

Ritva Galla

SYDÄMEN ASIALLA – OMAISHOITAJIEN VIRKISTYSPÄIVÄ

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2011



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Ritva Galla	
Työn nimi SYDÄMEN ASIALLA – OMAISHOITAJIEN VIRKISTYSPÄIVÄ	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Sisätautien hoitotyö	Ohjaaja(t) Seija Siivola Toimeksiantaja Vaalan seurakunta
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 45 + 7
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata, millainen virkistyspäivä tukee muistisairaiden omaishoitajien arjessa jaksamista. Opinnäytetyöni tavoitteena oli saada tietoa virkistyspäivään osallistuneiden omaishoitajien kokemuksista ja ideoista seurakunnan järjestämien tulevien virkistyspäivien kehittämiseksi. Tutkimustehtäväni olivat: Millaisia omaishoitajien kokemukset olivat virkistyspäivästä ja millaisia toiveita he esittivät virkistyspäivän kehittämiseksi.</p> <p>Kvalitatiiviseen opinnäytteeseeni keräsin aineistoni järjestämällä omaishoitajille virkistyspäivän ja palautekyselyllä, jonka he täyttivät päivän päätteeksi. Virkistyspäivään osallistui viisi omaishoitajaa ja yksi omaishoitajan hoidettava. Palautelomakkeessa kysyin vastasiko päivä odotuksia, autoiko päivä virkistymään, millainen oli päivän sisältö. Saamani palaute oli hyvää ja kyselylomakkeen kautta sain tietoa omaisten toiveista ja jaksamisen tukemisesta. He toivoivat virkistyspäiviä tulevaisuudessa. Omaishoitajat toivoivat aikaa enemmän keskustelulle ja heidän toiveena oli myös mahdollisuus yhteiseen pyöräretkeen.</p> <p>Opinnäytetyöni osoitti, miten tärkeää omaishoitajille oli saada hetken tauko arjesta ja kokoontua yhteen keskustelemaan samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Opinnäytetyöni osoitti, että omaishoitajuus syntyy usein itsestään, esimerkiksi perheenjäsenen sairastumisen myötä. Vapaapäivät jäivät käyttämättä tai usein ne olivat vain muutaman tunnin mittaisia. Omaishoitajuus oli usein kaventunut melkein neljän seinän sisäiseksi elämäksi.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Omaishoitaja, dementia, ravinto, liikunta, arjen haasteet ja vertaistuki
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School	Degree Programme
Author(s) Ritva Galla	
Title	
Optional Professional Studies	Instructor(s)
	Commissioned by
Date	Total Number of Pages and Appendices
Language of Thesis	
Keywords	
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

Omaishoitajajako.

Kuka hän on?

Mitä hän tekee?

Hän nostaa, kantaa,

pesee, pukee, syöttää, juottaa.

Touhuavat päivät, valvovat yöt.

Hän itkee, rukoilee, nauraa, laulaa.

Hän väsyä, tiuskii, komentaa.

Mutta ennen kaikkea, hän rakastaa.

Hän on ihminen.

(Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 8.)

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 MUISTISAIRASTA HENKILÖÄ HOITAVAN OMAISHOITAJAN SELVIYTYMINEN ARJESSA	5
2.1.Dementia	5
2.2 Omaishoitajuus	10
2.3 Omaishoitajan arjen haasteet	14
2.4 Apukeinoja arjessa selviytymiseen	20
2.4.1 Vertaistuki	21
2.4.2 Liikunta	24
2.4.3 Ravinto	27
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	35
4 OPINNÄYTTEEN TOTEUTTAMINEN	36
4.1 Virkistyspäivä ja kysely tiedonkeruumenetelminä	37
4.2 Aineiston keruu ja palautteen analyysi	38
4.3 Aineiston purku	39
5 TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA NIIDEN TARKASTELUA	41
5.1. Opinnäytteen tulokset	41
5.2 Opinnäytteen tulosten tarkastelua	42
6 POHDINTA	46
6.1 Opinnäytteen luotettavuus	46
6.2 Opinnäytteen eettisyys	46
6.3 Ammatillinen oppiminen	47
6.4 Opinnäytteen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	51
LÄHTEET	54
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vanhushuollon keskeisenä tavoitteena Suomessa pidetään sitä, että mahdollisimman moni vanhus voisi elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Erilaiset avohoidon tukimuodot ovat olleet keskeisiä välineitä sen saavuttamiseksi, mutta tärkeä keino on myös omaishoidon tukeminen ja kehittäminen. Omaishoitoa ja sen tukemisen vaikuttavuutta on tutkittu monissa kymmenissä kontrolloiduissa tutkimuksissa yllättävän ristiriitaisin tuloksin. Alle puolessa tutkimuksissa on onnistuttu vaikuttamaan ensisijaiseen tavoitteeseen eli omaishoitajien kuorman keventämiseen. Vähemmän on näyttöä laitoshoidon lykkääntymisestä. Parhaiten tavoitteensa tuntuvat saavuttavan interventiot, joissa räätälöidään joustavasti erilaisia tukitoimia hoidettavan ja omaisten tarpeita ja toiveita kuunnellen. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 13.)

Suomessa oli omaishoitajia 29 582 vuonna 2005 ja heidän määränsä on noussut 32 359 vuoteen 2007 mennessä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Omaishoitaja sitoutuu yleensä vuosiksi hoitamaan läheistään, kun taas vammaisasiakkaalla omaishoitaja voi hoitaa omaistaan vuosikymmeniä. (Eduskunta.2009.)

Suuntaus tänä päivänä on, että ikääntyvät, pitkäaikaissairaat ja vammaiset hoidetaan mahdollisimman pitkään kotona. Tästä johtuen on tärkeää kartoittaa keinoja ja tarvittavia tukitoimenpiteitä, joilla kotihoitoa voitaisiin tukea. Kotona asuvan hoitoa tarvitsevan hoitovastuu on yhä enemmän jäänyt omaisille ja läheisille. Omaisen hoitaminen kotona voi olla ympärivuorokautista ja sitovaa. Omaishoitajien jaksamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järntedt, & Korhonen 2006, 26.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, millainen virkistyspäivä tukee muistisairaita hoitavien omaishoitajien arjessa jaksamista. Haluan päästää heidät hetkeksi vapaalle ympärivuorokautisesta työstään, johon vuosikymmenien rakkaus heitä motivoi ja velvoittaa. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa virkistyspäivään osallistuneiden omaishoitajien kokemuksista ja ideoista seurakunnan järjestämien tulevien virkistyspäivien kehittämiseksi. Tutkimustehtävänäni olivat: Millaisia omaishoitajien kokemukset olivat virkistyspäivästä ja millaisia toiveita omaishoitajat esittivät virkistyspäivän kehittämiseksi.

Työni tilaaja Vaalan seurakunta on järjestänyt muistisairaita hoitavien henkilöiden virkistyspäivän usean vuoden ajan. Vaalan seurakunta on pieni ja sijaitsee Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan rajamailla. Keskimääräinen virkistyspäivän osallistujamäärä on kymmenen omaishoitajaa. Päivien sisällön kehittäminen on ajankohtainen ja seurakunta haluaa kehittää toimintaansa.

2 MUISTISAIRASTA HENKILÖÄ HOITAVAN OMAISHOITAJAN SELVIYTYMINEN ARJESSA

2.1 Dementia

Dementiaalla tarkoitetaan henkisten ja fyysisten toimintojen huononemista, jonka keskeisenä oireena ovat muistihäiriöt. Dementia on oireyhtymä, johon liittyy laaja-alainen toimintojen heikkeneminen. Dementian oireisto voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä. Dementia luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54.)

Dementia -sanalla ei ole suomenkielistä korviketta, mutta sana istuu hyvin meidän suuhun (Sulkava ym. 1993, 13). Kirjallisuuden mukaan dementiaalla tarkoitetaan älyllisen suorituskyvyn heikentymistä, että toimintojen heikentyminen rajoittaa henkilön itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Muistihäiriöiden lisäksi dementiaan liittyy paljon oireita. Ongelmia esiintyy toiminnan suunnittelussa ja keskittymisen säätelyssä. Puhe, kätevyys ja hahmottaminen tuottavat vaikeutta. Tiedonkäsittelyyn liittyvien eli kognitiivisten oireiden lisäksi dementiaoireyhtymään liittyy usein myös haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen häiriöitä. Muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminnan häiriöt ovat kaikissa dementioissa erittäin voimakkaita. Iän mukana muistihäiriöt lisääntyvät ja vakavimmassa tapauksessa kyse on etenevistä dementioista, jotka johtuvat aivoja rappeuttavista sairauksista. (Erkinjuntti 2001, 89; Suutama 2003, 178.)

Dementiaalla on pitkä historia. Sevillan piispan St. Isidoren oppikirjassa *Etymologiae* (600 eKr) on dementia määritelty ensimmäisen kerran. Ensimmäisen kerran lääketieteessä käsitteenä on kuvattu dementiaa Roomalaisen lääketieteen historioitsija Celsus noin vuonna 200 eKr. Dementia -sana esiintyy ensimmäisen kerran vuonna 1381 ranskalaisessa lääketieteellisessä kirjallisuudessa. Ensimmäisessä suomenkielisessä lääketieteen sanastossa vuodelta 1885 selitetään dementiaa tylsämielisyydeksi. Viimeisen vuosikymmenen aikana dementia käsitteenä on yleistynyt kielenkäyttöön viimeisten vuosikymmenten aikana. Dementia -käsite on kautta aikojen liitetty hulluuteen ja merkittävään yhteiskunnallisten ja sosiaalisten kykyjen rajoitukseen. (Erkinjuntti 2001, 88; Viramo 1994,18.)

Suomessa noin kahdeksan prosenttia yli 65-vuotiaista sairastaa keskivaikeaa dementiaa. Uusia tapauksia ilmaantuu vuosittain noin 13 000 ja meillä on noin 120 000 jonkinasteisesta de-

mentiaasta kärsivää henkilöä. Yli puolet dementikoista on yli 80-vuotiaita. Tärkeimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertoperäinen vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale-dementia ja otsalohkodementia. Näiden lisäksi on kymmeniä muita dementian syitä, joista muutamat voidaan hoitaa. Hoidettavia tiloja ovat depressio, kilpirauhasen vajaatoiminta, B-12 -vitamiinin puutostila, lääkemyrkytys, normaalipaineinen hydrokefalia ja krooninen subduraalihakematooma. (Juntunen 2008, 108.)

Ihmisen ikääntymisessä tapahtuu lievää heikentymistä joustavuutta vaativissa kognitiivisessa suoriutumisessa. Dementian alkuvaiheessa on vaikea erottaa normaalia hyvänlaatuista kognitiivista muutosta. (Juntunen 2008, 103.) Dementialla ymmärretään laaja-alaista älyllisen toiminnan heikkenemistä, joka vaikeuttaa selviytymistä työstä ja arkiaskareista. Muistin heikkeneminen liittyy dementian varhaiseen vaiheeseen. (Juntunen 2008, 107.)

Dementiaa ei pidä sekoittaa masennukseen, joka voi aiheuttaa samanlaisia oireita, kuten unohtelua sekä toimintakyvyn heikkenemistä (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 56). Huomattavia haasteita dementia voi tuoda elämään, mutta jokaisella muistihäiriöstä kärsivällä on voimavaroja tallella. Sairastuneen on tärkeä löytää elämäänsä iloa, nautintoa ja onnistumisen kokemuksia tuottavia asioita ja näiden kautta ennaltaehkäistä masennusta. (Muistiliitto 2009.)

Dementia ei ole mielisairaus vaan elimellisen aivosairauden oire. Siihen liittyy muistihäiriöitä. Ihmisellä voi olla monenlaisia muistihäiriöitä äkillisistä ja ohimenevistä eteneviin ja dementiaan johtaviin. Ohimenevät muistihäiriöt voivat johtua aivoverenkierron häiriöstä tai sekavuustilasta. Syynä etenevään dementiaan johtaviin muistihäiriöihin ovat pysyvään dementiaan johtavat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat ja Lewyn kappale-dementia. Frontaalilohkodementia ja Parkinsonin tauti kuuluvat myös tähän ryhmään. Harvinaisempia etenevien muistihäiriöiden syitä ovat Creutzfeldt-Jakobin tauti, Huntingtonin tauti ja Hakolan tauti. Suvuittain kulkeva Pickin tauti kuuluu harvinaisimpiin dementiaa aiheuttaviin tauteihin. Muistihäiriöitä voivat aiheuttaa myös erilaisten sairauksien jälkitilat, kuten aivovamma tai aivotulehdus. Tilojen ei odoteta yleensä etenevän vaan kuntoutuksella voidaan saada aikaan kohentumista. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 12.)

Alzheimerin taudin riskitekijöitä ovat ikä ja perinnöllisyys. Downin syndrooma ja depressio ovat altistavia tekijöitä. Alzheimerin tauti on hitaasti alkava sairaus. Tauti rappeuttaa tasaisesti eri muistitoimintoja, käyttäytymistä ja persoonallisuutta sekä korkeampia aivotoimintoja.

Yleistä alkuvaiheessa on heikentyminen monimutkaisissa tehtävissä. Alzheimerin taudin kliininen kulku voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa huomattavina oireina ovat muistitoimintojen häiriöt. Sairautta poteva unohtaa asioita nopeasti, eikä muistivihjeistä ole apua asioiden mieleen palauttamiseksi. Liikesuoritusten ongelmat eli dyspraktiset häiriöt sekä kielelliset vaikeudet eli dysfasiat ovat ensimmäisen vaiheen oireita. Dementoituvaa henkilö havaitsee itse oireensa ja tämä saattaa aiheuttaa masennusta ja ahdistusta. (Hänninen & Soininen 2004, 182; Iivanainen ym. 2003, 714 - 715.)

Dementoituvalla henkilöllä esiintyy toisessa vaiheessa neurologisia oireita esimerkiksi lihasnyrkäyksiä ja potilas voi saada kouristuksia ja menettää tajuntansa kuten epileptikohtauksessa. Sairastuneella voi ilmetä myös parkinsonismia, johon kuuluu hypokinesia eli liikkeiden hitautta, lihasjäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia. Sairastuneella on ongelmia muistin alueella eikä hän kykene peittämään muistiongelmiaan. Hänen sosiaaliset taitonsa ja peruspersoonallisuutensa ovat vielä melko hyvin säilyneet, mutta hän tarvitsee tukea jokapäiväisissä asioissa. (Iivanainen ym. 2003, 714; Rinne 2001,150.)

Potilas muuttuu kolmannessa vaiheessa passiiviseksi ja kontaktin saaminen häneen on vaikeaa. Tässä vaiheessa ilmenee lihasnyrkäyksiä sekä tajunnanmenetyksiä ja kouristuksia, joita kutsutaan grand mal -tyyppisiksi kohtauksiksi. Potilas on voinut menettää virtsan pidätyskykynsä. Potilaan kävelytaito häviää ja hänestä tulee vuodepotilas. Raajat menevät häneltä koukkuun jäykistyen lopulta virheasentoon. (Iivanainen ym. 2001, 714; Sulkava 2001, 74.)

Alzheimerin taudissa hakeudutaan usein lääkäriin muistivaikeuksien ilmaantuessa. Alzheimerin taudissa muistihäiriö liittyy sisemmän ohimolohkon rakenteiden neurologisiin muutoksiin, jotka ovat havaittavissa tutkimuksissa (Juntunen 2008, 112). Tyypillistä Alzheimerin tautia sairastavalle on, että hän ei muista muutamaa minuuttia aikaisemmin tapahtuneita asioita. Hän käyttää kiertoilmaisuja, koska hän ei muista sanoja. Ajan- ja paikantaju katoaa. Sairaudesta huolimatta ihminen voi säilyttää keskustelutaitonsa ja huumorintajunsa. Hän saattaa väittää olevansa täysin kunnossa, vaikka monimutkaiset toiminnot kuten ruuanlaitto ja puukeutuminen ovat kadonneet. Alzheimerin tautia ei voida diagnosoida millään kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksella, mutta aivojen tietokone- ja magneettitutkimuksissa voidaan todeta sairaudelle tyypillinen aivojen otsalohkojen surkastuminen. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 6; Sulkava 2001, 74.)

Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa hoitaja tukee sairastunutta päivittäisissä toimissa selviytyen niistä yhdessä. Muistia tukevat keinot pitää etsiä, mikäli omaishoitaja käy töissä ja sairastunut viettää yksin aikaa kotona. Muistilapuilla ja muistutussoitoilla voi pitää yllä jäljellä olevaa muistia. Kortti- ja sanapelit ovat hyvä apuväline muistin harjoittamiseen. Jokainen päivä on erilainen muistisairaana rinnalla. (Teleranta 2001, 91, 159.)

Vaskulaarisen dementian yleisin muoto on moni-infarktidentia. Kyseessä on oireyhtymä, jonka syynä ovat toistuvien aivoverenkierron häiriöiden paikalliset kudostuhot eli infarktit. Äkillinen alku ja portaittainen ja vaihteleva kulku kuuluvat taudin kuvaan. Vaskulaarisessa dementiassa asioiden muistissa säilyttäminen on parempaa alkuvaiheessa kuin Alzheimerin taudissa. Persoonallisuus säilyy aika hyvin. Neurologisina ongelmina ilmenee kävelyongelmia ja verenpaine voi olla koholla. Dementoitunut kävelee lyhyin ja töpöttävin askelin ja hänellä voi olla toispuoliheikkoutta. Kielellisiä häiriöitä ja nielemisen vaikeutta voi ilmetä. (Hänninen- Soininen 2004, 185; Iivanainen ym. 2001, 715.)

Vaskulaarisessa kognitiivisessa heikentymisessä toiminnan ohjaukset ovat hallitsevia. Toistuvat laajemmat infarktit voivat aiheuttaa paikallisia tietyn kognitiivisen osa-alueen vaikeuksia esimerkiksi puheessa, nimeämisessä tai hahmottamisessa. Vaskulaarinen dementia on heterogeeninen ja potilaiden kognitiivinen profiili on erilainen. (Juntunen 2008, 114.)

Lewyn kappale -dementiassa subkortikaaliset ja frontaaliset yhteydet ovat vaurioituneet. Sairauden alkuvaiheessa kliiniseen kuvaan ei kuulu viivästellyyn mieleen palauttamiseen painottuvaa muistivaikeutta. Tässä dementiassa tarkkuus ja huomiokyky heikkenevät sekä ilmenee vaikeuksia suunnitelmallisuutta vaativissa, visukonstruktivisissa ja visuospastiaalisissa tehtävissä. Näköharhat ovat myös tavallisia. Masennusta, motorisissa toiminnoissa parkinsonismin tyyppisiä oireita ja tasapainovaikeuksia sekä kaatumista voi ilmetä. (Juntunen 2008, 115.)

Lewyn kappale -dementiassa aivorungon ja isoaiivokuoren alueella on löydettävissä hermosolun sisäisiä Lewyn kappaleita, jotka ovat eräänlaisia jyväsiä. Parkinsonin taudissa esiintyy näitä samoja kappaleita. Lewyn kappale -dementia on kolmanneksi yleisin dementiasairaus. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 118; Sulkava 2001, 79.)

Lewyn kappale -dementiaan kuuluu vaihteleva kulku kognitiivisissa kyvyissä, esimerkiksi tarkkaavaisuudessa ja vireystilassa. Dementian etenemisestä huolimatta kielelliset toiminnot

säilyvät pitkään. Taudin alkuvaiheessa tapahtuu muutoksia persoonallisuudessa, luonteessa ja sosiaalisissa taidoissa. Asioiden mieleen painaminen ja palauttaminen ovat vaikeita siinä vaiheessa, kun muisti heikkenee, mutta muistissa säilyttäminen on parempaa kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Sairastuneella on hahmotushäiriöitä, kielellisiä häiriöitä ja kätevyuden heikkenemistä, mutta myös esiintyy parkinsonismia eli vapinaa ja heikkoutta. Parkinsonin taudille tyypillinen lepovapina on harvinaisuus. Sairastuneella voi esiintyä hallusinaatioita eli näköharhoja esimerkiksi unia, jotka jatkuvat harhoina. Näköharhat voivat olla yksityiskohtaisia, värikkäitä ja hyvin todenmukaisia. Sairastunut voi puhua harhoista muille ihmisille. Alkuvaiheessa hän ymmärtää, että harhat eivät ole todellisia, mutta loppuvaiheessa potilas voi ahdistua niiden näkemisestä. (Hänninen & Soinen 2004, 184 - 185; Iivanainen ym. 2001, 715; Rinne 2001, 159; Sulkava 2001, 80.)

Otsalohkodementiassa eli frontaalissa dementiassa alkuaire on persoonallisuuden muutos ja käytösoireet ilman selvää kognitiivista heikentymistä. Potilaan käytös muuttuu oudoksi ja sosiaalinen selviytyminen heikkenee, vaikka kognitiivinen suoriutuminen esimerkiksi testaus-tilanteissa saattaa onnistua. Käytännön elämässä voi ilmetä unohtelua ja muistivirheitä. Testeissä muistivaikeudet ilmenevät keskittymisen ja prosessoinnin vaikeuksina, mutta asioiden muistissa säilyttäminen onnistuu. (Juntunen 2008, 116.)

Frontaalissa dementiassa aivojen surkastuma etenee otsa- ja ohimolohkoissa. Suhteellisen nuorilla potilailla voi ilmetä frontaalista dementiaa. Sairaus on perinnöllinen. Frontaalista dementioista yleisin on Pickin tauti. Se on aivojen rappeutumissairaus, jossa aivoainekato painottuu otsa- ja ohimolohkoihin. Puheen ymmärtämisen vaikeus ja lyhytjäntteisyys kuuluvat sairauteen. Sairastuneen on vaikea ohjelmoida erilaisia toimintoja ja hän voi käyttäytyä estottomasti. Tauti puhkeaa ennen 65 vuoden ikää ja kestää noin kymmenen vuotta. (Iivanainen ym. 2001, 717; Sulkava 2001, 82.)

Ihmisestä toiseen tarttuvan Creutzfeldt-Jakobin taudin aiheuttaa valkuaisaine eli prioni. Prionia on ihmisen kudoksissa, veressä ja eritteissä, joten niiden käsittelyssä on oltava tarkkana. Sairaus puhkeaa 40 - 60 vuoden iässä. Sairastunut dementoituu pian ja hänessä ilmenee lihasnykäyksiä, jäykkyyttä ja epileptisiä kohtauksia. Huntingtonin tauti puhkeaa 30 - 50 vuoden iässä. Sairaus periytyy vallitsevasti ja puolella jälkeläisistä on mahdollisuus sairastua. Oireina ovat pakkoliikkeet raajoissa ja kasvoissa sekä jäykistyminen ja dementoituminen. Hakolan tauti kuuluu frontaalisiin dementioihin. Se periytyy väistävasti eli tauti puhkeaa, jos altistavan geenin saa molemmilta vanhemmilta. Vanhemmat ovat taudin kantajia, mutta he ovat usein

terveitä. Tauti ei periydy sukupolvelta toiselle. Taudin oireina ovat pitkäjännitteisyyden häviäminen, muistin heikkeneminen ja estottomuus. Muutoksia voi olla luustossa sillä ranteisiin ja nilkkoihin muodostuu onteloita ja luunmurtumien vaara kasvaa. (Iivanainen ym. 2001, 716 - 717; Sulkava ym. 2006, 12.)

Parkinsonin tauti voi aiheuttaa myös dementiaa. Tauti on krooninen keskushermostosairaus. Sairauden perussy on dopamiinin puute. Se on välittäjäaine, jonka avulla voidaan siirtää tietoa hermosolusta toiseen. Dopamiinin puute aiheuttaa tietokatkoksia aivojen niissä osissa, jotka säätelevät liikkeitä ja lihasten toimintaa. Vapina, liikkeiden hitaus ja lihasjäykkyys ovat kolme tyypillisintä pääoiretta. Lääkehoito on tärkein hoitomuoto Parkinsonin taudissa, jonka tavoitteena on korvata dopamiinin puute. Lewyn kappale -dementian erottaa Parkinsonin taudin aiheuttamasta dementiaa siitä, että Lewyn kappale -dementia on dementiaoireita jo taudin alkuvaiheessa. Parkinsonin taudin pitkä historia erottaa sen aivojen syvien osien vaurioista johtuvasta vaskulaarisesta dementiaa. Yleistä on muistitoimintojen heikkeneminen ja joillekin Parkinsonin tautia sairastaville potilaille voi kehittyä dementia. Kolmasosalla sairastuneilla esiintyy dementoitumista, mutta merkittävästi vasta taudin myöhäisvaiheessa. (Erkinjuntti ym. 2006, 125; Iivanainen ym. 2001, 712 - 713; Sulkava ym. 2006, 10; Sulkava 2001, 83.)

Alkoholin käyttöön liittyvä dementia on harvinaista. Alkoholinkäyttö suurina annoksina heikentää kognitiivisia kykyjä, mutta ei dementiaan saakka. Alkoholin väärinkäyttäjät altistuvat dementialle lähinnä humalatilassa saatujen aivovammojen tai ruokavaliosta puuttuvien B-vitamiinien kautta. (Sulkava 2001, 83.)

2.2 Omaishoitajuus

Tarkasteltaessa omaishoitoa historian valossa sitä on ollut niin kauan kuin ihmisiä on ollut olemassa. Vammaiset ja vanhuksat hoidetaan vieläkin kotona useimmissa maissa. (Purhonen & Rajala 1997, 199.) Suomen vaivaishuoltoasetuksessa vuodelta 1897 sanotaan omaisten olevan velvollisia huolehtimaan läheisistään. Köyhäinhuoltolaki vuodelta 1922 ja vuoden 1956 huoltoapulaki määrittelevät päävastuun kantajiksi perheen ja omaiset. 1970-luvulla kunnasta tulee kuntalaisten laillinen huolehtija. Tällöin laista poistetaan lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. 1977 poistetaan aviopuolisoiden keskinäinen huoleh-

timisvelvollisuus. Nykyisin asia on määritelty perustuslaissa. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järntedt & Korhonen 2006, 13.)

Filosofisen etiikan aiheita ovat hyvää elämää käsittelevät kysymykset. Antiikin kreikkalainen etiikka ja kristillinen etiikka keskiajalla käsittelevät kysymystä, mitä on hyvä elämä. Kreikkalaiset pohtivat, miten ihminen tulee siksi, mitä hän on. Kristillinen etiikka käsittelee hyvää elämää ihmisen jumalasuhteen kautta. Molemmat vaikuttavat myös nykyaikana omiin hyvää elämää ja onnellisuutta koskeviin mielikuviiimme ja käsityksiimme. Nykypäivänä kirjallisuus, media, muoti ja musiikki vaikuttavat yksilöllisiin mielikuviiimme hyvästä elämästä ehkä enemmän kuin uskonto ja filosofia. (Kotkavirta & Nyysönen 1996, 69.)

Nykyaikaisessa kulttuurissa ei ole vahvaa yhteistä arvomaailmaa ja maailmankatsomusta eli sellaista hyvän elämän mallia, jonka puitteissa voisimme yksilöinä rakentaa henkilökohtaista elämäämme. Elämme keskellä arvojen monimuotoisuutta, pluralismia. Hyvän elämän sisältö jää yksilön omien ratkaisujen varaan. Yksilöllisyys ei ole sama asia kuin yksinäisyys ja hyvää elämää ei voi nykyaikana elää yksin. Yksilöinä meillä on monenlaisia sitoumuksia, jotka liittyvät perheeseen, ystävyYTEEN, rakkauteen ja moraaliiin. Yksilön hyvän elämän kannalta on tärkeää, että voimme itse myös arvioida, miksi sitoudumme erilaisiin yhteisöllisiin rooleihin ja miten parhaiten suoriudumme niistä. Hyvä elämä on meidän jokaisen henkilökohtainen asia. (Kotkavirta & Nyysönen 1996, 70.)

Idea hyvästä elämästä ei ole löydettävissä vain yhdestä suunnasta maailmaa ja ihmistä lähestymällä. Ihminen valitsee itse moraaliset suuntaviivat elämäänsä. Se on pitkälinen ja jatkuva prosessi toisten ihmisten ja elinympäristön kanssa alituisessa vuorovaikutuksessa olemista. Hyvän elämän etsiminen edellyttää halua ja kykyä kulkea kahteen eri suuntaan samanaikaisesti. Se on matka omaan minuuteen, tilaan ja tajuntaan, jotka kuuluvat yksilölle. Hyvä elämä on oman idean löytämistä ja sitä todelliseksi rakentavaa maailmaa. (Lindqvist 1984, 43 - 45.)

Hyvän elämän kriteeri on, että ihmisellä on elämässään tarkoitus ja päämäärä. Elämä on kokonaisuus. Tarkoituksellisuus lähtee elämässä siitä, että ihminen on saavuttanut elämässään jotain merkittävää ja säilyvää. Hyvän elämän saavuttaminen edellyttää, että vanha ihminen mielletään ainutkertaisena persoonana omine arvoineen ja tavoitteineen. Vanhustyön käytännössä hyvä elämä merkitsee vanhan ihmisen ihmisarvon kunnioittamista ja vaalimista itseisarvona kaikissa tilanteissa. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 162.) Hyvään

elämään kuuluu, että vanha ihminen kokee elämänsä mielekkääksi ja elämisen arvoiseksi. Lisäksi on tärkeää, että hän kokee itsensä hyväksytyksi ja tarpeelliseksi. Vanha ihminen toivoo, että hänet kohdataan täysivaltaisena yhteisön jäsenenä perusoikeuksineen. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 162.)

Omaishoidolla tarkoitetaan pitkäaikaissairaana, vammaisen tai iäkkään omaisen tai läheisen auttamista. Hoidon tarve perustuu omaisen tai läheisen terveydentilan tai toimintakyvyn heikentymiseen tai vammaisuuteen. Hoidon tarve vaihtelee vähemmän vaativasta ympärivuorokautista apua edellyttävään. Monet omaishoitajat käyvät myös samanaikaisesti ansiotyössä. Töissä käynti on monelle itsenäisyyttä tukeva tekijä mutta myös taloudellinen välttämättömyys. (Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto 2008, 5.)

Laki omaishoidontuesta astui voimaan 2.12.2005/937. Lain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteutumista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen. (2.12.2005/937.) Laissa omaishoidon tuesta omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoitajalla tarkoitetaan laissa hoidettavan tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. Omaishoidontuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. (Laki omaishoidon tuesta 2005.)

Omaishoidontuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnat vastaavat. Omaishoidontuki on osa sosiaali- ja terveystalouden palveluita. Kunta päättää talousarvion hoitopalkkioiden ja palveluiden määristä. Omaishoidontuesta annetussa laissa 937/2005 on säädetty tuen myöntämisedellytykset, alempien hoitopalkkioiden määrä, omaishoidon tukena annettavista palveluista, omaishoitajan vapaasta, hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä omaishoitosopimuksesta. Kunta päättää omaishoidontuen myöntämisperusteista säännösten sallimissa rajoissa. (Paasivirta 2009.)

Omaishoidon tuki sisältää hoitopalkkion rinnalla palvelut hoidettavalle. Palvelut voivat olla apuvälinepalvelut, kotipalvelut, kotisairaanhoido tai lyhytaikainen laitoshoido. Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta aikana, jona hän on yhtäjaksoisesti tai

vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti jatkuvasti päivittäin. Harkintansa mukaan kunta voi järjestää omaishoitajalle vapaapäiviä enemmän kuin kolme vapaapäivää kuukaudessa sekä alle vuorokauden mittaisia virkistyspäiviä. Sitovaa hoitotyötä tekeville kunta voi myös järjestää vapaapäiviä. Vapaapäivien ja virkistysvapaiden pitäminen ei vähennä hoitopalkkion määrää. Kunnan on järjestettävä hoidettavan hoidon järjestäminen vapaiden aikana. (Paasivirta 2009.)

Hoitopalkkio määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. 1.1.2010 hoitopalkkio on vähintään 347,41 € kuukaudessa. Hoitopalkkio on vähintään 694,83 € kuukaudessa, jos omaishoitaja on hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana lyhytaikaisesti estynyt tekemään omaa tai toisen työtä. Hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta suoritetaan ennakonpidätys. (Paasivirta 2009.)

Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000 henkilöä, jotka hoitavat päivittäin omaistaan. 14 % Suomen kotitalouksista elää omaishoitotilanteessa. 10 % omaishoitajista on omaishoidon piirissä. Suuri osa omaishoidosta tapahtuu virallisen tukijärjestelmän ulkopuolella. Omaishoidon tukea ei huomata hakea tai se evätään esimerkiksi hoitajan kunnan vuoksi. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 21, 23.)

Useimmat meistä ovat hoivaamassa jotakuta omaistaan jossain elämänvaiheessa. Kasvatamme ensin lapsemme ja keski-ikäisenä hoidamme omia vanhempiamme tai muita ikääntyviä omaisiamme. Maamme väestön ikärakenne vanhenee nopeasti. Tähän haasteeseen ei pystytä vastaamaan pelkästään julkisia palveluita kasvattamalla. Omaisten on otettava vastuuta ikääntyvistä vanhemmistaan ja puolisoistaan. Yhteiskunnassamme ei ole ymmärretty, mitä merkitsee, kun heikkokuntoinen vanhus värvätään omaishoitajaksi vielä heikkokuntoisemmalle vanhukselle. (Lipponen 2008, 9.)

Suomessa hoito on ulkoistettu perheistä yhteiskunnalle. Ihmiset saavat edelleen suuren osan tarvitsemastaan avusta ja hoidosta perheenjäseniltään ja lähiyhteisöltään. Epävirallinen hoito perustuu henkilökohtaiseen, erityiseen suhteeseen ihmisten välillä, välittämiseen ja vastuuntuntoon. Suomessa epävirallisella hoidolla on vahva asema. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on neljän vuoden välein teettänyt selvityksiä omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna ja sen vaihtelusta. Selvitysten tavoitteena on ollut kuvata omaishoidon tuen turvin hoidettavia henkilöitä, omaishoitajia, omaishoitajille maksettavia palkkioita, omaishoidon tukeen sisältyviä palveluita ja omaishoidon tuen kehittämistarpeita. Tavoitteena on ollut verrata tilanteen kehitystä ajassa sekä alueellisesti. Selvitykset on tehty postikyselyinä omaishoidon tuesta kunnissa vastaaville viranhaltijoille. (Omaishoitajan hoitovapaat 2008.)

Läheistensä hoitoon osallistuvien omaisten määrä on huomattavasti suurempi kuin mitä tilasto- ja tutkimusaineistosta ilmenee. Varovaisempien arvioiden perusteella voidaan todeta, että suurin osa omaisiaan hoitavista ihmisistä tekee hoitotyötä ilman omaishoidontukea, vaikka hoidettavan avun tarve saattaisi edellyttää tuen saamista. Omaishoitajien määrä on arvioitu Stakesin Hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa. Vuonna 2006 kerätyn aineiston analyysin perusteella voidaan arvioida, että läheisensä pääasiallisia auttajia on noin 280.000. Heistä noin 90 000 auttaa läheistään kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa, noin 26 000 kotiasikareissa, noin 60 000 henkilökohtaisissa päivätoimissa ja noin 30 000 sairaanhoidollisissa toimenpiteissä päivittäin. (Omaishoitajan hoitovapaat 2008.)

Omasta itsestä huolehtiminen jää usein toissijaiseksi asiaksi, omaisen tarpeiden taakse. Omaisen sairaus ja perushoito täyttää arjen ja omaishoitajan tarpeet unohtuvat. Puolisoaan hoitavan omaisen omat tarpeet eivät ole arjessa enää näkyvissä, jos tilanne kehittyy oikein pahaksi. Omaishoitajan minä ja tilanne ajautuvat tilanteeseen, jossa ovat vain me ja yhteinen omaishoitotilanne. Hoidettavan sairauden vaikuttaessa hänen ymmärrykseensä on omaishoitajan vaikeaa huolehtia ja saada ymmärrystä siihen, että hänkin tarvitsee aikaa itsensä huolehtimiseen. Omaishoitajalle psykkinen mutta myös fyysisen hyvinvoinnin huolehtiminen on edellytys sille, että hoidettava puoliso voi jatkossakin elää kotona ja saada hyvää hoitoa. Mikäli omaishoitajan omat voimavarat kuluvat loppuun ei ole kenellekään eduksi, että omaishoidettavan hoito tapahtuu kotona. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 133.)

2.1 Omaishoitajan arjen haasteet

Vanhuspolitiikkamme tavoitteena on huolehtia, että vanhukset saisivat asua omassa kodissaan erilaisten tukipalveluiden turvin mahdollisimman pitkään itsenäisesti. Tarvittaessa heille annetaan hyvää hoitoa ja palveluita. Itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, taloudellinen itsenäisyys,

turvallisuus ja sosiaalinen integraatio ovat vanhuspolitiikan perusarvoja. (Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2002, 76.)

Omaishoitajan työhön on kiinnitetty viime vuosina huomiota. Yhteiskunta on pyrkinyt ehkäisemään omaishoitajien uupumista tukemalla heitä ja heidän hoidettaviaan eri tavoilla. Kolmannen sektorin apu on lisääntynyt. Sosiaali- ja terveysjärjestöjä rahoittavan RAY:n vuosien 2002 - 2007 avustustoiminnan tavoitteiksi on määritelty kansalaisten oman aktiivisuuden, itsenäisen selviytymisen ja elämönhallinnan tukeminen. Painopistealueita ovat olleet kotona asuminen ja omaishoidon tukeminen. (Pietilä 2005, 20 - 23.)

Omaishoitaja voi joutua vaikeuksiin puolisonsa kanssa, kun kyse on psyykkisestä ongelmasta. Puolison persoona voi muuttua täydellisesti. Jatkuva negatiivinen ajattelu ja purnaaminen rasittavat hoitajaa. Kysely samoista asioista tuntitolkulla voi viedä voimat hoitajalta. Hoitaja voi kokea olonsa masentuneeksi ja väsyneeksi (Wacklin & Malmi 2004, 34). Omaishoitajat, joiden puoliso on sairastunut jo nuorena, joutuu ottamaan vastuun koko perheen elämästä. Monista tulevaisuuden suunnitelmista on pakko luopua. Vaikeuksia voi tulla, kun sairastunut puoliso on hoitanut aikaisemmin perheen asioita ja hänen tilanteensa muuttuu. (Wacklin & Malmi 2004, 34.)

Vanhuudessa perheellä tarkoitetaan usein suhdetta puolisoon, lapsiin, lapsenlapsiin ja heidän jälkeläisiinsä. Vanhuusiällä myös sisarukset lasketaan kuuluviksi perheeseen. (Pohjolainen & Jylhä 1990, 199.) Iäkkäiden avioparien sanotaan olevan usein hyvin onnellisia, sillä on havaittu, että pareilla on yhteisiä mielihyvän lähteitä ja heidän terveydentilansa ovat usein samankaltaisia. (Stuart-Hamilton 1996, 146.)

Omaishoitajan ei ole aina mahdollista saada tukea perheeltä. Perhe voi olla parhaimmillaan tuki ja turvaverkko, jota naapurit ja ystävät voivat auttaa. Omaishoitaja on usein kiinni hoidettavassaan, niin että ei ehdi hoitamaan ihmissuhteitaan, jolloin ystävien verkko pienenee. Ikäihmisten ystäväverkko pienenee ikätovereiden kuoltua, joten omaishoitaja on yksin rasakaassa työssään. Vertaistuen voimaa haetaan julkisen terveydenhuollon taholta perustamalla omaishoitajien ryhmiä. Omaishoitajan voi olla vaikea jättää hoidettavaansa mennessään ryhmään, vaikka varahoitokin olisi järjestetty. Hoidettavan sijoittaminen laitokseen passivoi hoidettavan ja hänen omatoimisuutensa vähenee ja kotona selviytyminen vaikeutuu. Usein hoidettava ei lähde mielellään kotoaan eikä hoitaja voi viedä häntä hoitoon. (Lahtinen 2008, 17.)

Omaishoitajien tilanteet vaihtelevat. Tarvittava huolenpito sisältää henkistä, mutta myös fyysistä hoivaa. Hoidettava tarvitsee läsnäoloa, kuuntelua, henkistä tukea ja vierellä kulkemista, mutta myös syöttämistä, pukemista, henkilökohtaisesta hygieniasta ja puhtaudesta huolehtimista. Kodin ja talouden hoito siirtyy pikkuhiljaa tai nopeasti kokonaisuudessaan sille puolisolle, joka on parempikuntoinen ja jaksaa tehdä töitä. (Lipponen 2008, 22.)

Omaishoitajien jaksamisen perusajatuksena on yleiskunnon säilyminen mahdollisimman hyvänä. Riittävä ja sopiva liikunta sekä monipuolinen ravinto ovat tärkeitä omaishoitajan jaksamiselle. Lisäksi on tärkeää, että mieliala säilyy virkeänä ja iloisena. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 6.)

Pirkko Lahtisen (2008, 15) mukaan lähtökohdissa ja asenteessa työhön on eroja, kun hoitajana on nainen tai mies. Naiselle hoitaminen on luonnollista, sillä nainen hoitaa usein kodin, lapset ja puolison. Puolison sairastuessa hoitotyö jatkuu ja se ei aina tunnu hyvältä. Hoidon tason vaatimukset voivat tuntua korkeilta. Omaishoitaja voi verrata työtään ammattilaisen työhön, mikä lisää paineita. Hoitotaakka voidaan kokea raskaaksi. Naishoitajien masennus on yleisempää kuin miesten. Mies astuu uudelle elämänalueelle asettuessaan omaishoitajaksi. Työvuosien jälkeen kotona tapahtuva työ voi olla haasteellista ja uutta. Mies voi kokea kiittolisuutta, että vaimo on hoitanut lapset, miehen ja kodin ja halutaankin korvaus kaikesta. Hoitotyön alussa konkreettinen hoitotyö on vaikeaa ja haastavaa. Hoitotilanteen jatkuessa mies joutuu pohtimaan suhdettaan puolisoon ja omaa miesidentiteettiään. (Lahtinen 2008, 15.)

Muistisairauden edetessä avun tarve lisääntyy. Sairastunut tarvitsee apua päivittäin selviytyäkseen toiminnoistaan ja hän tarvitsee valvontaa turvallisuuden takaamiseksi. Avun tarpeeseen vaikuttaa sairauden oirekuva ja vaikeusaste. Keskivaikeaa dementiaa sairastava muistisairas tarvitsee apua kymmenen tuntia vuorokaudessa. Hän tarvitsee tukea pukeutumisessa, hygienian hoidossa, ruuan valmistuksessa, kaupassa käynnissä ja asioiden hoidossa. (Heimonen & Tervonen 2004, 63.) Omaishoitajan pitää olla tietoinen hoitovastuun rajoista ja hyväksyä niiden olemassaolo. Rajattomassa hoitovastuussa omaishoitaja uupuu kokonaan vastuun alla tuntien syyllisyyttä epäonnistumisessaan tuottaa kaikkea tarvittavaa huolenpitoa. Hoitovastuun rajojen löytämistä tukevat vertaiset, joiden esimerkin kautta voi löytää ratkaisun irrottautua hoitovastuusta. (Hokkanen & Asikainen 2001, 18.)

Puolison omaishoito ei ole selvärajainen asia, joka alkaa ja päättyy täsmällisesti jossain tietys-
sä kohden. Puolison hoivaamisen tarve on voinut alkaa jo vuosia ennen kuin hoivaava osa-
puoli määrittellään omaishoitajaksi. Puolisot nähdään usein pariskunnaksi, joka elää yhdessä
tavallista arkea hyvine ja huonoine päivineen. (Pietilä 2005, 83.) Omaishoidossa puolisoitten
suhde muuttuu ajan mittaan. Yhteiselämän ja parisuhteen laatua ei voida mitata. Puolisoiden
ikäntyminen ja toisen puolison sairastuminen muuttavat yhteistä elämää monin tavoin. Puo-
lisoiden sairaus koetaan vastoinkäymisiksi. (Saarenheimo 2005, 25 - 26.)

Sairastunut saattaa vetäytyä totutuista toiminnoistaan, eristäytyen ja muuttuen aloitekyvyttö-
mäksi. Työikäisenä sairastunut voi pelätä joutuvansa hylätyksi. Tulevaisuuden suunnitelmat
voivat muuttua pariskunnalla. Seksuaalisuuteen liittyvät muutokset askarruttavat. Omainen
voi kokea jäävänsä yksin eikä voi jakaa asioitaan. (Heimonen 1997, 114.)

Muistisairaus muuttaa ihmissuhteita monin eri tavoin. Arki totumuksineen muuttuu. Roolit
perheessä tai ystävien parissa muuttuvat. Perheenjäsenet tarvitsevat aikaa sopeutuakseen ti-
lanteeseen, sillä muutokset eivät ole aina helppoja. Lapset reagoivat vanhempiansa sairauteen
eri tavalla. Toiset haluavat auttaa arjen selviytymisessä ja alkavat huolehtia vanhempiansa hy-
vinvoinnista ja jaksamisesta. Toiset vetäytyvät kauemmaksi ja jättävät vaikeat asiat asiantunti-
joille. Työikäisenä sairastuneen perheessä lasten voi olla vaikea hyväksyä ja ymmärtää etene-
vän muistisairauden luonnetta. Vanhemmat eivät tahdo vaivata ja pelotella lapsiaan, vaan
yrittävät tulla toimeen omatoimisesti. Sairastuneen asema ja rooli ennen sairastumista vaikut-
taa perheenjäsenten välisiin suhteisiin. (Hokkanen & Asikainen 2001, 15.)

Elämän- ja hoitotilanteen hallinta tuo mukanaan turvallisuuden tunteen. Luottamusta elä-
mään tuo ymmärrys, että asiat etenevät tilanteen muuttuessa. Turvallisuuden heikentymisen
muutokseen toimielias hoitaja etsii tietoa ja tukea. Omaishoitajaa ympäröivät heikosti toimi-
vat tukijärjestelyt ja hänen on alistuttava tilanteeseen epätoivoisena. Omaishoitajan jaksamis-
ta tukeva turvallisuudentunne tulee hyvin toimivista suurista ja pienistä palveluista sekä tie-
dollisesta tuesta, jolla voidaan ennakoida tulevaa. (Hokkanen & Asikainen 2001, 18.) Läh-
immäisten apu turvaa tasapainoiselle hoitajalle mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan ja
vapauttaa hänet tehtävistä, joihin hän ei pysty. Uupunut hoitaja kaipaa erilaista apua ja hän
voi kokea voimattomuutta ja syyllisyyttä yksin jäädessään. (Hokkanen & Asikainen 2001, 18.)

Yksinäisyys ja omien tarpeiden huomiotta jättäminen kuuluvat omaishoitajan elämään. Ystäväpiiri ja harrastusten kautta saadut kontaktit saattavat kaventua, kun kaikki aika kuluu läheisen hoitamiseen, eikä omaishoitajan omalle elämälle enää jää aikaa. Tukiverkostot ovat tärkeitä omaishoitajan jaksamiselle. Mikäli omaishoitaja ja hoidettava ovat ikäihmisiä, on heidän ystäväpiirinsä kaventunut ikätovereiden kuoltua. Tästä johtuen omaishoitaja on yksin raskaassa työssään. Huolenpidon ja vastavuoroisuuden tarpeet tulevat usein esille omaishoitajan ja hoidettavan suhteessa. Hoitaja myös kaipaa läheiseltään huomiota ja hyvää oloa. Tämä vaikeutuu, jos omainen sairastaa dementiaa tai mielenterveyden sairautta. (Lahtinen 2008, 13 - 14, 16 - 17.)

Yksinäisyys ja katkeruus siitä, että oma elämä jää elämättä, ovat uhkatekijöitä omaishoitajan jaksamiselle. Itsensä kieltäminen ja omien tunteiden patoaminen ovat uhkia omille voimavaroille. Tämä voi johtua ajatuksesta, että aviopuolisoa kuuluu rakastaa ja tarjota hänelle vain parasta unohtaen oma jaksaminen. Syyllisyyden tunteet voivat nousta omaishoitajan mieleen monista syistä. Raskaan hoitotyön keskellä voi joskus sanoa jotain pahasti hoidettavalle, jonka jälkeen omaishoitaja saattaa kokea tekemisestään syyllisyyttä. Omaishoitaja ei voi aina kokea työtään myönteisessä valossa, mikäli itse on väsynyt hoitotaakan alla. (Lahtinen 2008, 84 - 85.) Omaishoitajanainen voi verrata itseään ja antamaansa hoitoa ammattilaisen tekemään työhön ja samalla vaatii itseltään liian paljon. Riski omaishoitajan uupumukseen ja sairastumiseen kasvaa. Omaishoitajamies ei koe hoitamista samalla tavalla, koska hoitotyöhön alkaminen on monesti miehelle uusi tilanne. (Lahtinen 2008, 15.)

Kaikki ihmiselämän tunteet kuuluvat omaishoitoon, myös kielteiset tunteet. Sitä kipeämmältä tuntuu nähdä läheisen hoidettavan taantuvan ja toimintakyvyn heikkenevän. Omaishoitaja tarvitsee tilaa ja aikaa omille tunteilleen. Kielteiset tunteet voivat viestiä, että jotain olisi muutettava tai korjattava. Omaa aikaa, ilman vastuuta hoidettavasta, voi olla vaikea järjestää. Liiallinen riippuvuus voi synnyttää syyllisyydentunteita. Omasta terveydestä omainen voi myös kokea syyllisyyttä. Ilman syyllisyyden tunnetta hoitaja saattaa ajautua ylihuolehtivaisuuteen. Masennus ja suru kuuluvat pitkäaikaissairauteen. Terve puoliso voi kokea suurempaa stressiä kuin sairastunut. (Kauppi 2003, 44 - 47.)

Pelko ja huolestuminen ovat normaaleita tunteita. Sairastumisesta voi tuntea häpeää. Omainen voi kokea häpeää siitä, ettei muistisairas tiedä aikaa eikä paikkaa käyttäytyen ympäristön mielestä erikoisella tai kiusallisella tavalla. Häpeä voi johtaa sairauden tai sairastuneen piilot-

teluun ja hoitoon hakeutuminen voi viivästyä. Häpeä voi aiheuttaa sosiaalisen elämän kaventumisen. Sairastunut tuntee häpeää alkuvaiheessa rajoittuneesta toimintakyvystään. Hänelle voi tapahtua vahinkoja, hän unohtelee ja kadottaa tavaroitaan. Muistisairasta hoitava omainen voi olla hyvin masentunut ja sekä väsynyt psyykkisesti ja fyysisesti. (Hartikainen 2009.)

Terveydestä huolehtiminen ja sairauksien hyvä hoito ovat voimavarana omaishoitajan arjessa. Uupunut omaishoitaja ei huolehdi terveydestään eikä sairauksistaan. Hän rasittaa itsensä vähitellen. Omaishoitajan pitää tunnistaa itsessään terveydestä huolehtimisen merkit. Omaishoitajia on kolmenlaisia: tasapainoisia, muutosta etsiviä ja uupuvia hoitajia. Eri tilanteissa olevat hoitajat tarvitsevat hyvin erilaista tukea. (Hokkanen & Asikainen 2001, 19.)

Hoitajan omat voimavarat ratkaisevat hoitajan jaksamisen. Onko hän tasapainossa itsensä kanssa, millainen on hänen henkinen hyvinvointinsa. Mikäli ihmisellä on runsaasti voimavaroja, hän selviää vaikeistakin elämäntilanteista hyvin. Hän löytää selviämiskeinoja, joiden varassa hän voi hyvin. Toinen ihminen väsyä tai katkeroituu helposti. Elämän kohdella ankarasti hän ei löydä selviytymiskeinoja. Voimavarojen määrän suhteen olemme yksilöitä. Kenelle tahansa voi tulla vaikea ja raskas elämäntilanne. (Lahtinen 2008, 82.) Tarvittava huolenpito tarkoittaa henkistä ja fyysistä hoivaa. Hoivaan kuuluu läsnäolo, kuuntelu, henkinen tuki ja vierellä kulkemista, mutta myös syöttämistä, pukemista, henkilökohtaisesta hygieniasta ja puhtaudesta huolehtimista. Kodin ja kotitalouden hoito kokonaisuudessaan siirtyy usein puolisolille, joka on parempikuntoinen. (Lipponen 2008, 22.)

Monet iäkkäät pariskunnat asuvat omassa kodissaan itsenäisesti ja yrittävät tulla toimeen päivästä toiseen. Puolisot ja viranomaiset pitävät hoitamista selviönä, joka kuuluu parisuhteen velvollisuuksiin, joten se ei ole hoitotyötä (Saarenheimo 2003, 76). Moni haluaisi hoitaa läheisensä itse, jos omaishoitoa tuettaisiin enemmän. Yksinäisyys ja omien voimien ehtyminen ovat tuttua arkipäivää monelle omaishoitajalle. (Ruuhonen 2008, 4.)

Sosiaalisessa toimintakyvyssä ihminen nähdään vuorovaikutussuhteessa aktiivisena toimijana ja osallistujana yhteisössään ja koko yhteiskunnassa. Yhteisössä toiminen ja ihmissuhteet ovat osa sosiaalista toimintakykyä ja edellyttävät erilaisia sosiaalisia taitoja. Yhdessäolon tarpeiden tyydyttäminen on tärkeää yksilön omalle kehittämiselle ja säilyttämiselle. Ihmisten väliset suhteet tuovat elämälle merkityksen ja arvon. (Rissanen 1999, 40.)

Roolit ja työnjako muuttuvat puolison sairastuessa. Sairastunut puoliso voi osallistua perheen töihin mahdollisuuksien ja kykyjensä mukaan. Se lisää puolisoiden välistä tasa-arvoa ja vähentää avuttomuuden kokemuksia sairastuneelta henkilöltä. Luopuminen ei ole helppo asia roolien vaihduttua. Miehen voi olla vaikea katsoa halkoja tekevää vaimoaan kykenemättä itse osallistumaan työhön. (Wacklin & Malmi 2004, 51.)

2.2 Apukeinoja arjessa selviytymiseen

Samanlaisessa elämäntilanteessa olevat kokevat toistensa tuen ja kanssakäymisen suurena voimavarana. Samassa tilanteessa olemisen ilahduttaa ja tarvittaessa lohduttaa. Muita ihmisiä halutaan tavata ja kokea yhteyttä muiden kanssa antaen ja saaden tukea. Tavoitteena on tehdä elämälleen jotakin, toiveena saada muutos elämään. Muutos on henkistä kasvua: itsetuntemuksen, luovuuden ja voimavarojen kasvua. Hyvää oloa edistävää yhteyden kokemusta voi rakentaa vertaisryhmässä tietoisesti. Onnistuneessa vertaisryhmässä saa olla oma itsensä. Onnistuessaan vertaisryhmä lisää jäsentensä rakentavaa itsetuntemusta ja sitä kautta auttaa löytämään tunnistamattomia voimavaroja. (Heiskanen & Hiisjärvi 2008, 32.)

Ikä tuo muutoksia vähitellen ja yksilöllisesti. Lihasmassa pienenee, pituus vähenee, paino lisääntyy iän myötä aikaisempaa helpommin. Luuston massa saattaa pienentyä jo 40 ikävuoden jälkeen. Tapaturmavaara kasvaa, tasapaino heikkenee, kaatumisriski kasvaa ja reaktionopeus hidastuu. (Ikääntyminen ja liikunta, 2010.)

Etenkin vanhemmalla iällä on tärkeää löytää omalle kunnolleen sopiva taso, jossa liikunta on riittävän intensiivistä, mutta ei kuitenkaan liian rasittavaa. Liikunnan positiiviset vaikutukset jäävät usein lääkehoidon varjoon etenkin niiden vanhusten kohdalla, joilla on jo muistihäiriöitä tai dementiaa. Rauhoittavien lääkkeiden käyttöä voidaan kuitenkin vähentää demen-tiapotilailla, kun liikunta otetaan mukaan päivittäiseen ohjelmaan. (Kotipitjä, 2009.)

Biologiset muutokset kuuluvat vanhenemiseen. Muutokset vaikuttavat ruoan käyttöön, ravinnon saantiin ja ravintoaineiden hyväksikäyttöön. Muutokset vanhuksella ovat yksilöllisiä. Ilmenemisnopeutta voidaan hidastaa ja niiden aiheuttamia häiriöitä voidaan estää oikealla ruokavaliolla. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 259.)

Hyvän ravitsemustilan keinoin voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja hidastaa niiden pahenemista. Kansantauteihin on yhteys ravinnolla, joita ovat kohonnut verenpaine-tauti, tyypin 2 diabetes ja kohonneet veren rasva-arvot. Ravitsemuksella on merkitys myös osteoporoosin syntyyn sillä riittäväällä kalsiumin ja D-vitamiinin saannilla on merkitys osteoporoosiin. Ruokavalinnoilla voi vaikuttaa ruoansulatusvaivoihin kuten ummetukseen ja närästyksen. Monipuolisuus, pehmeät rasvat, kuitu ja kohtuullinen suolan käyttö sekä kulutuksen mukaiset ruokamäärät ovat terveyttä edistävän ruokavalion perusta. (Ravinto ehkäisee ja hoitaa sairauksia 2009.)

2.2.1 Vertaistuki

Vertaisryhmä tarkoittaa myös yhdenvertaisten ihmisten vapaaehtoista, demokraattista ja tasa-vertaista ryhmää. Tarkoituksena on edistää jäsentensä hyvinvointia, jaksamista ja tarvittaessa tukea paranemista. Ryhmästä tulee vertaisryhmä, kun sen jäsenillä on jokin yhdistävä tekijä, jonka vuoksi ryhmään hakeudutaan. (Heiskanen & Hiisjärvi 2008, 15.)

Vertaisryhmät, joissa on mahdollista tukea ja tietoa saada omaishoittoon liittyvissä asioissa, ovat yksi omaishoitajalle voimavaroja antava taho. Vertaisryhmän antama hyöty on paras mahdollisuus, koska siellä ilmapiiri on aito ja avoin ja jokaisella mahdollisuus purkaa omia tuntojaan. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 273 - 274.)

Vertaisryhmä on tukiverkosto, jossa jaetaan tuntemukset, tieto, emotionaalisuus ja kokemus. Ryhmän jäsenet ovat tasa-arvoisia toisiinsa nähden, eikä ohjeita tule ylhäältä käsin. Ymmärrys toisia kohtaan kasvaa kokemuksen ja yhteisen kielen kautta ja jäsenet voivat auttaa toinen toistaan asiantuntijoita paremmin. Toiveet ja tarpeet ovat jokaisessa ryhmässä erilaiset ja vertaissuhde muotoutuu näiden tekijöiden mukaan. (Kinnunen 2006, 35.)

Omaishoitajien ryhmissä on mahdollisuus tunnistaa omia tunteitaan ja kokea, että ne ovat tärkeitä ja ainutlaatuisia. Tunteet voivat olla samankaltaisia kuin muilla ryhmän jäsenillä. Oma epävarmuuttaan ja huonommuuden tunnetta ei tarvitse salata, vaan siitä voidaan avoimesti keskustella. Itsetuntemus ja itseluottamus vahvistuvat: selviydyn ehkä sittenkin. (Kiuru 2005, 133.) Mahdollisuus puhua kokemuksistaan muiden ihmisten kanssa tukee omaishoitaja jaksamistaan. Jokaiselle omaishoitajalle tulee hetkiä, jolloin voi kokea, ettei jaksakaan eikä tahdo puhua toiselle ihmiselle. Omaishoitaja voi kokea saavansa voimia ystävistä ja su-

kulaisista. Usein ystävyyssuhteet eivät säily, koska ei ole aikaa hoitaa niitä. (Lahtinen 2008, 82.)

Vertaistukiryhmän ryhmädynamiikalla on vaikutusta jäsenten hyvinvointiin ja ryhmän antiin. Ryhmässä pitäisi olla hoitavia elementtejä, joita ovat tiedon jakaminen, ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä, toivon herättäminen ja löytäminen sekä samankaltaisuuden kokeminen, mutta myös toisen auttamisen kokemus. Hoitavia taitoja ovat myös ihmissuhdetaitojen ja sosiaalisten taitojen oppiminen, sosiaalinen tuki sekä primäärinen perheryhmäkokemuksen korjaava kokeminen. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 276 - 278.)

Julkisen terveydenhuollon palveluilla ja järjestöillä on erilaisia tapoja tukea omaishoitajia. Molemmilla sektoreilla on vertaisryhmiä omaishoitajille, erityyppisiä intervallijaksoja ja päiväkeskustoimintaa hoidettaville. Hoidon järjestäminen ja sen onnistuminen ovat suuria ongelmia, jos omaishoitaja lähtee esimerkiksi vertaisryhmään. Omaishoitajan on vaikea jättää läheistään vieraan ihmisen hoidettavaksi. Omaishoitajilla on myös kokemuksia, että hoidettavan kunto on huonontunut oltuaan muualla hoidossa. (Lahtinen 2008, 17.) Hoitohenkilökunnan vähyys hoidettaviin nähden aiheuttaa ylläkäytsemistä, sitomista, laiminlyöntejä hoidossa sekä onnettomuuksia. Kiireen takia ei aina toimita asiakaslähtöisesti, eikä esimerkiksi anneta aikaa hoidettavalle itsenäiseen liikkumiseen paikasta toiseen pitäen yllä omaa toimintakykyä. Omaishoitajan loman pitäminen voi vaikeutua, mikäli luottamusta ei intervallihoidoon ole. Loman aikana saadut voimavarat katoavat nopeasti, jos hoitojakson jälkeen on edessä hoidettavan kuntouttaminen ja omaehtoisen toiminnan palauttaminen. (Hokkanen & Astikainen 2001, 55.)

Vertaistuen englanninkielisiä vastineita ovat peer support ja mutual support. Termejä mutual aid, mutual help ja self-help käytetään myös käsiteltäessä vertaistukea. Suomen kielessä vertaistuen ohella käytetään myös termejä oma-apu, keskinäinen tuki ja keskinäinen apu. Erilaisia nimityksiä ja määritelmiä löytyy vertaistukeen perustuvilla ryhmillä. Oma-apuryhmät on yksi nimitys, jota käytetään vertaistukiryhmä käsitteen rinnalla. (Nylund 2000, 158.)

Järjestöt tukevat omaishoitajia jaksamaan antamalla heille tietoa, vertaistukea ja tukihenkilöitä, joilla on tietoa juuri näistä asioista ja myös omakohtaista kokemusta. Tällä tavalla lievitetään omaishoitajan yksinäisyyden tunnetta, kokemusta siitä, että ei tarvitse olla hoidettavan sairauden ja arjen haasteiden keskellä yksin. Toinen omaishoitaja antaa toivoa ja antaa voimaa jaksamiseen ymmärryksellään vaikeassa elämäntilanteessa. (Lahtinen 2008, 17 - 18.)

Omaishoitajan jaksamiseen vaikuttaa myös hänen omat voimavaransa, se, millainen on hänen oma henkinen hyvinvointinsa ja henkinen tasapainonsa. Omaishoitajan jaksamiseen vaikuttaa se, millaisia perusmekanismeja ja selviytymiskeinoja ihmisellä on. Omista kokemuksista puhuminen jonkun toisen kanssa tai toisten ihmisten kanssa parantaa omaishoitajan mahdollisuuksia jaksaa omaishoitotyössään. Omaishoitaja saa mahdollisuuden jakaa ja purkaa tuntojaan ja elämään liittyviä ongelmia, eivätkä ne jää painolastiksi. (Lahtinen 2008, 82 - 83.)

Vertaistuki on sosiaalisen tuen muoto. Se on samanlaisessa elämäntilanteessa elävien ihmisten keskinäistä, yhdenvertaista tukea ja vuorovaikutusta. Toisen ihmisen kunnioittaminen, luottamuksellisuus, tasavertaisuus, osallisuus, vapaaehtoisuus ja vapaamuotoisuus ovat vertaistuen periaatteita. (Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto 2009, 3.) Vertaisuuden käsitettä käytetään yleensä kuvaamaan tai määrittelemään toimintaa, jossa samankaltaisessa ja jollain tavoin ongelmallisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset kokoontuvat yhteen pohtimaan heitä koskevia asioita ja jakamaan kokemuksensa (Pietilä 2006, 29).

Vertaistuki voi olla myös osa vakiintuneita, virallisia ja julkisia palvelujärjestelmiä. Sillä on oma erityinen asemansa sekä toiminnallinen ja ideologinen roolinsa, mikä voi herättää keskustelua ja kriittisiä kysymyksiä. Ihmisten välinen arkinen kohtaaminen, ilman asiakas- tai potilasroolia, titteleitä tai muita valmiita identiteettimäärittelyjä voi olla vertaistukeen perustuvan auttamisen ydin. Vertaistuella tarkoitetaan kohdattujen vaikeuksien, kuten sairastumisen, menetyksen ja vaativien elämäntilanteiden, keskinäistä jakamista. Vertaistuki rakentuu vastavuoroisuudelle, tuki- ja auttamissuhteiden roolit muuttuvat koko ajan. (Hyväri 2005, 214 - 219.)

Vertaistukeen liittyvien suhteiden luominen vaatii kokemusten jakamista ja vuorovaikutteista kohtaamista. Kokemusten julkinen kertominen ja yleisön läsnäolo eivät riitä. Vertaistuki vaatii yhteisesti jaetun sosiaalisen tilan. Vastaanottajat ovat kertomukseen osallistujia. Vertaisuhteessa vastaanottaja eläytyy toisen läpikäymiin tilanteisiin ja tunteisiin, niin kuin ne olisivat voineet tapahtua hänelle itselleen. (Hyväri 2005, 225.)

Tasa-arvoisuudesta, avoimuudesta ja toisen ihmisen kunnioittamisesta muodostuvat vertaistoiminnan arvot. Toisilta saatu elämys, käytännön vinkki tai vahva tunnekokemus vaikuttavat tavallisilta, mutta ovat kuitenkin merkittäviä arkielämän kokemuksia. Vertaistoiminnan idea on jakaa yhdenvertaisia kokemuksia ja kokemustietoa keskinäisessä kanssakäymisessä, joko ryhmissä tai kahden kesken. Ilman tasavertaisuuden ja osallisuuden kokemuksia ei voida

puhua vertaistoiminnasta. Elämän ongelmatilanteita on usein helpompi ymmärtää kokemustiedon avulla hahmottaen niiden kokonaisuuksia. Ammattiosaaminen voi olla kapea-alainen. Samalla tutkittua asiantuntijätietoa on helpompi ymmärtää ja soveltaa omaan ja perheen elämäntilanteeseen. (Kuuskoski 2003, 30 - 32.)

2.2.2 Liikunta

Lihaskivillä ja kestävyydellä on ratkaiseva merkitys jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisessä. Liikkuminen, tasapainon ylläpitäminen ja kaatumisen estäminen sekä pukeutuminen ja henkilökohtaisen hygienian hoitaminen vaativat lihaksiston suorituskykyä. Viidenkymmenen vuoden iästä eteenpäin alkaa ilmetä lihaksiston merkittävä heikkeneminen ja naisilla se on nopeampaa kuin miehillä. (Vuori & Taimela 1999, 104.) Esimerkiksi naisilla nelipäisen reisi- lihaksen staattinen voima on 70-vuotiailla 35 % heikompi 20-vuotiaisiin verrattuna. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2003, 338.) Alaraajojen lihasvoiman aleneminen on nopeampaa kuin yläraajojen lihaksissa, koska painovoiman vaikutuksia vastustavien lihasten suorituskyvyn aleneminen on nopeampaa. (Vuori & Taimela 1999, 104.) Lihasmassan vähenemisen lisäksi alenee kyky tehdä lihasvoimaa vaativia töitä ja myös liikuntasuoritusten jälkeen palautuminen on hitaampaa. (Tilvis ym. 2003, 338.)

Lihastyössä liikettä jarruttava lihasvoima ei heikkene juuri lainkaan ikääntyessä. Vanhempien ihmisillä on myös suhteellisesti enemmän hitaita lihassoluja nuorempiin verrattuna. Lihaskivien heikentymiseen kytkeytyy monimutkainen verkosto, jonka kaikkia osia ei tunneta. Lihaskivien heikentymiseen liittyy vahvasti lihasten atrofioituminen eli surkastuminen. Fyysisellä harjoittelulla saadaan hidastettua lihasten muutoksia, mutta myös aktiivisten ihmisten lihassäikeiden lukumäärä vähenee iän myötä. Lihaskivien kehittämisen lisäksi on tärkeä kiinnittää huomiota iän myötä lisääntyvään lihaskireyteen. Venytysharjoituksia tulisi tehdä erityisesti reiden takaosan lihaksiin, lonkan koukistajiin, alaselän lihaksiin sekä rintakehän alueelle. (Mälkiä & Rintala 2002, 165, 174.)

Liikunnalla tiedetään olevan paljon hyviä vaikutuksia vanhenevan henkilön terveyteen ja fyysisen toimintaan. Se hidastaa muun muassa fyysisen suorituskyvyn heikkenemistä ja suojaaa toiminnanvajauksilta ja näin ollen myös vähentää vanhempien henkilöiden sairaala- ja laitos-

hoidon tarvetta. Liikuntaa harrastavat iäkkäät henkilöt sairastavat liikkumattomia ikätovereitä vähemmän ja omaavat paremman fyysisen kunnon. Heidän suorituskykynsä ei ole niin rajoittunut ja kognitiivisia toiminnanheikkouksia on vähemmän kuin inaktiivisilla ikätovereilla. (Von Bondsdorff 2008, 38.)

Liikunta hidastaa ikääntymisen tuomia muutoksia vähentäen ja hidastaen vanhenemista. Tasapainotaito pysyy yllä ja kaatumiset estyvät. Liikunta edistää terveyttä ja toimintakykyä ja vähentää tai jopa estää monista sairauksista johtuvaa vanhenemista sekä hidastaa lihasvoiman vähenemistä. Liikkuvuus lisääntyy, notkeus ja nivelten hyvinvointi paranee, mutta myös vahvistaa luustoa. Unen laatu paranee ja liikunnasta saa hyvän mielen yksin tai yhdessä liikkuen. (Ikääntyminen ja liikunta 2010.)

Liikunnan avulla ennaltaehkäistään ja hidastetaan ikääntymisestä johtuvaa tasapainohäiriötä. Fyysisesti aktiivisella henkilöllä tasapaino on parempi kuin vähemmän aktiivisella. Aktiivisilla henkilöillä ääreisverenkierto on parempi, jonka myötä tasapainoa tukevat jalkapohjan tuntoaistimukset ovat herkemmit. Asento- ja liikeaisteja voi kehittää niin, että keho oppii tunnistamaan herkemmin asentojen muutokset, jolloin kehon hallinta on helpompi pitää tasapainossa. Eri aistikanavia pystytään aktivoimaan pystyasennon ylläpitoon, jos joku aisteista toimii heikommin. Esimerkiksi suljetaan silmät, jolloin silmien aistimukset poistuvat ja muut aistit joutuvat korvaamaan sen. (Era 1997, 58 - 60.)

Usein toistuva säännöllinen liikunta jatkuessaan määrältään ja kuormitukseltaan riittävänä edistää terveyttä. Säännöllinen ja monipuolinen liikunta parantaa elämänlaatua. Fyysinen aktiivisuus pidentää elinikää antaen suojan useita yleisempiä pitkäaikaissairauksia vastaan. Väitetään, että tunti liikunta jatkaa tunnilla elinikää. Liikunnan tulee olla reipasta kestoltaan vähintään kolmekymmentä minuuttia kestävää päivittäistä aktiivisuutta. Säännöllisellä lihasvoimaharjoittelulla ja muilla liikuntaohjelmilla vähennetään vanhusten kaatumisriskiä auttaen heitä säilyttämään itsenäisen liikuntakyvyn. (Nissinen 2004, 56.)

Liikunta harrastus on lisääntynyt ikääntyneiden keskuudessa, mutta kuitenkin vain yksi kolmasosa 60 vuotta täyttäneistä harrastaa riittävästi liikuntaa. Ikääntyneiden kotona toteutetuista liikuntaohjelmista on saatu pääsääntöisesti positiivisia tuloksia. (Pohjolainen 2003, 14.) Ihmisen ikääntyessä liikuntaharrastus muuttuu muotoaan ja intensiteettiään. Liikuntaharrastukseen käytetty aika ja intensiteetti vähenevät 75 - 80 ikävuoden jälkeen, mikä näkyy myös

toimintakyvyn vaikeuksissa ja heikentyneessä terveydessä. Myös on ikääntyneitä henkilöitä, jotka lisäävät kotivoimistelun määrää vanhetessaan. (Mäkilä ym. 2008, 50.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan, fyysisistä ponnistuksista vaativista työtehtävistään ja aktiviteeteistaan. Fyysisen toimintakyvyn kannalta on tärkeää ihmisen hyvä kunto. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät. (Rissanen 1999, 41.) Tuki- ja liikuntaelinten kunto ovat vanhusen toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen kannalta tärkeitä. Lihaskunto ja liikehallinta edistävät tuki- ja liikuntaelimestön toimintakykyä. Liikunnalla on mielen tasapainoa ja sosiaalista kanssakäymistä lisäävä vaikutus. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 154.)

Kävelykyky on yksi tärkeimmistä itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttävistä taidoista. Askeleet tihenevät ja askelpituus lyhenee iän myötä ja näin ollen hidastaen vanhuksen kävelyvauhtia. Miybaran ym. (2008) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden kävelynopeus osoittaa hyvin fyysisen toimintakyvyn tasoa. Normaali kävely edellyttää riittävää alaraajojen lihasvoimaa, nivelten häiriötöntä toimintaa, neuromuskulaarista säätelyä sekä dynaamista tasapainoa. Ikääntyneeltä vaaditaan riittävää kävelynopeutta, jotta hän voi selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toimistaan. Liikennevaloissa on käveltävä 1,22 m/s - 1,40 m/s, jotta ehtii ylittää tien vihreiden valojen aikana. Pieni osa 75 - 85-vuotiasta henkilöistä saavuttaa tämän nopeuden. Kotioloissa selviytyy huomattavasti pienemmällä kävelynopeudella. Erityisesti iäkkäillä naisilla kävelynopeuden on todettu olevan yhteydessä lihasvoimaan. (Pohjola 2006, 52 - 53.)

Lihaskunto ja kestävyys on merkitys jokapäiväisistä asioista selviytymisessä. Lihaksiston suorituskykyä vaatii liikkuminen, tasapainon ylläpitäminen ja kaatumisen estäminen sekä pukeutuminen ja henkilökohtaisesti hygieniasta huolehtiminen. Alaraajojen lihasvoiman heikkeneminen on nopeampaa kuin yläraajojen lihaksissa, koska painovoiman vaikutuksia vastustavien lihasten suorituskyky alenee nopeammin. (Vuori & Taimela 1999, 104.) Lihasmassan vähenemisen myötä lihasvoiman kyky tehdä vaativaa työtä alenee ja palautuminen liikuntasuorituksen jälkeen hidastuu. (Tilvis, Hervonen, Lehtonen & Sulkava 2003, 338.)

Liikettä jarruttava lihasvoima ei tutkitusti heikkene juuri lainkaan ikääntyessä. Lihaskunto heikkeneminen liittyy vahvasti lihasten atrofiotumiseen eli surkastumiseen. Lihasten muutoksia saadaan hidastettua fyysisellä harjoittelulla, mutta myös aktiivisten lihassäikeiden lukumäärä vähenee vanhetessa. Lihaskunto kehittämisen lisäksi olisi hyvä kiinnittää huomiota

ian myötä lisääntyvään lihaskireyteen. Reiden takaosan lihakset, lonkan koukistajat, alaselän lihakset ja rintakehän alue tarvitsevat venytyshajotuksia. (Mälkiä & Rintala 2002, 165, 174.)

Tasapainon avulla ylläpidetään vartalon eri asentoja ja reagoidaan ulkoa tuleville tasapainoa horjuttaville tekijöille. Tasapaino jaetaan staattiseen ja dynaamiseen. Staattisen tasapainon avulla yllä pidetään sama asento ja dynaaminen säilyttää tasapainon liikesuoritusten aikana. Normaalin tasapainon aikana henkilö kykenee säilyttämään vakaan painopistealueen sekä paikallaan ollessa että liikkuesssa. Pystyasento vaatii kehon säätelyjärjestelmältä runsaasti ponnistelua ja sen monimutkaisuus voi olla yksi syy siihen, että vanhetessa pystyasennon pitäminen vaikeutuu. Pystyasennon hallintaan vaikuttavat aistit, keskus- ja ääreishermosto, tuki- ja liikuntaelimestö sekä suoja- ja tasapainoreaktiot. Pystyasennon vaikeudet ilmenevät heikkouksina näkyen tasapainovaikeutena. (Era 1997, 54 - 55.) Tasapainohäiriöitä voidaan ennaltaehkäistä ja hidastaa liikunnan avulla. Fyysisesti aktiivisilla henkilöillä tasapaino on huomattavasti parempi kuin vähemmän aktiivisilla. Aktiivisilla henkilöillä ääreisverenkierto on parempi ja heidän tasapainoa tukevat jalkapohjan tuntoaistimukset ovat herkemmat. (Era 1997, 58 - 60.)

2.2.3 Ravinto

Ikääntymisen myötä energian tarve pienenee, koska liikkuminen vähenee ja perusaineenvaihdunta laskee. Perusaineenvaihdunnalla (PAV) tarkoitetaan energiamäärää, jolla peruselintoinnot kuten hengitys ja verenkierto pystyvät toimimaan. PAV on naisilla pienempi kuin miehillä ja lihavilla suurempi kuin normaalipainoisilla. Ikääntyneelle ruokavalion laatu on tärkeä, koska ikääntyneen on saatava pienemmästä ruokamäärästä sama määrä ravintoaineita kuin aikaisemmin. Yli 75-vuotiaiden kevyttä työtä tekevien, ei-liikkuvien energian saantisuositus vuorokautta kohden on naisilla 1700 kilokaloria ja miehillä 2010 kilokaloria. (Aro ym. 2000, 254 - 255; Barker 2002, 131; RTY 2006, 17.) Monipuolinen ruokailu auttaa vanhusta voimaan paremmin ja ehkäisemään sairauksia. Vanhuksen saadessa puutteellista ravintoa hän altistuu herkemmin Parkinsonin taudille, aivohalvaukselle, suun ja hampaiden sairauksille, dementialle ja diabetekselle. (Parkkinen & Sertti 1999, 143.)

Ruoka- ja ruokailutottumukset ovat yksilöllisiä. Useat tekijät vaikuttavat niihin, kuten elämän varrella syntyneet mieltymykset, sosiaaliset tekijät, elämäntilanne, vakaumus ja varallisuus. Ruokakulttuurissamme tapahtunut muutos on hämmentävä monelle vanhukselle. Kansainväliset ruoat ja ruokien nimet voivat olla vanhukselle outoja. Ruoan merkitys on myös muuttunut vuosikymmenten aikana: ennen ruoan piti olla täyttävää ja nykyisin nautittavaa. Tietoisuus ruuan terveellisyydestä on kasvanut valtavasti. (Uittomäki 2004; RTY 2006, 17 - 18.)

Dementoituneella ruuan hahmottaminen on vaikeaa. Hahmottamista voidaan helpottaa valitsemalla sopivat ruokailuvälineet ja turvaamalla miellyttävä, rauhallinen ruokailmapiiri. Sairauden edetessä dementoituneen paino laskee ja johtaa aliravitsemukseen, toimintakyvyn heikkenemiseen ja kaatumisriskiin. Taudin edetessä ilmenee erilaisia syömiskäyttäytymisen häiriöitä kuten ruoasta kieltäytymistä, nielemisvaikeutta, yskimistä, ruoalla sotkemista tai leikkimistä. Kasvavan vaeltelun ja levottomuuden takia energian kulutus voi kasvaa. Nielemisvaikeuksien kasvaessa voidaan siirtyä energiarikkaaseen ruokavalioon ja runsaasti proteiinia sisältävien ravintoaineiden käyttöön, koska niistä saattaa olla hyötyä lihaskunnan ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Nenä-mahaletku -ruokinta ei ole tarkoituksenmukainen. (Heikkinen & Rantanen 2003, 390; Tilvis ym. 2001, 319 - 320; Voutilainen ym. 2002, 142.)

Ravinnosta saatavan proteiinin hyväksikäyttö heikkenee elimistössä ikääntyessä. Lihasmassan pieneneminen ei aiheuta proteiinin tarpeen vähenemistä. Ikääntyneellä energian saannin väheneminen laskee proteiinin saantia ravinnosta. Vähäisessä energian saannissa ollen alle 1550 kilokaloria, proteiinien saantisuositus nousee 15 - 20 %:iin. Ikääntyneillä jo lyhytaikainenkin vähän proteiinia sisältävä ruokavalio aiheuttaa lihaskatoa ja tulehdusalttiutta. Ikääntyneellä proteiinin saannin tulisi olla 1 - 1,2 g/kg/vrk. Sairaudet ja akuutit stressitilanteet esimerkiksi leikkaukset lisäävät huomattavasti proteiinin tarvetta jopa 2 g:an/kg/vrk. (Heikkinen & Rantanen 2003, 380 - 381; Voutilainen ym. 2002, 141 - 142.)

Ikääntyneelle on erittäin tärkeää riittävän proteiinin saanti, sillä proteiinit huolehtivat lihassmassan kehittymisestä. Yli 60-vuotiaan energiantarve on hieman alhaisempi kuin työikäisen, sillä aineenvaihdunta hidastuu ja lihassmassa pienenee. Sen seurauksena kunto heikkenee ja tapaturmien riski kasvaa. Vanhuksen on tärkeää huolehtia monipuolisesta ravinnosta ja vitamiinien saamisesta. Kalsiumin ja D-vitamiinin saantiin on erityisesti kiinnitettävä huomiota. Niiden puutokset voivat johtaa osteoporoosiin, joka myös syövän syntyä. Kokojyväviljaa on hyvä suosia päivittäisessä käytössä. puolestaan lisää esimerkiksi lonkkamurtumien riskiä. Siksi

olisikin tärkeä käyttää maitotuotteita, kuten jogurttia, juustoa ja piimää. (Anttila ym. 2007, 232 - 233.)

Proteiinivaje heikentää elimistön immuunipuolustusta, altistaa infektiolle ja hidastaa niistä toipumista. Vanhuksen mahahaavojen hoidossa ja ehkäisyssä on erityisen tärkeää, että potilas saa riittävästi proteiinia, koska proteiini huolehtii kudosten uudelleen rakentumisesta. Proteiinin saannin riittävyyttä ja proteiinivajeen hoidon onnistumista voidaan arvioida määrittämällä seerumia tai plasman albumiinipitoisuus. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 217 - 281.)

Ikääntyneellä D-vitamiinin imeytyminen aktiiviseen muotoon munuaisissa heikkenee. D-vitamiinia tarvitaan elimistön kalkkiaineenvaihdunnassa ja luuston rakentamisessa. D-vitamiinia saadaan ruokavaliossa kalasta, sienistä ja vitaminoiduista margariineista. D-vitamiini aktivoituu iholla auringonvalon vaikutuksesta. D-vitamiinin puutteen on todettu olevan vanhuksilla yleistä. Laitosasukkaat ovat erityisesti riskiryhmä, koska heidän ulkoilunsa on vähäistä. Vanhukset pääsevät liian harvoin ulos ja tähän pitäisi tulevaisuudessa panostaa. D-vitamiinin puute aiheuttaa kalsiumin imeytymisen vähenemistä suolistosta ja ennen pitkää se johtaa lisäkilpirauhashormonin nousun kautta sekundaariseen osteoporoosiin eli luukaaton. Äskettäin ilmestyneessä osteoporoosin käypä hoito -suosituksessa suositeltiin annettavaksi kaikille yli 70-vuotiaille suomalaisille 400 IU D-vitamiinia päivittäin ja laitospotilaille 700 - 800 IU D-vitamiinia päivittäin. 800 IU vastaa 20 mikrogrammaa D-vitamiinia päivittäin. Lisäksi tulisi antaa kalkkia joko ruokavaliossa tai lisänä 1 g vuorokaudessa. (Pitkälä 2001.)

Vanhukset tarvitsevat riittävästi hiilihydraatteja, sillä ne ovat ravinnon perusta. Niiden osuus pitäisi olla 55 - 60 % kokonaisenergiasta. Tärkeimpiä hiilihydraattilähteitä ovat peruna, hedelmät, kasvikset, marjat ja sokeri. Hiilihydraatteja käytetään nopeana energian lähteenä ja niitä tarvitaan myös rasvojen hajottamisessa. Hiilihydraattien ylijäämä varastoidaan elimistöön glukogeenin ja rasvan muodossa. (Hartikainen ym. 2008, 261 - 217.) Rasvojen saaminen on tärkeää. Pehmeä rasva, erityisesti kalan ja kasviöljyn sisältämät n-3-rasvahapot, alentavat veren triglyseridipitoisuutta, estävät verihiihtaleiden kokkaroitumista, vähentävät tulehduksia sekä voivat vähentää masentuneisuutta. (Mikkonen ym. 2009, 106.)

Vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve ei pienene ja sen vuoksi ruuan laatuun on hyvä kiinnittää huomiota. Vanhenemiseen liittyvät muutokset saattavat huonontaa ruoan hyväksikäyttöä

ja lisätä ravintoaineiden hukkaa, jolloin niitä pitää saada runsaammin. Sairastumisten ja leikkausten yhteydessä on perusteltua turvata ravintoaineiden saanti käyttämällä kliinisiä ravintovalmisteita tai vitamiini- ja kivennäisvalmisteita. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2002, 188.)

Ikäihmisen ruokavalio koostuu ruokaympyrän tai kolmion mukaisesta suunnitelmasta. Ruokavalioon kuuluu täysjyväleipää ja muita täysjyvävalmisteita, perunaa, monipuolisesti kasviksia, hedelmiä ja marjoja, maitovalmisteita, lihaa ja kalaa. Useat pienet ja tasaisesti pitkin päivää jaetut ateriat ovat tärkeitä vanhukselle. Verensokeri pysyy tasaisena ja olo pirteänä. Päivittäin tulisi nauttia aamupala, lounas, päivällinen ja tottumusten mukaan välipala. (Ihalainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 85.)

Energian, vitamiinien sekä kivennäisaineiden saanti vähenee noin viidennekseen 70 - 80-vuotiailla. Syynä on usein, että vanhus vähentää liikkumista ja sen myötä myös syömistä, luullen ettei tarvitse ruokaa niin paljon kuin aikaisemmin. Vanhus tarvitsee tärkeitä ravintoaineita esimerkiksi haavojen paranemiseen ja infektioiden ennaltaehkäisyyn. Ongelmana ei ole alipaino, vaan ravintoaineiden puute. Ylipainoinenkin saattaa olla aliravittu. Ikääntynyt saattaa syödä vain herkkuja tai korvata ruoan esimerkiksi viinereillä tai alkoholilla. Elimistö myös käyttää huonommin ruoan ravintoaineita ja ruokamäärän pitäisi pysyä melkein samalla tasolla kuin aikaisemmin vaikka liikkuminen vähenee. Liikunnan väheneminen on syynä usein sairastelun mutta myös liukas keli. Heikko ravinnon saanti aiheuttaa myös lihaskatoa eli sarcopeniaa. Tällöin lihasmassasta katoaa yli puolet. Lihaskadon syy voi olla myös perintötekijöissä. (Suominen 2009.)

Syömistiheys on tärkeä vanhukselle, koska ikääntyneen elimistö ei jaksakaan toimia yhtä tehokkaasti kuin aikuisiällä. Vanhus tarvitsee useita pieniä aterioita päivän aikana eikä yöllinen paasto saisi ylittää 12 tuntia. Näin varmistetaan vanhuksen riittävä ravintoaineiden ja energian saanti. Välipalojen pitäisi olla helposti saatavilla, koska vanhukset ovat arkoja pyytämään välipalaa tai muuta ruokaa aterioiden ulkopuolella. Joustavuus ja turvallisuus pitäisi turvata ruokailuajoissa. (RTY 2006, 16, 23 - 24; Uittomäki 2004.) Riittävä ja tasapainoinen ruokavalio auttaa vanhusta säilymään vireänä. Tärkeä asia on ravintotietouden lisääminen ja ruokahuollon järjestäminen niille vanhuksille, jotka eivät itse kykene siitä huolehtimaan. (Peltonsaari, Raukola & Partanen 2002, 258.)

Vanhuksen toimintakyvyn ja elämänlaadun säilymisen edellytyksenä on tasapainoinen ravitsemustila. Huono ruokahalu, vähäinen liikunta, sairaudet ja lääkehoidon haittavaikutukset sekä ongelmat ruoan hankkimisessa ja syömisessä heikentävät ravitsemustilaa. Laitoksissa ja vanhainkodeissa hoitajilla ei aina ole riittävästi aikaa syöttää vanhuksia ja oma syöminen taito heikentyy. Puutteet fyysisessä toimintakyvyssä ja säästäväisyys voivat vähentää ruokailutilanteen houkuttavuutta. (Haukka ym. 2005, 67 - 70.)

Elimistö tarvitsee energiaa erilaisiin toimintoihin, jotka voidaan luokitella kolmeen ryhmään: perusaineenvaihdunta, liikunta- ja muu lihastyö sekä henkinen työ. Perusaineenvaihdunta kattaa kaikki tahdosta riippumattomat elintoiminnot kuten sydämen, keuhkojen, hermoston ja sisäelinten toiminnan. Elimistöä rasittavat ulkopuoliset tekijät voivat vaikuttaa energiantarpeen määrään. Kuumetta (lisäys 10 %), palovammat, stressi, masennus ja eräät sairaudet kuten syöpä ja keuhkoastma lisäävät energiantarvetta. Huomattava fyysinen rasitus lisää energiantarvetta. Painon alenemista aiheuttaa laihduttava ruokavalio, koska elimistö pyrkii ehkäisemään painonlaskua eli aineenvaihdunta hidastuu. Aliravitsemus- ja nälkätiloissa tapahtuu samoin. Aineenvaihduntaan vaikuttaa ihmisen koko, pienikokoinen nainen tarvitsee huomattavasti vähemmän energiaa kuin suurikokoinen mies. (Kylliäinen ym. 2005, 14 - 15.)

Ruokailu voi olla vanhukselle kiinnekohta hänen elämässään. Ruokailu voi olla päivän päätapahtuma, johon kuuluu ruokailun lisäksi tapaamista ja seurustelua. Monipuolinen ravitsemustila pitää kunnossa ja hidastaen vanhenemista. Ruokailu ei ole ainoastaan nälän ja ravintotarpeen tyydyttämistä vaan se on myös parhaimmillaan sosiaalinen tapahtuma. (Airaksinen ym. 1994, 79 - 80.)

Syömättömyys ja nesteen puute heikentävät nopeasti ikääntyvän henkilön yleiskuntoa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tehtävänä on seurata avohoidossa olevan vanhuksen ravitsemustilaa. Vanhuksen toimintakyky alenee ja avuntarve kasvaa. Kotona yksin asuvan vanhuksen olisi hyvä pitää kotona ruokavarastoa, siltä varalta, ettei kykene lähtemään kauppaan. Kotipalvelun toimintamuoto on ateriapalvelu. Vanhuksen ravitsemus ja sen myötä toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parantaa ateriapalvelun myötä. Apuvälineet lisäävät kotona asuvan vanhuksen omatoimisuutta. Sopiva ulkoilu ja ruokaseura parantavat mielialaa ja ruokahalua. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys, 2006. 196 - 197.)

Nesteen riittävä saanti on ikääntyneelle yhtä tärkeä kuin ravinto. Munuaisten heikentynyt toiminta sekä elimistön pienentynyt vesipitoisuus ja janontunteen heikkeneminen altistavat vanhuksen kuivumiselle. Nestetasapainon häiriöt heijastuvat ravitsemustilaan ja yleiseen vointiin. Suun kautta nautitun nesteen päivittäinen tarve on 30 - 35 millilitraa painokiloa kohti eli noin 1,5 litraa vuorokaudessa. (Hasunen ym. 1992, 13, 34; RTY 2006, 47.)

Dementikko tarvitsee yhä enemmän apua ja tukea sairauden edetessä. Hän voi unohtaa syömisen kokonaan tai juuri syöneensä tai miten ruokailuvälineitä käytetään. Dementikon turvallisuudesta pitää myös huolehtia tarkistamalla ruoan lämpötila ja paloittella ruoka sopivaksi annospalaksi. (Ihalainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 88.)

Muutokset ruuansulatuselimistössä vaikuttavat ruoan valintaan ja hyväksikäyttöön. Maku- ja hajuaisti heikkenevät. Ruokahaluttomuutta aiheuttavat psyykkiset tekijät ja erilaiset lääkehoidot. Purentavoima heikkenee hampaiden huononemisen myötä. Heikkeneminen yhdessä syljen erityksen kanssa rajoittaa usein kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä sekä johtaa pehmeän, kostean ja hiilihydraattipitoisen ravinnon nauttimiseen. Ruoan valintaan vaikuttavat ruoansulatusnesteiden vähentyminen, ohutsuolen seinämän rappeutuminen ja erilaiset ruoansulatusvaivat. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 259.)

Ikääntyessä perusaineenvaihdunnan taso laskee ja liikkuminen usein vähenee energian tarpeen pienetessä. Ikäihmisen ravitsemuksen tavoitteet ovat hyvä ravitsemustila, riittävät ravintoainevarastot, toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen sekä hyvä elämänlaatu. Energian saannin pitää vastata kulutusta. Ravintoainevarastot ovat tärkeitä sairaus- ja stressitilanteiden varalta, koska sairauksista toipuminen on nopeaa ja mahdollinen sairaalasta kotiutuminen ei pitkity. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2002, 12.)

Ravintoaineiden aineenvaihduntaan vaikuttavat muutokset hormonien erityksessä ja sisäelin-toiminnoissa heikkenee. Lihaskudokset vähenevät ja rasvakudos lisääntyy perusaineenvaihdunnan hidastuessa. Fyysisen aktiivisuuden myötä perusaineenvaihdunta vähenee. Munuaisten toiminnan hidastuminen aiheuttaa nestetasapainohäiriöitä, elimistön vesipitoisuus vähenee ja janon tunne vaimentuu. Lihäs- ja rasvakudoksen muutokset vaikuttavat hiilihydraatti-aineenvaihduntaan heikentäen glukoosin sietokykyä. Maksan kyky valmistaa ravinnon proteiineista elimistön proteiineja heikkenee, mikä johtaa ravinnon proteiinien hyväksikäytön huononemiseen. Osteoporoosi on yleisin kivennäisaineiden aineenvaihdintahäiriö. Sen syn-

tyyn vaikuttavat vanhenemiseen liittyvät hormonaaliset muutokset, kalsiumin imeytymisen heikentyminen, D-vitamiini aineenvaihduntamuutokset ja liikunnan väheneminen. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 259.)

Vanhusten aliravitseminen voidaan jakaa neljään päätyyppiin: pitkäaikainen aliravitseminen, trauman jälkeinen aliravitseminen, spesifinen aliravitseminen (esimerkiksi vitamiinien tai kivennäisaineiden puutos) ja uusiutuva aliravitseminen. Mikäli ongelmiin ei tartuta riittävän ajoissa, aliravitseminen vaikeutuu pitkittämällä sairautta toipumista ja voi jopa johtaa pitkäaikaishoitoon. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004, 189.) Ravitsemustilaan vaikuttavat myös fyysiset ja psyykkiset sairaudet, erilaiset lääke- ja muut hoidot sekä ympäristö- ja sosiaaliset tekijät. Vaikeus valita elintarvikkeita, liikuntakyvyttömyys, yksinäisyys, lähimmäisen menetyksen trauma, dementiaan liittyvät ruokailuongelmat ja diureettilääkitys voivat aiheuttaa aliravitsemusta. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 259.)

Vanhenemisen fysiologiset muutokset lisäävät aliravitsemuksen riskiä. Vanhuksella ravinnon hyväksikäyttö elimistössä heikkenee ja voi ilmetä malabsorptiota eli ravintoaineet imeytyvät huonosti kudosten käyttöön. Tämä saattaa aiheuttaa painon laskua. Erilaiset suoliston sairaudet, kuten keliakia, pahentavat tilannetta. Mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, energiaa sisältävät aineenvaihdunnan tuotteet viipyvät verenkierrossa pidempään ja siitä seuraa kylläisyyden tunteen piteneminen. Ikääntyessä tulee lihaskudoksen katoa ja rasvakudoksen suhteellista kasvua. Glukoosin sietokyky heikkenee ja nestetasapainohäiriöiden alttius kasvaa. (Suominen 2008.)

Keskeinen syy aliravitsemukseen vanhuksella on ruokahalun heikentyminen. Se voi johtua sairaustiloista, tartuntataudeista, ruoansulatuskanavan sairauksista ja kasvaimista. Lääkehoito voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Ikään kuuluu ruokahalun ja janon tunteen heikentyminen. Outo sairaala- tai muu hoitolaitos voi aiheuttaa hätäntymistä ja ahdistusta, mikä voi vaikuttaa ruokahuun ja aliravitsemustilaan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004, 190.)

Ali- ja virheravitsemuksesta on paljon haittaa ikääntyneen terveydelle. Painonlasku ja alhainen BMI eli painoindeksi vaikuttavat negatiivisesti toimintakykyyn ja nostavat kuolleisuutta. Ne aiheuttavat myös ongelmia sydämen toiminnassa, sillä elimistö vaatii ravintoa sydämen ja muiden tärkeiden elinten toimintaan. Aliravitsemuksen hoitokustannukset ovat kalliita ja ennaltaehkäisyyn pitäisi panostaa enemmän. (Suominen 2009.)

Riskiryhmiin kuuluvan ikäihmisen ravitsemustilaa seurataan säännöllisesti punnituksin, kirjoittamalla ruokavaliota sekä tarkkailemalla silmämääräisesti henkilön ulkoista olemusta ja siinä tapahtuvaa muutosta. Pitkäaikainen aliravitseminen ilmenee henkilön laihtumisena, kuivumisena ja lihaskudoksen vähenemisenä. Nopeasti ilmenevää aliravitsemusta on vaikea havaita ja sitä voi ilmetä liikapainoisillakin henkilöillä. Proteiinimittauksilla voidaan tämä aliravitseminen mitata. (Ihalainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 87.) Nyrkkisääntönä voidaan pitää, että ennen eläkeikää pitäisi välttää ylipainoa, mutta eläkeiän jälkeen pieni lisäpaino tuo hyvää vararavintoa. Ennen eläkeikää painoindeksi täytyisi olla alle 25, mutta eläkeiän jälkeen se saa kohota sen yli. (Finne-Soveri 2010.)

Ravitsemustilaa huonontavat päivittäiset tutkimukset ja niiden esivalmistelut. Mitä vaikeampi perussairaus ja mitä aggressiivisempi hoito ovat kyseessä, sitä tärkeämpää ravitsemustilan ylläpito on. Riittävä ravitseminen ja energiatarpeen lisääntymisen huomioon ottaminen, ovat hoidon kannalta erityisen tärkeitä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004, 190.)

Dementia esiintyy henkisen toiminnan häiriönä ja muistihäiriönä, joka vaikeuttaa selviytymistä jokapäiväisestä elämästä. Alzheimerin tauti on tavallisin dementian aiheuttaja. Ostosten tekeminen ja ruoan valmistus eivät onnistu entiseen tapaan dementian alkuvaiheissa. Henkilö ei löydä tarvittavia raaka-aineita ja sokeria voi olla kaapissa runsaasti. Kotona olevien välineiden ja laitteiden käyttö ei onnistu. Yksin asuvalla tilanne voi johtaa ruokavalion merkittävään ravinnon yksipuolisuuteen ja siitä johtuvaan laihtumiseen ja aliravitsemukseen. (Ihalainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 87.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, millainen virkistyspäivä tukee muistisairaiden omaishoitajien arjessa jaksamista. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa virkistyspäivään osallistuneiden omaishoitajien kokemuksista ja ideoista seurakunnan järjestämien tulevien virkistyspäivien kehittämiseksi.

Tutkimustehtäväni ovat:

1. Millaisia omaishoitajien kokemukset olivat virkistyspäivästä ja
2. Millaisia toiveita omaishoitajat esittivät virkistyspäivän kehittämiseksi.

4 OPINNÄYTTEEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöni toteuttaminen alkoi omaishoitajien virkistyspäivän suunnittelusta ja omaishoitajiin liittyvän teoretiedon hankkimisesta. Opinnäytetyön työstäminen yksinään on ollut erittäin haasteellista ja mielenkiintoista. Aiheet omaishoitaja, dementia, ravinto, liikunta, arjen haasteet ja vertaistuki kiinnostavat edelleen minua. Työn helppoutena pidin omaishoitajien kohtaamisen koska mielestäni minun on helppo lähestyä erilaisia ihmisiä. Osan heistä oli tavannut harjoittelujaksolla Vaalan vuodeosastolla. He siis olivat minulle jo tuttuja ihmisiä.

Tutkittaessa ihmisten käsityksiä ja kokemuksia erilaisista asioista yleisimmin käytetty tutkimusmenetelmän muoto on kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tämän menetelmän etuna on, että tutkimustyö on tapa ymmärtää omaa elämismaailmaansa. Se on yhtäläillä osa ihmisen maailman suhdetta kuin jokapäiväinen kokeminenkin ja ne ovat samalla tavalla kietoutuneet ihmisen maailmansuhteeseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen vaatimukset lähtevät ihmisen erityislaadusta ja sen huomioon ottamisesta, siten että tutkija ja tutkimustavat kuuluvat samaan elämismaailmaan. Tutkijan ote on kysyvä ja tutkimusongelma nousee työelämän monimutkaisista käytännöistä. (Tutkimuksen suorittaminen. 2003)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on monipuolinen. Tutkimuksessa on otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti hajalle. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman monipuolisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 1996, 23)

Valitsin kvalitatiivisen tutkimusotteen, koska opinnäytteeni tarkoitus on kuvata, millainen virkistyspäivä tukee muistisairaiden omaishoitajien arjessa jaksamista. Omaishoitajien kokemusten kuvaamiseen soveltuu parhaiten kvalitatiivinen tutkimusote, koska kokemukset ovat todellista elämää.

4.1 Virkistyspäivä ja kysely tiedonkeruumenetelminä

Opinnäytetyöni ideointi alkoi syksyllä 2009. Ajatus virkistyspäivän järjestämisestä opinnäytetyönä, alkoi omaishoitajien tuen tarpeesta, jonka koin tärkeäksi koska olin tavannut ikääntyneitä omaishoitajia ja sen myötä ajatukseni heräsi tukea heitä vaativassa työssään. Otin yhteyttä seurakunnan diakoni Rauni Karppiseen. Tiedustelin Vaalan seurakunnan innostusta järjestää omaishoitajien virkistyspäivä ja sain myöntävän vastauksen. Virkistyspäivälle oli siis tarvetta ja hän innostui asiasta. Aloin suunnitella päivää ja halusin piristystä puheiden jatkeeksi, joten päätin pitää keppijumpan ja kivan laululeikin. Virkistyspäivän suunnittelu alkoi keväällä 2010. Diakonin kanssa sovimme päivän viettohetkeksi 13.10.2010. Diakonin kanssa suunnittelimme päivän aikataulun ja hän kertoi kutsuvansa koolle omaishoitajat, jotka olivat hänelle tuttuja entuudestaan. Päivän sovimme vietettäväksi Vaalan seurakuntasalissa.

Päätös opinnäytetyön aiheesta syntyi kohdatessani omaishoitajia, jotka tekevät merkittävää vapaaehtoistyötä vanhushoidon parissa. Ymmärsin heidän kauttaan, miten tärkeä on tukea heidän jaksamistaan. Olen kokenut tärkeäksi tehtäväksi omaishoitajuuden tukemisen, jotta he selviävät arjesta. Omaishoitajan työ on raskasta ja ympärivuorokautista. Omaishoitajaksi ryhtyminen on usein tietoinen valinta. Vanhustenmäärän lisääntyessä omaishoitajat ovat kasvava joukko tulevaisuudessa.

Keräsin aineistoni palautekyselyllä. Kysely on survey -tutkimuksen keskeinen menetelmä. Kyselytutkimuksen etuna on, että kysymysten avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 1996. 193 - 195.)

Palautelomakkeessa tiedustelin, vastasiko päivä odotuksia, minkälaiset olivat järjestelyt, auttoiko päivä virkistymään ja millainen oli päivän sisältö. Halusin tehdä lomakkeesta selkeän ja lyhyen, jotta omaiset jaksaisivat vielä päivän päätteeksi täyttää sen. Kysymyksistä yksi oli avoin ja seitsemän suljettua kysymystä.

Suunnittelin huolella miten muodostan kysymykset, jotta niihin olisi helppo vastata, koska osallistujat olivat melko iäkkäitä. Avoimet kysymykset ovat tehokkaita. Avoin kysymys on vastaajalle mieluisa ja paljastaa asioita, joita kysyjä ei ole osannut kysyä. Avoimia kysymyksiä

käytetään harvoin, koska kerätyn materiaalin läpikäyminen on työlästä. (Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1996, 13.)

4.2 Aineiston keruu ja palautteen analyysi

Omaishoito on aiheena ajankohtainen ja mielestäni omaishoitajien jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota. Stakesin näkemyksen mukaan ikääntyvässä Suomessa omaishoidon kehittäminen on kannattava ja arvokas asia. Kirkkohallituksen mukaan omaishoito nojaa omaisiin, jotka kiintymyksestä, parisuhteen vaalimisesta ja lähimmäisen rakkaudesta ovat valmiita hoi-vaamaan. Kirkkohallituksen näkemyksen mukaan vanhuspalvelujen uudelleen organisointi edellyttää omaishoidon ottamista investointikohteeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004.)

Pidin virkistyspäivän 13.10.2010. Virkistyspäivän aamuna menin Vaalan seurakuntatalolle. Omaishoitajat olivat paikalla odottamassa minua. Osallistuvia omaishoitajia oli viisi ja yhdellä heistä oli hoidettava omainen mukanaan virkistyspäivän vietossa. Yksi omaishoitajista oli mies ja hän oli joukon vanhin pirteä mies. Aloitimme päivän vieton kello 9.00. Esittelin itseni omaishoitajille ja kerroin tekeväni opinnäytetyöni omaishoitajien virkistyspäivästä ja tarvitsevani heidän panoksensa kuvatessani, mitä omaishoitajat tarvitsevat päivän viettoon, jotta he voisivat paremmin. Jaoin osallistujille palautelomakkeen (liite 3), jotta he voivat pohtia päivän aikana vastauksia siihen.

Päivän vieton aloitimme kahvittelulla. Pappi piti tämän jälkeen kauniin puheen, jonka jälkeen puhuin ravinnon merkityksestä vanhukselle (liite 6). Aihe oli sopiva sillä ruokailu oli seuraavana vuorossa. Sopivaksi piristeeksi toteutimme laululeikin (liite 4). Seurakunta tarjosi hyvän ruuan, jota oli ilo syödä. Kaikki olivat tyytyväisiä hyvään ruokaan. Diakoni puhui tämän jälkeen, minkä jälkeen pidin keppijumpan (liite 5) osallistujille. Kukin teki liikkeit vointinsa mukaan. Päivä päättyi yhteiseen kahvittelun. Joimme kahvit seurakunnan kahvikamarilla, joka on yhteinen kokoontumispaikka. Päivän lopuksi omaishoitajat palauttivat kyselylomakkeet. Kyselylomakkeen avulla keräsin tiedon omaishoitajien toiveista ja odotuksista, jotta virkistyspäivän sisältöä voitaisiin tulevina vuosina muokata omaishoitajan tarpeita vastaavaksi.

4.3 Aineiston purku

Kyselylomakkeet annoin tilaisuuden alussa koska osallistujat saattoivat paremmin syventyä kysymyksiin päivän aikana. Kysymykset eivät tulleet heille yllätyksenä. Vastauslomakkeet pyysin heiltä tilaisuuden jälkeen. Kaikki omaishoitajat vastasivat kyselyyn mutta myös mukana ollut omainen vastasi kysytyihin kysymyksiin. Omaishoitajat antoivat positiivista palautetta ja he kokivat että heitä arvostetaan. Syvä kiitollisuus, että heitä oli huomioitu ilmeni heidän vastauksissaan. Kysymyksistä seitsemän oli suljettua ja yksi oli avoin kysymys.

Kyselylomakkeeseen päädyin koska se oli helpoin tapa toteuttaa tutkimus omaishoitajien toiveista ja tyytyväisyydestä. Kyselylomakkeen kautta oli helppo koota yhteen lopputulos. Kysymyksistä halusin tehdä selkeitä jotta osallistujien olisi helppo ymmärtää kysymykset ja vastata oma mielipiteensä.

Aineiston pituuden ja vastausten niukkuuden takia en nähnyt tarkoituksen mukaiseksi käyttää vaativampaa analyysi menetelmää aineiston purussa tästä johtuen käytän analyysin sijasta käsitettä analyysin purku.

Purin aineiston käymällä vastaukset läpi kysymys kysymykseltä ja koodasin ne kysymyksiin. Hajontaa ei kysymysten vastauksissa ollut.

5 TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA NIIDEN TARKASTELUA

Tutkimukseni perusteella on havaittavissa, että vertaistukiryhmällä on ollut vaikutusta omaishoitajien jaksamiseen. Vertaisryhmä antaa ryhmäläisille paljon, se tukee jäseniään eri osa-alueille, mahdollistaa uusien kontaktien luomiseen ja ennen kaikkea tukee vaikeissa elämäntilanteissa. Omaishoitajille vertaisryhmä antaa ajan ja paikan kokemusten jakamiselle, melko yksinäiselle työlle.

5.1. Opinnäytteen tulokset

Hellevi Pesosen (2009) tutkimuksen tavoitteena on kuvata omaishoitajan työn arkea ja jaksamista. Tutkimuksessa pohditaan, saavatko omaishoitajat tarvitsemaansa tukea arjessa. Tutkimuksessa selvitetään myös, missä tilanteessa omaishoitajuus on alkanut ja missä määrin omaishoitajat ovat valmiita ottamaan vastaan heille tarjolla olevaa apua ja saavatko he siitä riittävästi tietoa. Aineisto koostuu Mustasaaren kunnan omaishoitajien kertomuksista. Hoitettavat ovat yli 70-vuotiaita. (Pesonen, H. 2009)

Yhdessäolon omaishoitajat kokivat tärkeäksi. Kuudesta vastaajasta kolme koki, että keskustelulle olisi voinut olla enemmän aikaa. Leikin ja jumpan omaishoitajat kokivat sopiviksi piristeiksi, jotka antoivat osallistujille mahdollisuuden venytellä itseään. Toiveena omaishoitajilta tuli pyöräretken järjestäminen. Hyvä ruoka virkisti kaikkia osallistujia. Söimme perunoita, lihakastiketta, salaattia, leipää, maitoa ja jälkiruokana oli kiisseli siis aivan tavallista arkiruokaa mitä meistä usea syö.

Halusin virkistyspäivän sisällössä virkistykseen lisäksi huomioida myös muun kuntoutuksen. Kuntoutus on monimuotoista ja sillä on yhteys ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Liikunnan kautta on mahdollista vaikuttaa kaikkiin edellä mainittuihin hyvinvoinnin alueisiin.

Omaiset kokivat päivän vastanneen heidän odotuksiaan hyvin. Päivän järjestelyt ja sisältö olivat heidän mielestään hyviä. Omaishoitajat kokivat virkistyspäivän vetäjät hyväksi ja omaishoitajat myös kokivat saaneensa päivästä virkistystä. Yleisarvio päivästä oli hyvä. Omaishoitajat toivoivat tällaisia tapahtumia useammin. Myös luentoja he kaipasivat lisää.

Omaishoitajat toivat esille ilon ja kiitollisuuden seurakunnalle, että se pitää huolta omaishoitajista. Johtopäätöksenä esitän, että virkistyspäivää tulee kehittää enemmän omaishoitajien toiveita vastaavaksi.

Päivän annin omaishoitajat kokivat vastanneen heidän odotuksia hyvin. Päivän järjestelyt ja sisältö olivat hyviä heidän mielestään. Kuudesta vastaajasta kolme koki, että keskustelulle olisi voinut olla enemmän aikaa. Omaispäivän vetäjät omaishoitajat kokivat hyviksi ja he myös kokivat saaneensa päivästä virkistystä. Yleisarvio päivästä oli hyvä. Omaishoitajat toivoivat tällaisia tapahtumia useammin. Luentoja he myös kaipaivat lisää.

Leikin ja jumpan omaishoitajat kokivat myös oikein sopivaksi piristeeksi jonka myötä sai vähän venytellä itseään. Hyvä ruoka virkisti kaikkia osallistujia. Yhdessä olon omaishoitajat kokivat myös tärkeäksi. Omaishoitajat toivat esille ilon ja kiitollisuuden seurakunnalle, että se pitää huolta omaishoitajista

Ikääntyvän kannattaa liikkua, jotta hän pysyisi terveenä mahdollisimman pitkään, selviytyisi jokapäiväisistä askareistaan, välttyisi sairastumasta ylipainon aiheuttamiin kansansairauksiin. Ylipaino lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä aikuistyyppin diabetekseen. Paino pysyy kurissa liikunnalla, mutta se parantaa myös mielialaa. (Ikääntyminen ja liikunta 2010.)

5.2 Opinnäytteen tulosten tarkastelua

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata, millainen virkistyspäivä tukee muistisairaiden omaishoitajien arjessa jaksamista. Opinnäytetyöni tavoitteena oli saada tietoa virkistyspäivän osallistuneiden omaishoitajien kokemuksista ja ideoista seurakunnan järjestämien tulevien virkistyspäivien kehittämiseksi.

Osallistujat kokivat yhdessäolon tärkeäksi ja heistä kolme toivoivat enemmän aikaa keskustelulle tapaamisissa. Yksi toivoi pyöräretkeä ja kaikki osallistujat toivoivat lisää samanlaisia päiviä. Leikin ja jumpan omaishoitajat kokivat sopiviksi piristeiksi, jotka antoivat osallistujille mahdollisuuden venytellä itseään.

Vilénin, Leppämäen & Ekströmin (2008, 272 – 273.) mukaan vertaistukiryhmällä tarkoitetaan sellaista ryhmää, jonka jäsenillä on yhteinen ongelma, esimerkiksi riippuvuus, sairaus tai

tukea vaativa elämäntilanne. Ryhmän vetäjä voi olla henkilö, joka on itse kärsinyt samasta asiasta tai muuten asiaan perehtynyt. Vertaistukiryhmän keskustelulla on huomattava rooli. Voidaan keskustella menneisyydestä, nykyisyydestä tai tulevaisuudesta. Arkipäivästä selviäminen on tavoitteena.

Suomessa sosiaali- ja terveysalalla on viimeisen kymmenen vuoden kuluessa tapahtunut muutosta erilaisten vertaisryhmien ja -verkostojen toiminnassa. Ihmisten tarve saada olla tekemisissä samanlaisissa elämäntilanteissa elävien ihmisten kanssa, purkaa muiden, tilannetta ymmärtävien kanssa kokemuksiaan ja saaden vertaisilta tietoa ja tukea. Erilaisten sairauksien, mielenterveysongelmien ja perheväkivaltaan liittyvien asioiden jakaminen läheisten kanssa voi olla vaikeaa, mikäli ongelmia hävetään. Tällöin ihmiset kaipaavat tukea niiltä, joilla on samanlaiset ongelmat. (Nylund 2005, 195.)

Käypähoito-suosituksen (2008) mukaan 65 vuotta täyttäneet tarvitsevat vähintään viitenä päivänä viikossa aerobista liikuntaa ja kahdesti viikossa lihasvoimaharjoittelua. Näiden lisäksi tarvitaan vielä liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Pitkä koulutus, hyväksi koettu terveys ja aikaisempi liikunnan harrastus edistävät ikääntyneiden liikuntaharrastusta. Terveet ja vähäisistä terveydellisistä ongelmista kärsivät korostivat liikunnan ennaltaehkäisevää merkitystä. 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien liikuntaharrastusta vaikeuttavat huono terveydentila, ajan puute, ikääntyminen sekä fyysinen ympäristö. Ikääntyminen koetaan vaikeudeksi, koska vauhti hidastuu, voimat vähenevät sekä keuhkojen toiminta ja kestävyys heikkenevät. (Mäkilä ym. 2008, 50 - 51.)

Liikunnan säännöllinen harrastaminen pienentää riskiä sairastua dementiaan ja Alzheimerin tautiin vanhemmalla iällä. Liikunnan ja dementian yhteyttä selvitettiin Suomen Akatemian rahoittamassa tutkimuksessa, jonka mukaan säännöllinen liikunta keski-iässä suojaa dementialta 20 - 30 vuotta myöhemmin. (Kotipitjä 2009.)

Viimeistään keski-iässä kannattaa kiinnittää huomiota liikunnan merkitykseen dementian ennaltaehkäisyssä. Liikkumistavat opitaan usein lapsuudessa ja nuoruudessa. Liikkuminen on tärkeää koko elämänkaaren ajan ja etenkin vanhusten kohdalla säännöllinen liikunta tuottaa tuloksia, toteaa akatemiaturkija, Kuopion yliopiston ja Tukholman Karoliinisen instituutin dosentti Miia Kivipelto. Akatemian rahoittaman tutkimuksen mukaan säännöllinen liikunta keski-iässä puolittaa riskiä sairastua dementiaan myöhemmällä iällä. Alzheimerin kohdalla

liikunnasta on vielä enemmän apua, sillä se pienentää sairastumisriskiä jopa 60 prosenttia. (Kotipitäjä 2009.)

Kansanterveyslaitoksen tekemän tutkimuksen (Laitalainen ym. 2008,13.) mukaan ulkona vähintään puoli tuntia ainakin kaksi kertaa viikossa kävelevien määrä ei juuri muuttunut vuodesta 1985 vuoteen 2007. Ikäryhmien välillä ei ollut suuria eroja ja 75 - 79-vuotiaat naiset ovat saavuttaneet nuoremmat ikäryhmät. Seuraavan ikäluokan eli 80 - 84-vuotiaiden osuus on hiukan pienempi kuin nuorempien ikäryhmien ja jää noin 70 prosenttiin. Saman ikäisten miesten liikunta aktiivisuus on hiukan pienentynyt 2000-luvun aikana. Ikäluokassa 65 - 84 miehistä 63 prosenttia ja naisista 61 prosenttia ilmoitti harrastavansa vähintään puolen tunnin kävelyä ainakin neljä kertaa viikossa. Noin neljä prosenttia vastaajista ei harrastanut kävelyä lainkaan. (Laitalainen ym. 2008, 10 - 11.)

Itsenäisen selviytymisen ja suorituksen kannalta on tärkeää, että vanhus pystyy nousemaan ylös vuoteesta ja tuolilta (Pohjola 2006, 48). Tuolilta ylös nouseminen vaatii, että lihasten tuottaman voiman pitää voittaa maan kehon massaan kohdistaman vetovoiman (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2008, 114). Polvien ojennusvoima ja riittävä tasapainon hallinta ovat välttämättömiä tuolilta ylös noustessa. Karinranta (2004) selvitti, että tuolilta nousemisvoima, alaraajojen maksimivoima ja portaille nousuvoima olivat voimakkaimmin yhteydessä dynaamiseen tasapainoon, joka puolestaan oli yhteydessä elämänlaatuun.

Vanhusten ravitsemuskuntoutus-projektissa 2005-2007 todettiin, että häiriöt ravitsemustilassa ja tarvetta pienempi energiansaanti ovat yleisiä ikääntyneiden ihmisten keskuudessa. Ylipaino ja lihavuus ovat yleisiä eläkkeelle jääneiden keskuudessa. Iän karttuessa ylipaino harvinaistuu. Laihtuminen, varsinkin sairauksiin liittyvänä on tavallista ja saattaa heikentää toimintakykyä. Lihaskunto heikkenee, tulehdusalttius lisääntyy ja sairauksista toipuminen hidastuu. Monipuolisella ravitsemustilalla voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista sekä hidastaa sairauksien pahenemista. (Vanhusten ravitsemuskuntoutus-projekti 2005 – 2007)

Vanhuksille sopii pääosin sama ruokavalio ja samat ravitsemussuositukset kuin muullekin aikuisväestölle useat ikääntymiseen tai sairauksiin liittyvät seikat asettavat tarjottavalle ruualle erityisvaatimuksia. Vanhukselle hyvän ruuan ravitsemuksen tavoitteet ovat erilaisia kuin nuoremmille. Pieni painonnousu on usein jopa toivottavaa vanhuksella. Ruokavalion pitäisi olla monipuolista, mutta koska syödyt ruokamäärät ovat pieniä, erityisesti ruoan energiatihedys

tulee olla suuri. Riittävä ravintoaineiden saanti on usein turvattava ravintolisillä. (Vanhusten ravitsemuskuntoutus-projekti 2005 – 2007)

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytteen luotettavuus

Luotettavuutta voidaan kuvata kahdella sanalla: reliabiliteetti ja valideetti. Tutkimukseni reliabiliteetti viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. Valideetti viittaa tutkimuksen pätevyyteen, onko tutkittu sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. Opinnäytetyöni luotettavuus muodostuu virkistyspäivän järjestämisestä dementoituneita vanhuksia hoitaville omaishoitajille ja kyselylomakkeen kautta tutkien mitä he odottavat ja saivat päivältä. Luotettavuuden kannalta on tärkeä asia, että tutkimusjoukko koostui sellaisista henkilöistä, jotka kykenivät vastaamaan kyselyyn totuudenmukaisesti. (Tutkimuksen luotettavuus 2003.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten elämää, tarinoita, käyttäytymistä, sosiaalisia organisaatioita tai vuorovaikutussuhteita. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon variaatioita tutkimuksen kannalta olennaisiin kysymyksiin. (Laadullisen aineiston luotettavuus.)
Laatukriteerin tulee olla pätevä, herkkä, luotettava, hyväksytty, helposti mitattava, ei manipuloitavissa ja siihen tulee voida vaikuttaa arvioitavan toiminnan keinoin. (Laadullisen aineiston luotettavuus 2009.)

Koska kyselyaineisto oli suppea, syntyi vain yksi ryhmä ja mitään yleistyksiä ei ollut mahdollista tehdä. Työssäni kartoitin osallistujien kokemuksia ja ideoita miten seurakunta voisi tulevina vuosina kehittää omaishoitajien virkistyspäivän viettoa. Opinnäytetyössäni mittarina toimi palautelomake joka oli helppotajuinen ja ei liian pitkä ja vaativa vastattavaksi. Vastaajat olivat iäkkäitä henkilöitä, joten palautelomake ei saanut olla liian vaikea, jotta vastaajat kykenivät ymmärtämään kysymykset.

6.2 Opinnäytteen eettisyys

Tutkimuksen eettiset kysymykset asetetaan jo ennen tutkimusta. Laadullinen tutkimus koskee ihmisen maailman merkityksiä, elämismaailmaa aina jonkinlaisina kokonaisuuksina, joten tutkimusta koskeva eettinen vastuu on yhtä lailla riippuvainen tutkijan lähtökohdista kuin tutkimustyöstä ja sen tuloksista. Kaikkein inhimilliseen elämään liittyy vastuu; ajatteleva, ajatteleva,

toimiminen, valinnat, tutkiminen, ratkaiseminen ovat kaikki elämismaailmassa vaikuttavia ja siten jokainen toimi on eettinen. (Varto 1992, 34.)

Opinnäytetyöni koskee lähinnä virkistyspäivään osallistuneita omaishoitajia. Muistisairaana omaishoitaja voi hävetä omaishoitajana olemistaan. En käyttänyt osallistujien nimiä työssäni. Olen kirjoittanut totuudenmukaisesti saamani palautteen omaishoitajista.

Mäkelän (1991, 118 - 119) mukaan tutkija syyllistyy vilppiin yleensä silloin, kun paine tulosten tuottamiselle on kova tai tutkija hyötyy vilpistään taloudellisesti. Vaikeimmin tiedotettavia ovat tutkijan puolueettomuuteen vaikuttavat tekijät. Näihin virkeisiin tutkija syyllistyy huomaamattaan usein silloin, kun hän haluaa todistaa hypoteesinsa oikeaksi. Tällöin hän usein tulkitsee epävarmatkin tuloksensa hypoteesiaan tukevaksi. Tutkijan onkin kyettävä suhtautumaan omaan hypoteesiinsa ja tutkimustuloksiinsa rauhallisesti. (Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 16 - 17.)

Oikean aihevalinnan on hyvä lähtökohta hyödylliselle ja palkitsevalle työlle. Aihepiiri oli kiinnostusta ja tuttu entuudestaan minulle koska olin ollut tekimässä omaishoitajien kanssa vuosien saatossa. Kokoontuessamme viettämään virkistyspäivää esittelin itseni ja kerroin tekeväni opinnäytetyön järjestämäni opinnäytetyön pohjalta ja sain hyvän vastaanoton.

6.3 Ammatillinen oppiminen

Opinnäytetyön tavoitteena on oppia työelämässä tarvittavia tietoja ja taitoja. Sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen on määritelty opetusministeriön vuonna 2006 laatimassa sairaanhoitajan osaamisvaatimuskuvauksessa. Osaamiskuvauksessa on määritelty sairaanhoitajalle kymmenen eri osaamisaluetta. Nämä osaamisalueet ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt erityisesti tutkimus- kehittämisosaamista, päätöksenteko osaamista, yhteistyöosaamista, eettistä ja yhteiskunnallista toimintaa. Oppimisen pohtimisen pohjana ovat sairaanhoitajan osaamisvaatimukset (OPM 2006,63-64) Olen oppinut sairaanhoitajan työssä tarvittavia valmiuksia ja olen kehittynyt sekä ihmisenä että tulevana sairaanhoitajana.

Opinnäytetyö on kokonaisuus , joka muodostuu toisiaan täydentävistä osista. Opinnäytetyö on opiskeluajan laajin työ. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut näkemään laajoja kokonaisuuksia. Sairaanhoidajan on nähtävä potilas ja potilaan hoitaminen laajempina kokonaisuutena. Sairaanhoidaja ei ole hoitamassa vain vammaa tai sairautta vaan ihmistä, jolla on sairaus tai vamma.

Sairaanhoidajana perustelen potilaille ja heidän omaisilleen tekemiäni valintoja mahdollisimman laajasti. Sairaanhoidajana minun pitää kyetä ilmaisemaan itseäni selkeästi, yksiselitteisesti ja riittävän laajasti kielellä mitä potilas ymmärtää. Opinnäytetyö on pitkäkestoinen projekti, joka opettaa pitkäjänteisyyteen. Pitkäaikaissairaana potilaan hoidossa tarvitaan myös pitkäjänteisyyttä ja taitoa nähdä akuuttia tilannetta pitemmälle tulevaisuuteen. Opinnäytetyötä tehdessäni olen joutunut perustelemaan tekemiäni ratkaisuita. Opinnäytetyön kirjoittamistyyli on antanut valmiuksia selkeään ja yksiselitteiseen ilmaisuun. Opinnäytetyön kirjoittajana on ajateltava lukijaa. Tekstin tulee olla selkeää, että lukija ymmärtää, mitä opinnäytetyöntekijä on tarkoittanut. Teksti kirjoitetaan lukijaa varten ja lukijan ajatellen mutta myös hoitotyötä tehdään potilasta varten ja potilaan tarpeita ajatellen.

Opinnäytetyön tekeminen innostaa minua kehittämään itseäni tulevaisuudessa täydennyskoulutusten ja jatko-opintojen merkeissä. Näyttöön perustuva hoitotyön merkitys selkiytyy konkreettisesti oman opinnäytetyön tekemisen myötä, kuinka tutkimus tehdään ja mistä tutkittu tieto kehittyy. Työelämässä on helpompi tarttua tutkimukseen ja lukea tutkittua tietoa ja päivittäen ja lisäten osaamista. Opinnäytetyöprosessin aikana karttuneiden tiedonhaun taitojen etsiminen on helpompaa, kun tietää mistä etsiä.

Opinnäytetyötä tehdessä arvioidaan koko ajan työn laatua ja itseä työn tekijänä. Itsearviointi tulisi olla luonteva osa sairaanhoidajan työssä. Nelikenttäisen Swot -analyysin mukaisesti pitäisi nähdä itsensä ja tekemänsä työ löytäen vahvuudet, heikkoudet eli kehittämistä vaativat asiat, mahdollisuudet ja uhat. (Lindroos & Lohivesi 2004,4)

Hoitotyön asiakkuusosaamiseni kehittyy. Hoitotyössä toimin hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti ja holistinen ihmiskäsitys on ammatillisen toiminnan perusajatus. Asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus asiakkaan/potilaan ja perheen kanssa ohjaavat toimintaa. Toiminta omaishoitajien kanssa kohtaa erilaisia henkilöitä ja ottaa huomioon heidän kokonaisuuden.

Sairaanhoitajana tehtävänäni on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajana autan kaikkia ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Hoitotyössä palvelen yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Hoitaessani pyrin tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämäntilannettaan. Laululeikkituokion ja keppijumpan myötä kuntouttava työote ilmeni, tukien henkilön selviytymistä arkipäivästä.

Sairaanhoitaja työni on asiantuntija työtä, johon kuuluu mm. hoitotyön suunnittelu ja vaikutteiden seuranta, lääkehoidon suunnittelu ja toteutus, elintoimintojen tarkkailu ja hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten tekeminen. Hoitotyön tilanteissa on myös potilaiden ja omaisten neuvontaa, ohjausta ja tukemista. Sairaanhoitajia työskentelee sairaaloissa, vuodeosastoilla ja poliklinikoilla, terveysasemien vastaanotolla, kotisairaanhoidossa, vanhainkodeissa, kuntoutuslaitoksissa ja erilaisissa toimenpideyksiköissä sekä vankiloissa. Sairaanhoitajan työ edellyttää teoreettisia tietoja ja käytännön taitoja, stressinsietokykyä, vuorovaikutustaitoja sekä erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Omaishoitajan virkistyspäivän luento aiheena oli ravinto ja tiedon jakaminen on tärkeä osa tukiessa terveyttä.

Hoitoa tarvitseville potilaille olen aina vastuussa. Suojelen ihmiselämää ja edistän potilaiden yksilöllistä hyvää oloa. Potilaat kohtaan arvokkaana ihmisenä ja luoden hoitokulttuurin, jossa huomioiden yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Kunnioitan itsemääräämisoikeutta ja järjestän potilaille mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Työssäni pidän salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsen, mistä keskustelen muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitajana kohtelen toista ihmistä lähimmäisenä. Kuuntelen potilasta ja eläydyn tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutus perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Työssäni toimin oikeudenmukaisesti. Hoidan kaikkia potilaita yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

Sairaanhoitajana teen työtä itsenäisenä ammattilaisena. Työssäni edistää yksilöiden ja perheiden sekä yhteisöjen terveyttä, ehkäisen sairauksia, autan äkillisesti tai pitkäaikaisesti sairastuneita, tuen toipumista ja kannustan kuntoutumiseen. Sairaanhoitaja hoidan myös kuolevia potilaita ja tuen heidän omaisiaan. Lähtökohtana hoitotyössä ovat yksilön tai yhteisön omat

voimavarat, joita sairaanhoitaja tuen omalla ammattitaidollani ja hoitotyön auttamismenetelmillä. Sairaanhoitaja tekee usein kolmivuorotyötä. Monissa paikoissa on mahdollisuus tehdä joustavaa työaikajärjestelyä.

Työssäni toimin oikeudenmukaisesti. Hoidan kaikkia potilaita yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. Tekemästäni työstä vastaan henkilökohtaisesti. Samassa hoitoyhteisössä työskennellessä vastaan siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Tekemästäni työstä vastaan henkilökohtaisesti. Samassa hoitoyhteisössä työskennellessä vastaan siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Terveyden edistämisen osaamiseni kehittyi. Sairaanhoitaja tunnistan ja tuen asiakkaan/potilaan/perheen voimavaroja terveyden ylläpitämisessä ja hallitsen terveydenedistämisen muuttuvassa ympäristössä. Tavallisimpien kansansairauksien etiologia täytyy tietää ja tuntea potilaan hoitoketjut sekä palvelujärjestelmät. Sairaanhoitajan työssä pitää kyetä suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan hoitotyötä asiakaslähtöisesti.

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistaminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveystalujen kehittäminen ovat tuloksia terveyden suojaamisesta.

Perusedellytykset terveydelle ovat rauha, turvallisuus, tasapainon ekosysteemi, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, tasa-arvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Terveyden voimavaratekijöitä ovat tulot, ravinto, koulutus ja ihmissuhteet. Voimavaratekijät ja perusedellytykset ovat terveyden edistämisen varma pohja.

Onnistuneen terveyden edistämisen kannalta ovat olennaista terveellisten yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen tehostaminen, henki-

lökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudistaminen. Vakuuttavan näytön terveyden edistämisen toimivuudesta tarjoavat tutkimukset ja tapauselostukset. Seuraavista päätelmistä on selvää näyttöä: Kokonaisvaltaiset lähestymistavat terveyden edistämiseksi ovat tehokkaampia. Useammilla tasoilla vaikuttavat toimenpiteet ovat tehokkaampia kuin yhteen ainoaan tasoon tukeutuvat. Elämisen erilaiset yhteisöt ja toimintaympäristöt tarjoavat käytännön mahdollisuudet kokonaisvaltaiselle toiminnalle. Esimerkiksi tällaisia ovat kaupungit, koulut, työpaikat terveydenhuollon laitokset. Toiminnan on oltava jatkuvaa ja ihmisten on oltava toiminnan ja päätöksenteon ytimessä, jotta terveyden edistämällä olisi vaikutusta. Terveyden oppiminen lisää toimintaa terveyden hyväksi. (Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet, 2010.)

Olenko valmis sairaanhoitajaksi. Ainakin tämän opinnäytetyön tekeminen on kypsyttänyt, kasvattanut ja vahvistanut minua seikkaperäisesti kärsivällisyyteen, pitkäjänteisessä asioiden selvittämisessä, ymmärtämisessä sekä armollisuudessa itseä kohtaan.

6.4 Opinnäytteen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni tuloksia voisi kehittää liikunta mahdollisuuksien järjestämisen myötä omaishoitajien tarpeiden mukaisesti ottaen huomioon heidän kuntonsa ja voimavaransa. Palautelomakkeen kautta ilmeni toiveena pyöräretki. Uimaretken lähimpään kuntokeskukseen olisivat myös virkistävä kokemus. Yhteiset sauvakävelyretket retket olivat piristäviä. Yhteisen liikunta tuokion myötä hyvinvointi lisääntyisi omaishoitajien parissa.

Tämän opinnäytetyön otos oli pieni, kuusi vastaajaa, joten ei näin ollen ole yleistettävissä. Mutta tämä työ oli ainutlaatuinen ja kokemuksellisesti tosi. Tutkimuksen tulos on tarkoitettu suuntaa antavaksi viitteeksi ja haasteeksi pohtimaan uuden kehittämistä omaishoitajien virkistyspäivän viettoon.

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Tulevaisuudessa omaishoidolla tulee olemaan tärkeä merkitys yhteiskunnassamme vanhusten hoidossa. Usea omaishoitaja kokee omaishoitajuuden tärkeänä elämäntehtävänä. Yhteiskunnan tulisi huolehtia siitä, että omaishoitajuus ei muodostuisi ainoaksi merkitykselliseksi ja elämää ohjaavaksi asiaksi. Yhteiskuntamme pitäisi ottaa enemmän vastuuta omaishoitajista. Omaishoitoa tulisi tukea omaishoita-

juuden jatkuvuuden takia. Lisäämällä kotipalvelua ja hoitajia kotiin turvattaisiin omaishoitajien jaksamista. Yksilölliset palvelut auttavat omaishoitajaa jaksamaan.

Kokemusten vaihto ja omaishoitajien tuki oli vastavuoroista. Virkistyspäivän aikana osallistujien yhteishenki ja iloinen ilmapiiri toivat mukanaan hyvän ilmapiirin. Positiivista oli että päivän vietossa oli yksi mies omaishoitaja joka oli tullut vaimonsa kanssa yhdessä.

Tulevaisuuden kuntien haasteena on tunnistaa omaishoitotilanteet, jotta perheet saavat ajoissa tarvitsemaansa apua ja tukea. Omaishoitajien ohjaus ja neuvonta pitäisi olla myös moniammattillista ja asiakaslähtöistä, jotta pystyttäisiin turvaamaan omaishoitajien tilanne myös tulevaisuudessa. Omaishoitajien jaksamiseen pitäisi kiinnittää huomiota, jotta jaksamisvaikeudet eivät muuttuisi uupumukseksi. Uupumus on tunne, joka jatkuu useita viikkoja ja heikentää huomattavasti ihmisten toimintakykyä ja elämisen laatua.

Omaishoitajat ovat usein unohdettuja meidän yhteiskunnassamme. Omaishoitajien rooli tulee korostumaan tulevaisuudessa, koska julkisen sektori ei pysty tarjoamaan palveluja tarvitseville. Omaishoitajan työ on arvokasta ja tärkeä voimavara terveydenhuollossamme. Omaishoitajan työ on inhimillisesti että taloudellisesti tärkeää ja lisäksi erittäin sitovaa ja vaativaa. Omaishoitajat toivovat saavansa arvostusta ja henkistä tukea. Tärkeällä sijalla omaishoidon kehittämisessä on omaishoitajan aseman parantaminen ja jaksamisen tukeminen. Laadun ja toiminnan turvaamiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota omaishoitajan ja hoidettavan hoito-olosuhteisiin.

Vertaistuki ja vapaa-ajan järjestäminen auttavat voimaan paremmin. Omaishoitajat kokevat, että virkistyspäivien ajaksi tutun hoitajan ja hoitopaikan saaminen hoidettavalle onnistuisi helpommin. Omaishoitaja saa voimaa, kun hoidettavalla on varmuus, että hoidettavalla on hyvä hoito ja omaishoitajan jaksaminen peilautuu suoraan hoidettavan hyvinvointiin.

Omaishoitajuus on ajankohtainen asia ja tärkeää on kiinnittää huomiota omaishoitajien asemaan ja tuen tarpeeseen. Tukemalla omaishoitajien jaksamista edistetään omaishoitajien jaksamista sekä hoidettavan hyvinvointia.

Jatkotutkimusaiheina nousi mieleeni lasten ja omaishoitajien yhteisen päivä mikä olisi molemmille hyväkokemus sillä kaikilla lapsilla ei ole isovanhempia joiden kanssa voisi aikaa vietää. Omaishoitajille voisi järjestää mahdollisuus tulla päiväkotiin lasten pariin. . Muistisairai-

den omaishoitajat ovat iäkkäitä henkilöitä joten heille voisi tehdä terveystutkimuksen. Lisäksi voisi tutkia omaishoitajien vapaa-ajan käyttöä ja virkistystoiminnan kehittämistä. Virkistyspäivään voisi yhdistää myös mahdollisuuden käydä jalkojen hoitajalla.

LÄHTEET

- Airaksinen, L., Hakala-Lahtinen, P., Hasunen, K., Jäntti, A., Karppinen, M., Parkkinen, K., Peltosaari, L., Schauman, A., Seppänen, R., Tainio, R., Vainio, L. & Packalen, L., 1994. Joukkoruokailun ravitsemussuositukset. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2000. Ravitsemustiede. Hämeenlinna: Duodecim.
- Barker, M. 2002. Nutrition and Dietetics for Health Care. 2 .Edition. Edinbergh. Churchill Livingstone.
- Eduskunta 2009. Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta ja tuloveronlain muuttamisesta eduskunnalle. Viitattu 8.1.2011 http://www.eduskunta.fi/faktatamp/utatmp/akxtmp/la_85_2009_p.shtml
- Era, P. 1997. Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: LIKES.
- Erkinjuntti, T. 2001. Dementia käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K., Soininen, H., (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Gummerus.
- Erkinjuntti, T & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Finne-Soveri, H. 2010. Viitattu 10.10.2010. <http://mediaserver.utu.fi/tkk>
- Hartikainen, S. 2009. Dementoituneen kohtaaminen viitattu 27.5.2010 http://www.evl.fi/kkh/to/ksk/shak_11-hartik.pdf.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Hasunen, K., Klemetti, S., Lyytikäinen, A., Mäki, K., Nurttila, A., Rissanen, P., Siltanen & I., Turpeinen, L. 1992. Vanhus, ruoka ja elämänlaatu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut 12/92.

Haukka, U.M., Kivelä, S-L., Pyykkö, V., Vallejo, M., Vehviläinen, S. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2003. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Heimonen, S. 1997. Omaiset voimavarana dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Heimonen, S. & Tervonen, S. 2004. Arvokas arki omassa kodissa – hyvän kotihoidon lähtökohtia.

Heiskanen, T. & Hiisjärvi, S. 2008. Vertaisryhmä ja sen ohjaaminen.
<http://www.ela.fi/akatemia/ryhmienohjaaminen.php> (Luettu 10.10.2010).

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1996. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto 1996.

Hokkanen, L., Astikainen, A. 2001. Voimia omaishoitajan työhön. Helsinki.

Hyväri, S 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Nylund, M & Yeung A. B. (toim) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Hänninen, T., Soininen, H. 2004. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Raitanen, T-L., Hänninen, T., Pajunen, H., Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Porvoo: WSOY.

Ihalainen, M., Lehto, A., Lehtovaara, L. & Toponen, R. 2004. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. 2001. Sisätautikirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Ikääntyminen ja liikunta UKK instituutti 2010. Viitattu 10.10.2010.
[www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/aloittajan liikuntaopas/ikaantymisen ja liikunta](http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/aloittajan_liikuntaopas/ikaantymisen_ja_liikunta)

Juntunen, E.2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Diakonia - ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 18. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Juntunen, J., 2008. Kliininen kognitiivinen neurotiede aivot ja ajattelu. Helsinki. Turun yliopisto.

Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omaisen hoitajana: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. Helsinki: Kirjapaja.

Karinranta, S. 2004.Kehon dynaaminen tasapaino ja elämänlaatu ikääntyneille naisille.

Kauppi, S. 2003. Vaikeat tunteet omaishoidossa. Omaishoitajat läheiset -liitto.

Keppijumppa. Viitattu 10.10.2010.

http://www.google.fi/images?hl=fi&q=keppijumppa&um=1&ie=UTF-8&source=univ&ei=IHUQTN69Bc6hOPLDmPwK&sa=X&oi=image_result_group&ct=title&resnum=4&ved=0CCQQsAQwAw

Kinnunen, T. 2006. Vertaistuki erityislapsen vanhempien voimavarana. B raportteja 33. Diakonia ammatti-korkeakoulu.

Kiuru, S. 2005. Sairauden satuttaessa: tulkintoja ja tuntemuksia. Helsinki: Edita.

Koskinen. S., Aalto. L., Hakonen. S. & Päivärinta. E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Kotipitäjä. Tanssivista keski-ikäisistä tulee terveitä vanhuksia. 28.1.2009. Viitattu 9.1.2011
- Kotkavirta, J. & Nyysönen, S. 1996. Ajatus etiikka. Porvoo: Wsoy:n graafiset laitokset.
- Kuuskoski, E. 2003. Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kähäri-Wiik., K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.
- Käypähoito-suositus 2008. Yleiset liikuntasuositukset. hoi 50075 (Viitattu 8.1.2011) Saatavana <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Kylliäinen, S. & Lintunen, M. 2005. Ravitsemus ja terveys. Porvoo: WSOY.
- Laadullisen aineiston luotettavuus 2009.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>.
- Lahtinen, P. 2008. Omaisen auttajana. Omaishoitajan kasvu. Suomen Mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy.
- Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993 - 2007. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B 14, 2008.
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>
- Lappalainen, T. & Turpeinen, A. 1999. Omaishoitajan kirja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Lindqvist, M. 1984. Hyvä elämä. Keuruu: Otava.
- Lidroos, J.-E. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. WSOY pro.

Lipponen, P. 2008. Rakas velvollisuus omaishoitajan arjen haasteet. Helsinki: Kirjapaja.

Mikkonen, R., Nuutinen, O., Peltola, T., Sarlio-Lähteenkorva, S., Siljamäki-Ojansuu, U., Siilaste, M-L., Uotila, H. 2009. Ravitsemushoitosisuositus. Edita. Viitattu 7.1.2011.

Miybara, H. & Nishi, M. 2008. The relation of walking velocity with motor ability and functional Capacity in the Community Dwelling Elderly. Japan physical therapy Sci 20, 59-62.

Muistiliitto 2009. Muisti ja muistisairaudet. Viitattu 22.12.2010.

http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/

Muistisairaudet. http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet

Mäkelä, P. 1991. Epärehellisyys ja vilppi tutkimuksessa. Teoksessa Löppönen, P., Mäkelä, P. & Paunio, K. Tiede ja etiikka. Helsinki: WSOY.

Mäkilä, P., Hirvensalo, M. & Parkatti, E. 2008. Iäkkäiden jyvaskyläisten liikuntaharrastus ja sen muutokset 16 vuoden seuranta tutkimuksessa. Liikunta ja tiede 45 (6), 50 - 51.

Mälkiä, E. & Rintala, P. 2002. Uusi erityisliikunta, Liikunnan sovellutukset erityisryhmille. Liikuntatieteellinen seura. Tampere: Tammer puisto..

Nissinen, R. 2004. Sosiaali- ja terveysala, muistiinpanot. Jyväskylä.

Nylund, M. 2000. Varieties of Mutual Support and Voluntary Action. A Study of Finnish Self-Help Groups and Volunteers. Helsinki: The Finnish Federation for Social Welfare and Health.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, M. & Yeung A. B. (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Omaishoitajan hoitovapaa. Työryhmän loppuraportti, 2008

http://www.tem.fi/files/20822/omaishoitajan_hoitovapaat.pdf

Omaishoitajat ja läheiset - Liitto 2008. Tiedä, taida, selviydyt... palveluopas 2008 - 2009 omaishoitajille, vammaisille, pitkäaikaissairaille ja ikääntyville. 12 painos. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset -liitto.

Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto. 2009. Vertaistuki. viitattu 1.10.2010,
http://www.omaishoitajat.com/vertaistuki/main_1-1.html.

Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Julkaissut Paasivirta. K.
7.12.2009. www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;59797;59800

OPM. Opetusministeriön julkaisu: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähittäisopintoviikkomäärät, 2006.

Parkkinen, K., Sertti, P. 1999. Ruoka ja ravitseminen. Keuruu: Otava.

Peltosaari, L., Raukola, H., Partanen, R.. 2002. Ravitsemustieto. Helsinki: Otava.

Pesonen, H. 2009. Omaishoitajan jaksaminen. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.

Pietilä, M., 2005. Omaishoidon tukeminen ja suomalaisen palvelujärjestelmän muutos. Helsinki: WSOY.

Pietilä, M. 2006. Vertaistuki ja ryhmätoiminta. Teoksessa Saarenheimo, M & Pietilä, M. Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Vanhustyön keskusliitto – Centrallförbundet för de gamlas väl ry. Helsinki.

Pietilä, M., Saarenheimo, M. 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa: tutkimus- ja kehittämishankkeiden tausta, tulokset ja merkitys. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto. Toim. Saarenheimo, M., Pietilä, M. Tutkimusraportteja. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Pitkälä, K. 2001. Laitospotilaiden ravitsemusongelmat. Viitattu 7.1.2011.

<http://www.gernet.fi/artikkelit/laitosravitseemus.html>.

Pohjola, L. 2006. TOIMIVA- testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa. Kuopion yliopisto. Fysiologian laitos. Väitöskirja.

Pohjolainen, P. & Jylhä, M. 1990. Vanheneminen ja elämäntyyli. Sosiaaligerontologian perusteita. Mänttä: Mäntän Kirjapaino Oy.

Pohjolainen, P. 2003. Iästä 55 -projekti: Liikuntaohjelman toteuttaminen ja vaikutukset. Helsinki. Ikäinstituutti. Raportteja 3/2003.

Purhonen, M. & Rajala, P. 1997. Omaishoitaja arjen ristiaallokossa. Helsinki: Kirjapaja.

Ravinto ehkäisee ja hoitaa sairauksia. 2009. Vantaan

verkkotoimisto. www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;35327;35332;43193

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2002. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavalio. Vammala: Kirjapaino Oy.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004. Ravitseminen ja ruokavaliot.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006. Ikääntyneen ravitseminen. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6. uudistettu painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Rinne, J. 2001. Lewyn kappale-dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K., Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Ruohonen, M. 2008. 110 vuotta mielen terveyttä. Suomen Mielen terveysseura Vuosikirja 2007. Turku: Painoprisma Oy.

- Saarenheimo, M. 2003. Tutkimuksen valmistelu. Teoksessa Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke Tutkimusraportti1.
- Saarenheimo, M. 2005. Omaishoidon alkulähteillä:perhe ja koti hoivan kehyksinä. Helsinki; Duodecim.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”. Saatavilla www-muodossa: <http://www.omaishoitajat.com/files/Selvitys-omaish-kirja.pdf>.
- Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2008. Lihasvoima. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, S. Gerontologia. (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriön sivut 2004. Ajankohtaista: Yleisiä näkökohtia selvityshenkilön ehdotuksiin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.2.2011 <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/lauyhtv/oamishoi/nakokoht.htx>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stuart-Hamilton, I. 1996. Vanhenemisen psykologia. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Sulkava, R.2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki : Duodecim.
- Sulkava, R., Eloniemi, U., Erkinjuntti, T., Hervonen, A. 1993. Dementia, opas omaisille ja sosiaali- ja terveyshuollon henkilöstölle. Helsinki : Kirjayhtymä.
- Sulkava, R., Viramo, P., Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Dementiapotilaan hoidon kehittäminen. 7. painos. Julkaisu n:o 7. Suomen dementiayhdistys.

Suominen, M. Vanhustyön messut 2009. 17.11.2009. Luento ikääntyneiden aliravitsemuksesta. Oulun kaupungin teatteri.

Suominen, M. 2008. Vanhuksen ravitsemushäiriöt. Käypäsuositus. Viitattu 7.1.2011.
www.kaypahoitosuositus.fi

Suutama, M. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

:

Teirilä, M. & Jyväskylä, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Helsinki: Finn lectura.

Teleranta, P. 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Helsinki: Ajatus Kustannusosakeyhtiö.

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Viitattu 7.1.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=seh&p_artikkeli=seh00001

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2009. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät- työryhmä. Raportti II, viitattu 9.1.2011, <http://www.tjl.fi/thl-client/pdfs/d9a59693-1e11-4cd2-b1dc-bf603d817ea6>.

Tilvis, R., Hervonen, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2003. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tutkimuksen luotettavuus. 2003
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514271912/html/c2388.html>.

Tutkimuksen suorittaminen. 2003
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/pg/helenius/6luku.html>.

Uittomäki, K. 2004. Ravitseminen antaa valtavat mahdollisuudet hoitotyössä. Vanhusten huollon uudet tuulet 8, 12. 2004. www.valli.fi/julkaisut/lehti_arkisto82004.htm. Luettu 10.6.2010

Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. 2002. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A.(toim) Sosiaali- ja terveyshuollon palvelukatsaus 2002. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wacklin, M. & Malmi, M. 2004. Näkymätön vastuu. Helsinki. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry:n julkaisu 1/2004.

Vanhustyön keskusliitto. Vanhuksen ravitsemuskuntoutus-projekti 2005-2007, http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/vanhuksen_ravitsemus/

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, J. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3.uudistettu painos. Helsinki : WSOY Oppimateriaalit Oy.

Viramo, P. 1994. Dementia – perusterveydenhuollon ja omaisten näkökulma. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen laitos ja yleislääketieteen laitos.Väitöskirja.

Von Bonsdorff, M. 2008. Lisää liikuntaa – ja vähemmän hoitopalvelujen tarpeita iäkkäänä. Liikunta ja tiede. 45 (2-3)

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Gunnerus Kirjapaino Oy.

Vuori,I. & Taimela,S. 1999. Liikunta-lääketiede.Helsinki:Duodecim.

LIITTEET

Kutsu

HYVÄ OMAISHOITAJA

Keskiviikkona 13.10.2010 klo 9.00 alkaen omaishoitajille virkistyspäivä Vaalan kirkossa.

OLET SYDÄMELLISESTI TERVETULLUT !

Ilmoittaudu Nannalle puh. 044 314 0009 perjantaihin 8.10. mennessä.

Liite 2

Päivän ohjelma

Päivän aikataulu:

Klo	9.00 Tulokahvit
	9.10 Papin puhe
	10.00 Ikääntyvien ravinto
	11.00 Ruokailu
	11.30 Laululeikki
	12.00 Diakonin juttuja
	13.00 Keppijumppa
	13.30 Kahvittelua

Liite 3. Palautekyselylomake

1.

Olen nainen
 mies

2. Ikäni on

- alle 50 vuotta
 50 - 60 vuotta
 60 - 70 vuotta
 70 - 80 vuotta

	hyvä	kohtalainen	huono
1. Vastasiko päivä odotuksiasi?			
2. Minkälainen päivä oli järjestelyiltään?			
3. Päivän tapahtumat olivat sujuvia			
4. Päivässä oli aikaa keskustella			
5. Päivän vetäjät olivat osaavia			
6. Päivästä oli apua jaksamiselleni omaishoitajana			
7. Yleisarvio päivästä			
8. Vapaat kommentit virkistyspäivästä			

Kiitämme palautteestanne!

Liite 4

Laululeikki

*“Jos sull lysti on,
niin kätes yhteen lyö”*

*Jos sull lysti on,
niin tiedät sen,
ja varmaan myöskin näytät sen.*

*Jos sull lysti on,
niin kätes yhteen lyö.*

*Jos sun lysti on
... niin sano: Tottakai!*

niin sano totta kai

Jos sun lysti on on

niin tiedät sen

ja varmaan myöskin näytät sen

Jos sun lysti on

niin sano totta kai!

*“Jos sull lysti on,
niin pöytään naputa”*

Jos sull lysti on,

*niin tiedät sen,
ja varmaan myöskin näytät sen.*

*Jos sull lysti on,.
... niin pöytään naputa*

*“Jos sull lysti on,
niin jalkaa tömistä”*

Jos sull lysti on,

*niin tiedät sen,
ja varmaan myöskin näytät sen.*

*Jos sull lysti on,.
... niin jalkaa tömistä*

*“Jos sull lysti on,
niin nouse seisomaan”*

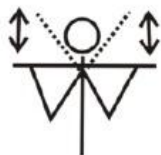
Jos sull lysti on,

*niin tiedät sen,
ja varmaan myöskin näytät sen.*

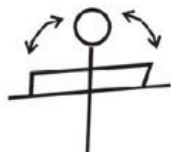
*Jos sull lysti on,.
... niin nouse seisomaan.*

KEPPIJUMPPA

1. Nosto ylös vuorotellen edestä ja niskaan takaa. 1 min.



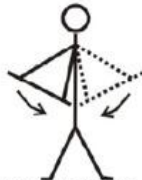
3. Melonta molempiin suuntiin 1 + 1 min



5. Askelkyvykky eteen, etuviistoon ja sivulle. 1 - 2 min.



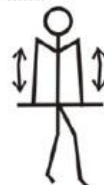
7. Leveä ote kepeistä, heilautukset sivulle. 1 min.



9. Kulmasoutu etunojassa, painetaan keppiä vatsaa vasten. 1 min.



2. Olkapäiden nosto ja varpaille nousu. 1 min.



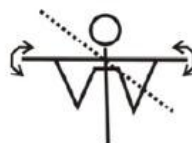
4. Sivutaivutukset. 1 min.



6. Kepin nosto etukautta, jalka käy takana vuorotellen. 1 - 2 min.



8. Ylävartalon kierto. 1 min.



10. Kynnärvarren kierrot. 30 + 30



Liite 6. RAVITSEMUKSEEN VAIKUTTAVAT MUUTOKSET ELIMISTÖSSÄ.

Aktiivisten solujen määrä elimistössä vähenee ikääntymisen myötä ja sen seurauksena koko elimistön aineenvaihdunnan taso laskee. Fyysisen aktiivisuuden vähentyessä energian tarve laskee.

Kehon koostumus muuttuu iän myötä. Nesteen määrä vähenee elimistössä ja luuston mineraalipitoisuus pienenee. Lihaskudoksen määrä vähenee ja rasvakudoksen osuus lisääntyy. Sisäelinten koko ja sydämen pumppausvoima pienenee. Aktiivisen ja energiaa kuluttavan kudoksen osuus elimistössä laskee ja usein liikkuminen vähenee, niin energiantarve pienenee.

Ikääntyessä kehon koostumus muuttuu, lihaskudoksen määrä vähenee, perusaineenvaihdunnan taso laskee, energiantarve vähenee ja ravintoaineiden tarve säilyy ennallaan tai lisääntyy.

MUUTOKSET RUOANSULATUSKANAVASSA

Eniten ravitsemustilaa heikentävät sairaudet. Iän myötä tapahtuvat muutokset ruoansulatuselimistön toiminnassa, joka saattaa vaikuttaa ravitsemustilaan.

Maku- ja hajuaisti

Makusilmujen määrä vähenee

Hajuaisti heikkenee

Muutoksia maku- ja hajukynnyksessä

→ Kyky havaita suoloista ja makeaa heikkenee

→ Ruoasta nauttiminen vähenee, mikä voi aiheuttaa huonon ruokahalun

→ Syöminen vähenee ja ravitsemustila voi sitä kautta heikentyä

Hampaat

→ Hampaattomuus

→ Huono proteesi

→ Purentaongelmat

Vähentää merkittävästi kasvisten, leivän ja muiden runsaasti hiilihydraatteja ja kuitua sisältävien elintarvikkeiden käyttöä ja saattaa vaikuttaa ravitsemustilaa

Syljen erityys

→ Syljen erityys saattaa vähentyä – erityisesti jotkut lääkkeet voivat heikentää syljen eritystä

Ruokatorvi ja nieleminen

→ Pieniä muutoksia ruokatorven supistuessa

Mahalaukun toiminta

→ Mahalaukun erittämien ruoansulatusnesteiden, kuten suolahapon erityys vähenee

Ravintoaineiden hyväksikäyttö heikkenee mm. folaatin ja B 12 -vitamiinin imeytyminen heikkenee

Bakteereja voi siirtyä ohutsuoleen, mikä heikentää ravintoaineiden imeytymistä

Mahalaukun laajenemiskyky heikkenee ja kylläisyyden tunne tulee aiempaa nopeammin

Maksan ja sapen toiminta

→ Elimistön koko pienenee ja verivirta niiden läpi vähenee

Haiman toiminta

→ Ruoansulatusentsyymien eritysvähenee jonkin verran

Suoliston toiminta

→ Pieniä muutoksia suoliston rakenteessa, limakalvon pinta-ala pienenee

→ Imeytyminen ohutsuolesta hidastuu jonkin verran

→ Paksusuolen supistelu vähenee jonkin verran -ummetuksen ehkäisy tärkeää

Suoliston mikrobikanta

→ Bakteerien liikakasvua esiintyy varsinkin sairailta ikääntyneillä
– ravintoaineiden hyväksikäyttö heikkenee

HAMPAAT JA RAVINTO

Ravinnon saantiin vaikuttaa paljon suun terveydentila, hampaiden ja ikenien kunto sekä kyky pureskella ruokaa. Hampaiden lukumäärällä ja kunnolla on todettu olevan selvä yhteys kykyyn syödä monipuolisesti. Suun terveydentila ja hampaiden kunto vaikuttavat siten suoraan myös ravitsemustilaan.

Mitä paremmassa kunnossa suu on ja mitä enemmän siellä on omia hampaita, sitä parempi on ruokavalio ja ravitsemustila. Hampaiden kunto ja lukumäärä vaikuttavat erityisesti kykyyn syödä monipuolisen ruokavalion kannalta tärkeitä tuoreita hedelmiä ja kasviksia sekä muita pureskelua vaativia ruoka-aineita.

RAVINNON VAIKUTUS SUUN TERVEYTEEN

Suussa ja suun alueella tapahtuu useita muutoksia ikääntymisen myötä, jotka vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen. Verenkierron heiketessä heikkenee syljenerityksen toiminnot ja suun limakalvojen kunto heikkenee. Lääkkeitä käyttämättömillä syljen eritysvähenee samantapaisesti kuin nuorempanakin. Syynä suun kuivumisen ovat sairaudet ja lääkkeet. Vähäiset ravitsemushäiriöt voivat tehdä muutoksia suun kudoksissa. Tulehdusalttius ja sieninfektioalttius ja sieni - infektioiden vaara lisääntyy. Syljen erityksen häiriön takia kieli voi tarttua kitalakeen, suupielet tulehtuvat ja kieltä kirvelee. Ruoka voi tarttua kitalakeen eikä nieleminen tahdo onnistua ilman nestettä. Makuelämykset muuttuvat täysin.

Aristava suu ja huonosti istuvat proteesit saavat ikääntyneen välttämään pureskeltavaa ruokaa, kuten kokolihaa ja hienontamattomia kasviksia. Liian helposti pureskeltava ruoka vähentää entisestään syljeneritystä ja siten lisää purentavaikeuksia.

SUUN KUIVUMINEN

Huolellinen pureskelu ja kuitupitoinen leipä, pähkinät, kasvikset ja hedelmät sekä laimea sitruunamehu lisäävät syljeneritystä. Aterioiden välillä voi imeskellä syljen eritystä lisääviä imeskelytabletteja tai ksylitolipurukumia. Sokerin, sokeripitoisten pastillien ja happamien juomien jatkuva nauttiminen on haitaksi, koska sylje puute altistaa hammaskariekselle ja suutulehduksille.

Pehmeä ja nestemäinen ruoka on helpointa syödä. Kiinteiden ruokien syömistä voi helpottaa lisäämällä kastiketta, voisulaa, lihalientä, majoneesia, kermaviiliä, jogurttia tai salaattikastiketta.

SUUN PUHTAUS

Suun ollessa kuiva hampaiden harjaaminen voi olla tuskallista ja seurauksena voi olla hampaiden reikiintyminen tai ikenien kunnan heikkeneminen. Proteesi tulisi pestä tai huuhdella jokaisen aterian jälkeen ja iltaisin erityisen huolellisesti.

IKÄIHMISEN RAVINNON TARVE

Hyvä ruokavalio on monipuolista, nautittavaa, tasapainoista ja värikästä. Ruokaa syödään kohtuullisesti siten, että energian saanti vastaa kulutusta.

Ihminen tarvitsee elintoimintojensa ylläpitämisessä monia ravintoaineita. Energiaa antavia ravintoaineita ovat hiilihydraatit, rasvat ja proteiinit. Suojaravintoaineita ovat vitamiinit, kiennäisaineet ja proteiinit.

Ikäihmisellä odotettavissa olevia elinvuosia on vähemmän kuin nuorilla tai keski-ikäisillä ravintotekijöiden merkitys pitkällä tähtäimellä ei ole terveydelle enää niin suuri kuin nuorella. Siksi suuriin muutoksiin ruokailutottumuksissa ei pidä alkaa. Tärkeä seikka on, että ikääntynyt ihminen syö hyvin ja nauttii ruokailustaan.

ENERGIA

Ikääntymisen seurauksena energian tarve vähenee. Ikääntyvien miesten energiankulutus on suurempi kuin naisilla. Arvion mukaan 80 vuotias mies kuluttaa noin 1800 kcal ja vähän liikuvat hyvin iäkkäät naiset vain noin 1400 kcal. Lievä ylipaino painoindeksin ollessa yli 25 ja alle 30 ei ole ikääntyneelle haitallinen. Kovin radikaali laihduttaminen saattaa jopa haitallista, jos silloin syntyy ravintoaineiden puutosta. Osteoporoosin nopeutuminen tai sairauksista toipumisen hidastuminen voivat olla seurauksena. Painon pudottaminen hitaasti on turvallista.

Ikäihminen toipuu nuoria hitaammin muutoksista energiatasapainossa. Sairauden aikana jos energiansaanti on ollut vähäistä saattaa ikääntyneellä olla vaikeuksia palata aiempaan vähän runsaampaan energiansaantiin. Pienillä annoksilla on hyvä aloittaa ja useita aterioita päivässä. Suuria kerta-annoksia on syytä välttää.

PRTEIINIT

Lihaksissa on eniten proteiineja ja lihasten ansiosta työ ja liikkuminen ovat mahdollista. Proteiineja saadaan myös energiaa.

Kyky sulattaa runsaasti proteiineja sisältävää ruokaa heikkenee ikääntyessä. Ikääntyneen proteiinin tarve on vähintään yksi gramma kehon painokiloa kohden.

Proteiiniaineenvaihdunnan taso laskee ikääntyessä koska lihasmassa vähenee. Suurikaan proteiinin saanti ei yksinään estä ikääntymiseen liittyvän lihaskudoksen menetystä. Liikunta ja täyspainoinen ruokavalio yhdessä voivat hidastaa lihasmassan vähenemistä.

Proteiineja on kasvi- että eläinkunnasta peräisin olevissa ruoka-aineissa. Liha, kala, maito ja maitovalmisteet sekä kananmunat ovat hyviä proteiinin lähteitä. Kasvikunnan tuotteet vilja ja palkokasvit kuten herneet ja pavut ovat parhaita proteiinin lähteitä.

HIILIHYDRAATIT

Kasvikunnan tuotteissa on runsaasti hiilihydraatteja. Sokerit, tärkkelys ja ravintokuitu ovat tärkeimmät ravinnon hiilihydraatit.

Joidenkin hiilihydraattien imeytyminen voi heiketä ikääntymisen myötä. Glukoosin hyväksi käyttö heikkenee usein ilman että olisi kyse varsinaisesta aikuisiän diabeteksestä.

Maidon laktoosi on sokeri ja sitä pilkkovan laktaasientsyymin määrä ohutsuolessa vähenee iän myötä, mutta usein se tapahtuu jo varhain elämässä.

Hiilihydraattien osuus energiansaannista tulisi olla 55 - 60 % kokonaisenergiasta. Lisätyn sokerin osuus saisi olla korkeintaan 10 % energiansaannista. Grammassa hiilihydraatteja on energiaa 4 kcal eli alle puolet rasvojen sisältämästä energian määrästä. Ruokavaliossa olisi hyvä suosia täysjyväviljaa ja muita puhdistamattomia viljavalmisteita. Useat hiilihydraattipitoiset ruoat parantavat ruokavalion laatua, sillä ne sisältävät runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä ravintokuitua.

KUITTU

Ravintokuitu ei hajoa ruoansulatuksessa, vaan päätyy paksusuoleen lähes geelilytymätöntä kuitua, joka ei liukene veteen. Kuitu sitoo vettä, lisäten ulostemassaa ja tekee sen pehmeäksi. Kuitu ehkäisee ja hoitaa ummetusta. Hedelmistä ja marjoista peräisin oleva geelilytyvä kuitu on eduksi sokeri- ja rasva- aineenvaihdunnassa.

Runsaskuituinen ruokavalio antaa kylläisyyden tunteen paremmin kuin vähäkuituinen ruokavalio. Kuitulisiä ja valmisteita käytettäessä on tärkeä juoda runsaasti.

Ravintokuidun suositeltava saantimäärä on 25 - 35g/vrk. Täysjyväleipä ja puurot ovat hyviä kuidun lähteitä. Runsaskuituisessa ruisleivässä on n. 14 g kuitua 100 grammassa, joten 3 - 4 palasta ruisleipää saa lähes puolet suositellusta kuitumäärästä.

RASVAT

Rasva on energiaa tiiviissä muodossa. Rasvoja tarvitaan elimistön rakennusaineeksi, rasvaliukoisten vitamiinien kuljetukseen, välttämättömien rasvahappojen ja useiden hormonien rakennusaineiksi. Rasvakudos suojaa kehon sisempiä osia ja toimii myös lämpöeritteenä.

Rasva jaetaan rasvahappokoostumuksen mukaan kolmeen ryhmään: tyydyttyneet, kertatyydyttämättömät ja monitydyttämättömät. Kaikissa rasvoissa on sekä tyydyttyneitä että tyydyttämättömiä rasvahappoja, mutta erilaisissa suhteissa. Mitä enemmän rasvassa on tyydyttyneitä rasvahappoja sitä kiinteämpää ja kovempaa rasva on. Grammassa rasvaa on 9 kcal energiaa.

Suositteltava rasvan saanti on n. 30 % kokonaisenergiasta. Ikääntyneen rasvan saannin osuus ruokavaliossa on suurempi silloin, kun on vaikeuksia syödä riittävästi. Ikääntyessä rasvan imeytyminen heikkenee vasta silloin, kun syödään runsaasti rasvaa.

Kokonaisrasvan ja kovan rasvan osuus on ikääntyneiden ruokavaliossa ollut suosituksia suurempi. Kovan rasvan suurimmat saantilähteet suomalaisten ruokavaliossa ovat rasvaiset maitovalmisteet, voi, juustot, talousmargariini sekä rasvaiset lihavalmisteet. Pehmeän rasvan tärkeimmät lähteet ruokavaliossa ovat kasviöljyt, pehmeät margariinit, kasvirasvalevitteet sekä kalan ja kanan rasva.

NESTE

Ikääntyneellä on kehossa vähemmän vettä kuin nuoremmilla joten nestevajaus saattaa olla heille paljon vakavampaa kuin nuoremmille.

Janontunne säätelee tavallisesti juomista. Munuaiset säätelevät veden eritystä virtsan välityksellä. Vettä erittyy myös ihon, keuhkojen ja ruoansulatuskanavan kautta. Menetetty neste korvataan juomalla. Nestettä ei pidä juoda enempää minkä munuaiset pystyvät erittämään. Juomien lisäksi nestettä on myös ruoka-aineissa. Mitä kuivempaa ruoka on sitä enemmän pitää juoda.

30 ml painokiloa kohti vuorokaudessa on arvioitu nestetarve. Juomisen tärkeys on hyvä muistaa ja siitä on hyvä muistuttaa. Lääkkeen oton yhteydessä on hyvä juoda lasillinen vettä.

Runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä sisältävästä ruokavaliosta saa nestettä ja mm. kaliumia, joka on eduksi verenpaineelle.

Nesteiden nauttiminen on hyvä painottaa aamupäivään ja päivään. Juominen ennen nukkumaanmenoa lisää virtsan eritystä yöllä.

VITAMIINIT

Vitamiineja ihminen ei pysty itse valmistamaan vaan ne on saatava ravinnosta. Jokaisella vitamiinilla on omat puutosoireet. C-vitamiinin puutos johtaa keripukkiin ja D-vitamiinin puutos johtaa ikääntyneellä osteoporoosiin.

D-VITAMIINI

D-vitamiini on välttämätöntä kalsiumin ja fosforin imeytymisessä sekä kaliumin ja fosforin erityksen säätelyssä. Ikääntyneelle D-vitamiinin puute voi aiheuttaa väsymystä ja infektiotautia. D-vitamiini on luuston hyvinvoinnille yhtä tärkeä kuin kalsium. Lievä D-vitamiinin puute vaikuttaa haitallisesti kalsiumin aineenvaihduntaan, jolloin osteoporoosin riski kasvaa vaikka D-vitamiinin puute ei suoraan johdakaan osteoporoosiin.

D-vitamiini muuttuu maksassa ja munuaisissa aktiiviseksi vitamiiniksi, joten vanhenemismuutokset ja toimintahäiriöt näissä elimissä voivat vaikuttaa elimistön D-vitamiinitasoon. Ihon kyky muodostaa D-vitamiinia auringonvalon vaikutuksesta heikkenee iän myötä.

Ikääntyneet kuuluvat D-vitamiinin riskiryhmään. Valtion ravitsemusneuvottelukunta suosittelee D-vitamiinilisää yli 60-vuotiaille ja yksinomaan sisätiloissa oleville.

Sisätiloissa pääasiassa olevilla ikääntyneillä ja laitoshoidossa olevien D-vitamiinin saanti iholle on heikentynyt. Jotkut sairaudet ja lääkkeet voivat heikentää D-vitamiinin imeytymistä ravinnosta ikääntyneillä. D-vitamiinin esiasteen muuttuminen munuaisissa aktiiviseksi vitamiiniksi saattaa ikääntyneillä olla heikentynyt. Lonkkamurtumia on harvemmin niillä vanhemmilla naisilla, jolle on annettu D-vitamiinia yhdessä kalsiumin kanssa.

D-vitamiinia saadaan kalasta, sienistä, kananmunasta, voista ja vitaminoidusta margariinista. Vähärasvaisissa kaloissa on myös D-vitamiinia.

E-VITAMIINI

E-vitamiinin saantia ikääntyneellä on tutkittu, niin sekä kotona että laitoshoidossa oleville ikäihmisille on E-vitamiinin saanti ollut niukkaa. Öljyjen käyttö ikääntyneiden ravinnossa lisää E-vitamiinin saantia. E-vitamiinin imeytyminen suolistosta tai aineenvaihdunta elimistössä eivät muutu iän myötä.

E-vitamiinin ylimääräisestä käytöstä voi olla haitta. Korkean verenpaineen yhteydessä E-vitamiini pillerit lisäävät aivoverenvuodon vaaraa. Ravinnosta ei voi saada haitallista määrää E-vitamiinia.

C-VITAMIINI

Vihannekset ja hedelmät ovat hyviä C-vitamiinin lähteitä esim. mustaherukka, mansikka, suomuurain, tyrni, ruusunmarja, kaalit, paprika ja sitrushedelmät. Perunoiden runsaalla käytöllä on myös merkitystä ikääntyneiden C-vitamiinin lähteenä.

Väsymys, infektioherkkyys ja ientulehdukset voivat olla merkki lievästä C-vitamiinin puutteesta. C-vitamiini parantaa rauhan imeytymistä.

FOOLIHAPPO

Foolihappoa on paljon tummanvihreässä lehtikasvissa, kuten pinaatissa, parsan- ja lehtikaalissa, palkokasveissa ja täysjyväviljassa sekä maksassa.

Foolihappoa tarvitaan punasolujen sekä solujen muodostukseen. Foolihapon puute ilmenee megaloblastisena anemiana. Imetytymishäiriö kuten keliakia ja vähäinen kasvisten syöminen voivat aiheuttaa foolihapon puutteen.

Tutkimusten mukaan ikääntyneiden foolihapon saanti on alhainen.

KIVENNÄISAINHEET

Kalsium, fosfori, magnesium, natrium ja kalium ovat kivennäisaineita. Ne toimivat luuston aineosina, säädellen solujen kemiallisia reaktioita sekä ylläpitäen nesteiden osmoottista tasapainoa.

Kivennäisaineita esiintyy elimistössä pieninä määrinä joita kutsutaan hivenaineiksi. Rauta, sinkki, kupari, fluori, mangaani, jodi ja seleeni ovat hivenaineita. Useat hivenaineet osallistuvat solun sisäisten reaktioiden säätelyyn.

KALSIUM

Kalsium on elimistön yleisin kivennäisaine. Aikuisen ihmisen elimistössä on kalsiumia n. 1000-1200g. 99 % siitä on luustossa ja hampaissa. ja n. 1 % veriplasmassa ja solun nesteissä. Ravinnosta saatava kalsium kuluu luuston uudistumiseen.

Suosittelava annos on 800mg vuorokaudessa. Tämän määrän saa, mikäli syö päivittäin palan juustoa ja juo kolme lasia maitoa. Ikääntyessä kalsiumin imeytyminen heikkenee joten suositusta suuremmat annokset ovat hyödyksi vanhennevalle luustolle. Ravinnosta mikäli ei tule riittävästi kalsiumia elimistö käyttää kalsiumvarastoja luustosta ja luusto haurastuu.

Suomalaiset ovat suosineet aine maitoa mistä kalsium imeytyy hyvin. Lähes viidenneksellä suomalaisista on heikentynyt kyky pilkkoa laktoosia. Vatsavaivat seuraavat maidon nauttimisesta. Mutta kaikki eivät saa oireita vaan voivat nauttia pieniä määriä maitotuotteita, erityisesti hapanmaitovalmisteista.

Länsimaissa kansanterveys ongelmana ilmenee osteoporoosia. Osteoporoosia voidaan vähentää sopivilla elintavoilla.

Ikääntyvän henkilön osteoporoosille altistavat aliravitsemus, riittämätön proteiinin, kaliumin ja D-vitamiinin saanti. Ikääntymisen myötä luun tiheys vähenee sekä naisilla että miehillä. Naisilla varsinkin luumassa vähenee nopeasti vaihdevuosien jälkeen, mikä lisää osteoporoottisten murtumien riskiä.

Osteoporoosin riskitekijät ovat ikääntynyt nainen ilman estrogeenihoitoa, tupakointi, alhainen painoindeksi, vähäinen liikunta ja jos suvussa esiintyy osteoporoosia. Muita riskitekijöitä ovat keliakia ja vaikea laktoosi-intoleranssi mikäli ei ole kalsiumin saannista huolehdittu.

Ikääntyvä henkilö altistuu aliravitsemuksen ja alhaisen proteiinin saannin myötä riskille saada luunmurtuma. Luuntiheyttä voivat alentaa painonlasku ja laihdutus, ellei huolehdi riittävästä kalsiumin saannista.

SINKKI

Sinkin imeytyminen ruoasta heikkenee ja elimistön sinkinmäärä vähenee iän myötä. Sinkin saanti ravinnosta on vähäisempää iäkkäällä. Sairaudet saattavat muuttaa sinkin hyväksikäyttöä elimistössä. Nesteenpoistolääkkeet lisäävät sinkin erityistä virtsaan. Sinkin parhaita lähteitä ovat liha, maito ja maitovalmisteet sekä maksa ja täysjyväleipä.

IKÄIHMISEN MONIPUOLINEN RUOKAVALIO

VILJAVALMISTEET

Viljasta tulisi saada kolmannes päivittäisestä energiasta. Viljatuotteet kuuluvat jokaiselle aterialle. Suomalaisessa ruokakulttuurissa viljavalmisteilla leivillä ja puuroilla on ollut tärkeä sija. Perunan kansa ne muodostavat tärkeän rungon. Kuituaineet viljassa ovat erinomaisia umme- tuksen ehkäisyssä ja hoidossa. Ruiskuitu ehkäisee mahdollisesti

PERUNA

Perunasta voidaan valmistaa monipuolista ruokaa mikä tuttua ikäihmiselle. Perunoita voi keittää, höyrystää, kypsentää uunissa ja mikroaaltouunissa. Perunasta voi valmistaa keittoja, laatikkoita, salaatteja, muhennosta ja uuniperunaa. Perunaa voi käyttää myös leivontaan.

Perunassa ei ole rasvaa mutta sitä lisätään ruoan valmistukseen ja tällöin ruuan energia pitoisuus nousee huomattavasti. Mikäli ruoka maistuu huonosti, voidaan rasvaa lisätä kohtuullisesti.

KASVIKSET

Ikäihmisen tulisi nauttia päivittäin kasviksia ja marjoja. Jokaisella aterialla oli hyvä olla kasviksia tarjolla. Suurin osa vihanneksista sisältää runsaasti vettä, jota ikäihmisen on syytä saada riittävästi. Tuoreen kurkun vesipitoisuus on 95 %. Energiaa kasviksissa on niukasti.

Juurekset ja lehtivihannekset ovat parhaimmillaan tuoresalaattina ja raasteena, jotka tarjotaan rakenteeltaan helposti pureskeltavana ja nieltävänä ikäihmiselle sekä riittävän kosteana.

Kasviksissa on monipuolisesti ravintoaineita, vitamiineja ja kivennäisaineita. Niissä on vain vähän natriumia ja runsaasti kaliumia. Korkeasta verenpaineesta kärsivän on hyväksi saada juuri tässä suhteessa niitä.

Flavonoideja on paljon monissa kasviksissa, jotka eivät ole ravintoaineita vaan niillä on vahva antioksidanttivaikutus. Flavonoideja on päivittäisessä ruuassa. Sipulista, lehtikaalista, vihreästä pavusta, parsakaalista ja karpalosta on löydetty suurimmat flavonoidipitoisuudet. Muita hyviä lähteitä ovat omena, salaatti, tomaatti, paprika, tee ja punaviini.

Kasviksissa on hyytelöityä kuitua, mikä tasoittaa veren sokerin vaihteluita ja vähentää kolesterolin imeytymistä suolistosta. Herneessä ja pavussa on runsaasti hyytelöityvää kuitua ja ne tulee kypsentää huolellisesti ennen syöntiä.

MARJAT JA HEDELMÄT

Marjat ovat aina kuluneet suomalaiseen ruokavalioon. Marjat ovat aromikkaita ja sisältävät runsaasti ravintoaineita. Marjat ovat ravitsemuksellisesti arvokkaita. Niissä on antioksidentti-
vitamiineja, kivennäisaineita ja kuitua.

Marjojen kuitu on hyytelöityvää kuten kasviksissakin. Niissä on flavonoideja joilla on havaittu olevan vaikutusta terveyteen.

RAVINTORASVAT

Monipuoliseen ja hyvään ruokavalioon kuuluu kohtuullisesti rasvaa. Öljyt sisältävät painos-
taan 100 % kasvisrasvaa, margariinit 40–80% kasvisrasvaa, rasvaseokset 40–80 % sekä kas-
vis- että maitorasvaa ja voivat 80 % maitorasvaa.

MAUSTEET JA SUOLA

Heikentyneen haju- ja makuaistin seurauksena ikääntyneet pitävät voimakkaista aromeista. Suolan ja sokerin runsas käyttö ei ole suositeltavaa. Ruuanvalmistuksessa on hyvä suosia ikääntyneelle tuttuja mausteita, kuten mauste- ja valkopippuria, persiljaa, tilliä, ruohosipulia, sipulia ja laakerin lehtiä.

TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

Toimeksiantaja	Vaalan seurakunta
Osoite ja puhelinnumero	Järvikyläntie 3
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	Rauni Karppinen

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projektikuvaus yms)	Opinnäytetyö
Aikataulu	Valmis keväällä 2011
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Kustannuksista vastaa Vaalan seurakunta
Lopputuotoksen muoto	Opinnäytetyö

TOIMEKSIANNON

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	Ritva Mari Galla Pelsontie 989 92810 Pelsonsuo
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	Koordinoiva opettaja Ohjaaja opettaja Kristiina Anttonen/Sirkka-Liisa Niskanen Seija Siivola
Työstä tehdään	opinnäytetyö muu, mikä
Ritva Galla	Rauni Karppinen


Tekijöiden allekirjoitukset


Toimeksiantajan allekirjoitus

Opinnäytetyöt
Muut oppimisprojektit

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta		Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa virkistyspäivään osallistuneiden omaishoitajien kokemuksista ja ideoista seurakunnan järjestämien tulevien virkistyspäivien kehittämiseksi.
Opiskelijoiden oppimisen kannalta		Sairaanhoidajana tehtävänäni on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Tulevana sairaanhoidajana asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus ohjaavat toimintaani
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)		Opinnäytetyö ja posterit
Sovitut kokoukset ja raportoinnit		
Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja		Mukana opinnäytetyöprosessin ajan antaen kirjallisen palautteen.
2. Opiskelijat		Sitoudun tekemään laajuudeltaan 15 opintopisteen opinnäytetyön.
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit		Ohjaavan opettajan ohjaustunteja käytettävissä
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut		
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus		Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti eli asiakkaiden henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa työtä.

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.