



IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN TOIMINTAKYVYN HARJOITTELU

- Liikunnallinen opas päivätoiminnan henkilökunnalle

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapian koulutusohjelma

Fysioterapeutti

Opinnäytetyö AMK

Kevät 2012

Pia Mäkelä

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos
Fysioterapian koulutusohjelma

MÄKELÄ PIA:

Ikääntyneen muistisairaana toimintakyvyn
harjoittelu- liikunnallinen opas päivätoiminnan henkilökunnalle

Opinnäytetyö 33 sivua

Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on tuotettu Järvenpään kaupungille ikääntyvien päivätoimintaan. Tarve muistisairaiden liikunnalliselle oppaalle syntyi päivätoiminnan henkilökunnan halusta kehittää omaa työtä. Henkilökunta toivoi arkeen konkreettisen työvälineen muistisairaana fyysiseen kuntouttamiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa päivätoiminnan henkilökunnalle ikääntyneiden muistisairaiden kaksiosainen liikunnallinen opas. Opinnäyte sisältää kirjallisen raportin ja kuvallisen osion.

Tarkoituksena on tukea muistisairaana kuntoutumista liikunnallisten harjoitteiden avulla. Lisäksi tarkoituksena on tuoda helpotusta omaishoitajien jaksamiseen sekä kunnalle kustannussäästöjä, koska laitospaikat vähenisivät ja tehdyillä ratkaisuilla on tuettava kotihoitoa.

Liikunnallisen oppaan kehittäminen pohjautuu tuotteistamisprosessiin, jonka vaiheina ovat: tarpeen tunnistaminen, ideointi, luonnostelu, kehittäminen ja valmis tuote. Raportissa tuodaan esille normaali ikääntyminen ja yleisimmät etenevät muistisairaudet sekä päivätoiminta. Lisäksi tuotiin esille, millaisilla liikuntaharjoitteilla voidaan ylläpitää ja edistää muistisairaana toimintakykyä. Opas luovutetaan päivätoiminnan henkilökunnan käyttöön opinnäytetyön valmistuttua.

Opas on käytettävissä kaikille ikääntyneille, omaishoitajille, hoitohenkilökunnalle sekä kaikille ikääntyneen muistisairaana ohjaamisesta kiinnostuneille. Harjoitteita voidaan tehdä ryhmä- sekä yksilöharjoitteina.

Avainsanat: ikääntyminen, päivätoiminta, etenevä muistisairaus, liikunnallinen opas

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in physiotherapy

MÄKELÄ, PIA:

A capacity practice on elderly memory disease
- for day centre personnel a exercise guide

Bachelor's Thesis in physiotherapy

33 pages

Spring 2012

ABSTRACT

This functional thesis work is carried out for Järvenpää city personnel for daytime activities for the elderly. The need for this kind of a guide has risen from the personnel of daytime activities for the elderly. The personnel's aim is to develop their own work and to have a concrete tool for physical rehabilitation of clients with memory diseases.

The main goal of this thesis work was to produce a day center personnel practice guide and the work was divided into two proportions. The thesis work includes a written report section and a graphic exercise section.

The objective was to support the memory disease persons' rehabilitation with the exercises. Additionally, the objective was also to bring relief to the work of the home carers and economical savings to the municipality, because institutional care places will be decreased and that solution and will support home care.

The different phases of the practice guide were: recognitions of needs, ideas, sketching, development and an output. The report brings up normal process of ageing, the more common progressive memory diseases and the day center. Moreover, it discusses with what kind of exercises can be maintained the clients' with memory diseases ability to function.

The exercise guide will be given to the day center personnel after the thesis work is completed. The guide will be available to elderly, home carers, nursing staff and to all who are interested in guiding persons with memory disability. The exercises can be made either individually or in groups.

Keywords: Ageing, day centre, progressive memory disease, exercise guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	2
3	IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA JÄRVENPÄÄSSÄ	3
4	IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY JA ETENEVÄ MUISTISAIRAUS	6
4.1	Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn	6
4.2	Etenevät muistisairaudet	9
4.3	Muistisairauden yhteys fyysiseen toimintakykyyn	12
4.4	Muistisairauden yhteys psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn	14
5	HARJOITTELU MUISTISAIRAAN HENKILÖN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄJÄNÄ JA EDISTÄJÄNÄ	15
5.1	Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn tukeminen	15
5.2	Muistisairautta sairastavan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	18
6	MUISTISAIRAAN OHJAUKSEN ERITYISHUOMIOITA	20
7	HARJOITTAMISOPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI	25
7.1	Tarve harjoitteluoppaalle	25
7.2	Oppaan ideavaihe	27
7.3	Oppaan luonnostelu	27
7.4	Oppaan kehittäminen	28
7.5	Oppaan viimeistely	29
8	POHDINTA	30
	LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa Suomen väestössä ikääntyneiden osuuden on ennustettu kasvavan ja riski sairastua muistisairauteen kasvaa vanhenemisen myötä. Sairaus aiheuttaa ikääntyville toimintakyvyttömyyttä sekä monimuotoisia lisäoireita ja kunnille lisääntyvää laitoshoidon tarvetta. (Viramo & Sulkava 2010, 28.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyöni aihevalintaan innoitti oma kiinnostus ikääntyneiden fysioterapiaan. Tulevan ammattini kannalta aiheeseen perehtyminen laajensi omaa näkökulmaani suunnitella ja toteuttaa fysioterapiaa ikääntyneille ja erityisesti muistisairaille. Fysioterapian toteuttaminen muistisairaiden kanssa koetaan usein haasteelliseksi, sillä ohjeiden ymmärtämisen ja oman toiminnan ohjauksen lisäksi esiintyy useita monimuotoisia oireita.

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää ikääntyneille muistisairaiden harjoittamisopas henkilökunnalle. Lisäksi tavoitteena on tukea ikääntyvän muistisairaahan kokonaisvaltaista kuntoutumista fyysisten harjoitteiden avulla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuoda helpotusta omaishoitajien jaksamiseen sekä kunnalle kustannussäästöjä, koska laitospaikat vähenisivät ja tehdyillä ratkaisuilla on tuettava kotihoitoa.

Muistisairaahan harjoittamisopas on kaksiosainen, kirjallisen raportti ja erillisen kuvallinen harjoiteosio. Raportissa tuodaan esille lyhyesti yleisimmät ikääntyneiden etenevät muistisairaudet: Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen, Lewyn kappale -tauti ja otsa -ohimolohkorappeumat sekä niiden yhteys ikääntyneen toimintakyyn. Lisäksi tuodaan esille, millaisten harjoitteiden avulla voidaan tukea ja edistää muistisairaahan toimintakykyä päivätoiminnassa osana kokonaisvaltaista kuntoutusta. Opinnäytetyössäni käytän käsitettä etenevä muistisairaus yleisesti käytössä olevan dementia-käsitteen sijasta. Olen rajannut työni ikääntyneiden eteneviin muistisairauksiin. Ikääntyneellä tarkoitan iältään yli 65-vuotiaita. Työssäni olen avannut myös käsitteet päivätoiminta, ikääntyminen ja etenevät muistisairaudet.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää yhdessä päivätoiminnan työyhteisön kanssa ikääntyneen muistisairaana liikuntaopas henkilökunnalle. Opas on kaksiosainen sisältäen kirjallisen raportin ja kuvallisen liikeharjoite-osion. Lisäksi oppaan tavoitteena on tukea päivätoiminnan toimintakykyä kuntouttavaa työtettä sekä edistää muistisairaana toimintakykyä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tukea ja helpottaa muistisairaana kuntoutumista harjoitteiden avulla. Lisäksi tarkoituksena on tuoda helpotusta omaishoitajien jakamiseen sekä kunnalle kustannussäästöjä, koska laitospaikat vähenisivät ja tehdyillä ratkaisulla on tuettava kotihoitoa.

3 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA JÄRVENPÄÄSSÄ

Päivätoiminta on tarkoitettu kotona asuville ikääntyneille toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Toiminta tarjoaa palveluita erilaisissa elämäntilanteissa oleville ikääntyneille. Päivätoiminta on kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista toimintaa tukien etenkin yksinasuvia usealla eri elämän alueella. Päivätoiminnasta vastaa tavallisesti kunnan sosiaalitoimi. Kunta järjestää edestakaisen kuljetuksen päivätoimintaan. Toiminta järjestetään toimintakeskuksessa tai muussa siihen soveltuvassa paikassa, jossa käydään yksilöllisen tarpeen mukaan yhdestä useampaan kertaan viikossa. (Turunen 2008, 71 -72.)

Ohjelmaan kuuluu mahdollisuus ruokailla päivän aikana. Toiminnan sisältö voi koostua esimerkiksi ulkoilusta, laulusta, erilaisista keskusteluryhmistä, peseytymisistä, seurustelusta, jumpasta, lääkäripalveluista sekä retkistä. Lisäksi voidaan pelata erilaisia pelejä ja järjestää kilpailuja muistin harjoittamiseksi. (Turunen 2008, 71 -72.)

Päivätoiminnan tarkoituksena on tukea omaishoitajia ja heidän jaksamistaan tarjoamalla säännöllisesti hoidettaville kuntouttavaa toimintaa sekä mahdollisuus omaan aikaan ja lepoon. Palveluiden kehittämisellä ja keskittämisellä päivätoimintaan voidaan yhtenäistää omaishoitajan liikkumista eri palveluiden verkostossa. Päivätoimintayksikkö voi parhaimmillaan toimia muistioireiselle ja hänen läheisilleen tukipaikkana, josta he saavat nopeasti tietoa sekä sairauteen liittyvää ohjausta. Asiakassuhteet ovat usein pitkäaikaisia ja kontaktit säännöllisiä, joten arjen ongelmat tulevat konkreettisesti esille. Muistisairaiden päivätoiminta järjestetään muistisairaille suunnitellussa yksikössä, jossa on muistisairauksiin koulutautunut ja perehtynyt riittävä henkilökunta. (Eloniemi -Sulkava 2008, 51; Turunen 2008, 71 -72.)

Järvenpään päivätoimintayksikkö, vanhusten päiväkotia sijaitsee Jampan kaupunginosassa, Jampankaari 4:ssä. (Kuva 1) Tässä opinnäytetyössä käytän vanhusten päiväkodista käsitettä ikääntyneiden päivätoiminta tarkoittaen edellä mainittua toimipistettä.

Päivätoiminnan toiminta-ajatuksena on tuottaa tavoitteellisia kuntouttavia päivätoiminnan palveluja. Palvelut tukevat yksin asuvan asiakkaan tai omaishoidettavan kotona pärjäämistä ja asumista. Järvenpään kaupungin vanhusten päiväkodin toiminta kuuluu kaupungin kotihoidon tukipalveluihin. Vaatimuksena päivätoiminnan asiakkaiksi ovat: vähintään 65 vuoden ikä sekä nuoremmat vammasta tai sairaudesta riippuen, omaishoidettavat, pääsääntöisesti yhden avustettavana toimivat. Lisäksi päivätoiminnan asiakkaiksi pääsevät asiakkaat, joiden toimintakyky on oleellisesti muuttunut. Päivätoiminnan asiakkaiksi on mahdollisuus päästä terveyskeskuksen, kotihoidon tai omaisten ilmoittamina. (Järvenpään kaupunki 2010.)



(Kuva 1) Vanhusten päiväkoti Järvenpää 4/2012. (Niskanen 2012.)

Asiakkaiden määrittelyssä apuna käytetään toimintakyvyn mittareita, kuten RAVA-indeksiä, joka asiakkaalla tulee olla vähintään 2.1. RAVA mittaa ikääntyneen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta. Mitä suurempi RAVA, sitä suurempi on avun tarve. RAVAN:n määrittelee omahoitaja tai palveluohjaaja. Tällä hetkellä asiakkaat ovat iältään 65–95 vuotiaita ja heistä noin 80 prosentilla esiintyy jonkinasteinen muistisairaus, yleisenä mittarina on käytetty muistitestiä (MMSE). Lisäksi asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan päivittäin havainnoinnin avulla ja kirjataan sekä informoidaan mahdolliset muutokset toimintakyvyssä. (Pelli 2012; Järvenpään kaupunki 2010. Päivätoiminnan palvelui-

hin kuuluvat tavoitteellinen yksilö- ja ryhmäohjaaminen sekä erilaiset hoitotilanteet päivittäisissä toimissa. Ohjaajat vuorottelevat ohjaustilanteissa sekä muissa toiminnoissa. Hygienian hoito ja saunominen ovat osa päivittäistä kuntoutumista osalle asiakkaista. Fyysistä kuntoa ylläpidetään päivätoiminnassa jumpalla, ulkoilulla ja päivittäisillä toimilla. Kaikessa toiminnassa pyritään tukemaan asiakkaan omatoimisuutta. Päivätoiminnassa asiakkaalla on mahdollista saada myös sairaanhoidollisia palveluita, kuten lääkkeenjako ja insuliinin pistäminen. Lisäksi päivätoiminnassa vierailee tarvittaessa eri lääkäreitä ja muita henkilöitä. (Järvenpään kaupunki 2010.)

Asiakkaat viettävät päivätoiminnassa kello 9-14 välisen ajan. Päivätoiminta aloitetaan yhteisellä aamupalalla, jonka jälkeen on aamunavaus ja päivästä riippuen erilaista suunnitelmallista toimintaa. Lounasta syödään noin klo 11.30 -12.00. Lounaan jälkeen on suunnitelmien mukaista ohjelmaa sekä päiväkahvit noin klo 13.45- 14.00. Kotiin lähtö tapahtuu 14.15. Muutama päivätoiminnan asukas tulee viereisestä talosta ja heidät päivätoiminnan työntekijät vievät ja hakevat. Useimmat asiakkaista tulevat päivätoimintaan kaupungin maksullisella kuljetuksella. Asiakkaiden käyntikerrat vaihtelevat yksilöllisen tarpeen mukaan kerrasta viiteen kertaan viikossa. Asiakkaiden tarpeen on määritellyt omahoitaja yhdessä asiakkaan ja omaisten tai palveluohjaajan kanssa. (Järvenpään kaupunki 2010.)

Päivätoiminnassa työskentelee tällä hetkellä yksi toimintaterapeutti sekä kolme lähihoitajaa. Työnkuvat ja henkilöstö vaihtelevat jonkin verran. Työyhteisö on pieni ja hauras, joten yhden henkilön poissaolo vaikuttaa oleellisesti päivätoiminnan sisältöön heikentäen kuntouttavan työtteen toteuttamista sekä toimintojen priorisointia. Erilaisten ohjaustilanteiden ohjaamisessa tarvitaan ryhmäohjaajan taitoja ja hyvät vuorovaikutustaidot, etuna on asiakkaiden elämäkerran ja muistisairauksien tunteminen. Aggressiiviset tai akuutit sekä vaikeahoitoiset psykiatriset asiakkaat eivät sovellu päivätoiminnan asiakkaiksi. Asiakkaiksi eivät sovellu myöskään käytöshäiriöiset, jotka eivät pysty olemaan ja toimimaan ryhmässä tai ovat häiriöksi muulle ryhmälle. Kuitenkin haasteellista käyttäytymistä ja käytöshäiriöitä esiintyy päivätoiminnassa yleisesti. Päivätoiminnan henkilökunta altistuu uhka- ja vaaratilanteisiin satunnaisesti työpäivän aikana. (Pelli 2012; Järvenpään kaupunki 2010.)

4 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY JA ETENEVÄ MUISTISAIRAUS

Toimintakyky nähdään laaja-alaisena käsitteenä, johon vaikuttavat fyysisten ja psyykkisten tekijöiden lisäksi perintötekijät sekä ympäristö, jossa ihminen on elänyt ja elää tällä hetkellä. Ikääntyessä toimintakyky nähdään yhtenä osana ihmisen elämänlaatua sekä kyynä selviytyä valitsemallaan tavalla eri elämäntilanteissa. Sairastuessa ikääntyneen toimintakyky heikkenee ja käsitys omasta elämänlaadusta usein muuttuu. Jokaiselle toimintakyky on henkilökohtainen ja erilainen. (Eloranta & Punkanen 2008, 9; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 38 -39.)

Muistisairaus heikentää sairastuneen toimintakykyä ja lisää avun tarvetta arjen toiminnoissa. Muistisairauden eteneminen on yksilöllistä ja toisilla sairaus etenee nopeammin heikentäen toimintakykyä ja lisäten avun tarvetta. Muistisairauteen kuuluu muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen. (Eloranta & Punkanen 2008, 9.)

4.1 Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn

Ikääntyessä nousevat esille toimintakyvyn muutokset ja vaikeudet erottaa normaali vanheneminen sairauden aiheuttamista muutoksista. Normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset tapahtuvat suhteellisen hitaasti. Ikääntyessä muutokset ovat palautumattomia johtaen asteittaiseen toimintakyvyn heikentymiseen. Ikääntymisen myötä ja elimistön toimintakyvyn heiketessä kyky vastustaa sairauksia vähenee. Nopeat toimintakyvyn (esim. muistin ja liikkumisen) muutokset ovat tavallisesti merkkejä sairauksista. Lisäksi hoitamattomina sairaudet aiheuttavat hyvin nopeasti noidankehän, jossa ikääntymiseen liittyvät muutokset korostuvat. (Eloranta & Punkanen 2008, 9 -10.)

Alle 75 -vuotiaat selviytyvät päivittäisistä toimista yleisesti vielä hyvin, mutta yksilölliset erot ovat suuria. Aluksi esiintyy vaikeuksia pankki- ja raha -asioiden hoidossa, kaupassa käynnissä sekä kevyissä kotitöissä. Viimeisimpänä taitona

säilyy itsenäinen taito syödä. Ikääntyneiden toimintakyky on vuosien myötä kuitenkin yleisesti parantunut, he ovat nykyään terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin aiemmin. Muutokseen ovat vaikuttaneet kansansairauksien yleinen väheneminen, terveydenhoidon tehostuminen sekä erilaisten toimintaympäristöjen ja elämää rajoittavien tekijöiden väheneminen. (Eloranta & Punkanen 2008, 10.)

Aisteissa tapahtuu ikääntymisen myötä erilaisia muutoksia. Silmän mykiön muuttamisen kyky heikkenee aiheuttaen ikänäköä. Silmänhäikäistyminen ja hämärässä näkemiseen tarvittava aika lisääntyvät sekä värien ja kontrastien erottaminen vaikeutuvat. Liikkumisen edellytyksenä on kehon tasapainon hallinta, joka perustuu eri säätelyjärjestelmien yhteistoimintaan. Sairaudet, kuten diabetes, Parkinsonin tauti, dementia tai aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat usein tasapainon säätelyyn. Yhteistyön avulla silmien havainnointikyky ja kehon asento pysyvät liikkussa vakaana, sillä tasapainon säätelyjärjestelmä toimii yhteistyössä näön ja asentoa säätelevän järjestelmän kanssa. (Eloranta & Punkanen 2008, 11; Sihvonen 2008, 121; Tideiksaar 2005, 31.)

Oikaisurefleksit eli kehoa korjaavat liikkeet hidastuvat iän myötä. Näköaisti voi täydentää asentotuntoa tai toimia korvaavana aistina. Heikkoa tasapainoa parantaakseen monet kävelevät pää alaspäin, jotta jalat osuisivat oikeaan kohtaan lattiasa. Näkökyky auttaa ennakoimaan liikkeiden hallintaa. Liikkeiden vaatimustason kasvaessa tarvitaan yhä enemmän tarkkuutta ja näköaistia. Näköaistin heikentyessä on tasapainoa vaikea ylläpitää. (Eloranta & Punkanen 2008, 11; Tideiksaar 2005, 31.)

Huonokuuloisuus etenee usein salakavalasti hitaasti ikääntymiseen liittyen. Syynä on sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rappeutuminen. Lisäksi korkeiden äänien kuuleminen ja hahmottaminen on vaikeaa. Kuulo heikkenee puhealueella konsonanttien osalta, erityisesti s:n ja t:n erottelu vaikeutuu. Lisäksi taustamelu vaikeuttaa puheen kuulemistä. (Eloranta & Punkanen 2008, 11.)

Luumassan kato lisää murtumien vaaraa naisilla jo 50 vuoden jälkeen. Miehillä murtumien vaara lisääntyy naisia myöhemmin. Kiihtynyt luukato johtaa osteoporoosiin, luuston haurastumiseen. Suuria riskejä ovat ikääntyessä erityisesti kaatu-

misen yhteydessä esiintyvät murtumat. Nivelissä esiintyvät ikääntymisen muutokset jo kahdenkymmenen ikävuoden jälkeen. Nivelten ominaisuudet heikkenevät pikku hiljaa jäykistäen niveliä ja vähentäen yleistä liikkuvuutta. (Heiskanen & Mälkiä 2002,164; Berg 2001, 272.)

Lihusvoimassa ja kestävyydessä ikääntyminen näkyy merkittävästi 50 eletyn vuoden jälkeen. Osin lihassmassan väheneminen johtuu lihassolujen vähenemisestä, osittain lihassäikeiden pienentymisestä. Nopeiden ja hitaiden lihassolujen välillä oleva suhde muuttuu, nopeiden lihassolujen heiketessä paljon vauhdikkaammin kuin hitaiden. Lihusvoimistaan menettää terve ikääntynyt muutamia prosentteja vuoden aikana. Erilaiset sairaudet ja vähäinen liikunta nopeuttavat voimien menetystä. Heikkojen lihusvoimien vuoksi ikääntynyt altistuu helpommin kaatumisille ja muille tapaturmille. (Timonen & Koivula 2001, 244 -245.)

Hengityksen toiminta heikkenee vähitellen ikääntymisen myötä. Muutokset verenkiertoelimistössä näkyvät maksimaalisen hapenkulutuksen vähenemisenä. Hapenkulutuksen väheneminen johtuu erityisesti sydämen syketaajuuden ja iskutilavuuden pienemisestä. Hengityselimistössä rintakehän joustavuus pienenee ja rintaranka painuu kumaraan sekä hengitystyön määrä yleisesti suurenee. Keuhkokudoksessa jäykkyys lisääntyy ja keuhkorakkuloiden määrä pienenee heikentäen verenkiertoa valtimoissa yleisesti. Kovissa ponnistuksissa hengityslihaksisto heikkenee ja väsyy helposti. (Eloranta & Punkanen 2008, 12.)

Normaalissa ikääntymisessä tapahtuu hitaasti etenevää heikentymistä kognitiivisissa eli tiedon käsittelyyn liittyvissä ajattelun toiminnoissa kuten havaitsemisessa, muistissa ja kielellisessä ajattelussa. Uuden tiedon käsittely sekä toiminnan nopeus ja tehokkuus heikkenevät ikääntymisen myötä, mutta toisaalta kokemusten varassa tapahtuva tietojen ja taitojen ajattelu säilyy. Muutokset ovat samankaltaisia kuin sairastaessa otsa- ohimorappeumaa. Otsalohko on keskeinen toiminnanohjaukseen liittyvissä toiminnoissa. (Soininen & Hänninen 2010, 76; Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 23.)

Toiminnanohjaus koostuu monimutkaisesta kokonaisuudesta, jossa korostuvat tiedonkäsittelyn, organisoinnin ja oman kontrollin ylläpitämiseen liittyvät toimin-

not. Merkittävin tekijä on työmuistin tehokkuus ja kykyä ylläpitää materiaalia lyhytkestoisesti muistissa, esimerkiksi numerosarjojen toistaminen säilyy ikääntymässä hyvin, mutta monimutkaisemman työmuistin eri osa-alueita yhdistävä prosessointi hidastuu. Joustavuuden heikentyminen voi ilmaantua laaja-alaisesti erilaisissa kognitiivisissa suorituksissa. Normaalisti ikääntynyt tarkkailee itse muistiin tunnistuen itsessään lievät muistin ongelmat. Muistisairas ei yleensä itse tunnista ongelmaa, vaan sen havaitsevat omaiset ja tuttavat. (Soininen & Hänninen 2010, 76; Erkinjuntti ym. 2009, 23.)

4.2 Etenevät muistisairaudet

Muistihäiriö on usein ensimmäinen merkki, että jotain on vialla. Syy häiriöön tulee aina selvittää. Riippuen sairauden mekanismista muistisairaus voi olla etenevä, kuten Alzheimerin tauti. Se voi olla pysyvä, kuten aivovamma tai hoidettavissa oleva, kuten psyykkiset häiriöt tai ohimenevä, kuten Aivoverenkierron häiriöt. Vuonna 2010 arvioitiin maassamme olevan 89 000 keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairasta ja noin 10 000 lievästi muistisairasta. Ikääntyneiden lisäksi työikäisetkin sairastuvat vuosittain muistisairauksiin. Työikäisten eteneviä muistisairauksia esiintyy noin 7 000–10 000:lla. Opinnäytetyön olen rajannut ikääntyneiden eteneviin muistisairauksiin. Tarkoitin työssäni etenevä muistisairaus-käsitteellä neurologista sairautta, joka heikentää muistin lisäksi muitakin tiedonkäsittelyn alueita. (Viramo & Sulkava 2010, 28; Erkinjuntti & Huovinen 2008,47; Hokkanen 2004, 23.)

Omatoimisuuden heikkeneminen näkyy kielellisissä toiminnoissa, näkökyvyn hahmottamisessa sekä oman toiminnan ohjauksessa. Etenevät muistisairaudet johtavat usein dementia- tai monimuotoiseen eli monimuotoiseen muistin ja tiedonkäsittelyn heikkenemiseen. Sairauksien diagnosointi pyritään selvittämään mahdollisimman varhain ja tarkentamaan tilanteen mukaan. Nykyisten suositusten mukaisesti etenevistä neurologisista muistisairauksista suositellaan käytettäväksi käsitettä etenevät muistisairaudet. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 17; Ahvo & Käyhty 2001,73.)

Arkikielessä nykyään käytetään edelleen käsitettä dementia, joka tarkoittaa monimuotoista oireyhtymää, ei niinkään erillistä sairautta. Dementiatasoiseen muistisairauteen liittyy muistioireiden lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja korkeimpien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon nähden. Opinnäytetyössäni tuon esille lyhyesti yleisimmät etenevät muistisairaudet. Sairaus ja sairauden vaikeusaste vaikuttavat oleellisesti kuntoutuksen tavoitteisiin. Kuntoutuksen oikeaa ajoitusta pidetään muistisairaahan kuntoutuksen peruseriaatteena. (Erkinjuntti ym. 2010, 17; Käyhty 2008, 98.)

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin (70 %) ja tunnetuin, lisäksi eniten tutkittu etenevä muistisairaus. Puhutaan varhaisesta, lievästä, keskivaikeasta ja vaikeasta Alzheimerin taudista. AT etenee tyypillisesti tiettyjen vaiheiden kautta hitaasti ja tasaisesti. AT on etenevä neurologinen aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tietyn aivoalueiden vauriosta. Diagnosointi voidaan tehdä jo varhaisessa vaiheessa, jolloin ensimmäisenä oireena korostuu oppimisen työläys ja unohtamisen korostuminen. Varhainen vaihe kestää noin 2-4 vuotta. Oireet alkavat yleisesti muistioireella, mutta ensioireina voi esiintyä toiminnan ohjauksen heikentymistä ja kielellisten toimintojen heikentymisestä. Käyttöoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Alkuvaiheeksi arvioidaan 3-7 vuotta ja tyypillistä on lähimuistin heikkeneminen ja kaiken aktiivisuuden väheneminen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121 - 126.)

Alkuvaiheessa erilaisten tehtävien tekeminen onnistuu kuten ennen, mutta luetusta tekstistä muistuu mieleen vain osia. Tyypillisenä oireena pidetään niin sanottua ”päänkääntöoiretta”, jossa muistihäiriöinen kääntyy lähellä istuvaa päin varmistukseen oikean vastauksen. Lievässä vaiheessa esiintyy laajempialaista muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä, joka vaikeuttaa omatoimisuutta. Erityisesti oman toiminnan ohjaus, kielelliset vaikeudet sekä kyky aloittaa toimintoja heikkenevät. Alzheimerin tauti aiheuttaa aivoissa tärkeiden keskusten surkastumista ja hermosolun rakenteen muutoksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 63.)

Taudin arvellaan liittyvän hermosoluissa tapahtuvaan valkuaisaineiden käsittelyn häiriöön. Keskivaiheessa ja vaikeassa vaiheessa selviytyminen arkielämässä heikkenee ja psyykinen toiminta muuttuu ja se näkyy yleisesti käyttäytymisen muu-

toksina. Lisäksi esiintyy epävarmuutta kävelyssä ja vaikeuksia päivittäisissä toimissa, osalla lisäoireina esiintyy jähmeyttä, ilmeettömyyttä sekä hidasta kävelyä. Vaikeassa vaiheessa esiintyy usein primääriheijasteita, kuten tarttumis- ja imemisheijasteita. Tyypillinen taudin kesto on 10 -12 vuotta. (Erkinjuntti ym. 2010, 16; Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 127.)

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (vascular cognitive impairment VCI) eli aiemmin *vaskulaarinen dementia* on aivoverenkierron aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä. Aivohalvaus on suurin yksittäinen muistisairauden riskitekijä, jota esiintyy noin 15 prosentilla kaikista muistisairauksista. Yli 60-vuotiailla aivohalvauspotilailla pidetään dementiariskiä yli 9-kertaisena verraten muuhun väestöön. Kognitiivisen suorituskyvyn lasku on merkittävin aivoverenkiertosairstuneen henkilön toimintakykyyn ja elämänlaatuun vaikuttavin tekijä. Keskeisinä kognitiivisina oireina esiintyvät oman toiminnan ohjauksen häiriöt ja lievät muistihäiriöt. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän keskeisinä alatyyppeinä pidetään pienten suonten tauti (subkortikaalinen tauti) ja suurten suonten tauti (kortikaalinen tauti eli moni-infarkti-tauti) sekä kognitiivisesti kriittisellä tavalla olevan infarktin aiheuttamat tilat. Yleisimpänä vaskulaarisen heikentymän yksittäinen alatyypinä pidetään pienten suonten tautia. Aivoverenkiertosairauden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä tunnetaan yleisenä ja yleistyvänä muistisairauden alatyypinä ja se on yhteydessä erityisesti ikääntymiseen. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142.)

Lewyn kappale- tauti tunnetaan aivosairautena, jossa voi esiintyä outoja oireita sekä erikoista käyttäytymistä. Sitä esiintyy noin 15 %:lla kaikista muistipotilaista. Lewyn kappale- tauti on diagnosoituna sairautena melko uusi (1980). Se on saanut nimensä mikroskooppisen pienistä Lewyn kappaleista, jotka ovat hermosolun sisällä olevia jyväsiä. Niitä esiintyy aivokuorella sekä aivorungossa. Syytä taudin puhkeamiseen ei tiedetä. Taudin oireet muistuttavat läheisesti Parkinsonin tautia. Usein sairastaneita pidetäänkin erheellisesti Parkinson-potilaina. Vapinaa esiintyy molemmissa taudeissa yleisesti. Parkinsonin taudissa lepovapina vähenee liikkeen aikana, Lewyn kappale-taudissa vapinaa esiintyy myös liikkeen aikana. (Viramo & Sulkava 2010, 28; Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 128.)

Taudin edetessä esiintyy muutoksia ainakin dopamiinia ja asetyylikoliinia välittäjäaineena käytävissä hermosoluissa. Tauti puhkeaa keskimäärin 60 -65-vuoden iässä ja kestää 5 -30 vuotta. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 128.)

Otsa- ohimolohkorappeumat on yleisnimitys oireyhtymälle, jolle ominaista on aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen. Niitä on kaikista muistipotilaista noin 5 prosentilla. Otsa -ohimolohkorappeumiin liittyvät kolme tyypillistä oirekuva: frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Frontotemporaalisessa dementiaassa on keskeistä alkuvaiheessa muistin säilyminen, mutta persoonallisuuden käyttäytymisen muutokset ovat merkittäviä. Etenevässä sujumattomassa afasiassa esiintyy puheen tuottamisen ja sanojen löytämisen vaikeutta sekä kirjoitus- ja kielellisiä vaikeuksia. Semanttista dementiaa sairastava kärsii sanojen löytämisen vaikeudesta ja sanojen hämärtymisestä, mutta puheen tuottaminen on sujuvaa. Hänellä on vaikeuksia tunnistaa esineitä, muistin ollessa suhteellisen hyvä. (Rinne & Remes 2010, 165.)

Otsa-ohimorappeuman oireet alkavat yleisesti hitaasti ja huomaamattomasti. Oireistoon liittyvät alakuloisuus ja aloitekyvyttömyys. Sairaus alkaa varhaisessa vaiheessa 45 ja 65 vuoden välillä. Muistisairas saattaa riisua itsensä yllättäen alasti ja ehdotella sopimattomia. Usealla esiintyy myös tunne-elämässä latistumista. Usein frontotemporaalista dementiaa sairastavilta puuttuu realistinen käsitys itsestään. Muistitoiminnot, etenkin lähimuisti, säilyvät usein pitkään ja muistitesti (MMSE) voi antaa hyvän tuloksen, joten muistisairaus ilmenee salakavalasti eikä muistisairautta osata usein edes epäillä. Usein myös lähipiirissä esiintyy samankaltaista oireilua. (Rinne & Remes 2010, 165.)

4.3 Muistisairauden yhteys fyysiseen toimintakykyyn

Muistisairaahan tahdonalaisten liikkeiden suorittaminen yleisesti vaikeutuu ja niin ikään liikkeen suorittamisessa aiemmin opitut automaattiset liikkeet ja liikesarjat tuntuvat hankalilta, jopa mahdottomia suorittaa. Muistisairauden edetessä esiintyy yleisesti kävelyn vaikeuksia. Kävelyn rytmi muuttuu, eivätkä aivot tuo käskyjä lihaksiin kävely voi olla rytmittömä ja askelpituus on lyhyttä ja matalaa sekä töpöt-

tävää. Lisäksi alaraajat ikään kuin tarrautuvat lattiaan. Kävely voi olla myös kömpelöä ja koordinoimatonta. Sairauden edetessä liikkeissä esiintyy jäykkyyttä sekä vapinaa. (Käyhty & Valvanne 2004, 49.)

Verenkiertoperäisessä muistisairaudessa ja Lewyn kappale- taudissa muutokset vaikuttavat yleisesti ensin fyysisiin toimintoihin edeten myöhemmin muistin vaikeuksiin. Lewyn kappale -taudille on tyypillistä kävelykyvyn häviäminen. Erilaiset siirtymätilanteet tuoliin sekä kääntyminen ja kulkeminen kapeissa paikoissa ovat hidasta heikon hahmottamiskyvyn vuoksi. Ylös nousut ja liikkeellelähdöt aiheuttavat yleisiä pelkotiloja ja kaatumisen vaaraa. (Käyhty & Valvanne 2004, 49-50.)

Fyysiset muutokset Alzheimerin taudissa esiintyvät vasta sairauden keskivaiheella. Oireina esiintyvät kaatuilua, johon liittyy tasapaino- ja kävelyvaikeudet sekä verenpaineen lasku, joka aiheuttaa huimausta. Muutokset ovat vaikeasti erotettavissa normaalin vanhenemisen muutoksista. Kuten normaalissa ikääntymisessä, myös Alzheimerin tautia sairastavan sairaus etenee hitaasti ja vähitellen. Laihtumista esiintyy taudin varhaisessa vaiheessa, mikä poikkeaa normaalista ikääntymisestä.

Alzheimerin taudin keskivaiheessa henkilön ryhti painuu kumaraan ja nivelten liikkuvuus vähenee yleisesti. Ranka on kyfoottinen eli kyömytselkäinen ja yläraajat koukistuvat kyynärpäistä. Etukumaran asennon lisäksi alaraajoissa esiintyy lonkkien ja polvien koukistumista sekä nilkkojen liikkuvuus heikkenee. Vartalon kierrot ja notkeus sekä suojareaktiot heikkenevät yleisesti. (Käyhty & Valvanne 2004, 49.)

Tasapainovaikeudet lisääntyvät aiheuttaen pelon yleiseen liikkumiseen ja riskin kaatumiseen. Muistisairaahan kehon tasapaino horjuu tai on epävakaata erityisesti seistessä tai istuessa ilman tukea. Taipumuksena on kaatua eteen, taakse tai sivulle. (Käyhty & Valvanne 2004, 49.)

Lewyn kappale- tautiin liittyvät tyypillisinä oireina vapina sekä taudin edetessä lihasten- ja nivelten lyijyputkimaista jäykkyyttä sekä nykivää liikkumista ja takelteleva askel. Lisäksi sairauteen kuuluu erityinen kaatuilutaipumus sekä tajutto-

muus- ja pyörtymiskohtaukset ovat yleisiä. Jäykkyysaste ja kävelyn vaikeudet vaihtelevat päivittäin. (Rinne 2010, 159 -160.)

4.4 Muistisairauden yhteys psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn

Muistivaikeuksien lisäksi esiintyy ongelmia oman toiminnan ohjauksessa. Sairauden myötä ympäristön ja oman kehon hahmottaminen vaikeutuvat. Muistisairaus vaikeuttaa yleisesti sosiaalisuutta ja heikentää itsetuntoa. Esiintyy yleistä kyvyttömyyttä tunnistaa ihmisiä ja asioita. Vähitellen alkaa heiketä muistisairaana oma arvostelukyky ja suunnitelmallisuus. Käyttäytymisessä saattaa esiintyä epäsovivaa käyttäytymistä sekä riisuutumista julkisella paikalla. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126 -127.)

Muistisairas saattaa muistuttaa apaattisen olotilan vuoksi masentunutta. Masennus ja muistisairaus nivoutuvat kiinteästi toisiinsa, noin puolet muistisairaista kärsii masennuksesta. Masennus voi toisaalta esiintyä myös ensimmäisenä muistisairauden oireena. Yleensä levottomuuden taustalta löytyy aina jokin syy, kuten kipu, huono olo tai masennus. Syytä voi olla vaikea tunnistaa, sillä tunteiden ilmaiseminen on muistisairaalle vaikeaa, etenkin, jos hän ei pysty itse kertomaan asiaa. (Vataja 2010, 93; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 93.)

Merkittävimpänä tekijänä omaisten loppuun palamisen syynä ja laitoshoitoon joutumisen kannalta nähdään käyttäytymisen oireet, jotka usein altistavat loukkautumisille sekä uusille sairauksille. Toisaalta lääkitys on osa hoitoa ja sen avulla voidaan hoitaa suurinta osaa muistisairaista ja tukea näin omaisia. Tyypillisiä käyttäytymisen ongelmina esiintyy lyöminen, raapiminen, potkiminen, tarttuminen sekä esineiden heittäminen. Erityisesti Lewyn kappale -tautiin liittyy tarkkoja ja toistuvia aistiharhoja. Näkö- ja kuuloharjoja esiintyy yleisesti muistisairailla, joilla on jo aiemmin heikentynyt näkö tai kuulo. Psykoottisia oireita esiintyy erityisesti keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairailla. Psykoottiset oireita esiintyy usein jaksoittain aaltoilevasti. Psykoottiset oireet ovat yhteydessä huonoon ennusteeseen ja viittaavat usein sairauden nopeaan etenemiseen. (Vataja 2010, 92 -94.)

5 HARJOITTELU MUISTISAIRAAN HENKILÖN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄJÄNÄ JA EDISTÄJÄNÄ

Muistisairaahan ihmisen kuntoutumisessa korostuu ennaltaehkäisevä harjoittelu, joka perustuu kokonaisvaltaisuuteen. Muistisairaahan lihasvoimien väheneminen ei ole seurausta sairaudesta, vaan yleisestä liikunnan puutteesta ja lihaskadosta. Passivoitumista voidaan ehkäistä kuntoutuksella ja kuntouttavalla työllä. Tämä vaatii asennemuutosta ja moniammatillista yhteistyötä. Toimintakyvyltään heikentyneiden harjoittelun tavoitteena on selviytyviä arjen toimista. Tutkimuksissa on tuotu esille lihasvoiman vahva merkitys päivittäisten toimien sujuvuuteen. (Käyhty 2008, 98; Käyhty & Valvanne 2004, 61; Karvinen 2002, 174.)

5.1 Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn tukeminen

Eteneviin muistisairauksiin liittyvää jäykkyyttä voidaan helpottaa erilaisilla toiminnallisilla harjoitteilla. Toiminnalliset harjoitteet harjoittavat arkielämän päivittäisissä toimissa tarvittavia liikkeitä. Liikkeiden tehostamiseksi voidaan käyttää tarrapainoja ja käsipainoja käsissä, nilkoissa tai ranteissa. Muistisairaahan liikunnan toteuttamisessa sovelletaan yleisiä ikääntyneen liikuntasuosituksia. (Timonen 2001, 255.)

Lihasuryhmien harjoittaminen tulisi kohdistaa erityisesti *alaraajoihin ja lonkanseudun lihaksiin*. Tärkeitä harjoiteltavia kohtia ovat isot alaraajojen lihasryhmät, joihin kuuluvat lonkan ojentajat ja loitontajat, polven ojentajat ja koukistajat, nilkan ojentajat ja koukistajat. Näiden lihasten harjoittaminen ja vahvistaminen edesauttavat ja ylläpitävät ryhtiä sekä kävelytasapainoa. (Karvinen 2002, 174.)

Keskivaikeaa muistisairautta sairastavalla on vaikeuksia päivittäisissä toimissa ja avun tarve alkaa esiintyä arjessa. Harjoittelun avulla tuetaan kotona selviytymistä arjen toimissa. Vuoteelta ja tuolilta ylös nousua sekä liikkeelle lähdöt ja erilaiset siirtymiset tuovat helpotusta normaaliin arkeen. Kävelyvaikeudet tulevat esille usein keskivaiheessa, joten kävely sisällä ja ulkona toimivat hyvinä tasapainon

harjoitteina. Oman kehon hahmotuksen vahvistamiseksi voidaan harjoittaa erityisiä oman kehon hallinta sekä hahmotusharjoituksia. Harjoitteluun on hyvä sisällyttää raajojen yhteistoimintaa lisääviä liikkeitä sekä monipuolisia tasapainoa ja liikkuvuutta aktivoivia liikkeitä, joita hyödynnetään päivittäisistä toiminnoista selviytymiseksi liikkumisen tukemiseksi. (Käyhty & Valvanne 2004, 54.)

Nivelten liikkuvuus vähenee yleisesti ikääntyessä. Myös muistisairaana hyvä nivelten liikkuvuus auttaa selviytymistään normaalista arjesta. Nivelten liikkuvuuden harjoittaminen edistää selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Hengitys- ja verenkiertoelimistön harjoittelua voidaan toteuttaa esimerkiksi kuntopyörän tai soutulaitteen, käsi- tai jalkarestoraattorin avulla. Kohtuullinen vauhti riittää sykkeen noustessa hieman. (Karvinen 2002, 174 -175.)

Vaikeassa muistisairauden vaiheessa esille nousee ohjauksen merkitys ja avun tarpeen lisääntyminen erilaisissa päivittäisissä toimissa. Tavoitteena on ehkäistä nivelten jäykistymien syntyminen sekä niiden lieventäminen. Keinoina käytetään monipuolisia lihasvoima- ja tasapainoharjoitteita sekä nivelten jäykkyyttä lieventäviä liikkuvuusharjoitteita. (Käyhty & Valvanne 2004, 54; Käyhty & Ahvo 2001, 24.)

Lihaskuntoharjoittelulla voidaan tuottaa nopeasti tuloksia harjoittelun toteutuessa turvallisesti. Jo harjoittelun alussa havaitaan muutoksia hermostossa sekä lihaksen aineenvaihdunnan paranemisessa ja lihaksen kasvussa. Muistisairaajat hyötyvät säännöllisestä harjoittelusta, jossa toteutetaan liikkuvuus-, lihaskunto-, tasapaino- ja kävelyharjoitteita. Harjoittelun tulee olla monipuolista ja dynaamista. Erityisesti tulisi kiinnittää huomio maksimivoimaan, koska useat arkitoimet, kuten rappusten nouseminen, vaatii voimaa. Lisäksi olka- ja kyynärnivelen, ranteiden ja sormien liikkuvuutta tarvitaan päivittäisissä toimissa arjessa. (Karvinen 2002, 174 -177.)

Tasapainoliikkeitä harjoiteltaessa luovuus on usein rajana. Lisäksi aina tulee huomioida turvallisuus liikkeitä suorittaessa. Yksinkertainen ja helppo toteutettava harjoite, istumasta seisomaan nousu vahvistaa reisi- ja pakaralihasten voimaa ja on hyödyllinen arjen hallinnassa. Tanssin tai tanssiaskelien harjoittelulla saadaan

vaihtelua ja rentoutta harjoitteluun. Samalla tanssi toimii erinomaisena tasapainon harjoitteena. Stabiilin seisoma-asennon harjoittaminen on hyvä asennon hallinnan ja tasapainon harjoite, jossa harjoitetaan keskittymistä asennon hallintaa ja ryhtiä ylläpitämiseen. (Rolland, Pillard, Klapouszczak 2007; Karvinen 2002, 174 -179.)

Asennon hallinnan harjoitteluun voidaan yhdistää erilaisia liikkeitä, kuten jalan heilautuksia eri suuntiin yhdellä jalalla seistessä. Harjoittelun aloittaminen kannattaa aloittaa laajemmalla esimerkiksi seisomalla jalat auki ja edetä jalat yhteen liikkeeseen ja edelleen siirtää jalat peräkkäin niin sanottuun puoli tandem- asentoon. Tasapainotaitojen karttuessa voidaan progressiivisesti vähentää tukipintaa ja nostaa vaikeustasoa väliin voi kokeilla myös haastavampia harjoitteita. (Sihvonen 2008, 12; Karvinen 2002, 174 -179.)

Päivittäisten toimien kannalta on merkityksellistä harjoittaa myös yläraajojen lihasten voimaa ja liikkuvuutta, vaikka alaraajojen on todettu heikentyvän nopeammin. Harjoittelu kohdennetaan olka- ja kyynärniveleen sekä ranteiden ja sormien lihaksiin. Näiden lihasryhmien harjoittamisella mahdollistaa kotioloissa purkkien ja tölkkien avaamisen sekä arkiaskareet. Heikon puristusvoiman on todettu olevan yhteydessä yleisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Karvinen 2002, 174.)

Välineillä saadaan vaihtelevuutta ja monipuolisuutta harjoitteluun, joka auttaa usein myös motivoinnissa lisäten mahdollisuutta keskittyä harjoitteiden suorittamiseen. Silmän- ja käden koordinaatiota harjoitteissa voidaan käyttää erilaisia palloja ja hernepusseja tai palikoita. Katseen yhdistämistä liikkeeseen sekä silmien ja pään liikkeiden koordinaation kehittämiseksi voidaan harjoitteina käyttää esimerkiksi pallon kiinni ottamista eri suunnista tai pään pitämistä paikalla ja katseen kääntämistä eri suuntiin. (Ruuskanen 2002,34.)

Rentoutumista voidaan käyttää apuna muistisairaana levottomuuteen, ahdistukseen ja käytösoireisiin. Rentoutuminen vaatii rauhallisen tilan ja riittävän ajan rentoutumisen luomiseen. (Valvanne & Käyhty 2004,53.)

Muistisairas hyötyy erillisistä aivojen aktivoimiseen tarkoitetuista aivojumbppaharjoituksia, jossa kiinnitetään erityistä huomiota oikean ja vasemman aivopuolisko-

jen stimulointiin. Harjoittamalla esimerkiksi ristikäyntiä, liikutetaan samanaikaisesti vastakkaista kättä ja jalkaa. Yleisesti kahden liikkeen yhtäaikainen suorittaminen on muistisairaalalle vaikeaa. Liike kehittää lisäksi koordinaatiota ja parantaa näkemistä ja kuulemista. (Dennison & Dennison 2001, 19.)

Harjoittaminen voi myös sisältää katseen yhdistämistä liikkeeseen sekä silmien ja pään liikkeiden koordinaation kehittämiseksi (esim. katseen pitäminen paikallaan päätä käännellessä tai katseen kääntäminen pään pysyessä paikallaan eri alkuasennoissa) tai silmän ja käden koordinaation kehittämiseksi (esim. pallon kiinniotto eri suunnista). Rentoutumista voidaan käyttää poistamaan ahdistusta, aggressiivisuutta ja levottomuutta. (Käyhty & Ahvo 2001, 39; Valvanne & Käyhty 2004, 53; Ruuskanen 2002, 5.)

5.2 Muistisairautta sairastavan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen

Iäkkäiden muistisairaiden arkielämää vaivaa usein puolison menetys, yksinäisyys ja ystävien väheneminen. Erilaiset sairaudet vähentävät usein sosiaalisia kontakteja. Muistisairaot hyötyvät säännöllisestä liikunnasta ja erilaisiin ryhmiin osallistumisesta. Sosiaalisina harjoitteina voidaan käyttää pari- ja ryhmätehtäviä. Ryhmässä tapahtuva toiminta on erinomainen tilaisuus sosiaalisuuden harjoittamiseen. Yhdessä toimiessa joutuu ottamaan toisen huomioon sekä toimimaan itsenäisesti ilman ohjaajaa. Liikunnan myönteiset vaikutukset näkyvät välittömästi yhden liikuntakerran jälkeen. (Eloranta & Punkanen 2008, 104; Keränen 2006, 60; Karvinen 2002, 176, 178.)

Omaisten kotihoidon tukemisella ja neuvonnalla on tärkeä merkitys sekä erilaisilla tukipalveluilla, kuten päivätoiminnalla. Liikunnalla ja levolla on vaikutusta kehon tasapainoon ja hyvään oloon. Usein pelkkä fyysinen rasitus auttaa saamaan paremman unen. Liikunnan avulla voi saada ystäviä ja vaihtelua päivään. Liikunnan tiedetään välittävän kehon välittäjäaineita endorfiineja, jotka aktivoituvat, kun

ihmiselle tapahtuu jotakin myönteistä. (Elorinne & Punkanen 2008, 105; Käyhty & Valvanne 2004, 54.)

Muistisairaus vaikuttaa keskeisesti ihmisen itsetuntoon muuttaen minäkuvaa. Monimutkaisten ja hienomotoristen harjoitteiden suorittaminen ei onnistu enää. Myönteisten kokemusten saaminen liikunnasta tuo iloa virkistäen mieltä ja vaikuttaen elämänlaatuun. Ilo ja virkistynyt tunne syntyvät onnistumisen kokemuksista, hyvästä ilmapiiristä, avoimesta vuorovaikutuksesta sekä mahdollisuudesta itseilmaisuuksiin ja luovuuteen. (Karvinen 2002, 176.)

6 MUISTISAIRAAN OHJAUKSEN ERITYISHUOMIOITA

Muistisairaahan ohjaus voi tapahtua yksilö- tai ryhmämuotoisena. Lähtökohtana ohjauksen suunnittelulle on muistisairaahan yksilölliset voimavarat. Nykytilan, historian ja eletyn elämän tunteminen auttavat ymmärtämään potilasta ja hänen käyttäytymistään. Eri työntekijöiden ja omaisten havainnot ovat arvokasta ja hyödyllistä tietoa ohjatessa uutta asiakasta. Alkulämmittelyn aikana tutustutaan, luodaan mukavaa tunnelmaa ja haetaan keinoja kommunikointiin ja vuorovaikutukseen. Ohjaaja havainnoi osallistujia ja heidän kykyään kuunnella sekä ottaa vastaan ohjeita. Ohjaaja kerää tietoa ohjattavien verbaalisesta kyvystä sekä ohjattavien motorisista taidoista. (Käyhty & Valvanne 2004; Rautsiala 2004, 96- 56; Timonen & Koivula 2001, 251.)

Ohjauksen suunnittelu

Ohjaustilanteen suunnittelussa voidaan käyttää erilaisia mittareita ja toimintakykyluokituksia (RAVA ja RAI) sekä täydentää suunnittelua erilaisilla kyselyillä ja haastatteluilla. Muistisairaille soveltuvat fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettävät mittarit esim. Bergin tasapainotesti, TOIMIVA ja TUG -testi sekä muistin kartoittamiseksi MMSE ja CERAD. Mittareiden avulla saadaan täsmällistä ja vertailevaa tietoa muistisairaahan toimintakyvystä. Mittarin valinta riippuu erityisesti siitä, mitä osa-aluetta halutaan arvioida. (Rautsiala 2004, 96.)
saadaan yleisluonteinen karkea käsitys asiakkaan kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä ja sen hetkisestä tasosta.

Tehtävät tuovat esille viitteitä keskittymisestä, orientaatiosta, mieleen painamisesta, tarkkaavaisuudesta ja laskutaidosta. Kielellisiä osioita kuvaavat eri tehtävien nimeäminen, toistaminen, kolmivaiheisen komennon noudattaminen, lukeminen sekä kirjoittaminen. Hahmottamiskyky tulee esille kuvion kopioimisessa. MMSE antaa yleisesti vihjeitä, miten asiakasta tulee ohjata, miten monta ohjetta asiakas pystyy vastaanottamaan. Esimerkiksi tulos 18/30 kertoo, että kognitiivinen kyky on heikentynyt lievästi tai keskivaikeasti sekä millä alueella on vielä voimavaroja. (Käyhty & Valvanne 2004, 52- 53)

MMSE- eli Mini-Mental State Examination -testillä saadaan karkea käsitys muistisairaahan kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä ja sen hetkestä tasosta. Tehtävät antavat viitteitä keskittymiseen mieleen painamiseen, tarkkaavaisuuteen sekä laskemisen taidoista. Kielellisiä osioita kuvaavat eri tehtävien nimeäminen ja toistaminen sekä miten pystyy noudattamaan kolmivaiheista kommentoa, lukeminen ja kirjoittaminen. Hahmottamisen kyky tulee esille kuviota piirrettäessä. MMSE antaa yleisesti vihjeitä, miten asiakasta tulee ohjata, kuten monta ohjetta asiakas pystyy vastaanottamaan. Esimerkiksi tulos 18/30 kertoo, että henkilön kognitiivinen kyky on heikentynyt lievästi tai keskivaikeasti sekä millä alueella on vielä voimavaroja. (Käyhty & Valvanne 2004,52- 53.)

Muistin taso

Lievässä asteessa (MMSE 24 -30) muistisairas tarvitsee satunnaista apua ja valvontaa. Liikesarjoissa yleinen hallinta vaikeutuu. Lisäksi vaikeuksia esiintyy riskitikkäisten raajojen hallinnassa. Muistisairaahan ymmärtäessä sanallisia ohjeita voidaan kävelyn rytmittämisessä käyttää laskemalla tahtia 1 ja 2 tai korostamalla eri puolia vasen-oikea. Ohjaajan on hyvä kokeilla erilaisia menetelmiä ja käyttää omaa luovuutta. Rytmittämistä voi tehdä myös taputtaen tai korostamalla askelten ääniä. Havaittaessa ohjeiden ymmärtämisen vaikeutta, voidaan kokeilla esimerkiksi laulua, tuttu laulu saattaa rentouttaa ja rytmittää liikettä. (Käyhty & Ahvo 2001,43.)

Keskivaikeasti muistisairas (MMSE 18 -26) tarvitsee säännöllistä apua; tiedon prosessointi ja muistitoiminnot eivät onnistu ilman tukea. Saman puoleisissa raajoissa esiintyy hallinnan vaikeutta ja kahden raajan yhtäaikainen liikkeen suorittaminen on hankalaa. Keskivaikeassa vaiheessa käytöshäiriöt tuovat uusia haasteita ohjaajalle. Harjoittelussa pyritään keskittymään yhteen alueeseen kerrallaan. Käyttäytyminen muutokset saattavat aiheuttaa ahdistusta tai liikkeiden vastustamista. Hämmäntynyt muistisairas rauhoittuu kuitenkin usein nopeasti unohtaen jo tapahtuneen. Muistinongelmat tulevat konkreettisesti esille, kun ennen sujunut harjoittelu tuottaa sairauden myötä vaikeuksia. (Rimmel 2003, 312.)

Vaikeasti muistisairas (MMSE 10 -22) tarvitsee apua yksinkertaisiin toimiin ja yksilöllistä ohjausta. Liikkeiden itsenäinen suorittaminen ei enää onnistu mieliku-

vankaan avulla. Liikkeiden aloittaminen, lopettaminen ja vaihtaminen ovat vaikeaa. (Käyhty & Valvanne 2004, 51,54; Käyhty & Ahvo 2001, 24.)

Ohjaustapa

Muistisairaahan ohjaus tapahtuu aina ohjattavan edestä, koska hänen on vaikea hahmottaa takaapäin tulevia viestejä. Ohjaajan on hyvä pohtia, tapahtuuko ohjaus ilmeiden, eleiden, sanojen vai katseiden avulla. Visuaalisen viestin vastaanottaminen ja siirtäminen liikkeeksi on heikentynyt hahmottamisen häiriön vuoksi. Verbaalisessa viestinnässä käytetään aina lyhyitä ja selkeitä ohjeita. Usein on hyvä itse ensin näyttää oikea suoritustapa, mallintaminen, jonka kuntoutuja tekee yksin tai yhdessä. Sanallisella ohjauksella luodaan luottamuksellinen hoitosuhde ja suunnataan tarkkaavaisuutta suoritukseen. Sanallinen ohjeen ymmärtäminen vaatii kuitenkin selkeitä lauseita ja ymmärrettäviä käsitteitä. Ohjaaja ohjaa ryhmää käyttämällä erilaisia ohjaustyyliä sekä niiden yhdistelmiä. Muistisairaahan ryhmässä toistuu aina sama rytmi: selkeä aloitus, varsinainen toiminta ja lopetus. (Käyhty & Valvanne 2004, 56; Timonen & Koivula 2001, 251.)

Fyysinen eli manuaalinen ohjaus on avustamista liikkeen suorittamisessa. Manuaalisessa ohjauksessa tulee olla hienovarainen ja antaa muistisairaahan tehdä mahdollisimman paljon. Kinesteettiseen aistiin perustuva ohjaus lisää oman kehon hahmottamista ja turvallisuuden tunnetta. Yhteiskäyttö eri aistien välillä on todettu kaikkein tehokkaimmaksi tavaksi oppia erilaisia motorisia taitoja. Ohjaamistaidoilla on todettu olevan merkitystä motorisen taidon oppimisessa, erityisesti visuaalisten vihjeiden käyttämisestä suositellaan kaikenikäisille. Ohjauksen luottamuksellinen ilmapiiri tuo turvallisuutta ja rohkeutta toimia ryhmän jäsenenä. Jo suunnitteluvaiheessa on hyvä huomioida riittävästä pää- ja apuohjaajista sekä liikunnan tavoitteista. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178, 184 -191. Käyhty & Valvanne 2004, 51- 56.)

Apuvälineiden huomiointi ja kartoitus on hyvä tehdä heti alussa. Rollaattorin, kuulokojeen ja silmälasien huomiointi mahdollistaa eri aistien käytön lisäten harjoituksen maksimaalista käyttöä. Lisäksi tilan tulisi olla mahdollisimman häiriötön, jotta keskittyminen ja kommunikointi olisivat mahdollisia. (Käyhty & Valvanne 2004, 56.)

Vuorovaikutus. Parhaimmillaan vuorovaikutus toimii ikään kuin ”siltana” ohjaajan ja ohjattavien välillä. Vuorovaikutustaidot ovat erityisesti sosiaali- ja terveysalalla keskeinen työväline ihmisen kohtaamisessa. Tietoa liikkeestä tulisi antaa useassa eri vaiheessa ennen suoritusta sekä suorituksen aikana, jotta motivoituminen kestää harjoitteiden suorittamisen. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2009, 228, 231.)

Tuttujen liikkeiden toistaminen yhä uudelleen on tärkeää, niin myös tutut laulut. Toisaalta uusiin lauluihin ja vieraisiin esineisiin ja materiaaleihin tutustuminen on tärkeää. Tietynlainen ”leikkimielisyys” ja luovuus on oleellista. Palautteen antamista pidetään myös oleellisena osana ohjausta. Palautetta annetaan useassa eri vaiheessa, ennen toiminnan aloittamista ja toiminnan aikana korjaavana. Toiminnan jälkeen palautetta annetaan pienellä viiveellä, jotta kuntoutujalla on ollut aikaa omaksua liikkeen tuomia tuntemuksia. (Käyhty & Valvanne 2004, 51; Ruuskanen 2002.)

Ryhmäkoko

Sopiva muistisairaana ryhmäkoko on korkeintaan 8 henkilöä. Ryhmäkoon ollessa suurempi on valittava pääohjaaja sekä useampia apuohjaajia muistin taso huomioiden. Jo keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastava tarvitsee päivittäin apua. Kaikkien tasavertainen ja yksilöllinen huomiointi on ehdottoman tärkeää. Toiselle riittää katsekontakti, toinen tarvitsee konkreettisen kosketuksen. Jokaiselle annetaan riittävän pitkä aika suoritua harjoitteista. (Rautsiala 2004, 96.). Oppimisen kannalta on tärkeää, ettei harjoitteita ole liian paljon.

Ryhmän ollessa toimintakyvyltään heikentynyt, vaaditaan ohjaajalta kokemusta laaja-alaisesta harjoittamisesta. Myönteisen ilmapiirin merkitys korostuu edellyttäen yksilöllistä otetta ohjattaviin. Lisäksi erilaisuuden hyväksyminen ja luottamus ohjattavien kykyihin auttavat kuuntelemaan ohjattavia aidosti. Yhdistetyllä muisti- ja liikuntaharjoittelulla voidaan tehostaa aivojen aineenvaihduntaa ja hidastaa aivojen vanhenemisprosessia. Aivojen monipuolinen käyttö hidastaa rappeutumista ja antaa aivoille lisää haasteita. (Keränen 2006, 60; Karvinen 2002, 178.)

Mielikuvaharjoitukset

Mielikuvaharjoitukset ovat tehokkaita muistisairaana liikunnan toteuttamisessa, koska mielikuvilla tuotettu liike säilyy suhteellisen pitkään muistisairailla. Usein erilaisten mielikuvien avulla on helpompi löytää haluttu liike tai suoritus. Esimerkiksi annetaan mielikuva perämootorin käyntiin vetämisestä, joka tuottaa liikkeen. Mielikuva tuottaa ikään kuin sillan ajattelulle näkemisen ja tekemisen välillä. (Käyhty & Valvanne 2004)

7 HARJOITTAMISOPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön prosessi on alkanut elokuussa 2011 yhteyden otolla Järvenpään kaupungin kotihoidon esimieheen Tiina Palmuun, joka on antanut mahdollisuuden toteuttaa opinnäytetyö ikääntyvien päivätoimintayksikköön. Ensimmäisen opinnäytetyöni vaihtuessa joulukuussa 2011, alkoi uuden aiheen pohdinta välittömästi samaan työyhteisöön. Tämän toiminnallisen opinnäytetyöni menetelmäksi valikoitui tuotteistamisprosessi lopputuotteen ollessa materiaallinen, kaksiosainen liikuntaopas. Tuotteen tulee olla selkeästi rajattavissa ja tarkennettavissa sekä mahdollisesti hinnoiteltavissa. Tuotteistamisella tarkoitetaan sitä, että tuote tehdään asiakkaalle mahdollisimman helpoksi ja miellyttäväksi toteuttaa. Sosiaali- ja terveysalan tuotteeseen sisältyy usein vuorovaikutukseen liittyvä aito tilanne, jota ei voi nykyajan teknologiakaan korvata. Keskeisenä korostuvat terveys, hyvinvointi ja elämänhallinnan edistäminen. (Jämsä & Manninen 2000 9, 14.)

Tuotekehityksen prosessin etenemistä kuvataan viiden eri tuotekehityksen perusvaiheiden kautta: ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi tuotteen viimeistely. Vaiheesta toiseen siirtyminen ei edellytä kuitenkaan toisen vaiheen loppumista. Kuten tässäkin opinnäytetyössä eri vaiheet kulkivat päällekkäin ja palaten takaisin edelliseen vaiheeseen. Tuotekehityksessä suunnittelu ja kehittäminen määräytyvät aina hankekohtaisesti. Tuotekehitys vaatii useiden eri asiantuntijoiden yhteistyötä sekä yhteydenpitoa. (Jämsä & Manninen 2000, 28 -29.)

7.1 Tarve harjoitteluoppaalle

2011 joulukuussa aloitettiin aiheen työstäminen moniammatillisessa tiimissä. Mahdollista tarvetta aiheelle pohdittiin aluksi yhteisin sähköpostein joulutammikuun aikana. Yhteinen ensimmäinen tapaaminen järjestettiin 19.1. yhdessä päivätoiminnan henkilökunnan kanssa. Tarve oman työn kehittämiseen tuli päivätoiminnan henkilökunnalta. Henkilökunnan ensisijaisena toiveena oli saada selkeä työväline arkeen. Tammikuussa 2012 tarve hahmottui.

Tuotteistamisprosessin eteneminen kaavio.

2011 ELOKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteys kotihoitoon
2011 JOUKUKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Aihe vaihtui • Uuden aiheen pohdintaa
2012 TAMMIKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Ideavaihe, uuden aiheen pohdintaa • Tapaaminen, kohderyhmän ja oppaan valinta
2012 HELMIKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan luonnostelu
2012 MAALISKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan luonnostelu • Oppaan kehittäminen ja testaus
2012 HUHTIKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Luonnostelu, kehittäminen
2012 TOUKOKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan viimeistely ja valmis opas! <p>24.5. JULKISUUSSEMINAARI</p>
2012 TOUKOKUU	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan esittely, raportointi ja luovutus päivätoiminnan henkilökunnalle

7.2 Oppaan ideavaihe

Kehittämistarpeen varmistuksen myötä käynnistyy ideointiprosessi erilaisten vaihtoehtojen löytymiseksi. Niillä pyritään löytämään ratkaisu ajankohtaiseen kehittämistarpeeseen. Vaihe voi osoittautua hyvin lyhyeksi, mutta usein joudutaan käyttämään erilaisia menetelmiä ja lähestymistapoja, kuten aivoriisiä tai tuplatiimiä. Osallistujien erilaisuus koetaan ideointiprosessissa rikkautena. Aivoriisi on työskentelytapa, jossa etsitään ratkaisuja ongelmaan ja luodaan uusia toimintatapoja. Tavoitteena on saada paljon laadukkaita ideoita huumoria ja luovuutta hyödyntäen. (Jämsä & Manninen 2000, 35- 36.) Tässä opinnäytetyössäni ideavaihe oli lyhyt, sillä sähköpostin ja yhteisen tapaamisen perusteella tammikuussa teimme päätöksen aiheesta.

7.3 Oppaan luonnostelu

27.2. olleessa tapaamisessa toivottiin selkeää ja helppolukuista opasta, jossa olisi neljä erilaista valmista tuntisuunnitelmaa ja monipuolisia harjoitteita. Kriteerinä oli kuvallinen osio, joka helpottaisi toimeksiantajaa. Luonnosteluvaiheessa etsitään vaihtoehtoisia luonnoksia kehitettävälle tuotteelle.

Tyypillistä ovat karkeat suuntaviivat, ei vielä täsmällisiä ja yksityiskohtaisia luonnoksia. Luonnosteluvaiheelle ovat ominaista eri näkökulmat, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelua. Luonnosteluvaiheessa täsmennetään kohderyhmä sekä se, kenelle tuote tehdään ja millainen tuotteen tulisi olla. Tuotteelle on hyvä antaa naseva nimi. Toisaalta nimen tulee olla harkittu ja kulutusta kestävä. Hyvä nimi herättää mielikuvia ja mielleyhtymiä. Tuotteelle tulee määritellä myös hinta, jotta tuote olisi mahdollista ulkoistaa. Työn luonnosteluvaiheessa luonnostelin työtä paljon yksin. Lisäksi järjestimme kaksi tapaamista päivätoiminnan kanssa, yhden fysioterapeutin kanssa ja muuten olimme yhteydessä sähköpostilla. (Jämsä & Manninen 2000, 43; Jokinen 2001, 21; Parantainen 174, 180, 2007.)

Oppaan luonnostelussa olen saanut apua päivätoiminnan henkilökunnalta ja kotihoidon fysioterapeuteilta. Olen myös tutustunut itsenäisesti erilaisten oppaiden

ulkonäköihin ja sisältöihin. Myös oppaan nimiehdotuksia maisteltiin ja pohdimme yhdessä työyhteisön kanssa erilaisia nimiä, mutta sopivaa ja tarpeeksi nasevaa ei löytynyt, joten nimeksi täsmentyi Muistisairaalan harjoittamisopas. Moniammatillinen työyhteisö, lähihoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti ovat tuoneet uusia ajatuksia ja kehittämisehdotuksia työhöni. Helmikuussa 2012 alkoi aiheen työstämisen ideointi ja aiheeseen perehtyminen. Helmikuussa 2012 oli yhteistapaaminen kotihoidon fysioterapeutin ja päivätoiminnan henkilökunnan kanssa uuden aiheen tiimoilta.

7.4 Oppaan kehittäminen

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosvaiheessa luotujen ratkaisujen ja rajausten mukaisesti. Usein ensimmäisenä työvaiheena tehdään työpiirustus aiheesta. Usein erilaisten oppaiden tekstityyli on asiatyyli. Oppaan teksti tulee olla selkeä heti ensilukemasta ja ydinajatus pitää nousta esiin. Hyvä jäsentely ja otsikointi selkeyttävät ydinajatus. Yleisesti informaation välittämiseen tarkoitetuille tuotteille yhteistä on sisällön valinta sekä tietojen oikeaksi varmentaminen. Lisäksi ongelmaksi voi nousta hyvin heterogeeninen kohderyhmä, jolle on vaikea tuottaa jokaiselle soveltuvaa yhteistä tuotetta. Opinnäytetyössäni yhteistyökumppani toivoo selkeää ja johdonmukaista kieltä sekä selkokielen ohjeistuksen. (Jämsä & Manninen 2000 54, 56.)

Tässä opinnäytetyössäni testaan liikuntaharjoitteita asiakkailla kolme erillistä ohjauskertaa samalle ryhmälle 1 krt/ viikko. Saamastani palautteesta pyrin kehittämään valmiita liikuntatuokioita, joista muistisairaat hyötyvät. Helmi - huhtikuuhun aikana jatkui oppaan ideointi, kirjallisen materiaalin työstäminen ja kehittäminen.

Tuotteeseen tulevien harjoitteiden testaus tapahtui päivätoiminnan omassa tilassa kolmena erillisenä tiistaina (13.3., 20.3. ja 27.3. klo 11.00) noin puolen tunnin mittaisina. Ryhmissä oli osanottajia 10, 11 ja 16. Ryhmä oli miesvoittoinen vaihdellen osallistujamäärien epätasaisuuden vuoksi. Lievää muistisairautta esiintyi 10:llä ja keskivaikeaa neljällä, lisäksi kolme ryhmäläistä oli ilman diagnoosia ryhmässä muiden syiden vuoksi (esim. omaishoitajan vapaapäivä tai sosiaalisuus).

Muistisairauden diagnoosi oli kaikilla diagnosoitu vain yleisesti dementiaksi, erot muistisairauden tasossa olivat MMSE 18 -28/30. Kaikille osallistujille oli tehty RAVA- indeksi, muuta testausta ei ollut tehty. Ennen harjoittelua osa asiakkaista oli testaajalle jo entuudestaan tuttuja sekä osan toimintakykyä testaaja tarkensi työntekijöiden kanssa suullisesti. Tuotetta kehitettiin maaliskuu-toukokuun aikana.

7.5 Oppaan viimeistely

Parhaita keinoja on testata tuotetta jo valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjänä voivat olla tuotteen tilaajat tai asiakkaat. Heiltä saatu palaute antaa tekijällä mahdollisuuden muutoksiin ja etsiä uusia ratkaisuja. Palautteen ja tuotteen koekäyttötilaisuuden tulisi olla mahdollisimman todentuntuinen. (Jämsä & Manninen 2000, 80.)

Tässä opinnäytetyössäni testasin liikuntaharjoitteita asiakkailta jo kehittämissä vaiheissa samalle ryhmälle kolme erillistä ohjauksetta 1 krt/ viikko. Saamastani palautteesta pyrin tuottamaan valmiita liikuntatuokioita, jotka tukevat muistisairausten kuntoutumista. Testaustilanteessa tuli esille erityisesti apuohjaajien tarve, sillä harjoitteiden suorittamiseen tarvitaan koko päivätoiminnan henkilökunta. Ryhmän harjoittelutilanteissa apuohjaajia oli liian niukasti, joka vaikeutti ryhmän toimimista ja aiheutti turhautumista. Ryhmässä oli kognitiivisen vaikeuden lisäksi näkö-, kuulo- ja hahmottamisvaikeuksia, joten usean ohjaajan tulee sitoutua harjoitteluun. Ryhmäkoko oli testaustilanteessa liian suuri, ryhmän jakaminen noin kahdeksan tai kuuden hengen ryhmään auttaisi. Ryhmän epätasaisuus nousi haasteeksi. Osalla ei ollut muistin vaikeutta ja heillä esiintyi turhautumista auttaessani muita.

Tasapainoharjoitteet koettiin erityisen motivoiviksi harjoitteiksi ja niitä toivottiin lisää. Oppaan valokuvien ottaminen ja kuvallisen harjoite-osion työstäminen ajoittui huhtikuulle opinnäytetyön loppuun. Valmis työ on tarkoitus raportoida ja esitellä päivätoiminnan henkilökunnalle toukokuun aikana yhdessä sovittuna ajankohtana. Tuotteesta on tarkoitus jättää yksi painos päivätoimintaan. Huhtikuun lopussa oli valmiin työn luovutus opettajalle. Julkisuusseminaari on tarkoitus pitää koululla 24.5 2012. (Tuotteistamisprosessi-kaavio.) Tuotetta viimeisteltiin huhti- ja toukokuun aikana.

8 POHDINTA

Väestön ikääntymisen ja muistisairauksien lisääntymisen myötä muistisairaus luetaan kansansairaudeksi. Fysioterapiassa pyritään ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Nykyisten yhä tarkentuvien diagnoosien vuoksi koin tärkeäksi tutustua muistisairauksiin. Fysioterapeutin peruskoulutuksessa ei perehdytä syvällisemmin muistisairauksiin tai ikääntyneiden fysioterapiaan. Ikääntyneiden yleistymisen myötä aihe on lisäksi ajankohtainen. Muistisairaatt henkilöt koetaan yleisesti vaikeiksi ja haasteellisiksi kuntoutettaviksi, sillä toiminnan ohjaus, oman kehon hahmottamisen vaikeus ja ohjeiden ymmärtäminen asettavat mielenkiintoisen haasteen fysioterapian toteuttamiselle. Muistisairaahan ohjaus on aina uusi kokemus, joten ohjaajan on hyvä asennoitua laittamaan oma persoonansa alttiiksi ja perehtyä muistihäiriöisen tasoon ja luonteeseen, jotta ohjaaminen voi toimia.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli yhteistyössä kehittää päivätoimintaa ja suunnitella liikunnallinen opas päivätoiminnan henkilökunnalle. Yhteistyö henkilökunnan kanssa toimi saumattomasti ja he olivat kiinnostuneita opinnäytetyöni etenemisestä. Oppaasta oli tarkoitus tehdä heti alussa kaksiosainen, jossa olisi erillinen raportti ja kuvallinen harjoiteosio. Osioiden oli tarkoituksena tukea toisiaan. Kirjallisessa raportissa tuotiin esille, millaisista harjoitteista muistisairaatt hyötyvät ja kuvallisessa osiossa toteutettiin muistisairaita tukevia harjoitteita. Harjoitteiden valinta oppaaseen tuotti minulle päänvaivaa.

Luonnosteluvaiheessa olin tutustumassa ja ohjaamassa päivätoiminnan tiloissa kolme erillistä kertaa. Ohjauskerrat antoivat ansaitun lisämausteen työni toteuttamiselle. Ohjauskerroista nousi esille osallistujien määrä, joka vaihteli paljon ohjauskertojen myötä. Ohjaustila oli melko pieni, joten liikkuminen suuren ryhmän kanssa oli haasteellista. Ryhmän jakaminen helpottaisi ohjattavia sekä ohjaajaa. Tilan keskeinen sijainti vaikeutti ohjaajan ja ohjattavien keskittymistä ja toimintojen samanaikaisuutta kyseisessä tilassa.

Opinnäytetyöni työstäminen hieman arvelutti aluksi, sillä koin työn melko isoksi yksin tehtäväksi. Olin kuitenkin innostunut aiheesta ja päätin rohkeasti aloittaa

työn. Kirjallisen osion ollessa lähes valmis huhtikuun alussa, aloitin vasta kuvallisen osion työstämisen. Työn alkuvaiheessa oli mielenkiintoista perehtyä kirjallisuuteen ja erilaisiin muistisairaiden oppaisiin, joita on melko runsaasti. Ulkomalaisiin tutkimukseen ja kirjallisuuteen perehtyminen oli vähäistä, sillä materiaalin työstäminen on minulle hyvin vaativaa. Kuvallisen osion toteuttaminen vaati kärsivällisyyttä sekä luovuutta. Oppaan työstäminen yksin toi oman oppimisen sekä suorituskyvyn kannalta hyvin opettavaisen kokemuksen eri vaiheineen. Erilaisten asioiden päättäminen yksin oli vaikeaa, ajoittain jopa ylitsepääsemätöntä. Eri prosessin vaiheissa olisin kaivannut apua valokuvaukseen ja ohjaukseen sekä tukea työn arviointiin ja havainnointiin. Koin työn suureksi ja hankalaksi toteuttaa yksin.

Monien eri vaiheiden jälkeen valitsin itseni valokuvien malliksi. Parempana vaihtoehtona malliksi pidin ikääntyvää henkilöä, mutta aikataulujen vuoksi sitä oli mahdotonta toteuttaa. Osa liikkeistä on kuvattu päivätoiminnan tiloissa, osa kotonani. Kuvauksissa käytin ulkopuolista avustajaa. Tavoitteena oli kuvata kaikki kuvat päivätoiminnan tiloissa, mutta käytännössä en pystynyt saamaan kerralla tarvittavaa materiaalia.

Työtä olisin voinut helpottaa tekemällä vain muutaman kuvallisen suunnitelman tai aloittanut kuvallisen osion työstämisen paljon aikaisemmin. Ohjauskerrat päivätoiminnassa olivat mielestäni opettavaisia ja toivat esille huomioita, joihin ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota. Apua työhöni sain kotihoidon fysioterapeuteilta sekä päivätoiminnan henkilökunnalta ja heille iso kiitos arvokkaasta tuesta ja kannustuksesta. Fysioterapeutin roolin koen tulevaisuudessa yhä enemmän ohjaavana, kuten tässä työssä. Kehitin henkilökunnalle tuotteen arjen työvälineeksi yhdessä työelämän edustajan kanssa. Työn valmistuttua valmiin tuotteen testaus ei onnistunut aikataulun vuoksi.

Päivätoiminnassa voisi olla fysioterapeutti silloin tällöin vierailemassa esimerkiksi luennoimassa tai ohjaamassa. Kokopäiväisenä ei ehkä ole tarvetta vai olisiko? Millaiset mahdollisuudet fysioterapeutilla on kehittää muistisairaankokonaisvaltaista fysioterapiaa? Jatkotutkimuksena kiinnostaisi selvittää mittareiden avulla, miten tekemäni harjoitteet vaikuttavat muistisairaankokonaisvaltaiseen toimintakykyyn vai vaikutta-

vatko ylipäättään. Lisäksi kiinnostaisi tietää, voidaanko laatimillani harjoitteilla ylläpitää tai edistää muistisairaana toimintakykyä ja voidaanko harjoitteita ja mitaamista laajentaa vanhainkodin asukkaille ja myös testata, millaisiin toimintakyvyn muutoksiin harjoitteet vaikuttavat.

LÄHTEET

- Berg, T. 2001. Ikääntyvien kuntosaliharjoittelu. Teoksessa Suominen, M., Kanus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L, Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmelin, M., Jalkanen -Mayer, A. (toim.) Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Lahti: VK-kustannus , 271- 298.
- Dennison, P. E. & Dennison, G. E. 2001. Aivojumppa-opas. Helsinki: Kinesiologiayhdistys.
- Eloniemi- Sulkava, U. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaapalvelut - opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus, 9-14.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Palvelut kotona asumista tukemassa. Teoksessa Laadukkaat dementiaapalvelut - opas kunnille. Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus, 49 -80.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 142 -158.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 16 -20.
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 142- 164.

- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää, muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko? muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Heimonen, SL. 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaapalvelut - opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus, 81 -104.
- Heiskanen, J. & Mälkiä, E. 2002. Ikääntyvät. Teoksessa Mälkiä, E. & Rintala, P. (toim.) Uusi erityisliikunta, liikunnan sovellukset eri ryhmille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura, 162 -169.
- Huusko, T. 2006. Muistihäiriö- ja dementiaan kuntoutus kannattaa. Teoksessa Heimonen, S., & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 101- 107.
- Hokkanen, L. 2004. Terapiamuodoissa on varaa valita, kognitiivinen kuntoutus dementoivissa sairauksissa. Teoksessa Heimonen, SL & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus (toim.) Helsinki: Tammi.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Järvenpään kaupunki. 2010. Vanhusten päiväkotit, Perehdytyskansio.
- Karvinen, E. 2002. Iäkkäiden ihmisten liikunta. Teoksessa Mälkiä, E. & Rintala, P. (toim.) Uusi erityisliikunta, liikunnan sovellukset eri ryhmille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Keränen, E. 2006. Aivohuollon käsikirja. Oulu: Operosus.

Käyhty, M. 2008. Fysioterapialla ylläpidetään liikkumiskykyä ja kevennetään hoitoa. Teoksessa Laadukkaat dementia palvelut- opas kunnille. Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus, 97 -99.

Käyhty, M. & Valvanne, P. 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa Heimonen, S., & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 48 -62.

Niskanen, I. 2012. Valokuvat. Järvenpää. 14.4.2012.

Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen, rakenna palvelusta tuote 10 päivässä. Hämeenlinna: Talentum.

Pelli, H. 2012. Lähihoitaja. Järvenpään kaupunki, vanhusten päiväkot. Haastattelu: 1.2.2012.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 121- 141.

Rautsiala, T. 2004. Tavoitteellinen kuntoutus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoksessa Heimonen, S., & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 94 -100.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 165 - 171.

Rimmel, J. 2003. Alzheimer`s Disease. Teoksessa Dustine, J. Moore, G. Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. USA: American College of Sport Medicine.

Ruuskanen, J. 2002. Dementialiikuntaopas liikuntapedagoginen ja didaktinen opas dementiapotilaan liikunnan ohjaamiseksi. Raportti Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja 3/2002. Helsinki: Alzheimer keskusliitto.

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A ym. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:158 -65 [PubMed](#) [Viitattu: 21.02.2012]

Sihvonen, S. 2008. Harjoittelu ehkäisee ikääntyneiden kaatumisia. Teoksessa Leinonen, R. & Havas, E. Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu III. Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212, Likes-tutkimuskeskus.

Soininen, H & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 76 -85.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120 -138.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, L. 2006. Fysioterapia.2. Uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Timonen, L. & Koivula, M. 2001. Iäkkäiden voimaharjoitteluun perustuva kuntoutus. Teoksessa Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L, Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmelin, M., Jalkanen-Mayer, A. (Toim.) Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Lahti: VK-kustannus. 245- 269.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset, opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.

Turunen, T. 2008. Päivätoiminta tukee muistioireisen ja hänen perheensä arjessa selviytymistä. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaipalvelut- opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus, 71 -75.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 91 -99.

Voutilainen, P., Kauppinen, S. & Hautamäki-Kuoppala, M. 2008. Palvelujärjestelmä vastaamaan dementiaoireisten ihmisten tarpeisiin. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaipalvelut –opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus, 15 -24.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 28 -36.

Viramo, P. & Sulkava R. 2001. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Teoksessa Viramo, P. (toim.) Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n: 4/2001. 4.painos. 6-14.