja toimintakyvyn tukemiseksi. Yhteisten tavoitteiden lisäksi sairaanhoidajan asenne, motivaatio ja käsitys ikääntyneen kuntoutuksista vaikuttavat hoidon onnistumiseen. Toimintakykyä edistävässä toiminnassa sairaanhoidajalla on useita rooleja, jotka voivat vaihdella hoitosuhteen aikana. Rooleja ovat koordinaattori, tiedonantaja, kanssakulkija, kannustaja, auttaja ja opettaja. Roolit saattavat vaihdella hoitosuhteen aikana useastikin. (Vähäkangas 2008, 153.)

Koordinaattorina sairaanhoidaja koordinoi ikääntyneen kokonaishoitoa, hoidon suunnittelua ja tuloksia. Hän tiedottaa toimintakyvyn muutoksista ja mahdollisista tavoitteiden muokkaustarpeista moniammatilliselle tiimille. Kanssakulkijan roolissa sairaanhoidaja on lähellä ikääntyntä, jolloin sairaanhoidajan on helpompi huomioida henkilöä yksilönä, tukea häntä ja ylläpitää yksilöllisesti motivaatiota. Auttaja huolehtii ikääntyneen perustarpeista, kun hänen omat voimavaransa eivät riitä. Niissä tilanteissa, joissa ikääntynyt voi suoriutua itsenäisesti, auttaja tukee ikääntyntä ja antaa aikaa toimintojen suoriutumiseen. Sairauden aiheuttama äkillinen toimintakyvyn muutos vaatii sairaanhoidajalta opettajan roolia, sillä hänen täytyy opettaa ikääntyneelle uusia toimintamalleja ja ohjata mahdollisiin apuvälineiden käyttöön, jotta ikääntynyt pärjäisi arkitoiminnoissa sairaudesta huolimatta. Toimintakykyä edistäessä sairaanhoidajan on tärkeä ylläpitää katsekontakti, puhua ymmärrettävästi, selkeästi ja tarpeellisen hitaasti sekä huomioida mahdolliset ymmärtämistä heikentävät tekijät, kuten näön ja kuulon ongelmat. (Vähäkangas 2008, 153–154.)

4.2 Motivointi liikeharjoitteluun

Ikääntyneen motivointi on pitkäjänteisyyttä ja moniammatillista toimintaa vaativa prosessi (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 33). Motivointi onnistuu sitä paremmin, mitä enemmän ikääntynyt ymmärtää liikuntaharjoitteiden hyödyistä itselleen (Pajala 2012, 117). Liikuntaan ohjaamisen on oltava yksilöllistä eli sen on palveltava yksilön omia tarpeita (Lyyra ym 2007, 235). Ikääntyneen henkilön yleisillä voi olla vaikutusta motivaatioon. Liikkuminen voi tuntua epämiellyttävältä esimerkiksi heikon terveydentilan tai kipujen vuoksi. Myös epävarmuus ja tiedon puute heikentävät motivaatiota. (Pajala 2012, 21.)

Ikääntyneen motivoimisessa ja ohjaamisessa pätevät samat eettiset periaatteet ja hyvät käytännöt kuin muussa hoitotyön toiminnoissa. Motivoinnissa sairaanhoitaja tarvitsee omaa persoonaansa ja hyvää ihmiskäsitystä. Ennen motivoimisen aloittamista tarvitaan riittävä määrä tietoa ja taitoa siitä mitä, miten ja ketä ollaan motivoimassa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 114–115.)

Asiakkaan motivoimiseen voidaan lähteä esimerkiksi voimaannuttavalla neuvonnalla. Asiakas ja sairaanhoitaja ovat tasavertaisia, jolloin asiakkaan on helpompi osallistua keskusteluun kuin, jos keskustelu olisi sairaanhoitajan hallitsema. Tavoitteena on lisätä ikääntyneen tunnetta siitä, että hänellä on valta päättää elämästään. Voimaannuttava neuvonta on asiakaslähtöistä ja lähtee asiakkaan omista tarpeista ja toiveista. Asiakas tekee lopullisen päätöksen itse, mutta ammattilainen helpottaa päätöstä antamalla tietoa valinnan mahdollisista vaikutuksista. Asiakkaalla on oikeus tehdä sairaanhoitajan mielestä väärä päätös, mutta sairaanhoitajan on varmistettava, että asiakkaalla on ollut kaikki tarvittava asiallinen tieto päätöksen tekemiseen. (Lyyra ym 2007, 222–224.)

Liikuntaan motivoimisen keinoja ovat kuuntelu, kannustus, hyväksyminen, hidas eteneminen, ongelmanratkaisu sekä tehtävistä harjoitteista sopiminen. Pienikin onnis-

tumisen kokemus yleensä lisää ikääntyneen motivaatiota ja kokemusta omista voimavaroistaan. Merkityksellisten tavoitteiden asettaminen ikäihmisen omien tunteusten pohjalta sekä yhteinen pohdinta sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä motivoivat liikeharjoitteluun. (Lyyra ym 2007, 235–236.) Motivoinnissa on otettava huomioon yksilöllisyys, sillä yhtä motivoivat asiat eivät välttämättä motivoi jotakuta toista.

Aktiivinen kuuntelu ja reflektiiviset kysymykset ovat myös voimaannuttavan toiminnan välineitä. Aktiivinen kuuntelu on kykyä kuulla asiakkaan sekä sanallisia että sanattomia viestejä. Se ei tarkoita pelkkää kuuntelua vaan, että toistamalla kuulemansa ammattilainen tarkistaa onko hän ymmärtänyt asiakkaan sanoman.. Kehonkielen lisäksi aktiivisessa kuuntelussa on osattava esittää oikeita kysymyksiä oikeaan aikaan sekä pitää sanalliset kannustukset minimissä. Reflektiivisillä kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin ei voi vastata pelkästään ”kyllä” tai ”ei”. Aktiivisen kuuntelun tavoin kysymyksien tarkoituksena on saada ikääntynyt pohtimaan omaa tilannettaan. (Lyyra ym 2007, 224–225.)

Motivoinnin yhteydessä sairaanhoitaja voi keskittyä myös iäkkään terveyskäyttäytymiseen. Terveyskäyttäytymistä edistävät terveet elintavat, lepo, vapaa-ajan harrastaminen, sosiaaliset suhteet, hyvä minäkuva, hengellisyys ja itsestä huolehtiminen. Ikääntyneen hiljainen käytös voi olla merkki siitä, ettei hänellä ole voimia tai motivaatiota välittää hyvinvoinnistaan. Epäterveelliset elintavat, eristäytyneisyys, unettomuus ja itsestä piittaamattomuus kertovat, ettei kaikki ole välttämättä hyvin. Sairaanhoitajan on tunnistettava tällainen mahdollinen riskikäytös, jotta ikääntynyt ei jäisi ilman apua. (Näslindh-Ylispangar 2012, 131–132.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on rohkaista ikääntynyttä liikuntaharrastuksen aloittamiseen ja auttaa valitsemaan oikeat lajit tai toiminnot. Jos ikääntyneellä on mahdollista osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin, sairaanhoitajan on tiedettävä missä liikuntapalveluja järjestetään. Liikkumiseen asennoitumista auttaa myös liikunnan jakaminen pienempiin osiin useammalle päivälle viikossa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 153–157.) Liikeharjoitteluun käytettävien laitteiden käyttöön ohjaamiseen ja

laitteiden hankintaan on kiinnitettävä huomiota. Ikääntyneen oppimista vaikeuttaa teknologian kehittyminen, sillä tällä hetkellä käytössä oleva laite voi olla jo hetken päästä vanhentunut. (Ikonen 2013, 128.)

Läsnäolon avulla sairaanhoitaja kannustaa ikääntynyttä tämän tavoitteidensa saavuttamisessa. Sairaanhoitajan tehtävänä on rohkaista asiakastaan, kun toimintakyvyssä ei tapahdu muutosta. Ikääntynyt saattaa tarvita sairaanhoitajasta rohkaisijan ja toivon ylläpitäjän, jotta hän ei luovuttaisi. Ikääntyneen motivaatiota voi auttaa myös huumorin, koskettamisen ja kuuntelemisen avulla. (Vähäkangas 2008, 154.)

4.3 Sairaanhoitajan työssä noudatettavat eettiset arvot

Sairaanhoitajan ja asiakkaan toimintaan ja tavoitteisiin vaikuttavat heidän omat arvonsa. Vaikka arvot ovat yksilöllisiä, ne tarkoittavat jokaiselle jotain hyvää ja tavoiteltavaa. Gerontologista hoitotyötä ohjaavat hyvän terveyden, toimintakyvyn, elämänlaadun ja onnistuneen vanhenemisen tavoitteet. Sairaanhoitajan on kunnioitettava ja tuettava omatoimisuutta ja autonomiaa, jotka ovat osa gerontologisen hoitotyön tavoitteita. Ikääntyneiden hoitotyön keskeisimpiä arvoja ovat huolenpito ja ihmisarvo. (Sarvimäki 2008, 27–29.)

Lähimmäisenrakkaus ja välittäminen ovat eettisiä hoitotyötä ohjaavia aatteita. Ihmisen kohtaamista sellaisena kuin hän on ja persoonan arvostamista voidaan kutsua rakkaudeksi. Kun hoitotyö lähtee kutsumuksesta, sairaanhoitaja ei pyri parantamaan omaa asemaansa vaan tekemään työnsä mahdollisimman hyvin asiakkaidensa elämän edistämiseksi. (Näslindh-Ylispangar 2012, 166–169.)

Huolenpito tarkoittaa toisesta ihmisestä välittämistä. Ammatissaan sairaanhoitaja tapaa päivittäin monia henkilöitä, jolloin ilman huolenpitoa ja välittämistä työn toteuttaminen on vaikeaa. Huolenpidon tarkoituksena on toteuttaa ne asiat, jotka ovat ikääntyneelle hyväksi ja välttää niitä, joista on haittaa hänen terveydelleen. Ikääntyneelle

ovat hyväksi muun muassa hänen voimavarojensa vahvistaminen, terveyden edistäminen, turvallisuus ja hyvä olo. Vältettäviä asioita puolestaan ovat kipu, kaatumiset ja erilaiset vahingot. Huolenpitoa arvostava hoitaja on ihmisläheinen: hän kuuntelee ihmisten pelkoja ja toiveita sekä haluaa vain heidän parastaan. (Sarvimäki 2008, 29–31.)

Jokainen ihminen on arvokas sellaisena kuin on ilman, että hänestä tarvitsisi olla hyötyä yhteiskunnalle. Koska kaikki ihmiset ovat yhtä arvokkaita, jokaisella on yhtäläinen oikeus hoitoon. Ihmisarvoa kunnioittamalla sairaanhoitaja ei eriarvoista kehtää vaan kohtelee jokaista ihmisenä. Ihmisen itsemääräämisoikeus määrittää myös sen, että jokaisella, myös ikääntyneellä, on oikeus määrätä omasta elämästään. Sairaanhoidajan tehtävä on haastava, sillä joskus se, mikä olisi ikääntyneelle parasta, ei ole ikääntyneen arvojen mukaista. Ikääntyneellä on halutessaan oikeus kieltäytyä hoidosta. Sairaanhoitaja ei voi pakottaa ikääntynyttä toimimaan haluamallaan tavalla, vaan hänen on löydettävä kompromissi tilanteen ratkaisemiseksi. Itsemääräämisoikeutta rajoitetaan ainoastaan, jos yksilön päätös vaarantaa muita tai heidän itsemääräämisoikeuttaan tai, jos yksilö on tilassa, jossa hän ei itse pysty arvioimaan oman toimintansa seurauksia. Tällöin päätökset tehdään hoitohenkilökunnan, asiakkaiden ja heidän omaistensa kesken. (Sarvimäki 2008, 31–33.)

Vaikka sairaanhoitaja ja asiakas ovat eri asemissa, ovat he ihmisiä molemmat. Tämä oivallus vaikuttaa sairaanhoitajan kykyyn toimia ihmisenä ihmisen edessä, jolloin hän ei katoa ammattinsa taakse. Sairaanhoidajalle inhimillisyys tarkoittaa eettistä herkkyyttä, kykyä eläytyä muiden ihmisten tilanteisiin sekä näyttää tarvittaessa tunteensa. Vaikka sairaanhoitaja on ammatti-ihminen, se ei tarkoita, etteikö hän olisi myös ihminen. (Sarvimäki 2008, 38.) Ikääntynyttä ei myöskään saa tarkastella vain hänen terveytensä ja sairautensa kautta. Ihmisen kokemusmaailman ja elämänsisällön ymmärtäminen auttaa ymmärtämään mitä ikääntynyt toivoo elämältään (Näslindh-Ylispangar 2012, 13).

Eettisten arvojen huomioon ottaminen parantavat hoitotyön laatua, sillä hoitotyö ei ole vain teknistä suorittamista. Eettinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista toteuttaa erityisesti ikääntyneiden kanssa tehtävää hoitotyötä. Eettisten arvojen toteuttaminen vaatii, että sairaanhoitaja sisäistää erilaiset arvot osaksi toimintaansa. Yksittäisten sairaanhoitajien toiminta voi hyvässä tapauksessa vaikuttaa koko työorganisaation kulttuuriin. (Sarvimäki 2008, 39.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää valmiista aineistosta kuukauden mittaisen fyysisen polkuharjoittelun merkitystä yleiskunnolle. Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin tuolilta ylösnousemisen ja esineen poimimisen lattialta toimintatestejä. Tavoitteenani on tuottaa hoitohenkilökunnalle tietoa kuukauden kestävästä fyysisen harjoittelun tuloksista, jotta ikääntyneiden fyysisen harjoittelun tukemiselle olisi hyviä perusteluja.

Opinnäytetyössä esiintyvä kysymys on

1. Minkälainen merkitys on kuukauden mittaisella polkuharjoittelulla ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn?

Opinnäytetyön prosessin myötä tavoitteenani on lisätä tietämystäni ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavista asioista, kehittää taitojani näyttöön perustuvan tieteellisen tekstin kirjoittamisessa sekä sitä kautta vahvistaa omaa ammatillisuuttani.

6 YHTEISTYÖKUMPPANI

Yhteistyökumppanini on Vuosaaren kotihoito, joka kuuluu idän palvelualueen kaakkoiseen kotihoidon yksikköön. Osaksi heidän toimintaansa kuuluu liikkumissopimus. Liikuntasopimus on Helsingin kaupungin käyttämä sopimus, jossa kotihoidon asiakas ja työntekijä tekevät sopimuksen asiakkaan liikkumisen tukemiseen. Tarkoituksena on lisätä ikääntyneen päivittäistä liikuntaa hänen voimavarojensa puitteissa. Kotihoidon työntekijä kannustaa ja seuraa asiakkaan arkipäivän liikunnan toteutumista. (Helsingin kaupunki 2010.) Liikkumissopimuksen tekeminen aloitetaan haastattelulla, jossa kartoitetaan päivittäisistä toiminnoista selviämistä ja ikääntyneen liikumistaipumuksia. Haastattelun pohjalta tehdään yhteisiin päätöksiin perustuva, mutta yksilöllinen liikkumissopimus ikääntyneelle. Liikkumissopimusta päivitetään tarvittaessa. (Kan & Pohjola 2012, 149.)

Liikkumissopimus sisältää asiakkaan fyysisen toimintakyvyn itsearvioinnin ja havainnoinnin. Asiakas arvioi ensin itse pystyykö hän esimerkiksi siirtymään sängyltä keittiön tuolille, jonka jälkeen häntä pyydetään suorittamaan kyseinen toiminto. Vastausvaihtoehtoja on molempiin kohtiin kaksi: kyllä ja ei. Ikääntyneeltä tiedustellaan myös hänen pärjäämisensä arkiaskareissa, millaisia harrastuksia hänellä on ollut ja mitä hän haluaisi hoitajan tukemana harrastaa. Liikkumissopimuksen uudistuksen myötä siihen on liitetty kohta toimintakyvyn testeille tuolilta ylösnousemiselle ja esineen poimimiselle lattialta. Lopulta sovitaan asiakkaan kanssa liikkumissopimuksen sisältö ja mitä ja miten päivittäisiä toimintoja, kotivoimistelua ja ulkoilua esimerkiksi harrastetaan. (Liite 1.)

Vuosaaren kotihoito osallistui hankkeeseen ”lääkille hyvää ikää lisää liikunnalla”, jonka tavoitteena oli motivoida kotihoidon asiakkaita fyysisen polkuharjoittelun tekemiseen päivittäin kuukauden ajan. Koko kaakkoisen kotihoidon 24. tiimille hankittiin yhteensä 17 kappaletta moottoriavusteisia ja 40 kappaletta perinteisempiä polkulaitteita. Yhdelle kotihoidon tiimille oli noin kolme polkulaitetta. Kohderyhmänä olivat asiakkaat, joiden mahdollisuus kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin oli rajallinen heikon

toimintakyvyn tai talon hissittömyyden takia. MOTOmed-harjoittelulla pyrittiin kehittämään ikääntyneen lihaskuntaa arjessa selviämisen ja kodin ulkopuolisten palveluihin osallistumisen helpottumiseksi. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää palveluita kotiin viemiseksi. Hankkeen myötä ikääntyneille tuli tarjolle myös muita välineitä kuten kuminauhoja, fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Hankkeessa käytetty MOTOmedin versio on pienempi kuin pitkäaikaishoitopaikoissa, ja siitä puuttuu kokonaan käsipolkimet. Tämä tekee siirtelystä ja säilyttämisestä kotioloissa on helpompaa. Kotihoito huolehtii laitteiden lainaamisesta, käyttöön ohjaamisesta ja käytön seurannasta. Fysioterapeutit kävivät kaakkoisen kotihoidon alueella ohjaamassa kotihoidon työntekijöitä polkulaitteen käytössä. Pääsin osallistumaan 17.11.2014 fysioterapeutin perehdytykseen Vuosaaren kotihoidon yksikössä. Fysioterapeutti kertoi ikääntyneen polkuharjoitteluun liittyvistä asioista, kuinka laitteita käytetään ja sain tutustua ja kokeilla polkulaitteen toimivuutta käytännössä. Hankkeen aikana fysioterapeutin puoleen sai tarpeen tullen kysymyksissä ja lisäopetuksen tarpeessa kääntyä.

7 AINEISTON KERUU JA RAPORTOINTI

Vuosaaren kotihoito osallistui pilottihankkeeseen 1.9.2014–31.12.2015, jonka aikana ikääntyneitä motivoitiin tekemään liikunnallista harjoittelua. Sain opinnäytetyöni aiheen ehdotuksena Vuosaaren kotihoidon ohjaajalta Mari Saloselta syksyllä 2014, kun hanke oli alkamassa. Kävin keskustelemassa opinnäytetyöstä ja kuinka se rakentui. Tutustuin samalla käynnillä kotihoitoon ja heidän hankkeessaan käytettyyn MOTOmed-polkulaitteeseen. Sovimme kotihoidon työntekijöiden hoitavan asiakkaiden kanssa toteutettavat mittaukset. Hankkeeseen oli osallistumassa alun perin suurempi joukko ikääntyneitä ja arvioimme, että saisin noin 20 henkilön tulokset.

Kotihoidon tiimi teki sairaanhoitajan johdolla valinnan siitä, ketkä asiakkaista osallistuisivat harjoitusjaksolle. Hankkeessa määrittelty kriteeri harjoitusjaksolle osallistumiseen oli, että asukkaan osallistuminen kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin oli vaikeutunut. Lisäksi tiimin yhteisenä ehtona oli, että asiakkaalla oli käytössään jokin liikkumisen apuväline. MOTOmed-harjoittelun vaikutusta yleiskunnolle mitattiin tuolilta ylösnousua ja esineen poimimista lattialta testaavilla fyysisen toimintakyvyn mittareilla. Toimintakyvyn kartoittamiseksi ensimmäiset mittaukset suoritettiin ennen harjoitteiden alkamista ja loppumittaukset kuukauden kuluttua polkuharjoitusten aloittamisesta, jotta harjoitteiden vaikutusta voitaisiin arvioida.

Kotihoidon työntekijöistä oli nimitetty vastuuhoitajia, jotka pitivät huolen polkulaiteharjoittelun järjestämisestä ja ohjaamisesta. Heidän lisäksi oli nimitetty myös muita kotihoidon työntekijöitä samoihin tehtäviin tueksi. Pyrkimyksenä oli, että nimetyt henkilöt tekivät ensimmäisen käynnin asiakkaiden luona, jossa polkulaite tuotiin asiakkaalle, asiakasta ohjattiin sen käyttöön ja alkumittaukset tehtiin. Lisäksi samat työntekijät kävivät tekemässä loppumittaukset. Alku- ja loppumittaukset suoritettiin käyntien yhteydessä. Osalle järjestettiin tarpeen vaatiessa ylimääräinen käynti, mutta suurimmaksi osaksi mittaukset tehtiin päiväkäynnin yhteydessä. Harjoitteiden tekemistä seurattiin kyselemällä ja asiakkaat kertoivat milloin olivat tehneet harjoitteita.

Niiden asiakkaiden kanssa, joilla oli esimerkiksi muistisairaus, harjoitteet tehtiin käyntien yhteydessä ohjatusti.

Esitin ideapaperini, aikataulutin opinnäytetyöprosessia ja tutustuin kirjallisuuteen syksyllä 2014. Aloin luonnostella opinnäytetyöni suunnitelmaa ja kirjoittaa tekstiä ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyyn liittyen. Sain joulukuun tienoilla tiedon, että vain osa MOTMed-polkulaitteista oli lähtenyt kentälle ja, että saisin tuloksia helmikuussa 2015.

Alkuvuodesta 2015 esittelin opinnäytetyöni suunnitelman, sillä helmikuussa alkava kansainvälinen vaihto vaikutti opinnäytetyöprosessiin. Arvioin, että pystyisin suorittamaan koko opinnäytetyöprosessin ajallaan vaihto-opiskelusta huolimatta. Maaliskuussa 2015 sain ensimmäisen kotihoidon ohjaajan tekemän taulukon WORD-tiedostona, jossa oli viiden osallistujan tulokset. Saamani aineisto sisälsi osallistujien esitiedot, harjoittelukerrat, motivaation, oman kokemuksen ja alku- ja loppumittaus-tulokset. Tulosten kirjaamiseen ei ollut virallista ohjeistusta, jolloin hoitajat olivat kirjanneet tietonsa omalla tavallaan papereihin. Kotihoidon ohjaaja oli kerännyt tiedot taulukkoon parhaalla mahdollisella tavalla. Erilaisten papereiden ja hoitajien käytäntöjen takia tulokset vaihtelivat. Osa oli kirjoittanut vain alku- ja loppumittaus-tulokset kun toiset olivat selvittäneet myös harjoitteiden kestoa, määrää ja ikääntyneiden omia kokemuksia. Vielä maaliskuussa tavoitteena oli noin 15 henkilöä.

Toukokuussa minulle oli lähetetty uusi versio tuloksista, jossa oli neljä osallistujaa enemmän. Tulokset olivat kahden Vuosaaren lähialueen henkilöiltä. Kotihoidon haasteellinen arki ja asiakkaiden elämäntapahtumat vaikuttivat siihen, ettei tuloksia saatu enää lisää. Tulokset sisältänyt viesti ei kuitenkaan vielä tässä vaiheessa tullut minulle asti, joten jatkoin opinnäytetyöni tekemistä viiden henkilön tuloksilla.

Syksyllä 2015 keskityin opinnäytetyön käsikirjoituksen tekemiseen ja raportin aloittamiseen. Aloitin analysoimaan saatuja tuloksiani tietämättä neljästä myöhemmin tulleesta tuloksesta. Opinnäytetyössäni raportoin valmiita tuloksia hankkeesta, johon

Vuosaaren kotihoito osallistui. Tutkin osallistuneiden aktiivisuutta MOTOmedin käytössä, mittaustuloksia sekä osallistuneiden mahdollisia omia kokemuksia. Aineistoa on karsittu hiukan ja kirjoitusasua siloteltu, mutta muuten se on esitetty opinnäytetyössäni lähes alkuperäisenä. Tuloksia on käsitelty kahteen kertaan, sillä kotihoidon ohjaaja on taulukoinut saamansa tiedot eri papereista ja minä olen käsitellyt hänen taulukoitaan. Tulokset ovat myös jaettu neljään osaan raportoinnin selkeyttämiseksi. Taulukoihin on kerätty esitiedot, motivaatio ja harjoitekerrat sekä tuoilta ylösnousemisen että esineen poimimisen lattialta tulokset. Käsikirjoitusvaiheessa selvisi, että opinnäytetyöni aineisto on vähäinen. Tulosten vähäisyyttä pyrittiin tasapainottamaan kattavalla teoriaosuudella, joten syksyn 2015 aikana etsin yhä lisää tietoa aiheesta.

Jatkoin opinnäytetyön kirjoittamista ja tulosten raportoimista keväällä 2016. Aloitin opinnäytetyöni alun perin parityöskentelynä, mutta erilaiset tavoitteet, aikatauluongelmat ja työmäärän epätasainen jakautuminen häiritsivät opinnäytetyön etenemistä. Opinnäytetyöparini jättäytyi projektista pois helmikuussa 2016 ja jatkoin prosessia eteenpäin virallisesti yksin. Maaliskuun opinnäytetyön julkaisuseminaarissa sain pyynnön tarkentaa hankkeen kuvausta, joten kävin tapaamassa kotihoidon ohjaajaa ja keskustelemassa tarkemmin kuinka prosessi oli toteutettu. Ennen kotihoidon ohjaajan tapaamista sain myös tiedon neljästä analysoitavasta tuloksesta, joten opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa keskityin myös uusien tapausten tutkimiseen ja raportointiin, sairaanhoitajan rooliin kotihoidossa sekä hankkeen raportointiin.

8 TULOKSET

Harjoitejaksolle osallistuneiden määrä oli 18 henkilöä, joista yhdeksän karsiutui ennen jakson alkamista. Yleisimpiä syitä karsiutumiseen olivat heikko motivaatio tai yleiskunto. Neljä alkuperäisistä osallistujista ei motivoitunut lainkaan, kaksi joutui sairaalahoitoon ja yhden terveydentila heikkeni siten, ettei hän pystynyt osallistumaan kuukauden harjoitusjaksolle. Alkuperäisistä osallistujista myös kaksi henkilöä ei pystynyt suoriutumaan alkumittauksista fysioterapeutinkaan avustuksella, joten heistä ei saatu tuloksia. He kuitenkin motivoituivat polkemaan MOTOMed-laitetta, mutta heidän tuloksiaan ei raportoida.

Opinnäytetyössäni käsitellään vain yhdeksän osallistujan tuloksia. Esitiedot, harjoittelu ja motivaatio sekä tulokset tuoilta ylösnousemisessa ja esineen poimimisessa lattialta esitellään taulukoissa.

8.1 Osallistujat

Osallistujat on merkitty numeroilla 1-9 tulosten esittelyn helpottamiseksi. Esitiedoissa on osallistujien sukupuoli, ikä, mahdolliset fyysistä toimintakykyä heikentävät sairaudet tai toiminnan rajoitteet ja mahdolliset liikkumisen apuvälineet. (Taulukko 1.)

Harjoittelujaksolle osallistui yhteensä yhdeksän henkilöä, joista kahdeksan oli naisia ja yksi mies. Nuorin osallistuja oli 80-vuotias ja vanhin 93-vuotias. Osallistuneiden keski-ikä oli 87,7 vuotta. Toimintakykyä heikentäviä sairauksia tai toiminnan rajoitteita oli neljällä osallistujalla. Niitä olivat Parkinsonin tauti, reuma, krooninen kiputila selässä ja aivoinfarktin myöhäisvaikutukset. Viidellä osallistujalla ei ollut toimintakykyä alentavia sairauksia tai rajoitteita ikääntymisestä johtuvan yleistilan laskun lisäksi. Muita sairauksia, joilla ei ollut merkitystä yhtäläistä toimintakyvyn kannalta, ei

otettu huomioon. Jokaisella osallistujalla oli käytössään rollaattori liikkumisensa tukemiseksi. Yksi osallistujista oli kaatunut harjoittelujakson aikana ja toinen käynyt sairaalahoitossa, jossa häntä oli myös kuntoutettu.

TAULUKKO 1. Harjoitusjaksolle osallistuneiden esitiedot

Osallistuja	Sukupuoli	Ikä	Sairaudet	Apuvälineet	Muuta
1	Nainen	90	Parkinsonin tauti	Rollaattori	-
2	Nainen	82	Reuma	Rollaattori	Kaatunut harjoitejakson aikana
3	Nainen	89	Selän krooninen kiputila	Rollaattori	-
4	Mies	80	Aivoinfarktin myöhäisvaikutukset	Rollaattori	-
5	Nainen	86	-	Rollaattori	Sairaalajakso välissä, jossa kuntoutettu
6	Nainen	93	-	Rollaattori	-
7	Nainen	88	-	Rollaattori	-
8	Nainen	89	-	Rollaattori	-
9	Nainen	92	-	Rollaattori	-

8.2 Motivaatio ja edistyminen

Motivaatio harjoitteiden tekemiseen oli suurimmalla osalla hyvä. Kolmella osallistujalla motivaation taso oli erinomainen. Osallistuja 3 käytti polkulaitetta päivittäin 15 minuutin ajan. Lisäksi hän piti harjoitteistaan päiväkirjaa. Osallistuja 4 teki polkuharjoitteita kaksi kertaa päivässä. Hän aloitti harjoitejakson alussa viiden minuutin kestoisilla harjoitteilla ja loppuvaiheessa hän teki harjoitteita 20 minuuttia kerralla. Hänellä oli käytössään fysioterapeutin laatima taulukko, johon hän kirjasi harjoitekerrensä. Osallistuja 7 teki harjoitteita kuusi kertaa viikossa eli lähes päivittäin. Harjoitteiden kestosta ei ole tietoa. (Taulukko 2.)

Neljän osallistujan motivaatio oli hyvä. Osallistujat 1, 2, 6 ja 9 tekivät polkuharjoitteita muutamia kertoja viikossa. Heidän harjoitteiden kestosta ei ole tietoa. Osallistuja 5 ei juurikaan motivoitunut polkuharjoitteiden tekemiseen vaan teki niitä harvakseltaan. Osallistuja 8 motivaatiosta ei ole tietoa. (Taulukko 2.)

Edistyminen koettiin erityisesti omakohtaisesti olotilan vetreytymisenä ja parantumisena. Kolme osallistujista (2, 4 ja 9) ovat ilmaisseet kokeneensa harjoitteet hyödyllisiksi. Osallistuja 2:lla on ollut kipuja reumasta johtuen. Hän on kuitenkin pystynyt tekemään polkuharjoitteita ja kokenut, että harjoitteet auttavat häntä. Osallistuja 4 koki myöskin harjoittelun hyödylliseksi ja, että hänen lihasvoimansa ja kävelynsä on parantunut sen seurauksena. Osallistuja 9 koki voivansa paremmin, vaikka hoitajat eivät ole huomanneet huomattavaa edistymistä hänen yleiskunnossaan. Hoitajan huomaamaa edistymistä oli osallistujilla 1 ja 3. Osallistuja 1 oli mainittu olevan vetreämpi harjoittelujakson lopussa. Osallistuja 3 edistymistä ei määritelty, joten ei ole tietoa mitä sillä on tarkoitettu. Osallistuja 9:n kohdalla oli mainittu, ettei edistymistä ollut juurikaan tapahtunut. Muiden kohdalla ei ollut mainintaa hoitajan oliko hoitaja huomannut edistymistä vai ei. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Motivaatio ja edistyminen

Osallistuja	Harjoittelu	Motivaatio	Edistyminen	Oma kokemus
1	Joitakin krt/vko	Motivaatio hyvä	Edistynyt jonkin verran, vetreämpi	-
2	Joitakin krt/vko	Motivaatio hyvä	-	Kivuista huolimatta pystyy polkemaan, kokee tarpeelliseksi ja auttavan
3	15 min/vrk	Motivaatio erittäin hyvä, pitänyt päiväkirjaa	Edistynyt	-
4	2 krt/pvä, aluksi 5 min/krt, lopuksi 20 min/krt	Motivaatio erittäin hyvä, pitänyt taulukkoa	-	Kokee hyödylliseksi: lihasvoima & kävely parantunut
5	Harvakseltaan	Ei motivoitunut	-	-
6	Joitakin krt/vko	Motivaatio hyvä	-	-
7	6 krt/vko	Motivaatio erittäin hyvä	-	-
8	Ei tietoa	Ei tietoa	Ei tietoa	Ei tietoa
9	Joitakin krt/vko	Motivaatio hyvä	Ei huomattavaa edistymistä	Kokee voivansa paremmin

8.3 Tuolilta ylösnouseminen

Tuolilta ylösnousemisen tulos parani kahdeksalla osallistujalla. Taulukkoon 3 on kerätty tuolilta ylösnousemisen alku- ja loppumittaustulokset. Osallistuja 2 tulos oli aiinoa, joka huononi. Se hidastui loppumittauksessa 10,7 sekunnilla. Hän oli kaatunut alku- ja loppumittausten välissä.

Parannetut tulokset olivat ajallisesti välillä 1-19,1 sekuntia. Parhaimmat tulokset olivat osallistujilla 3,4 ja 6. He paransivat tulostaan kaikki yli 10 sekuntia. Osallistuja 6:n tulos oli ryhmän parhain ja hänen tuloksensa parani yli puolella. Toiseen ryhmään sijoittuivat osallistujat 5 ja 9, joiden parannus oli 7 ja 8 sekuntia. Osallistujat 7 ja 8 paransivat tulostaan noin kolmella sekunnilla, mutta heidän alkumittaustuloksensa olivat jo ripeitä. Osallistuja 1 parannus oli kaikista pienin, vain yhden sekunnin verran. Hän kuitenkin pystyi korvaamaan alkumittauksessa käytetyn hoitajan avustuksen itsenäisellä suorituksella rollaattorin tuella loppumittauksessa. Muut osallistujat suoriutuivat testistä ilman tukea. Liikunnallisilla harjoitteilla voidaan siis sanoa olleen positiivisia vaikutuksia yleiskuntoon tämän ryhmän keskuudessa.

Osallistujien alkumittaustulokset vaihtelivat 16–40 sekunnin välillä. Seitsemän osallistujan alkumittaustulokset sijoittuivat 31–49 sekunnin välille. Kahdella osallistujalla (7 ja 8) alkumittaustulokset olivat alle 20 sekunnin. Osallistuja 7:n tulos oli 16 sekuntia ja osallistuja 8:n 18 sekuntia. Loppumittaustuloksissa oli enemmän hajontaa, sillä tulokset vaihtelivat 13 sekunnista 43,36 sekuntiin. Kolme osallistujaa sijoittuivat 30–45 sekunnin välille loppumittauksissa kun taas neljä sijoittui 15–30 sekunnin välille. Kahdella osallistujalla tulos oli parempi kuin 15 sekuntia. (Taulukko 2.)

Tuolilta ylösnousua arvioidaan virallisella pistetaulukolla, jonka tuloksissa nolla pistettä on minimi ja neljä maksimi. Mitä pienempi pistemäärä on, sitä heikommin ikäännytynyt selviää testistä. Pistetaulukko on esitelty kuviossa 1 kappaleessa 2.6. Seitsemän osallistujaa (1,2,3,4,5,6 ja 9) saivat sekä alku- että loppumittauksessa yhden pisteen, sillä heidän tuloksensa oli suurempi kuin 16,7 sekuntia, mutta pienempi kuin

60 sekuntia. Osallistuja 7 sai alkumittauksesta kaksi pistettä ja loppumittauksesta kolme pistettä. Osallistuja 8 paransi myös loppumittaustulostaan yhdestä pisteestä kahteen pisteeseen. Vaikka heidän tulostensa ero olivat ajallisesti pieni, heidän alkumittaustuloksensa olivat parempia kuin muiden, joten heidän ei tarvinnut parantaa niin paljoa paremman tuloksen saamiseksi. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 3. Tuolista ylösnouseminen

Osallistuja	Alkumittaus	Loppumittaus	Muutos	Muuta
1	38**	37*	-1 sek	**=Hoitaja avustanut *= Ottanut tukea
2	32,66	43,36	+10,7 sek	Kaatonut mitauskertojen välissä
3	36	25	-11 sek	-
4	40	22,9	-17,1 sek	-
5	31	23	-8 sek	-
6	36,5	17,4	-19,1 sek	-
7	16	13	-3 sek	-
8	18	14,8	-3,2 sek	-
9	49	42	-7 sek	-

8.4 Esineen poimiminen lattialta

Esineen poimimisessa lattialta ei tapahtunut ajallisesti juurikaan muutosta. Taulukossa 4 esitellään alku- ja loppumittausten tulokset sekä muut maininnan arvoiset asiat. Ikääntyneiden kohdalla testissä ei ole tärkeintä tulos, vaan pystyykö hän suoriutumaan toiminnosta itsenäisesti.

Viiden osallistujan tuloksia ei ole merkitty taulukkoon. Osallistajat 1 ja 9 eivät pystyneet suoriutumaan testistä kummallakaan kerralla. Hoitajan inhimillisen erehdyksen vuoksi osallistujien 5,6 ja 7 tuloksia ei myöskään otettu. Osallistajat 2, 3, 4 ja 8 suoriutuivat testistä molemmilla kerroilla. Osallistuja 2 oli ainoa, jonka tulos parani ajallisesti, mutta hän joutui tuettoman suorituksen sijaan turvautumaan rollaattorin tukeen loppumittauksissa. Alkumittauksista hän suoriutui ilman tukea. Osallistujien 3, 4 ja 8 tulokset pysyivät täysin samoina. Osallistuja 4 tarvitsi molemmilla kerroilla tuen suorittaakseen testin.

Koska kolmen osallistujan tulosta ei oteta huomioon hoitajan inhimillisen erehdyksen vuoksi, voi esineen poimimisen lattialta sanoa onnistuneen neljällä henkilöllä kuudesta joko tuen kanssa tai ilman tukea.

TAULUKKO 4. Esineen poimiminen lattialta

Osallistuja	Alkumittaus	Loppumittaus	Muutos	Muuta
1	-	-	-	Ei pystynyt suoriutumaan
2	4	3*	-1 sek	*= Ottanut tukea Kaatunut mitauskertojen välissä.
3	3	3	0 sek	-
4	4*	4*	0 sek	*= Ottanut tukea
5	-	-	-	Hoitajan erehdys
6	-	-	-	Hoitajan erehdys
7	-	-	-	Hoitajan erehdys
8	4	4	0 sek	-
9	-	-	-	Ei pysty suoriutumaan

9 POHDINTA

Tämä luku sisältää pohdintaa saamistani tuloksista, opinnäytetyöprosessin eettisyydestä ja luotettavuudesta sekä prosessin myötä tapahtuneesta omasta ammatillisesta kasvustani.

9.1 Tulosten pohdinta

Saamani aineisto oli melko pieni, sillä alkuperäisestä 18 osallistujasta yhdeksän karsiutui. Osallistujamäärää vähensi motivaation puutos, sairaalahoito ja kykenemättömyys osallistua alkumittauksiin. Elämän tapaturmia ja sairaalaan joutumista ei voi ennustaa etukäteen, jolloin tilanteeseen on vain sopeuduttava. Olen tyytyväinen, että kaksi henkilöä, jotka eivät suoriutuneet alkumittauksista edes fysioterapeutin avulla, osallistuivat kuitenkin MOTOmed-harjoitusten tekemiseen. Heidän tuloksiaan ei ole tässä työssä näkyvillä enkä ole tietoinen, onko harjoitteilla ollut heille hyötyä. Olisi ollut kiinnostavaa tietoa jatkoivatko he polkuharjoitteita pitkään ja kokivatko he polkuharjoittelusta olevan positiivista hyötyä itselleen.

Motivaation puutos vaikuttaa olevan nykypäivänä yhä yleisempi syy tekemättömyyteen. Siihen olisi hyvä puuttua, sillä se voi edesauttaa toimintakyvyn heikkenemistä. On kuitenkin vaikea tietää, mikä motivoi juuri ketäkin. Itseäni mietitytti, olisiko ollut mitään perusteluja, millä neljä MOTOmedin polkemiseen motivoitumatonta henkilö olisivat motivoituneet polkemaan MOTOmedia edes kerran viikossa. MOTOmedin ongelmana voi olla joillekin henkilöille sen vaivallisuus, koska siihen tarvitaan erillinen laite, jotta harjoitukset voidaan suorittaa. MOTOmedin polkemisen sijaan ikään-tyneille voisi myös kehittää muunlaisia jumppaliikkeitä. Esimerkiksi yksinkertaiset, lyhytkestoiset ja kehonpainolla tehdyt jumppaliikkeet voisivat olla helpommin toteutettavissa, sillä niihin ei tarvitsisi erillistä ohjeistusta välineiden käyttöön.

Vaikka tähän harjoitteluun osallistuminen oli vähäistä, joitakin huomioita tämänkin jakson aikana todettiin. Tuloksista on havaittavissa, että harjoitteilla on ollut vaikutusta tuoilta ylösnousuun ja omaan kokemukseen liikunnan hyödyistä tämän ryhmän keskuudessa. Kahdeksan osallistujaa yhdeksästä on parantanut omaa suoritustaan vähintään sekunnilla. Kolmella tulos on parantunut yli 10 sekuntia. Tuoilta ylösnousun arviointitaulukossa (kuvio 1) lähes kaikki osallistujat sijoittuisivat yhden pisteen alueelle alku- ja loppumittausten mukaan. Kaksi osallistujaa tekivät poikkeuksen. Toinen heistä paransi sijoitustaan kahdesta pisteestä kolmeen ja toinen yhdestä kahteen. Vaikka testeillä on omat arviointitaulukot, tuloksia arvioidessa on kuitenkin tärkeää muistaa suhteuttaa lopputulokset alkutilanteeseen ja arvioida osallistuneen omaa kehitystä.

Osallistuja 5:n kahdeksalla sekunnilla parantunut tulos voi selittyä lähinnä sairaalajaksoilla tapahtuneella kuntoutuksella, sillä hänen motivaationsa ja harjoitteiden tekeminen on ollut heikkoa. Tuloksista ei voida vetää yleisiä johtopäätöksiä tai rinnastaa niitä suurempaan ihmisjoukkoon, sillä osallistujamäärä oli pieni. Suurempi osallistujamäärä kuvaa aina tarkemmin perusjoukon, tässä tapauksessa ikääntyneiden, tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 180). Jos tutkimukseen olisi osallistunut suurempi ihmisjoukko, tuloksissa voisi olla enemmän eroa ja se kuvaisi ikääntyneitä paremmin. Tämän harjoittelun tuloksia voidaan pitää liikuntaa kannustavana, vaikka ne eivät kuvaa kaikkia ikääntyneitä vaan tätä yhdeksän henkilön ryhmää. Tulos ei myöskään kuvaa ikähaarukaltaan Helsingin kotihoidon asiakkaita, sillä tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli korkea.

Suurin osa osallistuneista olivat motivoituneita harjoitteita kohtaan. Tuloksista voidaan päätellä, että motivaatiolla on ollut vaikutusta erityisesti parempiin tuoilta ylösnousun tuloksiin. Osallistujat 3,4 ja 7 olivat kaikista ahkerampia, mikä näkyi myös heidän tuloksissaan. Heidän motivaationsa harjoitteita kohtaan oli erittäin hyvä. Osallistujien 3 ja 4 tulos tuoilta ylösnousemisessa parani yli 10 sekunnilla. Osallistuja 7:n alkutulos oli puolestaan sen verran hyvä, ettei hänen tuloksensa parantunut niin paljoa. Tuloksista kävi ilmi, että myös ilman päivittäistä harjoittelua, voi saada

hyviä tuloksia. Osallistuja 6 teki harjoitteita muutaman kerran viikossa ja hänen tuloksensa parani tästä ryhmästä eniten. Hän paransi tulostaan 19,1 sekuntia eli puolella alkuperäisestä tuloksesta. Hän oli myös osallistujista vanhin, joten ainakaan tässä ryhmässä iällä ei ollut merkitystä tuloksiin. Vaikka iällä on vaikutusta fysiologisten toimintojen hidastumiseen, voi myös elintoiminnoilla vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn ja sen ylläpitämiseen.

Myös sairauden tai toiminnan rajoitteen laajuudella on vaikutusta ikääntyneen yleiskuntoon ja harjoitteista selviämiseen. Osallistujista neljällä oli jokin fyysiseen toimintakykyyn vaikuttava sairaus tai toiminnan rajoite. Rajoitteista huolimatta lähes jokaisen onnistui parantaa tulostaan. Ainoastaan osallistuja 2:n tulos huononi, mutta siihen syynä oli kaatuminen. Osallistuja 4:n toimintakykyä rajoittava tekijä oli aivoinfarktin myöhäisvaikutukset. Opinnäytetyön ja tulosten arvioimisen kannalta, olisin voinut pyytää tarkempaa tietoa kuinka laajasta vaikutuksesta on kyse ja miten se on vaikuttanut yksilön arkielämään.

Kolme osallistuneista koki olonsa vetreytyneeksi kuukauden harjoittelujakson jälkeen. Yksilön tuntemukset ovat tärkeässä roolissa liikunnan harjoittamisessa, sillä hyvän olon tunne ja harjoitteiden tuomat hyödyt voivat motivoida liikeharjoitusten ottamiseen osaksi arkielämää. Liikunnan hyötyjä ovat esimerkiksi liikkumisen parantuminen ja kipujen vähentyminen. Osallistuneista kahdella kerrottiin olevan hoitajan huomaamaa edistymistä ja kolme koki harjoitukset hyödyllisiksi. Osallistuja 2 koki harjoitteiden olevan tarpeellisia kipujen vähentämiseksi, kun taas osallistuja 4 liikkuvuutensa parantuneen harjoittelujakson aikana. Osallistuja 9 koki voivansa yleisesti paremmin harjoitejakson jälkeen. Liikunnan myönteisiin vaikutuksiin ei välttämättä tarvita jokapäiväistä liikuntaa, että se vaikuttaisi ikääntyneen terveyteen.

Lihaskunnan ylläpitäminen on tärkeää turvallisen liikkumisen sekä hyvän tasapainon ja ryhdin takaamiseksi (Pajala 2012, 26). Harjoitteiden vaikutukset eivät kuitenkaan näkyneet esineen poimiminen lattialta-testin tuloksissa. Esineen poimimiseen lattialta tarvitaan juuri tasapainoa ja asennon hallintaa, joita lihaskunnan ylläpitämisellä

voidaan edistää. MOTOMed-harjoitteet vahvistavat jalkojen lihaksia ja voimaa, mitä juuri tuoilta ylösnousemiseen tarvitaan. MOTOMed-laitteen ääreen istuminen ja siitä nouseminen kehittää myös tuoilta ylösnousua, joka saattaa selittää kyseisen testin hyviä tuloksia. Harjoitteet eivät juurikaan vaikuttaneet tasapainon parantumiseen, vaikka lihaskunto parani. Tällöin on hyvä pohtia, olisiko jokin toinen toimintakykyä kuvaava testi kuvannut paremmin MOTOMedin vaikutuksia yleiskuntoon kuin esi-
neen poimiminen lattialta.

Yhtenäisempi käytäntö tulosten kirjaamisessa ylös olisi voinut auttaa tulosten vaikuttavuuden arviointiin paremmin. Numeraaliset tulokset erityisesti tuoilta ylösnousemisessa oli kirjattu hyvin mutta esimerkiksi hoitajan huomaamasta edistymisestä tai edistymättömyydestä ei ollut mainintaa kuin kolmella henkilöllä. Jatkoa varten voisi hoitajan huomioihin myös merkitä, jos harjoitteilla ei ollut vaikutusta. Harjoite-
kertoja olisi voinut myös tarkentaa esimerkiksi kuinka paljon tarkoitti muutaman ker-
ran viikossa ja kuinka pitkiä harjoituskerrat olivat. Uuden liikkumissopimuksen (liite 1) käyttöönotto vaikuttaa varmasti jonkin verran, sillä siinä on selkeä kohta molemmille testeille, niiden alku- ja seurantamittaukselle sekä muille huomioitaville asioille.

Omat odotukseni liikunnan vaikutuksista yleiskuntoon olivat samansuuntaisia tutkimustulosten kanssa. Liikunnalla tiedetään olevan vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ja, että liikunnan harjoittaminen voidaan aloittaa vielä myöhemmällä iällä. Alalla työskennelleenä minulla on myös jonkin verran henkilökohtaista kokemusta ikääntyneiden kuntouttavasta hoitotyöstä. Tiesin liikunnan vaikutuksista yleiskuntoon jo ennen kirjallisuuteen tutustumista, mutta en uskonut, että yhdeksästä osallistujasta useampi pystyisi parantamaan tuloksiaan, kuten esimerkiksi osallistujat 4 ja 5. Kuu-
kausi on loppujen lopuksi lyhyt aika harjoitteiden suorittamiseen ja mielestäni tuoilta ylösnousun tuloksen parantaminen lähes puolelta on hieno saavutus. Olisi mielenkiintoista jatkaa harjoitteita esimerkiksi puoli vuotta ja katsoa minkälainen vaikutus pidemmällä harjoitteluajalla olisi. Pidempi harjoittelu-aika ei välttämättä ole kuitenkaan mahdollinen, jos kotihoidossa on tarvetta useammalle MOTOMed-laitteelle kentällä samaan aikaan.

Uuden projektin aloittaminen on aina haastavaa ja aluksi toiminta ei ole välttämättä yhtenäistä. Hankkeella on kuitenkin ollut jo vaikutusta kaakkoisen kotihoidon toimintaan. Kokemuksesta on opittu, ettei kovin huonokuntoiselle ikääntyneelle syntynyt motivaatiota, koska hän ei pystynyt tekemään harjoitteita niin, että kokisi tekevänsä niitä itsenäisesti. Polkulaitteen kuukauden käyttöaika koettiin haasteelliseksi, jos asiakas ei motivoitunut motivoinnista huolimatta laitteen käyttöön. Käytäntö opetti, että jos asiakas ei osoittanut motivoitumisen merkkejä viikkojen kuluessa, oli polkulaite parempi antaa toiselle asiakkaalle lainaan. Lisäksi, jos asiakas on hyvin motivoitunut harjoitteiden tekemiseen päivittäin, pystyy laitteen laina-aikaa hänen kohdallaan pitkittämään, jos muualla ei ole tarvetta.

Jatkossa vastuuhoitajien roolia tullaan selkeyttämään. Heille annetaan parempi ohjeistus, jotta heidän toimintansa olisi varmempaa ja he kokisivat pystyvänsä ohjaamaan asiakasta esimerkiksi polkuharjoitteiden tekemisessä. Myös fysioterapeutin osaamista hyödynnetään jatkossa enemmän. Ohjeistus selkiytyi hankkeen edetessä ja vaikeuksista otettiin opiksi, mitä voisi jatkossa tehdä toisin. Liikuntasopimus uudistui hankkeen aikana ja nyt yhteen A4-kokoiseen paperiin on saatu virallinen kohta tuoilta ylösnousu- ja esineen poimiminen lattialta-harjoitteille (Liite 1).

Hankkeen myötä MOTOMed-harjoittelu ja muu ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukeminen on otettu osaksi toimintaa kaakkoisessa kotihoidossa. Pohjoinen kotihoito on myös ilmaissut mielenkiintonsa hanketta kohtaan, joten toivottavasti toiminta laajenee hyvien kokemusten myötä.

Opinnäytetyötäni voi hyödyntää ikääntyneiden hoitotyössä, sillä työ on tehty ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn parantamiseksi ja ikääntyneiden motivoimiseksi liikunnallisiin harjoitteisiin. Tutkimusaineiston ollessa suppea, aihetta voisi jatkossa tutkia laajemmin ja isommalla otannalla kattavamman tuloksen saamiseksi. Jatko-

tutkimuksessa voisi keskittyä siihen, miten motivoida ikäihmistä fyysiseen harjoitteluun tai, kuinka liikuntaharjoitteet ikääntyneen kokemukseen hänen hyvinvointiaan.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Terveystieteissä käytetään usein kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta, kun halutaan saada vastauksia kysymyksiin miksi, miten ja millainen (Holopainen & Pulkkinen 2008, 20). Tutkimuksen hyviin ja eettisiin käytäntöihin kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen, tiedonanto ja suostumuksen pyytäminen. Tutkimukseen osallistuminen ei saa rajata itsemääräämisoikeutta niin, että osallistujalla ei olisi mahdollisuutta päättää itse omasta osallistumisestaan. Tiedon laadun pohdinta on tärkeää tutkimusprosessin aikana. Osallistujalle on kerrottava mitä tutkimuksen missäkin vaiheessa tapahtuu, millaisia mahdollisia riskejä osallistumisessa on ja tutkimuksen tekijän on oltava varma, että osallistuja ymmärtää saamansa informaation. Suostumukseen tarvitaan varmuus, että osallistuja pystyy tekemään itsenäisiä, järjellisiä päätöksiä itse ja, ettei häneen kohdistu minkäänlaista pakotetta. (Hirsjärvi ym. 2013, 25.)

Kotihoidon toteuttamaan hankkeeseen ei liittynyt osaltani eettisiä ongelmia, sillä he tekivät tarvittavat alku- ja loppumittaukset sekä seurasivat harjoitteiden toteutumista. En tarvinnut tutkimuslupaa saamieni tulosten tutkimiseen, sillä en tavannut osallistujia henkilökohtaisesti. En myöskään pystynyt tunnistamaan kyseisiä henkilöitä tuloksista, sillä esitiedot, jotka sain, olivat asiakkaan ikä, sukupuoli, mahdolliset fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet ja liikkumisen apuvälineet. Olen käynyt kotihoidon ohjaajan kanssa keskustelua hankkeen järjestämisestä kotihoidon puolelta, jotta ymmärtäisin prosessin kattavammin. Tulosten käsittelyssä kiinnitin huomiota huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Koska en ole missään vaiheessa tavannut asiakkaita, olen pystynyt olemaan tuloksien käsittelyssä täysin objektiivinen.

Tutkimukseen osallistuvaa ryhmää kutsutaan otannaksi, jos perusjoukon jokaisella henkilöllä on mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen. Jos ei, tutkimukseen osallistuneista käytetään nimeä näyte. Jos tutkimukseen osallistuvien ominaisuudet vastaavat perusjoukon ominaisuuksia samassa suhteessa eli kyseessä on perusjoukon pienoismalli, otosta voidaan sanoa edustavaksi. Otannan voi kerätä monella tavalla; todennäköisyyteen perustuvilla ja harkintaan perustuvilla menetelmillä. Todennäköisyyteen perustuvilla menetelmillä otanta kerätään enemmän sattuman kautta, kun taas harkintaan perustuvissa menetelmissä käytetään nimensä mukaisesti harkintaa. Tällöin on myös tärkeää, että otos on objektiivinen ja tasapuolinen. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 28–36.)

MOTomed-harjoitteluun osallistuneet asiakkaat valittiin hankkeen ja kotihoidon tiimin asettamien kriteereiden perusteella. Osallistuja oli ikääntynyt kotihoidon asiakas, jolla oli rajoittunut mahdollisuus kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin ja käytössään liikkumisen apuväline. Otantamenetelmänä on ollut enemmän harkinnanvarainen, sillä asiakkaiden valintaan on ollut tarkat kriteerit, jotka heidän on pitänyt täyttää. Vapaaehtoisuus on huomioitu, sillä asiakkailta on pyydetty suostumus harjoitteiden tekemiseen ja kerrottu, että mukana oleminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuneilla oli myös mahdollisuus keskeyttää harjoitteet milloin he halusivat.

Koska kotihoito on mitannut toimintakyvyn tasoa ennalta määrättyjen toimintakykyä kuvaavien mittareiden avulla, ei ole syytä epäillä mitattujen tulosten paikkaansa pitävyyttä. Toimintakyvyn mittareita käytettäessä olosuhteet pyritään pitämään standardina tuloksien toistettavuudeksi ja luotettavuudeksi. Tulokseen voi kuitenkin vaikuttaa monet asiat, esimerkiksi ikääntyneen sen hetkinen vireystaso. Olosuhteiden standardoiminen vaikeutuu kotihoidossa, sillä toiminnalliset testit toteutetaan asiakkaan kotona. Tällöin jokaisella ei välttämättä ole käytössään yhtä korkeaa tuolia, vaan tuolin korkeus vaihtelee asiakaskohtaisesti. Matalammalta tuoilta nouseminen vaatii enemmän jalkojen voimaa ja voi siten vaikeuttaa testin suorittamista.

Tuolilta ylösnouseminen vaatii hyvää lihasvoimaa, sillä nousemiseen käytettävän lihasvoiman on oltava suurempi kuin maan vetovoiman. Toiminnon tarkoituksena on seurata, kuinka pitkä aika ikääntyneeltä menee tuolilta ylösnousemiseen viidesti. Hyväkuntoiset ikäihmiset suoriutuvat testistä yleensä nopeasti, mutta heikompikuntoisille viiden nousun suorittaminen voi olla hyvinkin raskasta. (Rantanen & Sakari 2013, 318.) Tulokset kertovat, että tuolilta ylösnouseminen on parantunut kuukauden polkuharjoittelun tuloksena. Tämä selittyy, sillä että polkuharjoitukset vahvistavat jalkojen lihaksia ja parantavat voimaa, mitä tarvitaan juuri tuolilta ylösnousemiseen. Esineen poimiminen lattialta mittaa enemmän tasapainoa kuin jalkojen voimaa, jolloin voidaan pohtia, onko mittari soveltuva kuvaamaan juuri polkuharjoittelun tuomaa kehitystä vai pitäisikö jatkoa varten etsiä jokin toinen yleiskuntoa paremmin kuvaava testi.

Eettinen toimintani liittyy vain omaan osuuteeni opinnäytetyöraportin kirjoittamisesta ja tulosten analysoimisesta. Hyvän tutkimuksen merkki on, ettei kenenkään muun tekstiä ole plagioitu, työhön kohdistuvalle kritiikille annetaan mahdollisuus ja, että raportointi on johdonmukaista (Hirsjärvi ym 2013, 26). Opinnäytetyössä olen viitanut lähteisiin oikeaoppisesti, jotta tekstin alkuperä näkyisi ja olen arvioittanut työtämme sen eri vaiheissa useammalla taholla. Olen keskustellut kotihoidon ohjaajan kanssa ja kysynyt heidän toiveitaan opinnäytetyön suhteen. Raportoinnissa olen kiinnittänyt huomiota kronologisuuteen ja huolellisuuteen. Olen pyrkinyt pitämään opinnäytetyöni selkeänä, jotta lukeminen olisi helpompaa.

Tulokset kertovat vain kyseisen yhdeksän hengen ryhmästä. Vaarana on, että mitä pienemmästä otannasta tehdään johtopäätöksiä, sitä suuremmat ovat virheiden mahdollisuudet tutkimuksessa (Holopainen & Pulkkinen 2008, 38). Osallistujien keski-ikä oli myös korkeampi kuin kotihoidossa yleisesti ja osallistujien piti täyttää kriteerit harjoitusjaksolle osallistumiseen. Tulosta ei voi yleistää edes kaikkia liikkuamisen apuvälineitä käyttäviä ikääntyneitä, joilla on vähäinen mahdollisuus kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin, koskevaksi.

Tuloksiin vaikuttavia tekijöitä ovat myös inhimilliset virheet. Tuloksissa oli selkeästi keskitytty enemmän tuolilta ylösnousemisen suorittamiseen, sillä kaikilta saatiin tulokset. Esineen poimiminen lattialta-testin tekemisessä kävi inhimillisiä virheitä, jonka takia kolmen henkilön tulokset puuttuivat eikä niitä siksi voitu käsitellä. Jätin tulokset huomioitta ja keskityin kuuden ihmisen tuloksiin tältä osin. Vastoinkäymisiin ei voi koskaan valmistautua, mutta ne opettavat tapahtuessaan joustavuutta. Kyseessä ei kuitenkaan ole niin suuri projekti omalta kohdaltani, jonka takia kolmen ihmisen tulosten puuttuminen vaarantaisi työn.

Odotin alun alkaen, että projektiin olisi osallistunut useampi henkilö, mutta osallistujia karsiutui minusta ja kotihoidosta riippumattomista syistä. Yhdeksän ihmisen tuloksia oli helppo käsitellä ja raportoida, vaikka suuremmalla osallistujajoukolla olisi voinut tarkemmin kuvata liikunnan vaikutuksia. Yleisten johtopäätöksien tekoon olisi tarvittu monin kerroin suurempi osallistujamäärä enkä usko, että niin suuren projektin toteuttaminen olisi ollut opinnäytetyön mittapuussa mahdollinen. Kyseistä hanketta koskien informaatiota ja tuloksia tuli tarpeeksi, sillä hankkeella on ollut positiivisia seurauksia fyysisen toimintakyvyn tukemiseen kaakkoisen kotihoidon alueella.

9.3 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan työ on monitieteellistä, jolloin se perustuu hoitotieteen lisäksi muiden alojen tutkimustiedolle. Näyttönä toimivat hoitosuosituksot, tutkimustieto, ammatillinen tieto ja kokemukset sekä potilaan tarpeet. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen koostuu useista eri hoitotyön osa-alueista hänen toimiessaan hoitotyön asiantuntijana. Osa-alueet on jaettu eettiseen toimintaan, terveyden edistämiseen, hoitotyön päätöksentekoon, monikulttuuriseen hoitotyöhön, kliiniseen toimintaan ja lääkehoitoon. Näiden lisäksi sairaanhoitajalla on oltava valmiudet ohjaukseen ja opetukseen, yhteistyöhön, tutkimus- ja kehittämistyöhön sekä johtamiseen. (Opetusministeriö 2006, 63–64.)

Sairaanhoitaja eettisiin arvoihin kuuluu asiakkaan kunnioitus yksilönä, itsemääräämisoikeuden vaaliminen, empatiakyky sekä ihmisläheisyys. Ihmisoikeudet, lainsäädäntö ja hoitotyön eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoitajaa toiminnassaan. (Opetusministeriö 2006, 64.) Opinnäytetyöprosessin aikana omat taitoni eettiseen pohdintaan ovat kehittyneet. Valmiin aineiston raportointi ei itsessään pidä sisällään eettisiä ongelmia, mutta tutkimustietoon perustuvan raportin kirjoittamisessa huomioidaan tutkimuksen tekemisen eettisyys, jotta alkuperäiset tiedot eivät muuttuisi tai jäisi pois.

Opinnäytetyötä ohjaa ajatus terveyden edistämisestä, sillä etsitty tieto käsittää vastauksia, minkälainen fyysinen aktiivisuus ylläpitää ja lisää ikääntyneen fyysistä toimintakykyä. Terveyttä edistäessään sairaanhoitaja tunnistaa terveysongelmien uhkia ja tukee terveyden ja voimavarojen ylläpitämistä yksilön ja yhteisön näkökulmasta (Opetusministeriö 2006, 64). Opinnäytetyön avulla on mahdollista löytää tai kehittää keinoja ikääntyneen yleiskunnon ylläpitämiseen, joka puolestaan edistää ikääntyneen terveyttä.

Hoitotyön päätöksen teko kuuluu olennaisesti sairaanhoitajan työhön ja siinä tarvitaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Päätöksen teko kattaa myös kriittisen ajattelun. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä tarvitaan tutkitun tiedon lisäksi ammatillista asiantuntemusta, tietoa potilaan tarpeista ja kokemuksista sekä erilaisia hoitosuosituksia. (Opetusministeriö 2006, 63–65.) Opinnäytetyöprosessiin on vaadittu samoja asioita, sillä raportissa kuvatut asiat pitää perustaa aina aiemmalle tieteelliselle tiedolle. Opinnäytetyöprosessin myötä tutkitun tiedon löytäminen on helpompaa ja usko pysyvänä hyödyntämään sitä ammatissa toimiessani. Opinnäytetyöprosessi on myös kehittänyt kriittistä ajattelua ja tekemisen perustelua aiemmalla tutkitulla tiedolla.

Sairaanhoitajan rooli tutkimus- ja kehittämistyön kehittäjänä on suuri, sillä vastuu oman ammatillisuuden kehittämisestä, tiedonhankintataidoista ja hoitotyön käytännöstä nousevien ongelmien kehittämisestä on sairaanhoitajalla itsellään. Sairaan-

hoitajan ammattiin kuuluu hoitotyön laadun edistäminen ja oman työn kriittinen arviointi. (Opetusministeriö 2006, 66–67.) Teorian etsiminen ja siihen viittaaminen vie suurimman osan opinnäytetyöhön käytettävästä ajasta valmiin aineiston analyysissä, sillä tutkittavasta ilmiöstä on oltava teorian tietoa ennen tulosten käsittelyä. Teorian kriittinen arviointi on kehittänyt omia ammatillisia valmiuksiani, sillä olen joutunut syventymään siihen opinnäytetyöprosessin aikana. Vaikka kyseessä oli pienimuotoinen projekti, on se osa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä ja oman ammatillisuuteni vahvistamista.

Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä sekä asiakkaan ja hänen läheistensä että kollegoiden kanssa. Erityisesti vuorovaikutus-, yhteistyö- ja esiintymistaitoja on tarvittu opinnäytetyöprosessin aikana muun muassa Vuosaaren kotihoidon kanssa toimiessa. Aloitin opinnäytetyöni parin kanssa, mutta erilaisten elämäntilanteiden, ajan käytön ja siitä johtuneen työmäärän epätasaisuuden vuoksi jatkoin työn loppuun asti itse. Vuorovaikutus parin välillä on tärkeää, sillä erilaisten elämäntilanteiden takia työtä voi joutua tekemään tapaamatta säännöllisesti. Opinnäytetyön tekeminen parityönä voi olla haastavaa, jos osapuolilla on erilaiset käsitykset siitä minkälainen työstä tehdään. Jatkoa varten tiedän, että työmäärän jakaminen ja ajan käyttö on suunniteltava etukäteen ja tarkemmin kuin tällä kertaa.

Kehityskohdaksi jää erityisesti aikatauluissa pysyminen, sillä sovitusta päivämäärästä on hyvä pitää kiinni työelämässäkin. Opinnäytetyöprosessi on opettanut minulle pitkäjänteisyyttä, sillä se venyi noin puolella vuodella alkuperäisestä suunnitelmasta parityöskentelyongelmien takia. Prosessi on kasvattanut minua ihmisenä, sillä tulevaisuutta varten olen oppinut toimimaan nopeammin ongelmien ilmaantuessa. Itsevarmuuteni ja esiintymistaitoni ovat kehittyneet paljon, sillä opinnäytetyötä on esitelty eri vaiheissa koulutovereille ja ohjaaville opettajille, jonka seurauksena usko omaa projektia kohtaan on kasvanut.

Suurinta osaa hoitotyössä tapahtuvista osa-alueista, kuten lääkehoitoa, ohjaus- ja opetustoimintaa sekä monikulttuurista ja kliinistä hoitotyötä, on käsitelty työssä vain

teoriatasolla. Opinnäytetyöllä on ollut vaikutusta, sillä pystyn perustelemaan esimerkiksi toimintakyvyn ylläpitämiseen vaikuttavia toimintoja hoitotyössä paremmin, osaan etsiä oikeaa tietoa oikeista lähteistä ja oma ammatillisuuteni on kehittynyt prosessin aikana.

Olen saanut työstäni hyvää palautetta Vuosaaren kotihoidon ohjaajalta. Aion esitellä raportin tulokset hänen yksikölleen ja ne tulevat heidän käyttöönsä asiakkaiden motivoimiseksi fyysiseen harjoitteluun. Työtäni kohtaan on osoitettu kiinnostusta myös muualla ja muilla kotihoidon palvelualueilla ja aion esitellä työni tuloksia myös halukaille, joita aihe kiinnostaa ja koskettaa.

LÄHTEET

- Aalto, Riku 2009. Liikkeelle – Hyvänolon opas senioreille. Jyväskylä:WSOYpro.
- Finne-Soveri, Harriet 2008. Kipu. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.). Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki:Edita Prima, 189–210.
- Heikkinen, Eino 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 393–406.
- Heikkinen, Eino; Kauppinen, Markku & Laukkanen, Pia 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 291–302.
- Hellén, Hilikka & Salminen, Eeva-Liisa 2016. Muistikoordinaattorina Helsingin kotihoidossa. Luentodiat. Viitattu 29.1.2016
- Helsingin kaupunki 2010. Liikkumissopimus. Viitattu 15.1.2015.
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/959b60804a154486a329e7b546fc4d01/LiikkumissopimusA3+\(2\).pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=959b60804a154486a329e7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/959b60804a154486a329e7b546fc4d01/LiikkumissopimusA3+(2).pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=959b60804a154486a329e7b546fc4d01)
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Bookwell Oy
- Hirvensalo, Mirja; Rasinaho, Minna; Rantanen, Taina & Heikkinen Eino 2013. Liikunta. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 474–484.
- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hyttinen, Hanna 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, 42–56.

- Hyvärinen, Lea 2013. Näkö. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim:Helsinki, 198–209.
- Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hänninen, Tuomo 2013. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 210–215.
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita Prima:Helsinki
- Jäntti, Pirkko 2008. Kaatumiset ja niiden ennaltaehkäisy. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.). Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki:Edita Prima, 288–301.
- Kan, Suvi & Pohjola, Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki:Sanoma Pro Oy
- Kelo, Sini; Launiemi, Helena; Takaluoma, Matleena & Tiittanen, Hannele 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki:Sanoma Pro Oy
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Viitattu 12.1.2016. <http://www.fimea.fi/laaketieto/julkaisut/julkaisuarkisto>
- Kuusela, Marja; Hupli, Maija; Johansson, Kirsi; Routasalo, Pirkko & Eloranta, Sini 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede, 22 (2), 96–107.
- Käypä hoito 2016. Liikunta. Käypä hoito-suositus. Viitattu 29.1.2016. <http://kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>
- Lupsakko, Taina & Ikäheimo, Kirsi 2008. Iäkkäiden aistiongelmät: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.). Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 145–164.
- Lyyra, Tiina-Mari & Tiikkainen, Pirjo 2008. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOY, 58–73.
- Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki:Edita

- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2014. Vanhuksen parhaaksi – hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki:Edita
- Medifys 2015. Laite-esittely: MOTOMed moottoriavusteinen kuntopyörä. Viitattu 12.1.2016. <http://www.medifys.fi/laite-esittely-motomed-moottoriavusteinen-kuntopyora/>
- Mäkinen, Elisa; Kruus-Niemelä, Maria & Roivas, Marianne 2009. Ikäihmisen hyvä elämä. Yliopistopaino:Helsinki
- Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 29.1.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/
- Nummijoki, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhuksen toimijuuteen. Teoksessa Yrjö Engeström; Anna-Liisa Niemelä; Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.). Lupaava kotihoito. Juva:WS Bookwell Oy, 87-134.
- Nupponen, Ritva 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Mikael Fogelholm; Ilkka Vuori & Tommi Vasankari (toim.). Terveysliikunta. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 43–56.
- Näslindh-Ylispangar 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki:Edita Publishing Oy.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.html
- Pajala, Satu 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Helsinki:THL. Opas. Viitattu 1.3.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1>
- Pajala, Satu; Sihvonen, Sanna & Era, Pertti 2013. Asennon hallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim,

168–185.

- Paronen, Olavi & Nupponen, Ritva 2011. Terveysten ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Mikael Fogelholm; Ilkka Vuori & Tommi Vasankari (toim.). Terveystenliikunta. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 186–196.
- Pikkarainen, Aila 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa 1. Juvenes Print:Jyväskylä. Viitattu 15.1.2015. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1
- Rantakokko, Merja & Rantanen, Taina 2013. Ulkoympäristö ja toimintakyky. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 541–548.
- Rantanen, Taina & Sakari, Ritva 2013. Toimintatellit. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 315–321.
- Rantanen, Taina 2008. Kunnan kohotusta korkeassa iässä: Lisää elämää vuosiin. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.). Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki:Edita Prima, 322–333.
- Sarvimäki, Anneli 2008. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOY, 27–40.
- Sarvimäki, Anneli 2013. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 92–100.
- Sipilä, Sarianna; Rantanen, Taina & Tiainen, Kristina 2013. Lihasvoima. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 141–152.
- Suominen, Harri 2013. Luuston kunto. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 135–140.
- Suominen, Merja 2013. Ravitseminen. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 485–494

- Tiikkainen, Pirjo 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen (toim.). Gerontologia. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, 284–290.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Viitattu 14.1.2016. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Voutilainen, Päivi 2008. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOY, 124–144.
- Vähäkangas, Pia 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOY, 145–157.
- Ympäristöministeriö. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Viitattu 26.8.2015. <http://www.ym.fi/download/no-name/%7BEAF4ED7E-F582-414E-8A33-1A9BC0067707%7>

LIITE 1: Uudistunut liikkumissopimus



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Kotihoito

LIKKUMISSOPIMUS

Asiakas	Paivamaara	Seurantapaivamaara
FYYSISEN TOIMINTAKYVYN ITSEARVIOINTI JA HAVAINNOINTI		
ASIAKKAAN ARVIO		ASIAKKAAN SUORITUS
kylla / ei	Paaasetteko makuuasennosta istumaan?	kylla / ei
kylla / ei	Paaasetteko siirtymaan saengylta keittion tuolille?	kylla / ei
kylla / ei	Paaasetteko tuolilta ylos seisomaan?	kylla / ei
kylla / ei	Pystytteko ottamaan aterian jaaakaapista ja laammittamaan sen?	kylla / ei
TOIMINTAKYKYTESTIT		
Istumasta ylosnousu viisi (5) kertaa (ajanotto loppuu viimeiseen seisoma-asentoon)		
Pvm	Suoritus aika	Huomioitavaa (kasiin tukeutuen, ilman kasiin apua, minkalainen tuoli?)
Seurantapvm		
Esineen poimiminen lattialta (esim. sanomalehti)		
Pvm	Pisteet	Huomioitavaa
Seurantapvm		
Pisteytys	4 p	Pystyy nostamaan esineen helposti ja turvallisesti
(Berg ym. 1989, 1992, 1995):	3 p	Pystyy nostamaan esineen, mutta tarvitsee varmistuksen
	2 p	Ei pysty nostamaan esinetta, mutta kurkottaa 2-5 cm paaahan esineesta niin, etta tasapaino sailyy
	1 p	Ei pysty nostamaan esinetta ja tarvitsee yritykseensa varmistuksen
	0 p	Ei pysty yrittamaan / tarvitsee avustusta, ettei kaatuisi
PÄIVITÄISET ASKAREET		
Mitka paivittaiset askareet onnistuvat teiltä?		
Missä askareissa teillä on vaikeuksia?		
Mitä olette harrastanut/tehnyt mielellänne?		
Millaista harjoittelua haluaisitte tehdä hoitajan tukemana?		
LIKKUMISSOPIMUKSEN SISÄLTÖ (siirrä hoitotyön suunnitelmaan)		
Paivittaiset toiminnot (esim. pukeutuminen, peseytyminen suihkussa, siirtymis- ja seisomisharjoitukset)		
Arkiaskareet		
Kotivoimistelu ja muu liikunnan harrastaminen		
Ulkoilu (esim. roskien vieni, palvelukeskustoiminta)		
Liikkumissopimuksen laatimiseen osallistuivat		
Allekirjoitus ja nimenselvitys		Allekirjoitus ja nimenselvitys