

Vuorohoidossa olevan muistisaira kuntoutumisen tukeminen arjessa- Opas omaishoitajille

Maiju Ruotsalainen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Maiju Ruotsalainen	
Työn nimi Vuorohoidossa olevan muistisairaahan kuntoutumisen tukeminen arjessa – Opas omaishoitajalle	
Päiväys 2.5.2012	Sivumäärä/Liitteet 46/1
Ohjaaja(t) Fysioterapiaopettaja Marita Huovinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Palvelutalo Maijala/Tuija Kelahaara	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö oli kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena oli tuottaa helppolukuinen opas Maijalan palvelutalon palveluita käyttäville omaishoitajille. Tavoitteena oli, että nämä omaishoitajat saavat oppaasta työkalun vuorohoidossa käyville muistisairaille omaisilleen kotona toteutettavaan kuntoutukseen. Liikeharjoitusten lisäksi opas sisältää tietoa päivittäisten toimintojen tärkeydestä kuntoutumisen kannalta. Oppaan käyttöönoton ja sen ohjeiden aktiivisen noudattamisen myötä vuorohoidossa käyvien muistisairaiden toimintakyvyn heikkeneminen voi hidastua tai toimintakyky voi jopa parantua, mikä siirtää pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuuteen on koottu tietoa alan suomalaisesta kirjallisuudesta sekä ulkomaisista tutkimuksista, joiden pohjalta opas tuotettiin. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin yleisimpien muistisairauksien tunnusmerkkejä, muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä sekä toimintakyvyn tukemista arjessa. Henkistä toimintakykyä opinnäytetyössä käsitellään suppeammin. Itse opas tuotettiin pääasiassa fyysisen toimintakyvyn tukemisen näkökulmasta.</p> <p>Tuotoksena syntyneessä oppaassa käsitellään asiat mahdollisimman selkeästi ja tiiviisti. Tekstin osuus on minimoitu ja se on selkokieltä, jotta ikääntyneemmätkin omaishoitajat sen pystyvät ymmärtämään. Oppaassa on käytetty paljon itse otettuja, selkeitä ja havainnollisia kuvia, jotta oppaan luku olisi mielenkiintoisempaa ja ymmärrettävämpää. Oppaan päämääränä on painua omaishoitajien mieleen ja ottaa se osaksi arkea yhdessä omaishoidettavan kanssa.</p>	
Avainsanat	
muistisairaus, kuntoutus, omaishoitaja, vuorohoito, päivittäiset toiminnot	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Maiju Ruotsalainen			
Title of Thesis Support for rehabilitation in everyday life for people who has dementia and who goes to interaction care – Guidebook for caregiver			
Date	2.5.2012	Pages/Appendices	46/1
Supervisor(s) Marita Huovinen, senior lecturer			
Client Organisation/Partners Sheltered housing Majjala/ Tuija Kelahaara			
<p>Abstract</p> <p>This thesis was a development task, the purpose which was to create an easy reading guidebook for the Majjala nursing home and caregivers' use. The goal of the guidebook was to give a tool for family and caregivers that they can rehabilitate their demented relative, who goes to interaction care, at home. In addition to physical exercises the guidebook includes information about the importance of activities of daily living to improve the rehabilitation. When the guide is in use and when caregivers will follow the instructions actively, the loss of the functional activities of their demented relatives, who go to interaction care, may slow down or their performance may even improve, which can postpone the ending-up in long-term care.</p> <p>The theoretical part of thesis consists of professional Finnish literature and foreign studies, which were the basis of the guidebook. The theoretical part of thesis deals with the most common memory disorders, demented person's physical performance loss and supporting performance in everyday life. Mental performance is processed more narrowly. The guide itself was produced mostly in the perspective of physical performance.</p> <p>In the guide things are presented as clearly and summarized as possible. Part of the text is minimized and it is clear standard language so that also oldest caregivers can understand it. There are many self-taken, clear and graphic photos in the guide to make reading the guide were more interesting and understandable. The goal of the guide is to be memorized by the caregivers and to get them to take the guide as a part of their everyday life.</p>			
Keywords			
Memory disorder, rehabilitation, family caregiver, interaction care, activities of daily living			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	8
2	TYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	10
3	MUISTISAIRAUDET	11
3.1	Alzheimerin tauti	11
3.1.1	Riskitekijät ja suojaavat tekijät.....	12
3.1.2	Kognitiiviset oireet	12
3.1.3	Hoito	13
3.2	Vaskulaarinen dementia.....	13
3.2.1	Riskitekijät ja suojaavat tekijät.....	14
3.2.2	Kognitiiviset oireet	14
3.2.3	Hoito	14
3.3	Lewyn kappale –dementia.....	15
3.3.1	Kognitiiviset oireet	15
3.3.2	Hoito	15
4	MUISTISAIRAAN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN HEIKKENEMINEN	17
4.1	Fyysisen toimintakyvyn muutokset eri muistisairauksissa	18
4.2	Käytösoireet	20
4.3	Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa	21
4.4	Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset	23
5	MUISTISAIRAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN ARJESSA.....	25
5.1	Lihaskoivu	26
5.2	Tasapaino	27
5.3	Kävely	28
5.4	Liikkuvuus	29
5.5	Päivittäiset toiminnot	30
6	OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSI	33
6.1	Hyvän oppaan ominaisuuksia	33
6.2	Riskien arviointi	34
6.3	Oppaan rakentuminen	35
7	POHDINTA.....	38
7.1	Opinnäytetyöprosessi	38
7.2	Ammatillinen kasvu fysioterapeuttina	39
	LÄHTEET	43

LIITTEET

Liite 1 Muistisairaan omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa – opas omaishoitajalle

1 JOHDANTO

Muistisairaudet on kansantauti. Joka kolmas yli 65- vuotiaista ilmoittaa kärsivänsä muistioireista. Suomessa oli vuonna 2006 120 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta oli lievästi heikentynyt, ja 35 000 lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeasta dementian oireista kärsivää. Suomessa ilmaantuu vuosittain noin 13 000 uutta dementian asteista muistisairaustapausta. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta, joten todellisia lukumääriä ei voida koskaan selvittää. (Suhonen ym. 2010.)

Dementoivat muistisairaudet ovat yksi yleisimmistä syistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiselle. Kansantaloudellisesti ja inhimillisesti olisikin tärkeää, että muistisairas pystyisi asumaan kodissaan mahdollisimman pitkään. Pidempään jatkuvan kotihoiton mahdollistaa hoitava omainen. Omaishoitajalla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidosta kotiloissa vastaavaa hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä. Omaishoitaja on tehnyt omaishoitosopimuksen, joka on hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan välinen sopimus, joka määrittelee omaishoidon järjestämisen tavat hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Ylirinne 2010.)

Omaishoitajan työ on rankkaa ja vaativaa sekä kaiken lisäksi ympärivuorokautista. Omaishoitajien tueksi on kuitenkin kehitetty erilaisia palveluja kuten vuorohoito. Tällöin omaishoitaja saa mahdollisuuden lepoon ja omien asioiden hoitoon. Tällaisesta pienestä lomasta sekä muista mahdollisista tukipalveluista huolimatta omaishoitajan väsyminen työhönsä on kovin yleistä. Kotihoidon jatkuvuutta uhkaavia tekijöitä voivat olla dementoituvan vaikea käyttäytyminen, omaishoitajan uupumus tai dementoituvan fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 244-245.) Tässä opinnäytetyössä ei keskitytä kaikkiin kotihoidon loppumisen vaaratekijöihin vaan enimmäkseen muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn tukemiseen arjessa.

Opinnäytetyöni on kehittämistyö, jonka toimeksiantajana toimii Maijalan palvelutalo Lapinlahdella. Maijala on kunnan ylläpitämä palvelutalo, jossa asuu 14 vakituista asukasta, ja lisäksi talossa on seitsemän vuorohoitopaikkaa. Nämä vuorohoitopaikat on tarkoitettu pääasiassa omaishoidettaville. Lähes kaikilla näitä vuorohoitopaikkoja käyttävillä henkilöillä on taustalla jonkin asteinen muistisairaus.

Tässä opinnäytetyössä keskitytään pääasiassa omaishoidettavan muistisairaana fyysiseen toimintakykyyn. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi opas, joka on kohdistettu Maijalan vuoroohitomahdollisuutta käyttäville omaishoitajille. Opas sisältää helppoja kotona tehtäviä liikeharjoituksia, joita omaishoitajan on mahdollista ohjata muistisairaalle omaiselleen kotona. Oppaassa on myös neuvoja, kuinka muistisairas voi vielä sairastumisensa jälkeenkin osallistua mahdollisimman paljon arjen askareisiin. Oppaan tarkoituksena on saada omaishoitajat kuntouttamaan muistisairasta omaistaan mahdollisimman paljon kotona, jotta muistisairaana kotihoito jatkuisi mahdollisimman pitkään ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista voitaisiin siirtää.

Idea opinnäytetyön aiheelle syntyi pääasiassa Maijalan palvelutalon hoitajilta, jotka kertoivat usean omaishoitajan olevan välillä avuttomia omaisensa muistisairauden kanssa. Useat omaishoitajat ovat myös väsyneet siihen, että muistisairas ei keksi itselleen juuri mitään tekemistä, vaan seuraa omaishoitajaa paikasta toiseen. Myös tähän ongelmaan oppaassa pyritään puuttumaan. Usean omaishoidettavan yleiskunto on myös heikentynyt sairauden edetessä, jolloin heidän hoitamisensaakin käy omaishoitajille koko ajan raskaammaksi.

Muistisairaiden ja ikääntyneiden kuntoutus kiinnostaa minua, ja opinnäytetyön aihe oli innostava. Käytän työssäni tuoreinta tutkimustietoa, jotta tuotoksena syntyvä opas olisi ajantasainen ja sen sisältö olisi näyttöön perustuvaa tietoa.

2 TYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tuotoksen eli oppaan tarkoituksena on ensisijaisesti opastaa Maijalaa käyttävät omaishoitajat kuntouttamaan muistisairasta omaistaan kotona, jotta omaishoidettavien toimintakyky ei heikkenisi entisestään niin nopeasti tai parhaimmassa tapauksessa paranisi harjoittelun myötä. Tavoitteenani on antaa omaishoitajille toimivia esimerkkejä mahdollisista harjoitteista joita he voivat ohjata muistisairaille omaisilleen, lihasvoiman, tasapainon sekä raajojen liikelaajuuksien ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Tavoitteena on myös kannustaa muistisairasta omatoimisuuteen korostamalla oppaassa kotitöiden ja muiden arjen askareiden tärkeyttä osana kuntoutusta. Pidemmän tähtäimen tavoitteena on saavuttaa oppaalla mahdollisimman moni muista Lapinlahdella asuvista omaishoitajista, jotka eivät käytä Maijalan palveluja hyväkseen.

3 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudet on kansantauti. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa muistioireista, ja vuosittain Suomessa ilmaantuu noin 13 000 uutta muistisairaustapausta. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Muistisairaus tarkoittaa sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä frontotemporaalinen dementia. (Käypä hoito 2010.) Dementialla tarkoitetaan taas useiden henkisten ja älyllisten toimintojen heikentymistä. Keskeisenä oireena on aina muistihäiriö, mikä ilmenee uusien asioiden oppimisen vaikeutumisen ja vaikeutena palauttaa mieleen aiemmin opittua. Jotta dementia voidaan puhua, tulee sairastavalla olla muistihäiriön lisäksi ainakin yksi muu oire. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä jälkitila. (Muistiliitto 2011.)

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on vaihe kerrallaan, hitaasti ja tasaisesti etenevä aivojen rappeutussairaus. Se vaurioittaa sekä tiedonsiirtoverkkoja että niiden säätelyjärjestelmiä. Alzheimerin taudissa aivoissa syntyy hermosolukato eli rappeuma sisemmässä ohimolohkossa, josta seuraa aivokudoksen surkastuminen. Tämän lisäksi tauti aiheuttaa aivojen hermovälittäjäainejärjestelmien heikentymistä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 60.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementiasairaus. Sen osuus kaikista dementiasairauksista on 65-70 prosenttia. Taudin tärkeimpänä vaaratekijänä pidetään korkeaa ikää eli mitä vanhemmaksi elää, sitä korkeampi riski on sairastua Alzheimerin tautiin. Tauti voi kuitenkin alkaa jo ennen 50 ikävuotta. Oireiden alku ja vaiheiden kesto on hyvin yksilöllistä. Siitä huolimatta sen eteneminen voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: alkuvaiheeseen (kesto 3-7 vuotta), keskivaiheeseen (kesto 2-4 vuotta) ja loppuvaiheeseen (kesto 1-5 vuotta). (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 60-66.)

3.1.1 Riskitekijät ja suojaavat tekijät

Alzheimerin tauti voi olla periytyvä. Riski sairastumiseen lisääntyy henkilöllä, jolla lähisuvussa useampi kuin yksi Alzheimerin tautiin sairastunut henkilö. Aivovammat ovat myös yksi tärkeä riskitekijä sairastumiselle kuten aiemmin sairastettu masennus. Matalan koulutustason on huomattu olevan yksi yllättävä riskitekijä. Riskitekijöitä ovat myös korkea verenpaine, diabetes ja veren suuri kolesterolipitoisuus. Älyllisesti haastavat harrastukset ja muut älylliset aktiviteetit voivat taas suojata tautiin sairastumiselta. Muita suojaavia tekijöitä ovat myös estrogeeni, tulehduskipulääkkeiden käyttö ja antioksidantit. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 122-123.)

3.1.2 Kognitiiviset oireet

Alzheimerin taudin alkuvaiheessa ihmisen lähimuisti heikkenee sekä aktiivisuus vähenee ja hänellä voi ilmetä masennusta. Uusia asioita voi olla vaikea oppia ja asiakokonaisuuksien mieleenpainaminen on vaikeaa. Ihminen ei muista luettua tekstiä kokonaan, vaan pieniä osia siitä. Uusien nimien opettelu vaikeutuu. Uudet tilanteet ja vaikeat tehtävät tuottavat hankaluuksia ja tehtävien suorittaminen hidastuu ja ihmisen epävarmuus kasvaa. Myös aloitekyky ja keskittymiskyky heikkenevät ja eivätkä kaikki sanat aina tule mieleen. Tilan hahmottamisessa alkaa ilmetä ongelmia, ja tämä näkyy epävarmuutena uudessa ympäristössä ja näin henkilö saattaa eksyä. Nämä kaikki asiat luovat ihmiselle epävarmuuden tunteen, mikä voi taas johtaa masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen ja ärtyisyyteen. Tässä vaiheessa ihminen selviytyy vielä yksin kotonaan, vaikka arkiaskareet ovatkin hidastuneet ja vaikeutuneet. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 64.)

Taudin keskivaiheessa ihmisen paikantaju huononee entisestään ja hän saattaa eksyä jo tutussakin ympäristössä. Hän ei välttämättä koe olevansa sairas, vaikka ongelmat alkavat lisääntyä melkein kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Sanat tulevat vielä harvemmin mieleen, ja esimerkiksi pukeutumisesta voi tulla vaikeaa. Myös hahmottaminen vaikeutuu, ja henkilöllä voi olla jo harhanäkyjä ja -luuloja. Tästä huolimatta ihmisen persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt pysyvät entisellään. Vaikka ihmisen toiminnot ovat hidastuneet, on hän silti edelleen liikuntakykyinen ja ruumiillisesti hyväkuntoinen. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 65.)

Taudin loppuvaiheessa henkilö tarvitsee jatkuvaa ohjausta ja neuvontaa päivittäisissä toiminnoissa. Hänen on vaikea ymmärtää ja tuottaa puhetta. Hän saattaa toistaa muiden lausumia sanoja tai äänneitä. Virtsan- ja ulosteenpidätyskykyä henkilöllä ei enää ole. Hän voi olla jo syötettävä, mutta nielemiskyky hänellä on vielä jäljellä. Taudin loppuvaiheessa ihmisellä ei ole enää ajan- eikä paikantajua ja tuoreet tapahtumat unohtuvat heti. Jopa läheisten ihmisten tunnistaminen on Alzheimerin taudin loppuvaiheessa vaikeaa. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 65-66.)

3.1.3 Hoito

Alzheimerin tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta potilaan hyväksi voidaan tehdä paljon yhteistyössä hänen omaistensa sekä terveyden- ja sosiaalihuollon eri osaajien kanssa. Alzheimerin taudin hoidon keskeisiksi tavoitteiksi määritellään yleisellä tasolla kotona asumisen turvallinen jatkaminen, laitoshoidon alkamisen siirtäminen ja potilaan sekä hänen omaistensa hyvä elämänlaatu. Lääkehoidolla on suuri merkitys Alzheimerin taudin hoidossa. Sillä voidaan lievittää oireita, parantaa toimintakykyä sekä hidastaa taudin etenemistä. Lääkehoidon kohteena on myös psyykkiset oireet ja käytöshäiriöt. Esimerkiksi depressioon, ahdistukseen ja levottomuuteen saadaan apua kohdennetulla lääkehoidolla. Lääkehoidon kanssa käsi kädessä kulkee lääkkeetön hoito. Potilaan ympärillä täytyy olla virikkeitä, ja mahdolliset tapaturmia aiheuttavat vaarat tulee poistaa ympäristöstä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 164-167.)

3.2 Vaskulaarinen dementia

Verenkiertohäiriöstä johtuva eli vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean dementian syy. Vaskulaarinen dementia kattaa 15-20 prosenttia kaikista dementioista. Tässä erilaiset verenkiertohäiriöt aiheuttavat kudostuhoa aivoissa, jonka takia muisti sekä tiedonkäsittely heikkenee. (Alhainen, Erkinjuntti & Rinne 2004, 107-108.) Tämä kudostuho koskee useimmiten aivojen syvien osien piniä valtimoita, jolloin hapenpuute saa aikaan pieniä vaurioita myös aivojen syviin osiin. Pelkkä yksittäinenkin aivoinfarkti tärkeällä alueella saattaa aiheuttaa dementian. Verisuoniperäinen dementia alkaa yleensä nopeasti, ja sen alkaminen on selkeämmin määriteltävissä kuin Alzheimerin taudin. Elinvuosia tautiin sairastumisen jälkeen on jäljellä

useimmiten 7-9 vuotta. Kuolinsyynä on kuitenkin usein sydäninfarkti eikä itse dementia. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 222.)

3.2.1 Riskitekijät ja suojaavat tekijät

Riskitekijät vaskulaariseen dementiaan sairastumiselle ovat osittain samoja kuin Alzheimerin tautiin. Riskiteijöiksi luokitellaan korkea ikä, matala koulutustaso sekä verisuonisairauksien vaaratekijät; verenpainetauti, korkea kolesteroli, diabetes, eteisvärinä, aiempi sydäninfarkti, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja tupakointi. Jos näitä verisuonisairauksien vaaratekijöitä voi ehkäistä tai hoitaa tuloksellisesti, voi samalla välttää myös taudin syntymisen. Myös kouluttautuminen ja henkinen aktiivisuus, toimiva sosiaalinen verkosto, terveellinen ja monipuolinen ravinto sekä hyötyliikunta voivat auttaa ehkäisemään muistiongelmia. (Alhainen ym. 2004, 110-111.)

3.2.2 Kognitiiviset oireet

Vaskulaarinen dementia etenee yleensä portaittain, välillä se pysähtyy ja vointi voi jopa kohentua, välillä taas tulee äkillisiä pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. Osa älyllisistä toiminnoista voi säilyä pitkään, osa voi olla vaikeasti heikentyneitä jo taudin alkuvaiheessa. Muistivinkit ja vihjeet helpottavat arjessa selviytymistä. Yksi tunnusomaisimmista piirteistä on oman toiminnan ohjaamisen häiriö. Tämä ilmenee mm. suunnitelmallisuudessa, kokonaisuuksien jäsentämisessä, järjestelmällisyydessä ja käsitteellisessä ajattelussa. Asiat eivät vain enää hoidu eteenpäin. Tämä piirre muistihäiriön omaavilla on yleensä muistioiretta selvempi. (Aejmelaeus ym. 2007, 223.)

3.2.3 Hoito

Hoitamalla verisuonisairauksien riskitekijöitä, esimerkiksi verenpainetautiä, pystytään vähentämään dementian ilmaantumista. Aivoverenkiertohäiriöiden hoito ja ehkäisy noudattavat yleisiä hoitolinjoja, joissa keskeistä on hoito aivoverenkiertohäiriön mukaan. Erityistä huomiota tulee myös kiinnittää matalaan verenpaineeseen, rytmihäiriöiden, keuhkosairauksien ja epileptisten kohtausten hoitoon. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 171-172.)

Vaskulaarisessa dementiassa muistisairauslääkkeistä voi olla hyötyä kognition muttei omatoimisuuden osalta. Lääkehoidon tulee aina olla oireenmukainen. Vaskulaarisen dementian hoitoon ei ole rekisteröity mitään tiettyä lääkettä, vaan nämä potilaat käyttävät osittain samoja lääkkeitä kuin Alzheimer-potilaat. (Käypähoito 2010.)

3.3 Lewyn kappale –dementia

Lewyn kappale –dementia on kolmanneksi yleisin dementiaan johtava sairaus. Kaikista muistisairauksista sen osuus on 10-15 prosenttia. Tauti puhkeaa yleensä 60.-65. ikävuoden kohdalla. Tauti on saanut nimensä aivokuoren ja aivorungon hermosolujen sisäisistä jyväsistä, joita kutsutaan Lewyn kappaleiksi. Näitä Lewyn kappaleita havaitaan juuri kyseisessä taudissa sekä Parkinsonin taudissa. Yli puolella potilaista on Alzheimerin taudille tyypillisiä aivomuutoksia. (Aejmelaeus 2007, 222.) Tarkkaa syytä Lewyn kappale –dementiaan sairastumiselle ei tiedetä. Taudin edetessä tapahtuu muutoksia ainakin dopamiinia ja asetyylikoliinia välittäjäaineena käyttävissä hermosoluissa. Kun näiden välittäjäaineiden määrällinen suhde häiriintyy, seuraa tästä potilaalle oireita. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 89.)

3.3.1 Kognitiiviset oireet

Lewyn kappale -dementiapotilailla todetaan älyllisten toimintojen heikentymistä, mikä voi varsinkin taudin alkuvaiheessa olla vielä lievää. Oireet tulevat yleensä esiin väsyneenä, jolloin virkeänä ollessa potilas voi vaikuttaa lähes normaalilta. Vireystilan vaihtelut ovat yleisiä. Huumorintaju heillä säilyy pitkään, mutta puhe vaikeutuu taudin etenemisen myötä. Oppimiskyky ja lähimuisti säilyvät sen sijaan paremmin kuin Alzheimer-potilailla. Potilailla on usein näköharhoja. Taudin alkuvaiheessa he ymmärtävät vielä niiden epätodellisuuden, mutta taudin edetessä näköharhat muuttuvat heille todelliseksi ja alkavat ahdistaa. (Aejmelaeus ym. 2007, 222.)

3.3.2 Hoito

Lewyn kappale –dementiaan ei ole parantavaa hoitoa. Oireita voidaan kuitenkin lievittää lääkkeillä. Mm. Parkinsonin taudin oireita voidaan lievittää joillakin Parkinson-lääkkeillä, joskaan niiden teho ei ole yhtä hyvä kuin idiopaattisessa Parkinsonin tau-

dissa. Myöskin erilaisilla kuntoutuksen muodoilla voidaan aikaansaada positiivisia tuloksia dementian oireiden kannalta. (Rinne 2002, 162.)

4 MUISTISAIRAAN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN HEIKKENEMINEN

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä itsenäisesti arjessa eli työssään, vapaa-aikanaan ja muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissään. Muistisairauksista puhuttaessa toimintakykyä tarkastellaan usein muistisairaana kognitiivisena, sosiaalisena ja fyysisenä ominaisuutena. Dementoiva tauti, dementoituneen henkilön muut sairaudet sekä toiminnanvajavuudet ja niiden hoidossa käytetyt lääkkeet, ympäristö ja sosiaalinen tilanne vaikuttavat siihen, kuinka dementoitunut selviytyy arjesta tai kuinka hän kokee selviytyvänsä siitä. Toimintakyvyn eri ominaisuudet ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Muistin heikkeneminen sekä muut kognitiiviset häiriöt voivat vaikuttaa paljonkin ympäristön hahmottamiseen ja tilanteiden hallitsemiseen. Fyysiset oireet, kuten kävelyvaikeudet tai virtsainkontinenssi taas voivat rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä. (Eloniemi-Sulkava & Viramo 2001, 15-16.)

Dementiaa sairastavan toimintakykyyn vaikuttaa alentavasti fyysisen ympäristön aiheuttamat vaikeudet liikkua, suoriutuminen itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja suoriutuminen ulkoilemisesta. Vaikeasti hahmotettava ympäristö on elämää rajoittava ja se voi jopa pelottaa. Valaistus ja ympäristön selkeys ovat tärkeitä toimintakyvyn kannalta. Jos dementoituneen tarpeita ei ymmärretä ja arvosteta tai jos ympäristö on muuten passivoiva, saattaa tämä heijastua psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Vähitellen vaikutukset alkavat näkyä myös fyysisen toimintakyvyn heikkenemisessä. (Eloniemi-Sulkava & Viramo 2001, 15-16.)

Kun toimintakyky alkaa dementoituneella heiketä, alkaa se yleensä ilmetä vaikeutena IADL-toiminnoissa (instrumental activities of daily living), joita ovat esimerkiksi ruuan valmistus, kaupassa käynti ja puhelimen käyttö. Näistä IADL-toiminnoista hankalimmaksi osoittautuu raskaat kotityöt, kuten siivoaminen. Kun toiminnanvajaukset alkavat lisääntyä, ilmenee myöhemmin myös perustoiminnoissa hankaluuksia. Jo toimintakyvyn heikkenemisprosessin alkuvaiheessa vaikeutuvat ulkona ja portaissa liikkuminen. Kuten näihin, myös muihin fyysisen toimintakyvyn negatiivisiin muutoksiin vaikuttavat elimistössä iän myötä tapahtuvat fysiologiset muutokset. (Laukkanen 2003, 259.)

4.1 Fyysisen toimintakyvyn muutokset eri muistisairauksissa

Alzheimerin taudissa esiintyvät fyysiset muutokset alkavat yleensä vasta taudin edettyä keskivaikeaan vaiheeseen. Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa sairastavalla henkilöllä esiintyy ekstrapyramidaalioireita eli parkinsonismia. Näitä oireita ovat jäykkyys eli rigiditeetti sekä vapina eli tremor. Taudin edetessä myös ryhti alkaa kumartua eteenpäin ja nivelten liikkuvuus sekä vartalon kierrot vähenevät. Myös ympäristön hahmottaminen vaikeutuu vähitellen taudin edetessä. Nämä kaikki johtavat siihen, että dementoituneen tasapainovaikeudet lisääntyvät, kaatumisriski suurenee ja näin ollen liikkumisen pelko kasvaa. Alzheimerin tautia sairastaville tyypillinen oire on myös apraksia, joka tarkoittaa tahdonalaisten liikkeiden suorittamisen vaikeutta. Alzheimerin tautia sairastava ei esimerkiksi välttämättä osaa pyydettäessä taputtaa käsiään yhteen, vaikka hän tavallisessa tilanteessa voikin taputtaa varsin spontaanisti. (Ahvo & Käyhty 2001, 75; Tideiksaar 2005, 36.)

Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa laihtuminen on yleistä. Liikkumattomuus ja passiivisuus heikentävät sairastuneen lihaskuntoa, mikä puolestaan johtaa jäykkiin liikkeisiin ja yleiskunnon laskuun. Heikentyneet vartalon lihakset eivät enää jaksa tukea ryhtiä, mikä aiheuttaa dementoituneelle etukumaran asennon. Kun taas lonkan ja polvenkoukistajalihakset alkavat kumaran asennon vuoksi kiristää, vaikeutuu näiden nivelten ojentaminen. Käytännössä tämä voi vaikeuttaa esimerkiksi vuoteeseen, tuolille ja wc-istuimelle siirtymisiä. Polvien ja lantion huono liikkuvuus ja alaraajojen lihasten heikkous heikentävät ponnistusvoimaa, jota tarvitaan esimerkiksi istumasta seisomaan nousemisessa ja portaita kävellessä. Samoin hartioiden ja yläraajojen liikkuvuuden ja joustavuuden vähentyminen vaikuttavat niiden voimantuottoon, jolloin yläraajoihin on vaikea saada riittävästi nostovoimaa siirtyessä istualta seisomaan. (Ahvo & Käyhty 2001, 75; Tideiksaar 2005, 36.)

Niin kuin edellä mainittiin dementoituneen tasapaino alkaa olla huterana taudin etenemisen myötä. Epävakausta näkyy sekä seistessä että istuessa dementoituneen kallistuessa taakse tai sivulle. Seistessä ja kävellessä kääntyminen ja istuutuminen on vaikeaa ja ilman tukea istuutuminenkin on epävarmaa. Alzheimerin tautia sairastava ottaa kävellessä lyhyitä, laahaavia askeleita ja jäykkyyden vuoksi kävelystä tulee ”töppöttävää”. Ympäristön hahmottamisen vaikeuden ja kaatumisen pelon vuoksi ryhti on kumara dementoituneen yrittäessä madaltaa painopistettään. Kävely voi olla ataktista eli huterana tasapainon ylläpitämiseksi. (Ahvo & Käyhty 2001, 76.)

Vaskulaarisissa demensioissa toimintakyvyn heikkenemisen nopeus ja laatu riippuu siitä, millä aivojen alueella tukos tai vaurio sijaitsee ja kuinka laaja se on. Vaskulaarisesta demensiaa sairastavalta puuttuu niin sanottu kävelynkaava, jonka vuoksi kävely on koordinoimatonta ja erittäin hidasta. Kävelystä ei voi erottaa tiettyä rytmiä ja jalat ”tarttuvat” helposti lattiaan. Varsinkin suunnanvaihdokset tuottavat ongelmia. Tuoilta tai sängyltä ylösnousu ja liikkeelle lähtö pelottavat sairastunutta kaatumisvaaran vuoksi. Kääntymisien lisäksi erityistä vaikeutta tuottavat pienissä, kapeissa tiloissa ja oviaukoissa liikkuminen. Myös istuutumisesta tulee hidasta ja huteraa. Hahmottamisen ja oman epävarmuuden vuoksi portaiden laskeutuminenkin epävarmaksi sen vaikeuden myötä. Dementoituneen omatoimisuus vähenee vähitellen heikon tasapainon rajoittaessa toimintakykyä. (Ahvo & Käyhty 2001, 77-78.)

Kehon liikkeissä, koordinaatiossa ja lihasten hallinnassa voidaan havaita puolieroja. Istuutuessa ja seistessä havaitaan kallistumista toiselle, kömpelömmälle, puolelle. Tätä voidaan kutsua toispuolikömpelydeksi. Kuten Alzheimerin tautia sairastavan, myös vaskulaarista demensiaa sairastavan ryhti muuttuu taudin edetessä rintarangasta kyfoottisemmaksi. Dementoitunut pitää jalkojaan haralla, polvet ja lonkat ovat hänellä koko ajan koukistuneena. (Ahvo & Käyhty 2001, 77-78.)

Lewyn kappale –taudissa ilmenee samoja oireita kuin Parkinsonin taudissakin. Vapina on yksi näkyvimmistä oireista. Tämä vapina ei Lewyn kappale –taudissa vähene liikkeenkään aikana, toisin kuin Parkinsonin taudissa. Lewyn kappale –taudissa liikkeelle lähtö on hankalaa ja takeltelua voidaan havaita koko liikkumisen ajan. Kaatumisia voi tapahtua usein ja hänellä saattaa olla pyörtymis- ja tajuttomuuskohtauksia. Toisin kuin muissa dementoivissa sairauksissa, Lewyn kappale –taudissa taudin kulku on aaltoilevaa. Tämän oireiden aaltoilun voi havaita orientaation, vireystilan ja halusinaatioiden vaihtelun lisäksi jäykkyyden ja kävelyvaikeuksien ajoittaisena muuttumisena. Huonoina päivinä dementoitunut on jäykkä ja raajat vapisevat, nivelten liikeradat ovat rajoittuneet ja kävelykyky on heikentynyt huomattavasti. Ryhti voi tällöin olla erittäin kumara ja asentotunto on aivan hukassa. Hyvänä päivänä saman henkilön ryhti voi olla suurempi, vapinaa on vähemmän ja liikkeet ovat joustavammat. (Ahvo & Käyhty 2001, 78-79.)

4.2 Käyttöoireet

Dementia ei ole aina vain muistin ja älyllisten toimintojen rappeutumista. Dementiaa sairastavan ja hänen omaistensa arkielämän suurimmat ongelmat eivät läheskään aina aiheudu muistivaikeuksista. Sairauden edetessä muutoksia alkaa näkyä myös dementoituneen käytöksessä ja tunne-elämässä esimerkiksi levottomuutena, aggressiivisuutena ja mielialan vaihteluina. Tällaisia oireita dementiassa kutsutaan käyttöoireiksi. Nämä oireet voivat olla sekä havaittavia käyttäytymisen oireita että mielen sisällöstä kertovia psykologisia oireita. Käyttöoireet ovat tutkimusten mukaan suurin syy dementoituneen kotihoidon päättymiseen. Käyttöoireiden hoitamisella pyritään dementoituneen toimintakyvyn tukemiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Näitä oireita voidaan hoitaa sekä lääkkeettömästi että lääkkeellisesti. (Aejmelaeus ym. 2007, 232.)

Psykologisia oireita dementoituneella ovat masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot sekä virhetulkinnat. Käyttäytymisen oireita ovat esimerkiksi fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko- ja toisto-oireet sekä tavaroiden keräily. Näihin käyttöoireisiin oireisiin pystytään vaikuttamaan lääkkeettömän hoidon avulla. Ennaltaehkäisy on tärkeintä; omaisten neuvonta ja ohjaus, hoitohenkilökunnan osaaminen sekä dementoituneen tarpeet huomioiva elinympäristö vähentävät käyttöoireiden esiintymistä. Kaikkiin käyttöoireisiin ei tarvitse kuitenkaan puuttua. Niitä tulee hoitaa silloin kun ne rasittavat dementoitunutta itseään tai hänen läheisiään tai silloin jos ne aiheuttavat vaaratilanteita, heikentävät dementoituneen kykyä huolehtia itsestään tai vaarantaa sosiaalista kanssakäymistä. (Aejmelaeus ym. 2007, 235.)

Käyttöoireita ei voi yleensä poistaa kokonaan, mutta niiden hoidon tavoitteena on lyhentää oireiden kestoa ja harventaa niiden esiintymistiheyttä, keventää hoitajien stressiä ja parantaa dementoituneen elämänlaatua. Useimmiten dementoitunut pitää siitä, että häneen suhtaudutaan normaalisti, arvostavasti ja lämpimästi. Vuorovaikutuksessa dementoituneen kanssa tulee huomioida selkeys, rauhallisuus sekä välittämisen viestiminen. Nämä luovat dementoituneelle turvallisuuden tunnetta. Elinympäristö on hyvä muuttaa turvallisiksi ja dementoituneella on hyvä olla ympärillään sopivia virikkeitä. Huonoimmillaan elinympäristö voi jopa luoda käyttöoireita. Yleensä käyttöoireet ovat lievempiä tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Lääkkeillä voidaan poistaa tai lieventää joitakin oireista. Joissakin vaikeissa tapauksissa päädytään kuitenkin liialliseen rauhoittavaan lääkitykseen, mikä heikentää taas dementoituneen toimintakykyä. (Aejmelaeus ym. 2007, 234-235.)

Yleensä kaikenlainen normaalin arjen toiminta kuuluu hyvään lääkkeettömään hoitoon. Lehtien selailu, ruuan laitto, pyykkien viikkaus tai ystävien tapaaminen voi vähentää käytösoireiden esiintymistä. Joskus myös vierailulla käyvä lapsi tai eläin saattaa piristää dementoitunutta kummasti. Tapahtumien ei tarvitse olla kovinkaan suuria tuottaakseen iloa vastapuolelle. Aktiivisella päivätoiminnalla voidaan myös lieventää yöllistä levottomuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2003.)

4.3 Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa

Henkilökohtainen hygienia

Tavallisia dementoituneen henkilökohtaiseen puhtauteen ja hygieniaan liittyviä ongelmatilanteita ovat muun muassa peseytymistilanteet, pukeutuminen, riisuuntuminen sekä virtsaamisen ja ulostamisen ongelmat. Esimerkiksi käsien peseminen virtsaamisen jälkeen voi unohtua helposti ja pukeutuessa eri vaatekappaleiden hahmottaminen voi osoittautua hyvinkin vaikeaksi. Dementoituneen kokema epäonnistuminen tai pelko saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen, masentumiseen ja luovuttamiseen. (Ahvo ym. 2001, 52-53.)

Tavallisia henkilökohtaisen hygienian hoidon ongelmatilanteita ovat kieltäytyminen pesuista tai muista hoitotilanteista, passiivisuus ja pelokkuus, vastustelu, paleleminen hoitotilanteissa, kerrospukeutuminen, jäykkyys sekä epäsopiviin paikkoihin virtsaaminen ja virtsankarkailu. Nämä ongelmat voivat johtua esimerkiksi hahmottamishäiriöistä, turvattomuuden tunteesta, epäkäytännöllisestä ja kylmästä tilasta, verenkiertohäiriöistä tai ymmärtämisen vaikeudesta. (Ahvo ym. 2001, 52-53.)

Ratkaisujakin näihin edellä mainittuihin ongelmiin löytyy. Hoitoympäristö saattaa olla dementoituneelle liian vaikea hahmotettavaksi, mikä lisää heikentyneen tilannehallinnan aiheuttamaa kaaosta. Esimerkiksi pesutilojen värityksen on hyvä olla yksivärinen ja melko neutraali, valaistuksen on oltava riittävä ja ylimääräiset tavarat on hyvä olla näkymättömissä. Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta on hyvä tehdä päivittäinen aamu ja –iltarituaali: hampaat harjataan ja suihkussa käydään aina tiettyinä päivinä aikana. Saunaolutkaan ei ole dementoituneelta kielletty, jos hän on sen aiemminkin saunan yhteydessä juonut. Wc:een menemistä helpottaa kyltti wc:n ovesa ja pukeutumista helpottaa taas mukavat ja väljät vaatteet. Entisten tapojen noudatta-

minen pukeutumisessa (rintaliivit, solmio) tai vaatteiden oikeassa järjestyksessä ojentaminen voi auttaa pukeutumistilannetta. (Ahvo ym. 2001, 52-53.)

Dementoitunutta hoitavan oikealla ja positiivisella asenteella sekä rauhallisuudella ongelmatilanteista monet ovat ratkaistavissa. Usko dementoituneen ihmisen taitoihin ja selviämiseen sekä usein myös huumori helpottavat hankalista tilanteista selviämistä. Avain asemassa ovat myös toista ihmistä arvostavat vuorovaikutustaidot, joissa dementoituneen ihmisen kuuleminen ja kuunteleminen ovat keskeisellä sijalla. (Ahvo ym. 2001, 52-53.)

Ongelmat ruokailussa

Erityisesti Alzheimerin tautiin voi liittyä painonlaskua. Tämä painon lasku on usein sidoksissa ruokailun ongelmiin. Tavallisimpia ongelmia, joita esiintyy ruokailun yhteydessä ovat ruokahaluttomuus, levottomuus, sotkeminen, ahmiminen ruokailuvälineiden käyttö, vierustoverin lautaselta syöminen, lyöminen tai syljeskely ja ruoan piilotteleminen. Syitä näihin ongelmiin voivat olla hahmottamisen vaikeus tai huono näkö, suun sairaudet, janon tunteen väheneminen, makuaistin heikentyminen, sopimaton lääkehoito ja ruokailutilanteen rauhattomuus tai kiire. (Ahvo ym. 2001, 54-57.)

Ruokailua voidaan helpottaa monin eri tavoin. Tilan riittävään valaistukseen kannattaa kiinnittää huomiota. Liinat ja kukat saattavat viedä huomion pois ruokailusta, jolloin ne on parempi siirtää sivuun ruokailun ajaksi. Rauhattomuutta voi saada aikaan myös esimerkiksi päällä oleva televisio tai radio, joten nämä on hyvä sulkea ruokailun ajaksi. Huomiota tulee kiinnittää myös ruokailuvälineiden sopivuuteen. Rutiinit ja rituaalit helpottavat yleensä ottaen dementoituneen päivää ja ruokailustakin voi näin ollen tehdä rutiinin omaisen tilanteen helpottamiseksi. (Ahvo ym. 2001, 54-57.)

Dementoituneen käytösoireita voi vähentää ja toimintakykyä parantaa hänen ottamiansa mukaan ruokailuun liittyviin tehtäviin. Dementoitunut voi hyödyntää jäljellä olevia voimavarojaan esimerkiksi pöydän kattamisessa, juomien kaatamisessa, astioiden esipeseemisessä, perunoiden ja porkkanoiden kuorimisessa. Itsenäistä ruokailua tuetaan niin pitkälle kuin mahdollista. (Ahvo ym. 2001, 54-57.)

4.4 Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset

Ikääntymisen myötä alkaa tapahtua muutoksia kehossa sekä toimintakyvyssä. Näitä ikääntymismuutoksia tapahtuu muun muassa lihaksissa, luustossa, keuhonhallinnassa, tasapainossa sekä havaintomotoriikassa. Ikääntymiseen liittyvät muutokset vaikuttavat auttamatta myös ikääntyneen toimintakykyyn sitä alentavasti. (Aalto 2009, 13.) Vaikka opinnäytetyössäni tarkastellaan lähinnä dementiaan liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä, on syytä muistaa, että osa dementoituneen liikkumisen ongelmista voi myös liittyä normaaliin ikääntymiseen, eikä dementiaan.

Lihassoima

Ikääntyneillä ihmisillä on huomattu useita eroja nuorempiin verrattuna lihasvoimassa. Lihaksen supistusominaisuudet, kuten maksimaalinen voima (suurin voima, jonka lihas pystyy tuottamaan yhdellä supistuksella), voimantuotonopeus, kyky ylläpitää lihassupistusta sekä supistuksen jälkeinen rentoutumisnopeus, ovat heikentyneet iäkkäillä ihmisillä verrattuna nuorempaan sukupolveen. Näiden ikäryhmien väliset erot ovat suurempia alaraajojen kuin yläraajojen lihasvoimassa. Esimerkiksi polven ojennusvoima oli 60-90-vuotiailla henkilöillä 55-75 % nuorten aikuisten vastaavista voimista, kun taas puristusvoima ja kyynärnivelen koukistusvoima olivat 66-85 % nuorempien henkilöiden voimista. Lihasmassa säilyy muuttumattomana melko samana 40-50 ikävuoteen asti, jonka jälkeen vuosittainen väheneminen on 1,5-2 prosentin luokkaa. (Aalto 2009, 15; Sakari-Rantala 2003.) Iäkkäät ihmiset joutuvat liikkueessaan ja päivittäisissä toiminnoissa käyttämään lihaksiaan intensiteetillä, joka on lähempänä lihasten suorituskyvyn maksimitasoa kuin nuorilla. Tämä selittää myös ikääntyneiden nopean väsymisen liikkueessa. (Aalto 2009, 15.)

Hengitys- ja verenkiertoelimistö

Maksimisyke laskee keskimäärin yhden lyönnin ikävuotta kohden. Samassa suhteessa heikkenee myös maksimaalinen hapenottokyky. Jos maksimisyke on kaksikymmentävuotiaana noin 200 lyöntiä minuutissa, on se 70-vuotiaalla enää 150 lnt/ min. Lihasmassan vähenemisestä johtuu osaltaan myös maksimaalisen hapenottokyvyn lasku ikääntyneillä. Eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa on mitattu maksimaalisen hapenottokyvyn sekä muutamien päivittäisten toimintojen vaatiman hapenkulu-

tuksen eri ikäisillä tutkittavilla. Tämän tutkimuksen mukaan 75-80- vuotiaat tutkittavat joutuivat portaiden nousussa toimimaan hapenottokykynsä maksimitasolla (100 %), pukeutumisessa 62 %:n tasolla ja tasaisella kävelyssä 78 %:n tasolla. (Aalto 2009, 15; Sakari-Rantala 2003.)

Tasapaino

Yksi merkittävä syy pitkäaikaishoitoon joutumiselle voi olla tasapainon huomattava heikkeneminen ikäihmisellä. Reaktioajan hidastumisella on ilmeisesti keskeistä merkitystä tasapainon heikentymiselle. Iäkkäillä ihmisillä sekä asennon muutokseen liittyvät ennakoivat tasapainon säätelytoiminnot että tasapainoa korjaavat reaktiot ovat hidastuneet. Tasapaino-ongelmat ilmenevät usein liikkumisen kömpelytenä. (Aalto 2009, 20.)

Ikääntymiseen liittyvän tasapainon heikkenemisen myötä myös kaatumiset ovat yleisiä. Kaatumisten yleisyyteen iäkkäillä liittyy muutokset sekä reaktionopeudessa että voimantuottonopeudessa. Tasapainon palauttaminen horjahduksen jälkeen vaikeutuu, kun lihasten hitaamman aktivoitumisen lisäksi riittävän voimatason tuottaminen aktivaation alkamisen jälkeen on hitaampaa. Tasapaino horjuu yleensä liukastumisen tai huimauksen johdosta. (Aalto 2009, 19-20.)

Liikkuvuus

Tutkimuksissa on osoitettu, että iäkkäiden ihmisten nivelten liikelaajuudet ovat pienempiä kuin nuorilla henkilöillä ainakin kaularangassa, olkanivelessä, ranteessa, selkärangassa, lonkassa, polvessa ja nilkassa. Ikääntyessä sidekudoksissa alkaa tapahtua muutoksia, jotka aiheuttavat jäykkyyttä ja kankeutta nivelissä. (Sakari-Rantala 2003.)

Nivelten liikkuvuuden väheneminen liittyy usein erilaisiin nivelvaivoihin ja tätä kautta se voi olla yhteydessä liikkumisvaikeuksiin. Esimerkiksi lonkan ja polven vähentyneen liikkuvuuden havaittiin 79-vuotiailla olevan yhteydessä vaikeuksiin muun muassa tuolilta noustessa sekä portaita kävellessä. Kävelyn biomekaniikka voi taas häiriytyä nilkan huonosta liikkuvuudesta. (Sakari-Rantala 2003.)

5 MUISTISAIRAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN ARJESSA

Ikääntyneiden suurin toimintakyvyn menetyksen syy on seurantatutkimusten mukaan dementia. Tämä on myös yleisin syy pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiselle. Dementoituneen laitoshoitoon joutumiselle yleisimpiä osatekijöitä ovat käytösoireet, liikuntakyvyn ja tasapainon hallinnan heikkeneminen, kaatumiset sekä omaisen uupuminen. Yksi tärkeimmistä dementoituneen ihmisen kuntouttavan kotihoidon kulmakivistä on liikunta. (Heimonen & Voutilainen 2004, 101.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksella tarkoitetaan pääasiassa sairauden ennalta odotettavan etenemisen hidastumista (Heimonen & Voutilainen 2004, 48). Kuntoutuksella tuetaan toimintakykyä, elämänhallintaa ja elämänlaatua sekä jäljellä olevien voimavarojen käyttöä ja osallistumista mielekkäisiin toimintoihin. Muistisairaiden kuntoutus on laaja-alainen kokonaisuus, jolla voidaan parantaa dementoituneen henkilön mahdollisuuksia elää ja osallistua arkeen hänen omilla edellytyksillään tai tuettuna. Sen avulla autetaan henkilöä toteuttamaan itseään sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Dementoituneiden kuntoutus on tärkeää, sillä hyödyntämällä jäljellä olevia kykyjä ja oppimalla korvaavia strategioita ja toimintatapoja menetettyjen tilalle voidaan lievittää muistiongelmiin liittyviä käytännön ongelmia. (Heimonen 2008, 81; Kalska 2006, 472.)

Dementian vaikeusaste määrittelee kuntoutustoimenpiteet dementoituneelle. Lievässä dementiassa harjaannutetaan jäljellä olevia taitoja, keskivaikeassa korostetaan yksilöllistä jäljellä olevaa toimintakykyä ja vaikeassa voidaan tukea vuorovaikutustaitojen säilymistä ja liikuntakykyä. Jokaisella asteella pyritään myös ehkäisemään lisäongelmien syntymistä. (Aejmelaeus, R. ym 2007, 240.)

Parasta kuntoutumista kotona asuvalle dementoituneelle on mahdollisimman kodinomainen arkielämä. Dementoituvan ihmisen toimintakyvyn tukemiseksi häntä tulee rohkaista käyttämään jäljellä olevia kykyjään. Esimerkiksi mahdollisuus osallistua kotiaskareisiin, leipomiseen tai kukkien kasteluun parantavat elämänlaatua ja lisäävät oman elämän hallinnan tunnetta. (Aejmelaeus, R. ym 2007, 240.)

5.1 Lihaskunto

Nykytutkimukset osoittavat, että lihaskuntoharjoittelulla on todellakin merkitystä ikääntyvien toimintakyvyn ja terveyden säilyttämiseksi. Lihaskuntoharjoittelun uskotaan olevan jopa kestävyysurheilua oleellisempaa toimintakyvyn säilymisen kannalta. Lihaskuntoharjoittelu on tuloksellista vielä hyvinkin vanhana ja huonokuntoisena. Lihaskuntoharjoittelun sopivia muotoja ikääntyneille ovat muun muassa kuntosaliharjoittelu, kotijumppa, tuolijumppa, keppijumppa tai vastuskuminauhajumppa. (Aalto 2009, 71.)

Jyväskylän yliopistossa on tehty vuonna 2004 Pro gradu –tutkielma monipuolisen liikuntaharjoittelun vaikutuksesta alaraajojen toiminnalliseen lihasvoimaan ja dynaamiseen tasapainoon ikääntyneillä naisilla. Tutkimus on satunnaistettu, kontrolloitu liikuntainterventio tutkimus, jossa oli kaksi tutkimusryhmää: harjoitteluryhmä (n = 34) ja kontrolliryhmä (n = 36). Harjoitteluryhmä suoritti vuoroviikoin ohjatusti lihasvoima- ja aerobic/step- harjoittelua kolme kertaa viikossa kuuden kuukauden ajan. Kontrolliryhmän motivaatiota liikkumiseen pidettiin yllä kerran kuukaudessa tapahtuvan yhteydenoton avulla. Mittaukset suoritettiin tutkimuksen alussa sekä kuuden kuukauden jälkeen. Mitattavat tekijät olivat alaraajojen maksimaalinen ojennusvoima, portaalle astumisen ja tuolista ylösnousun voima, ketteryys ja reaktioaika. (Ramula 2004.)

Koehenkilöt harjoittelivat keskimäärin 2,2 kertaa viikossa. Tämän monipuolisen liikuntaharjoittelun seurauksena kaikkien suorituskyky muuttujien keskiarvot sekä dynaaminen tasapaino ja reaktioaika paranivat harjoitteluryhmällä huomattavasti enemmän kuin kontrolliryhmällä. Esimerkiksi alaraajojen ojennusvoiman muutos prosentteina harjoitteluryhmässä oli 17 % ja kontrolliryhmässä 9 %, portaalle astumisen voimassa 31%/10 %- ja ketteryydessä 6 %/ 1 %. Näin ollen voitiin todeta, että monipuolinen ja säännöllinen liikuntaharjoittelu vaikuttaa positiivisesti ikääntyneiden naisten maksimaaliseen ja toiminnalliseen alaraajojen lihasvoimaan ja dynaamiseen tasapainoon. (Ramula 2004.)

Useimmiten lihasvoiman heikkeneminen on suurin syy ikääntyneiden kotona selviytymisen vaikeutumiselle. Esimerkiksi iäkäs henkilö, joka ei pääse omin avuin nousemaan ylös tuolilta, hyötyy enemmän voimaharjoittelusta kuin kestävyysharjoittelusta. Voimaharjoittelu onnistuu myös, vaikka henkilö ei pääsisi liikkumaan enää omin avuin. 8-10 viikkoa kestäneen voimaharjoittelun on todettu lisäävän voimaa ja vaikuttavan positiivisesti myös liikuntakykyyn sekä tasapainoon. Tuloksia voi alkaa näkyä jo

muutaman viikon harjoittelun jälkeen. Harjoittelun alkuvaiheessa voidaan havaita lihasten hermotuksen paranemista ja myöhemmin lihakset alkavat kasvaa. Kun lihasvoimat kasvavat, on ikääntyneellä paremmat mahdollisuudet liikkua itsenäisesti ja selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Lihasvoimien ylläpito edellyttää kuitenkin jatkuvaa fyysisen aktiivisuuden ylläpitämistä. (Suominen ym. 2001, 245-246.)

5.2 Tasapaino

Yksi suurimmista ongelmista ikääntyneillä tasapainoon liittyen on kaatumisen pelko. Jos kaatuminen pelottaa, liikutaan vähemmän, jolloin tasapainokin heikkenee, jonka jälkeen liikkuminen pelottaa yhä enemmän. Tällaiset kaatumista pelkäävät ikääntyneet tulisi saada keinolla millä hyvänsä harjoittelemaan, jotta tuosta edellä kuvatusta oravanpyörästä päästäisiin mahdollisimman nopeasti eroon. (Sihvonen 2006.)

Tasapainon hallinnan paraneminen ikääntyneellä edellyttää yksilöllisen suoritustason mukaisia, tasapainon hallinnan kannalta riittävän haasteellisia harjoitteita, jotka kohdistuvat monipuolisesti tasapainon säätelyyn osallistuviin elinjärjestelmiin. Parhaimmat tulokset on saatu ohjelmista, jotka ovat sisältäneet muun muassa painonsiirto- ja kävelyharjoitteita, istumasta seisomaan nousun harjoittelua tai tanssi-askelien harjoittelua. (Sihvonen 2006.)

Australiassa on vuonna 2009 tehty tutkimus tasapainoharjoittelun vaikuttavuudesta henkilöihin, joilla on lievä tai keskivaikea Alzheimerin tauti. 214 tietyn yhteisön asukasta, jotka sairastivat Alzheimerin tautia otettiin mukaan tähän satunnaiseen kontrolloituun tutkimukseen. Osallistujien valinnan kriteerinä oli myös se, etteivät osallistujat joko uskaltaneet lähteä yksin liikkumaan kodin ulkopuolelle tai he tarvitsivat siihen ainakin enemmän tukea kuin yhden kävelykepin verran. Osallistujat jaettiin satunnaisesti interventioryhmään ja kontrolliryhmään. Interventioryhmää ohjasi fysioterapeutti, joka ohjasi kotiharjoitteluohjelman osallistujille tasapaino- ja liikkuvuusharjoituksista ja teki kuuden kuukauden aikana viisi puhelinsoittoa osallistujille. Interventioryhmä piti myös harjoituspäiväkirjaa. Kontrolliryhmä sai sen sijaan koulutusta, tietoa ja tukea toimintaterapeutilta kuusi kertaa kuuden kuukauden aikana sekä kotiharjoitteluohjelman eikä lainkaan ohjattua tasapainoharjoittelua. (Hill ym. 2009.)

Tuloksia mitattiin ennen tutkimusten alkua, kuuden kuukauden jälkeen ja 12 kuukauden jälkeen. Mittaukset tehtiin laboratorio- ja kliinisinä toimenpiteinä, joissa käytettiin

hyvin tarkkoja laitteita. Mittareita olivat Limits of Stability (LOS, Maximum Excursion measure) testi ja steppitesti. (Hill ym. 2009.)

Tutkimus osoitti loppumittauksien jälkeen tasapainoharjoituksista olevan hyötyä Alzheimerin taudin alkuvaiheissa. Tämän myötä tautia sairastavan suorituskyky voi parantua ja kaatumisriski vähentyä huomattavastikin. (Hill ym. 2009.)

5.3 Kävely

Kävely sopii lähes kaikille, joilla kävelykyky on vielä tallella. Se on hyvä ja helppo kestävyysharjoittelun muoto ikääntyneille, sillä kävellä voi lähes missä vain, eikä siihen tarvita erillisiä välineitä. Kävely kuormittaa niin alaraajojen lihaksia kuin hengitys- ja verenkiertoelimistöäkin. Kävelyn on tutkittu parantavan myös unenlaatua sekä mielialaa, mikä voi olla ensiarvoisen tärkeää muistisairauden kohdalla. (Aalto 2009, 152-153.)

Ranskassa on vuonna 2010 tehty satunnaistettu kontrolloitu tutkimus liikuntaohjelman vaikutuksesta kognitiiviseen toimintakykyyn sekä kävelyyn iäkkäillä dementiaa sairastavilla henkilöillä. Tutkimuksessa oli mukana 31 dementiaa sairastavaa (ikä: 81,8 + / - 5,3 vuotta). Tutkittavat asuivat samassa hoitokodissa. Kaikki tutkittavat pysyivät kävelemään 10 metrin matkan ilman apuvälinettä ja kaikilla oli diagnoosi Alzheimerin taudista. Tutkittavat jaettiin satunnaisesti koeryhmään (n = 16), jolle ohjattiin liikuntaharjoitteita 15 viikon ajan, kolme kertaa viikossa, yksi tunti kerrallaan. Kontrolliryhmä (n = 15) ei saanut käytännössä minkäänlaista ohjattua liikuntaa. Molemmat ryhmät osallistuivat 15 viikon aikana normaalisti hoitokodin viriketoimintaan, mm. retkiin, maalaukseen sekä kevyeen jumppaan. Ennen ja jälkeen kuntoutuksen, kaikki koehenkilöt arvioitiin Rapid Evaluation of Cognitive Functions –testin avulla (ERF, kognitiivisten toimintojen arviointi) ja kävelyn analyysillä. (Kemoun ym. 2010.)

ERF- testi koostui 12 osasta, joita olivat muun muassa keskittymiskyky, välitön ja pitkäkestoinen muisti, visuaalinen tulkitseminen, ymmärrys, arviointi, perustelu sekä kirjoittaminen. Maksimipisteet testistä oli 50 pistettä. Kävelyn analyysi tehtiin niin sanotulla kävelymatolla, joka tallensi testattavien kävelyn tiedot muistiin noin 10 metrin kävelymatkalta. Testattavat saivat kävellä matkan haluamallaan nopeudella. Parametreiksi valittiin kävelynopeus, askelpituus sekä alaraajojen yhdenaikainen tuki alustalla. (Kemoun ym. 2010.)

15 viikon harjoitusohjelma koostui pääasiassa kävelyharjoituksista, kestävyysharjoittelusta sekä tasapainoharjoituksista. Nämä harjoitukset koostuivat 10 minuutin lämmittelyosuudesta, 40 minuutin harjoitusosuudesta sekä 10 minuutin loppuverryttelystä. Harjoitusosuuksissa interventoryhmä teki muun muassa erilaisia askellusharjoituksia, polki polkupyöräergometriä, steppasi tai tanssi. (Kemoun ym. 2010.)

15 viikon kuntoutuksen jälkeen, interventoryhmän koehenkilöt olivat parantaneet kaikkia ERF pisteitään, kun taas kontrolliryhmässä ERF-pisteet laskivat kaikilla osaluilla. Koeryhmän kävely kapasiteetti parani; kävelynopeus parani, askelpituus lisääntyi ja kahden alaraajan yhtäaikainen tuki väheni. Kognitiivisten toimintojen pisteet olivat interventio ryhmällä ennen harjoittelun alkua ka. 26,81 ja jälkeen 30,38 ja kontrolliryhmällä ennen 28,33 ja jälkeen 23,23. Kävelynopeus harjoittelu ryhmällä ennen ja jälkeen oli ka. 0,74/1,02 m/s ja kontrolliryhmällä 0,91/0,75 m/s. Askelpituus harjoitteluryhmällä oli ennen ja jälkeen ka. 0,93/1,02 m ja kontrolliryhmällä 1,00/0,86 m. Kahden alaraajan yhtäaikainen tuki alustalla oli harjoitteluryhmällä ennen ja jälkeen 0,16/0,11 s ja kontrolliryhmällä 0,13/0,14 s. (Kemoun ym. 2010.)

Tämä tutkimus osoittaa, että liikuntaohjelma voi hidastaa dementoituneen ihmisen kognitiivisten toimintojen heikkenemistä ja parantaa kävelyn laatua.

5.4 Liikkuvuus

Venyttely on tavanomaisin liikkuvuusharjoittelun muoto ja myös ikääntyneet voivat sitä harrastaa. Yleensä kipu on hyvin rajoittava tekijä venytyksille, jolloin liikkuvuutta voi alkaa pitää yllä esimerkiksi keppijumpan avulla. Tällaisen keppijumpan tulisi olla sellaista, jossa liikkeet olisivat mahdollisimman laajoja ja hitaita, jotta lihakset ehtivät venyä hieman liikkeen aikana. Venyttely tai liikkuvuuteen tähtäävä keppijumppa ei saa koskaan sattua, mutta jotta siitä olisi hyötyä, täytyy sen tuntua lihaksissa pienenä venytyksenä. (Aalto 2009, 171.)

Iso-Britanniassa on tehty vuonna 2003 satunaistettu kontrolloitu tutkimus liikunnan vaikutuksista fyysiseen kapasiteettiin dementoituneilla, joilla on taustalla kaatumishistoria (ainakin kaksi kaatumista). Tutkimuksessa oli mukana 20 dementoitunutta iäl-

tään 75-85 vuotta. Osallistujat jaettiin harjoitteluryhmään, joka harjoitteli kahdesti viikossa 16 viikon ajan, sekä kontrolliryhmään. Tutkimuksen alussa ja lopussa tutkittavien toimintakykyä (kävely, liikkuvuus ja tasapaino) mitattiin testeillä, joita olivat ”get up and go”, ”chair sit and reach”, kävelynopeus sekä tasapainotesti. (Toulotte ym. 2003.)

Vaikka tutkimuksessa tutkittiin useita osa-alueita, keskityimme seuraavassa vain liikkuvuuden tuloksiin. Chair sit and reach –testi mittaa henkilön liikkuvuutta. Testissä pyydetään mitattavaa henkilöä istumaan tuolille sekä venyttämään toisen jalkansa suorana kauemmas, niin että kantapää on lattiassa kiinni. Tämän jälkeen häntä pyydetään koskettamaan sormillaan varpaita. Sormien ja varpaiden välinen matka mitataan. 16 viikon liikuntaharjoittelun jälkeen harjoitteluryhmän liikkuvuus oli parantunut huomattavasti. Harjoitteluryhmällä sormien ja varpaiden välinen matka oli laskenut 69% kun taas kontrolliryhmällä se oli lisääntynyt 44%. (Toulotte ym. 2003.)

5.5 Päivittäiset toiminnot

Littbrand, Stenvall ja Rosendahl (2011) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen fyysisen harjoittelun soveltuvuudesta ja vaikutuksista fyysisiin sekä kognitiivisiin toimintoihin ja päivittäisiin toimintoihin dementiaa sairastavilla. Tutkimuksia mukaan otettiin 10 kappaletta. Useimmat tutkimuksissa osallisena olleista olivat Alzheimeria sairastavia pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia dementoituneita henkilöitä. Neljä tutkimuksista oli laadultaan keskivertaisia ja kuusi heikkoja. Keskivertaisissa tutkimuksissa arvioidaan voimaharjoittelun, toiminnallisen harjoittelun sekä kävelyharjoitusten vaikutusta dementoituneisiin henkilöihin.

Tutkimusten mukaan jonkin verran näyttöä on siitä, että varsinkin toiminnallinen voimaharjoittelu parantaa kävelykykyä ja hidastaa päivittäisten toimintojen heikkenemistä. Littbrand, Stenvall ja Rosendahl arvioivat, että positiivisten tulosten aikaansaamiseksi tarvitaan ainakin kahden kuukauden mittainen harjoittelujakso. Tätä lyhyemmät interventiotutkimukset eivät tuottaneet tulosta. (Littbrand, Stenvall & Rosendahl 2011.)

Tämän tutkimuksen pohdinnan mukaan liikunnan vaikutuksista päivittäisiin toimintoihin sekä kognitioon tarvitaan lisää tutkimuksia. Niitä on tehty vähän ja suuri osa niistä on laadultaan heikkoja. (Littbrand, Stenvall & Rosendahl 2011.)

Tappen (2007) on taas tehnyt tutkimuksen spesifin taitoharjoittelun vaikutuksesta dementoituneiden henkilöiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Tutkimukseen valittiin mukaan satunnaisesti 240:stä hoitokodin dementoituneesta asukkaasta 36. Tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään; taitojen harjoittelu –ryhmään, stimulaatioryhmään sekä kontrolliryhmään. He olivat 59-102 vuotiaita ja he pysyivät pystyssä korkeintaan kahden hoitajan auttamana. Heidän keskimääräinen tulos Mini-Mental kokeesta oli 6,4/30.

Toimintakyvyn taso mitattiin Physical Self-Maintenance Scale- asteikolla ja Performance Test of Activities of Daily Living –testillä. Physical Self-Maintenance Scale –asteikolla arvioidaan seisomista, kävelyä, wc:ssä käyntiä, peseytymistä sekä muita tavallisia päivittäisiä toimintoja. Nämä kaikki arvioidaan tietyn määritelmän asteikolla 0-5. Performance Test of Activities of Daily Living –testissä on sen sijaan 16 spesifiä testiä. Niissä testataan muun muassa numeroiden näppäilyä puhelimeen, valojen sammuttamista, vesi-huikan ottamista ja niin edelleen. (Tappen 2007.)

Taitojen harjoittelu ryhmä sekä stimulaatioryhmä harjoittelivat kahdenkymmenen viikon ajan, 5 päivää viikossa, 2,5 tuntia kerrallaan ryhmässä. Ryhmää veti gerontologisen hoitotyön asiantuntija ja avustajana toimi kuntoutuksen ammattilainen. Ryhmiin osallistui kerrallaan 8 henkeä. Taitojen harjoittelu ryhmä harjoitteli päivittäin ryhmässä muun muassa kauneudenhoitoa, wc:ssä käymistä, pukeutumista, kävelyä ym. Jokaisen testattavan oli mahdollisuus harjoitella 2,5 tunnin aikana näitä kaikkia toimintoja. Ohjaajien tavoitteena oli antaa mahdollisimman vähän apua testattaville näissä toiminnoissa. Apua annettiin sanallisella ohjauksella, mallin näyttämällä, pienellä fyysisellä avulla sekä viimeiseksi tarvittaessa täydellisellä fyysisellä avulla.

Stimulaatio-ryhmän harjoittelu oli pääasiassa virkistystoimintaa, johon sisältyi muun muassa aikuisten pelit (domino, keilaus, pallopelit), musiikin kuuntelu sekä rentoutumisharjoitteet ja hieronta. Kontrolliryhmä ei saanut mitään erityistä ohjattua toimintaa, vaan pelkästään tavanomaiseen hoitokodin arkeen kuuluvia virikkeitä.

(Tappen 2007.)

Kun sama asteikkoarvionti ja testi toteutettiin tutkimuksen lopussa, huomattiin, että taitojen harjoittelu –ryhmän tuokset olivat parantuneet huomattavasti eniten. Pientä

parannusta havaittiin myös stimulaatioryhmässä. Kontrolliryhmässä tulokset sen sijaan huononivat hieman. Näin voidaan todeta, että näiden yksittäisten taitojen harjoittelu intensiivisesti vaikuttaa viriketoimintaa enemmän dementoituneiden onnistumiseen päivittäisissä toiminnoissa. (Tappen 2007.)

6 OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSI

6.1 Hyvän oppaan ominaisuuksia

Oppaan kirjoittamisen kaksi lähtökohtaa ovat oppaan tekijän tarpeet ohjata kohderyhmää toimimaan oikein ja kohderyhmän tarpeet saada olennaista tietoa. Hyvä opas puhuttelee kohderyhmäänsä. Oppaan lukijan täytyy ymmärtää heti ensi vilkaisulla, että teksti on tarkoitettu juuri hänelle. Hyvä opas alkaakin yleensä johdannolla, jossa käy ilmi, kenelle opas on kirjoitettu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–36.) Muistisairaana omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa –oppaan (LIITE 1.) alussa puhutellaan lukijoita sinutellen, sillä se ei luo niin virallista kuvaa kuin teitittely. Johdanto on lyhyt ja ytimekäs, jolloin oppaan kokonaisuudesta saa heti oikeanlaisen ja tarvittavan kuvan.

Opas voi olla luonteeltaan käskävä, vaikka ohjeita ei olisikaan kirjoitettu suoraan käskymuotoon. Oppaiden käskymäisyys syntyy yleensä tekstin rakenteesta eli ilmaisun ”HUOM” käytöstä, passiivimuodosta sekä tekstin laatikoinnista. Näiden käskyjen ja määräysten sijaan ohjeiden perillemeno voidaan edistää perustelemalla ja selittämällä, miksi tietyt menettelytavat ovat suositeltavia. (Torkkola ym. 2002, 37-38.) Muistisairaana omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa –oppaassa ei käytetä käskymuotoja. Oppaan teksti pyrittiin muokkaamaan lempeäksi ystävällisillä sanavalinnoilla ja käskymuodot voitiin jättää pois, kun niiden tilalla käytettiin perusteluja liikuntaharjoittelun ym. merkityksestä ja tärkeydestä. Oppaassa ei ole käytetty lainkaan negatiivisia ilmauksia. Lauseet eivät siis ala esimerkiksi sanalla ”älä”.

Tekstin luettavuuden kannalta otsikot ja väliotsikot ovat tärkein osa. Hyvä otsikko kertoo selkeästi tekstin aiheen, ja saa lukijan parhaimmillaan kiinnostumaan aiheesta, mutta ei vielä välttämättä johda tekstin lukemiseen. Väliotsikot kertovat alakohdan olennaisimman asian ja myöskin lisää tai vähentää lukijan kiinnostusta itse tekstiä kohtaan. Väliotsikot jakavat tekstin sopiviin kappaleisiin, ja ne auttavat lukijaa jatkamaan eteenpäin ja lukemaan tekstin loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39-40 Muistisairaana omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa –oppaassa käytettiin selkeitä ja melko suurifonttisia otsikoita, jotta opas olisi selkeälukuinen iäkkäämmillekin lukijoille. Selkeillä otsikoilla tarkoitetaan mahdollisimman lyhyitä otsikoita, joissa ei käytetä lainkaan fysioterapian ammattisanastoa.

Yksi erittäin tärkeä osa oppaassa on kuvat. Parhaimmillaan hyvä kuvitus lisää lukijan mielenkiintoa asiaan ja auttaa ymmärtämään tekstiä paremmin. Hyvin valitut sekä tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvien käyttöä varten on kuitenkin aina kysyttävä lupa kuvien tekijältä. (Torkkola ym. 2002, 40.) Muistisairaana omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa –oppaassa käytetään itse ottamiani kuvia. Kuvattavilta henkilöiltä on kysytty lupa kuvaamiseen ja kuvien julkaisuun opinnäytetyössä. Tässä oppaassa kuvat ovat hyvin keskeisessä roolissa ohjeiden ymmärtämiseksi.

Oppaassa olevan tekstin tulee olla havainnollista yleiskieltä. Monimutkaisia tai pitkiä virkkeitä ja ammattisanastoa on vältettävä, jotta lukija ymmärtää tekstin mahdollisimman hyvin. (Torkkola ym. 2002, 39-40.) Muistisairaana omaisen toimintakyvyn tukeminen arjessa –oppaassa käytetään palvelutalonkin hoitajien mielestä tähän oppaaseen sopivaa selkokieltä. Tämä tarkoittaa siis lyhyitä ja ymmärrettäviä lauserakenteita sekä helppoja sanavalintoja. Oppaan tekstissä on käytetty myös lihavoitua sekä eri fonttikokoja tekstin selkeyttämiseksi ja jakamiseksi.

6.2 Riskien arviointi

Swot-analyysi eli nelikenttäanalyysi on yksinkertainen ja yleinen varsinkin yritystoiminnassa käytetty analysointimenetelmä. Menetelmää voidaan käyttää myös jonkin idean hyödynnettävyyden arviointiin. SWOT tulee englanninkielisistä sanoista strength (vahvuus), weakness (heikkous), opportunity, (mahdollisuus) ja threat (uhka). Jokainen kirjain muodostaa yhteen laatikkoon oman lohkonsa, jolloin syntyy niin kutsuttu nelikenttä. (Puustinen 2004, 71-72.) Tämän analyysin avulla voidaan selvittää tämän opinnäytetyön tuotoksen eli oppaan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. (KUVIO 1.)

Ennen opinnäytetyön teon aloittamista pidin suurena vahvuutena sitä, että useat hoitajat sekä omaishoidettavat ovat minulle ennestään tuttuja, sillä olen työskennellyt heidän kanssaan, ja suorittanut myös yhden harjoittelujakson Maijalassa. Olen myös useissa harjoitteluissa sekä työelämässä ollut tekemisissä sekä ikääntyneiden että muistisairaiden kanssa, joten pidin tätä kokemusta arvokkaana. Vahvuutena pidin myös omaa kiinnostustani aihetta kohtaan sekä oppaan tuottamisen tärkeyttä Maijalan palvelutalolle.

Heikkoutena pidin taas työn tekemistä yksin sekä mahdollista omaishoitajien kiinnostuksen vähäyttä opasta kohtaan. Tulevaisuuden uhkiin liittyy myös omaishoitajien vähäinen kiinnostus asiaa kohtaan, sekä oma epäonnistumiseni oppaan laadun ja toimimattomuuden suhteen

Mahdollisuuksia on kuitenkin useita. Opas voi alkaa elää Maijalassa ja sitä jaetaan aina jokaiselle uudelle omaishoitajalle, joka tuo omaisensa ensimmäistä kertaa Maijalaan vuorohoitoon. Nämä omaishoitajat alkavat toivon mukaan myös hyödyntää opasta eli kuntouttaa omaistaan kotona. Jos kuntoutus kotona todellakin alkaa, voi omaishoidettavien- ja hoitajien arki helpottua uusien ideoiden myötä.

<p style="text-align: center;">Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -suuri osa kohderyhmästä sekä hoitajista ennestään tuttuja -muistisairaiden kanssa aiemmin työskentely = kokemus -asia on tärkeä ja omaishoitajat uusia ideoita - kiinnostus ikääntyneitä ja muistisairaita kohtaan 	<p style="text-align: center;">Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -työn yksin tekeminen -omaishoitajien kiinnostus asiaa kohtaan
<p style="text-align: center;">Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -antamani ohjeet päätyvät myös uusille omaishoitajille ja he alkavat kuntouttaa muistisairasta omaistaan kotonaan - omaishoitajat sisäistävät oppaan ja heidän arkensa sekä omaisensa arki kotona helpottuu uusien ideoiden ja käytäntöjen myötä 	<p style="text-align: center;">Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> -omaishoitajat eivät ole asiasta kiinnostuneita ja opas jää lipaston laatikkoon lojumaan -oppaan huono laatu ja toimimattomuus

KUVIO 1. SWOT- eli nelikenttäanalyysi

6.3 Oppaan rakentuminen

Oppaan tarkoituksena on olla mahdollisimman lyhyt ja selkeä niin, että lukija eli omainen saa siitä kuitenkin tarvittavan tiedon helposti ja nopeasti. Tämä oli myös

Maijalan palvelutalon henkilökunnan toive. Oppaan tulee palvella käyttäjäkuntaansa mahdollisimman hyvin. Suurin osa omaishoitajista on vanhempia ihmisiä, jolloin tekstin ja kuvien on oltava hyvin selkeitä ja yksinkertaisia. Tämä edellytti erityistä paneutumista kirjallisuuteen hyvän oppaan ominaisuuksista. Hyvän oppaan ominaisuudet sekä toimeksiantajan toiveet olivatkin lähtökohtana oppaan rakentumisen alkamiselle.

Oppaan rakentumisesta on siis keskusteltu useaan otteeseen Maijalan palvelutalon työntekijöiden kanssa, ja heidän toiveensa on otettu opasta tehdessä huomioon. Opinnäytetyöstä, sen sisällöstä sekä oppaasta olen käynyt keskustelua Maijalan työntekijöiden kanssa yhteensä kahdeksan kertaa 12.10.2011-24.4.2012 välisellä ajalla. Aiheesta olen lähettänyt toimeksiantajalle myös muutamia sähköpostiviestejä. Koska opas tulee heidän työpaikkansa käyttöön, on sen oltava juuri heidän toiveidensa mukainen.

Opas sisältää aluksi johdannon, terveiset tekijältä, osion päivittäisistä toiminnoista ja liikeharjoituksia. Päivittäisten toimintojen –osio on ensin, sillä se on liikeharjoituksia tärkeämpi asia tässä oppaassa eli se on oppaan ydin. Koska Maijalan palvelutalossa käy vuorohoidossa sekä pyörätuolissa olevia että yhä käveleviä asiakkaita, täytyi liikeharjoitukset miettiä seisoma-, istuma- ja makuuasennon kannalta. Nämä kaikki kategoriat alkavat aina uudelta, omalta sivultaan, jotta esimerkiksi pyörätuolissa istuvan muistisairaana omaishoitajalle ei tarvitse antaa turhaan seisten tehtäviä harjoituksia. Näin myös niille muistisairaille, jotka pystyvät yhä seisomaan ja kävelemään, voidaan oppaaseen laittaa vain seisten tehtäviä harjoitteita. Heille seisten tehtävät harjoitteet ovat haastavampia, ja niillä on enemmän positiivista vaikutusta heidän toimintakykyynsä kuin liian helpoilla istuen tehtävillä harjoitteilla.

Päivittäisistä toiminnoista ja niiden toteuttamisesta kotona on omaishoitajille annettu oppaassa ideoita. Päivittäisistä toiminnoista löytyi todella vähän tutkimuksia, joten oppaan tieto asiasta perustuu kahteen ulkomaalaiseen tutkimukseen ja suomalaiseen kirjallisuuteen. Tutkimusten perusteella päivittäisten toimintojen päivittäinen harjoittelu voi parantaa huomattavastikin arjesta suoriutumista. Näin ollen oppaassa on korostettu esimerkiksi muistisairaana kotitöiden tekemisen tärkeyttä.

Oppaassa olevat liikeharjoitukset tukevat muistisairaiden toimintakyvyn osa-alueita, jotka ovat tärkeimpiä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kannalta. Näitä osa-alueita ovat lihasvoima, liikkuvuus sekä tasapaino. Lihasvoimaa, liikkuvuutta ja tasapainoa on käsitelty tässä opinnäytetyössä aiemmin ja jokaisesta on löytynyt tutkimuksia, jot-

ka vahvistavat sen, että nämä osa-alueet voivat parantua myös muistisairaalla ikään-tyneellä henkilöllä. Liikeharjoitukset oppaaseen olen siis suunnitellut niin, että ne tukevat näitä tutkittuja osa-alueita. Oppaassa kehoitetaan tekemään liikkeitä päivittäin, sillä usealta niiden tekeminen kuitenkin unohtuu. Tutkimuksissa käy ilmi että esimerkiksi 2-3 harjoittelukertaa viikossa riittää lihasvoiman parantamiseen, jos toistoja on riittävästi. Liikkeiden toisto määriä tutkimuksissa ei ilmennyt, mutta 10-15 liikkeen toistot ovat tavanomainen määrä esimerkiksi lihaskestävyyden saavuttamiseksi, kun sarjoja tehdään kaksi tai kolme yhtä liikettä kohti.

Oppaassa on erikseen jokaisesta liikeharjoitteesta selkeä valokuva ohjetekstin tueksi. Kuvat otin itse omista isovanhemmistani, jotta ne ovat yhtenäisiä oppaassa, ja näin sain myös oppaaseen juuri sellaiset kuvat kuin itse halusin. Kuvat otettiin vaaleaa taustaa vasten ja kaikki epäoleellinen poistettiin taustalta kuvan selkeyttämiseksi. Vuoteessa otetut valokuvat epäonnistuivat hieman päiväpeiton kiiltävyyden vuoksi. Ohjetekstien toimivuutta arvioin kuvien otto hetkellä, kun annoin isovanhemmilleni ohjeen, ja pyysin heitä toimimaan sen mukaisesti. Muutamaa ohjetekstiä jouduin muokkaamaan niiden epäselvyyden vuoksi.

Opas tulostettiin yksipuolisesti valkeille A4-papereille, ja paperit nidottiin kulmasta yhteen. Näin opasta on helppo tulostaa lisää Maijalan palvelutalossa ilman suuria kustannuksia, ja näin he voivat itse tulostaa eri asiakkaille eri sivut. Tämä on mieluisen vaihtoehto omaishoitajille, sillä se on helppokäyttöinen. Oppaan saa näin ollen myös tallennettua tietokoneelle, josta sitä on myös helppo jakaa tarvittaessa sähköpostin kautta. Opas on tallennettu Word-tiedostomuotoon, sillä Word on hyvin yleinen tekstinkäsittelyohjelma. Näin ollen oppaan saa auki melkein millä tahansa tietokoneella. Oppaassa tekstin fonttikoko on 14. Tulostettuna koko 14 on tarpeeksi suuri, jotta huonompinäköinenkin näkee lukea tekstin hyvin. Fontiksi on valittu Calibri, koska se on yksi selkeimmistä ja helppolukuisimmista fonteista.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan ollut minulle yllättävän mukava ja rento. Aloitin varsinaisesti opinnäytetyön teon myöhään syksyllä 2011 ja sain sen valmiiksi toukokuussa 2012. Jätin opinnäytetyön teon tarkoituksella niin myöhäiseksi, että opintoni venyivät jopa puoli vuotta sen takia. Tämä oli kuitenkin hyvä ratkaisu, sillä näin sain tehdä sitä rauhassa, kun muuten koulun ja aikaa vievän harrastuksen rinnalla en sitä olisi kyennyt tekemään.

Prosessin alussa vaikeinta oli miettiä työn spesifiä aihetta, vaikka aihealue itse, ikääntyneet, oli ollut minulle jo pitkään selvillä. Kävin aiheesta monta keskustelua Maijalan palvelutalon työntekijöiden sekä opinnäytetyön ohjaajani kanssa, ennen kuin päädyimme tähän kyseiseen oppaaseen. Aiheesta olisi saanut hyvin laajan ja monipuolisen opinnäytetyön, mutta työn yksin tekeminen ja tiukka aikataulu pakottivat rajaamaan aihetta paljon. Itse aiheen rajaaminen ei ollut kuitenkaan haastavaa. Esimerkiksi hoitajien toivetta omaishoitajan jaksaminen –osiosta en voinut toteuttaa, sillä se olisi lisännyt työmäärää suuresti ja se olisi jäänyt samalla aiheesta hieman irralliseksi, punaisen langan ulkopuolelle.

En ole käyttänyt työssäni mitään varsinaista jo olemassa olevaa viitekehystä. Opinnäytetyössä kulkee kuitenkin selkeä punainen lanka, joka ilmenee jo sisällysluettelossa: muistisairaudet, muistisairaana fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja muistisairaana fyysisen toimintakyvyn tukeminen arjessa. Kerron siis järjestelmällisesti ensin muistisairauksista yleensä, jonka jälkeen kerron toimintakyvyn ongelmista muistisairailta ja viimeiseksi taas, mitä näille ongelmille voidaan tehdä. Oppaan sisältö määräytyy juuri tämän viimeisen osion mukaan.

Opinnäytetyössäni olen käyttänyt luotettavia lähteitä. Kaikki kirjallisuus on suomalaisia, mutta suurin osa tutkimuksista on tehty ulkomailla. Halusin työhöni uutta ja näyttöön perustuvaa tietoa asioista, jotka liittyvät oppaassa käyttämiini liikeharjoituksiin sekä päivittäisiin toimintoihin. Kun ne asiat on mietitty uusien ja luotettavien tutkimuksen pohjalta, voidaan oppaankin sanoa olevan luotettava ja siinä on tuoretta tietoa. Tutkimukset osoittavat fysioterapeuttisen harjoittelun kehittävän niin fyysisiä- kuin kognitiivisiä taitoja muistisairailta ikääntyvillä. Kun olen tätä tutkimustietoa oppaassani

hyödyntänyt, voin sanoa oppaan olevan ideaalinen kuntoutumisen tukemisen apuväline omaishoitajalle.

Oppaita liikuntaharjoitteista Suomessakin on tehty varmaan satoja, ja niissä oliskin varmasti useita, joita nämä kyseiset omaishoitajat voisivat hyödyntää. Opinnäytetyötä tehdessä ei vastaani osunut ainuttakaan samanlaista opasta kuin omani. Monet omaishoitajille tarkoitetut oppaat koskivat enimmäkseen omaishoitajan jaksamista, tai ne oli kehitetty aloitteleville omaishoitajille. Oppaassani sivutaan hieman omaishoitajan jaksamista, mutta siitä näkökulmasta, että omaishoitajalla on vähemmän työtä jos hänen muistisairas omaisensa kuntoutuu edes hieman. Uskon, että tämä opas, joka on suunnattu vain ja ainoastaan heille, palvelee heitä parhaiten ja innostaa heitä käyttämään sitä arjessa. Oppaassa on otettu huomioon Majjalan vuorohoitopaikkojen asiakaskunta, ja liikeharjoitteet on suunniteltu ainoastaan heitä varten. Jokaiselle asiakkaalle löytyy siis harjoitteita, joita omaishoitajat pystyvät heille ohjaamaan. Toivon myös sen auttavan oppaan käyttöönottoa, että sen on tehnyt oman kylän tyttö.

7.2 Ammatillinen kasvu fysioterapeuttina

Opinnäytetyötä tehdessä olen huomannut selvästi ammatillista kasvua fysioterapeutiksi. Opinnäytetyöprosessia jälkeenpäin tarkastellessa tietämykseni muistisiraiden fysioterapiasta ja varsinkin kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn kuntoutuksesta on kehittynyt ja syventynyt. Muistisairauksien kohdalla on syytä tietää paljon myös itse sairaudesta ja sen aiheuttamista ongelmista, ja juuri tätä taustaa olenkin oppinut paljon työtä tehdessä. Eri muistisairauksissa on myös erilaisia oireita niin henkisellä kuin fyysiselläkin tasolla, ja myös ne fysioterapeutin on hyvä tunnistaa. Hoidon tulee aina kuitenkin olla oireiden mukaista, ja fysioterapeutin tulee ensin selvittää asiakkaan tärkeimmät oireet fyysisen sekä henkisen toimintakyvyn kannalta. Esimerkiksi kahdella Alzheimerin tauti –asiakkaalla voi olla aivan erilaisia oireita. Tietty muistisairaus ei siis edellytä välttämättä aina samanlaista kuntoutusta.

Haastavinta opinnäytetyön tekemisessä on ollut sen tekeminen yksin. Tämä oli minulta kuitenkin tietoinen valinta, sillä asun eri paikkakunnalla kuin muut luokkatoverini ja harrastukseni vuoksi aikatauluni talviaikaan on hyvin rajallinen. Opinnäytetyötä tehdessä olisi kuitenkin ollut hyvä olla joku, jonka kanssa olisi voinut pohtia asioita yhdessä ja jolta olisi heti voinut kysyä neuvoa. Tällöin työstä olisi tullut ehkä kattavampi, ja siihen olisi tullut eri näkökulmia. Toisaalta pidän päätöksien tekemisistä yksin ja

opinnäytetyöni ohjaajalta olen saanut aina apua, kun olen sitä tarvinnut. Myös Maijalan palvelutalon henkilökunta on auttanut minua paljon varsinkin oppaan suunnittelun kanssa.

Luulen, että opas otetaan hyvin vastaan Maijalassa sekä muualla Lapinlahden kunnassa. Mielestäni olen luonut oppaan, joka tukee hyvin Maijalan omaishoitajien tarvetta, pidemmällä aikavälillä siitä voi olla apua myös Maijalan palvelutalon hoitajille, jos omaishoidettavat kuntoutuvat kotonaan edes jonkin verran. Tällä hetkellä osa vuorohoitopaikkoja käyttävistä on todella raskashoitaisia.

Ammatillista kasvua olen havainnut itsessäni, kun olen oppaan avulla saanut liitettyä tutkimustietoa käytäntöön. Se on ollut minulle aiemmin haasteellista ja olenkin välttänyt tutkimuksien avaamista. Kun asian joutui toteuttamaan itse käytännössä, tuntuu kun se olisi jo helppoakin.

Fysioterapiaopintojen aikana olen jollain tapaa sisäistänyt päivittäisten toimintojen tärkeyden muistisairaahan kuntoutumisessa. Kuitenkin vasta tätä opinnäytetyötä tehdessä olen sisäistänyt ja syventänyt aiempia tietoja ja kokemuksiani asiasta oikeasti. Osaan nyt katsoa muistisairaahan kotona kuntoutumista laajemmasta näkökulmasta, ja olen varma, että siitä tulee olemaan paljon hyötyä, jos tulen valmistuttuani työskentelemään muistisairaiden kanssa. Kotikäynneillä osaisin ainakin kartoittaa arjen sujuvuutta aivan uudella tavalla.

Jos tarkastelen fysioterapeutin eettisiä periaatteita (Suomen Fysioterapeutit 2010), olen mielestäni toteuttanut niitä hyvin. Oppaani on terveyden edistämisen apuväline ja se parantaa mahdollisesti tässä tapauksessa omaishoitajien ja –hoidettavien elämänlaatua. Olen käyttänyt työssäni myös näyttöön perustuvaa tietoa ja tehnyt liikeharjoitukset sen tiedon mukaisesti. Olen ollut koko opinnäytetyöprosessin ajan vaihtolovelvollinen Maijalan palvelutalossa puhutuista tai nähdyistä asioista.

Olisin halunnut tehdä opinnäytetyön ja oppaan tarkemmin sekä laajemmin, mutta aikataulun tiukkuus jätti ne tähän pisteeseen. Se ei tarkoita sitä, ettenkö olisi oppinut työstäni mitään tai kasvanut tulevana fysioterapeuttina, päinvastoin. Työtä opinnäytetyössä oli kuitenkin paljon, ja opin ottamaan itse suuren määrän vastuuta tekemisistäni, mitä en yleensä osaa tai halua tehdä. Opinnäytetyön teko kokonaisuudessaan, alusta loppuun, ja varsinkin sen valmiiksi saaminen yllätti minut itseni. Tällä pienellä

itsetunnon kohotuksella voi hyvillä mielin jättää koulunpenkin taakseen, ja lähteä katselemaan uusia tuulia.

LÄHTEET

Aalto, R. 2009. *Liikkeelle – hyvän olon opas senioreille*. Jyväskylä: WSOY.

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. *Erikoistu vanhustyöhön*. Helsinki: WSOY.

Ahvo, L. & Käyhty, M. 2001. *Dementoituneiden ikäihmisten tasapaino- ja kävelykoulu*. Teoksessa: Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmeli, M. & Jalkanen-Mayer, A. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä: VK-Kustannus

Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R., Valvanne, P. & Viramo, P. 2001. *Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle* [verkkojulkaisu]. Suomen dementiahoitoyhdistys ry [viitattu 21.2.2012]. Julkaisu n:o 4/2001. 4. painos. Saatavissa: http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas_web.pdf

Alhainen, K., Erkinjuntti, T. & Rinne, J. 2004. *Muistihäiriöt*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. *Kun muisti pettää*. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2002. *Muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki: Duodecim.

Heimonen, S. 2008. *Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea*. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. Laadukkaat dementia-apalvelut – Opas kunnille. Jyväskylä: Stakes, 81, 82.

Hill, K., LoGiudice, D., Lautenschlager, N., Said, C., Dodd, K. & Suttanon, P. 2009. Effectiveness of balance training exercise in people with mild to moderate severity Alzheimer's disease: protocol for a randomised trial [verkkojulkaisu]. BioMed Central Ltd [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722658/?tool=pubmed>

Kalska, H. 2006. *Muistin kehittäminen ja kuntoutus*. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudempi painos. Hämeenlinna: Duodecim, 472.

Kemoun, G., Thibaud, M., Roumagne, N., Carette, P., Albinet, C., Toussaint, L., Paccalin, M. & Dugé, B. 2010. *Effects of a Physical Training Programme on Cognitive Function and Walking Efficiency in Elderly Persons with Dementia* [verkkajulkaisu]. Université de Poitiers [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa: http://cerca.labo.univ-poitiers.fr/IMG/pdf_D-GCD10-AlbinetColl.pdf

Käypähoito. 2010. *Muistisairaudet* [viitattu 18.1.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/navtaartikkeli/.../hoi50044>

Laukkanen, P. 2003. *Toimintakyky ja ikääntyminen: Käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin*. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Littbrand, H., Stenvall, M & Rosendahl, E. 2011. *Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review* [verkkajulkaisu]. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa: <http://search.pedro.org.au/pedro/browserecord.php?recid=1451>

Muistiliitto. 2011. *Perustietoa muistisairauksista* [verkkajulkaisu]. Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa: <http://www.alzheimerturku.fi/muistisairauksista.html>

Puustinen, T. 2004. *Avain omaan yritykseen*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Ramula, H. 2004. *Monipuolisen liikuntaharjoittelun vaikutus alaraajojen toiminnalliseen lihasvoimaan ja dynaamiseen tasapainoon ikääntyneillä naisilla*. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Pro Gradu -tutkielma.

Rinne, J. 2002. *Lewyn kappale –dementia*. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Sakari-Rantala, R. 2003. *Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu* [viitattu 20.1.2012]. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Jyväskylä. Saatavissa: <http://www.likes.fi/pages/UserFiles/File/142%281%29.pdf>

Sihvonen, S. 2006. *Tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelu pitävät ikääntyneen ihmisen pystyssä* [verkkojulaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 21.3.2012]. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/8_2005/tasapai-no-ja-lihasvoimaharjoittelu_pitavat_ikaantyneen_ihmisen_pystyssa

Suhonen, J., Pirttilä, T., Erkinjuntti, T., Koponen, H., Makkonen, M., Puurunen, M., Raivio, M., Rinne, J., Rosenvall, A., Strandberg, T., Vanninen R. & Vataja R. 2010. *Muistisairaudet* [viitattu 1.2.2012]. Terveyskirjasto. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50044#s6

Suomen fysioterapeutit. 2010. *Fysioterapeutin eettiset ohjeet* [verkkojulkaisu]. Saatavissa:

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=58

Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmelin, M. & Jalkanen-Mayer, A. 2001. *Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky*. Jyväskylä: VK-kustannus Oy

Tappen, R. 2007. *The Effect of Skill Training on Functional Abilities of Nursing Home Residents with Dementia* [verkkojulkaisu]. Pub Med central [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952655/>

Tideiksaar, R. 2005. *Vanhusten kaatumiset: Opas hoidosta vastaaville*. Helsinki: Edita Prima Oy.

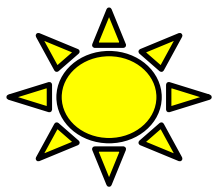
Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäväksi - opas potilasohjeiden tekijöille*. Tampere: Tammi.

Toulotte, C., Fabre, C., Dangremont, B., Lensel, G & Thenevon, A. 2003. *Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of*

falling: a randomised controlled trial [verkkojulkaisu]. British Geriatrics Society [viitattu 21.2.2012]. Saatavissa:

http://dev.foxrehab.org/uploads/pdf/2003_AgeandAging_Effects%20on%20Frail%20Demented%20Fallers.pdf

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa [verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu –tutkielma [viitattu 30.11.2011]. Saatavissa: http://www.google.fi/#sclient=psy-ab&hl=fi&source=hp&q=vuorohoito+tarkoittaa&pbx=1&oq=vuorohoito+tarkoittaa&aq=f&aqi=&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=23008l24521l5l24683l10l9l0l0l0l0l275l146l0l0.5.3l8l0&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=3cff8d62d3fa365b&biw=1280&bih=895



OPAS OMAISHOITAJALLE



**Muistisairaan omaisen toimintakyvyn
tukeminen arjessa**

Alkusanat

Tämä opas on tarkoitettu juuri **Sinulle**, joka toimit muistisairaana ihmisen omaishoitajana. Tästä oppaasta saat esimerkkejä siitä, millaisia liikuntaharjoitteita voit ohjata kotona omaisillesi. Opas kertoo myös, kuinka omaisesi voi parhaiten osallistua kotitöihin ja olla edelleen myös Sinun apunasi.

Tutkimuksien mukaan erilainen liikuntaharjoittelu voi parantaa muistisairaana toimintakykyä ja kykyä suoriutua arjesta huomattavasti. Jos omaisesi toimintakyky paranee, myös Sinun arkesi sen myötä helpottuu.

Muistisairaana liikuntaharjoittelu on tärkeää, jotta hän pystyisi toimimaan mahdollisimman monessa asiassa itsenäisesti. Ilman harjoittelua muistisairaana voimat ehtyvät nopeasti ja liikkumisesta tulee vaikeampaa. Tällöin Sinua ja Sinun voimavarojasi omaishoitajana tarvitaan entistä enemmän ja työsi on entistä rankempaa. Tämä opas on kuitenkin kehitetty auttamaan juuri teitä ja tekemään arjestaan helpompaa!

Terveiset oppaan tekijältä

Olen Savonia-ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelija. Tein oppaan opinnäytetyönä keväällä 2012 ensi sijaisesti Majjalan palvelutalon käyttöön.

TOIVON, ETTÄ OPPAASTA ON SINULLE SEKÄ

OMAISELLESII HYÖTYÄ!



Maiju Ruotsalainen

Arjen askareet

Jotta omaisesi toimintakyky ei heikkenisi niin nopeasti, anna hänen tehdä mahdollisimman paljon asioita itse. Pyri olemaan tekemättä hänen puolestaan mitään, mitä hän pystyy itsekin tekemään. Kotitöiden ja muiden arjen askareiden teko on suuri osa muistisairaana ihmisen liikuntaharjoittelu

Peseytyminen

- ♥ Tee pesutiloista turvallisia. Kaiteet suihkuhuoneen seinällä sekä asianmukainen **suihkuuoli/jakkara** helpottavat omaisesi peseytymistä. Mikäli mahdollista, anna hänen pestä itse hiuksensa sekä kaikki ne alueen kehossa, joihin hän itse ylettyy. Esimerkiksi pesusienellä kurkottelu alas jalkateriin ylläpitää omaisesi raajojen liikkuvuutta.
- ♥ Poista suihkutiloista kaikki ylimääräinen tavara tai piilota ne laatikoihin. Mitä vähemmän suihkutiloissa on ylimääräistä tavaraa, sitä paremmin omaisesi pystyy hahmottamaan tilan ja peseytyminen onnistuu paremmin.
- ♥ Varmista, että kylpyhuoneessa on **tarpeeksi lämmin** ja vesi on sopivan lämmintä. Kylmä tila ja vesi voivat ärsyttää omaistasi ja suihkussa käynnistä tulee epämiellyttävä.
- ♥ Jos omaisesi sauna-perinteeseen on aiemminkin kuulunut esimerkiksi **saunaolut** tai muu saunajuoma, voi hän nauttia sen saunan yhteydessä edelleenkin. Näin saunomisestakin tulee mukava kokemus.
- ♥ Jos wc:n paikka unohtuu välillä, voi wc:n oveen laittaa siitä merkin.



Pukeutuminen

- ♥ Sopivan **väljät vaatteet** edesauttavat omaisesi itsenäistä pukeutumista tai siihen osallistumista. Tiukat vaatteet voivat myös ahdistaa.
- ♥ Jos ongelmana on kerrospukeutuminen tai vaatekappaleiden hahmottamisen vaikeus, ojenna omaisesi vaatekappaleet oikeassa järjestyksessä, jolloin hänen on itse helppo pukea ne päälleen oikein.

Kotityöt

- ♥ Vaikka omaisesi muisti onkin heikentynyt, on hänellä yleensä vielä hyvinkin muistissaan kotitöiden teko. Hän osaa ehkä edelleen **viikata pyykit, esipestä astiat** tai **haravoida**. Ota hänet mukaan kotitöiden tekoon niin paljon kuin mahdollista, vaikka ehkä joutuisitkin hieman siivoamaan hänen jälkiään perästä.



Ruokailu

- ♥ Anna omaisesi osallistua jollain tapaa ruuanlaittoon, esimerkiksi **kattamalla pöydän** tai **kuorimalla perunat**.

- ♥ Jos omaisen on vaikea keskittyä ruokailuun, ota pöydältä pois kaikki ärsykkeet, esimerkiksi kukkamaljakot. Sammuta myös tv ja radio ruokailun ajaksi.



Ulkoilu ja asiointi

- ♥ Käy omaisesi kanssa ulkona aina kuin mahdollista. Ulkoilu virkistää ja voi helpottaa käytösoireita.
- ♥ Jos omaisesi voi vielä kävellä, varmista, että hänellä on **turvalliset jalkineet** varsinkin talvella. Kenkiin on saatavissa myös liukuesteitä, jotta ne eivät luista niin paljon. Kävelysauvat ovat hyvä turva ulkoiluun, jos omaisellasi ei ole muuta liikkumisen apuvälinettä käytössä.



- ♥ Ota omaisesi joskus mukaan asioille. Näin hän ei tunne itseään niin eristyneeksi muusta maailmasta. Esimerkiksi **kaupassa käynti** on osa omaisesi sosiaalista elämää ja se tukee myös toimintakykyä.

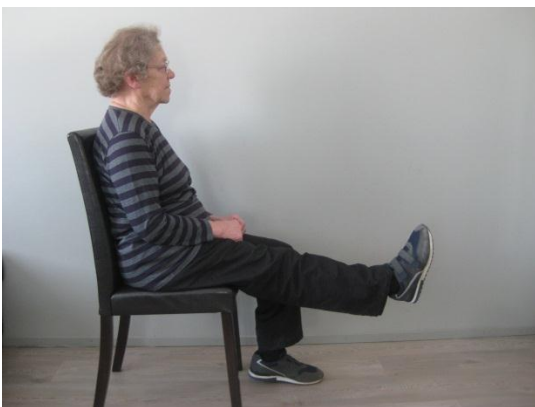
LIIKUNTAHARJOITTELU

Liikuntaharjoittelu on tärkeää muistisairaalle hänen toimintakykynsä säilymisen kannalta. Useat tutkimukset ovat osoittaneet erilaisen liikuntaharjoittelun parantaneen muistisairaahan lihasvoimaa, tasapainoa, liikkuvuutta ja mahdollisesti kävelykykyä. Tässä kappaleessa esitellyt liikkeet tukevat juuri näitä edellä mainittuja fyysisen toimintakyvyn osa-alueita.

Tehkää liikkeitä päivittäin. Voitte valita tietyn ajan päivästä liikkeiden tekemiseen, jotta siitä tulisi tapa. Mitä enemmän niitä teette, sitä enemmän omaisesi ja jopa sinun toimintakykysi paranee. Toistakaa liikkeet 10-15 kertaa. Pitäkää pieni tauko ja tehkää sama uudelleen.

Istuen

Aseta tuoli niin, että ympärille jää hieman tilaa. Liikkeet voi tehdä myös pyörätuolissa. Silloin pyörätuolin käsivetimet on hyvä nostaa taakse liikkeiden ajaksi. Pidä koko ajan yllä hyvä ryhti.



1. Ojenna toinen jalka suoraksi eteen nilkka koukussa. Pidä hetki ylhäällä ja laske rennoksi. Tee sama toisella jalalla.



2. Laita kädet kevyesti vatsan päälle. Vedä vatsa "kuopalle" vatsalihaksia jännittäen ja päästä sen jälkeen rennoksi.



3. Kurkota sormilla varpasiin. Pidä hetki. Nouse hitaasti ylös ja oikaise selkä. Vie samalla kädet takaviistoon.



4. Pidä jalat lattiassa. Nosta vuorotellen kannat ylös ja varpaat ylös.



5. Istukaa vastakkain niin, että saatte otettua toisianne käsistä kiinni. Tehkää ns. soutuliikettä. Vetäjä vie kyynärpäät niin taakse kuin mahdollista ja toinen kallistaa samanaikaisesti ylävartaloaan pitkälle vetäjää kohti. Voitte vastustaa toistenne vetoliikettä.



6. Istukaa edelleen vastakkain. Voitte siirtää tuoleja kauemmas toisistaan. Heitelkää toisillenne palloa alakautta edestä sekä sivulta toiselle. Jos teillä ei ole palloa heittovälineeksi käy myös joku muu särkymätön ja pehmeä esine, esim. tyynty.

Seisten

Seiso suorassa. Aseta tuoli niin, että siitä voi ottaa tukea liikkeiden aikana.



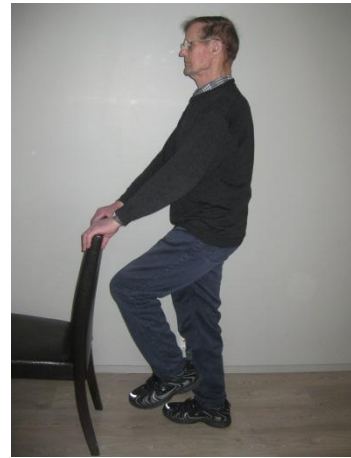
1. Ota tukea tuolin selkänojasta, vie toinen jalka suorana taakse ja laske alas. Tee sama myös toisella jalalla.



2. Tee sama sivuille molemmilla jaloilla.



3. Ota tukea tuolista. Nouse varpaille ja laskeudu alas.



4. Ota tukea tuolista. Nosta vuorotellen oikea ja vasen polvi ylös



5. Aseta tuoli seinää vasten. Istuudu tuolin reunalle. Kumarru eteenpäin ja nouse ylös seisomaan.



6. Seisokaa vastakkain niin, että kätenne yltävät kiinni. Tehkää soutu liikettä. Vetäjä vie kyynänpäänsä niin taakse kuin mahdollista ja toinen kallistuu samalla eteenpäin. Voitte vastustaa toistenne vetoliikettä.



7. Seisokaa vastakkain. Voitte mennä kauemmaksi toisistanne. Heitelkää palloa alakautta suoraan sekä sivulta toiselle. Jos teillä ei ole palloa heittovälineeksi käy myös muu pehmeä ja särkymätön väline, esim. tyyny.

Vuoteessa

Asetu sohvalle tai vuorelle selinmakuulle.



1. Laita polvet koukkuun alustalle. Nosta lantio ylös. Pidä hetki ja laske alas.



2. Pyöräile ilmassa sopivalla vauhdilla. Koukista ja ojenna myös nilkkoja.



3. Laita polvet koukkuun alustalle. Kierrä polvia rauhallisesti puolelta toiselle.



4. Laita toinen jalka koukkuun alustalle ja pidä toinen suorana. Nosta suorana oleva jalka ylös, laske hitaasti alas. Tee sama toisella jalalla.

5. Aseta molemmat kädet reisien päälle. Nosta pää sekä hartiat alustasta ja vie samalla sormet kohti polvia niin pitkälle kuin voit. Pidä hetki ja laskeudu alas.



6. Vie käsi pään yläpuolelle tyynylle, tuo hitaasti takaisin. Tee sama toisella kädellä.

***"Et koskaan tule muuttamaan
elämääsi, ellei muuta jotain mitä teet
päivittäin."***

— Mike Murdock