



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Muistisairauksia potevien ihmisten fyysinen kuntoutus

Hartikainen Krista & Uusikari Janika

2013 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Muistisairauksia potevien ihmisten fyysinen kuntoutus

Hartikainen Krista
Uusikari Janika
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2013

Hartikainen Krista
Uusikari Janika

Muistisairauksia potevien ihmisten fyysinen kuntoutus

Vuosi 2013 Sivumäärä 66

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää liikuntatuokio muistisairauksia poteville ihmisille. Tavoitteena oli antaa asukkaille ja henkilökunnalle ohjeita oikeanlaiseen kuntouttavaan liikuntaan muistisairauksia potevia ihmisiä ajatellen. Tämän lisäksi kokosimme henkilökunnalle kuvallisen kansion sekä teoritietoa, jotta he voisivat myöhemmin hyödyntää suunnittelemiämme liikuntaharjoitteita. Opinnäytetyön tilaajana oli yksityinen hoitokoti Villa Fredrika.

Tapahtuma toteutettiin 16.5.2013 yksityisessä hoitokodissa Villa Fredrikassa Hyvinkäällä. Osallistujia oli yhteensä 21, iältään 75-91-vuotiaita. Kolme osallistujista oli pyörätuolissa. Ryhmä jaettiin viiteen osaan ohjaamisen helpottamiseksi. Kullekin ryhmälle oli varattu aikaa noin 30 minuuttia. Kokonaisuudessaan tilaisuus kesti noin 5 tuntia. Liikuntatuokioon olimme valinneet kolme pääteemaa, lihaskunto-, tasapaino- ja kestävyysharjoitukset. Lisäksi lopussa pidimme rentoutushetken.

Tilaisuuden onnistumista arvioimme kyselylomakkeella, jotka täytettiin yhdessä osallistujien kanssa heti kunkin ryhmän jälkeen. Myös osa henkilökunnasta täytti kyselyn. Arviointilomakkeet asukkaille ja henkilökunnalle olivat hieman erilaiset. Kyselylomake oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Tuloksia tarkastellen toimintapäivä oli onnistunut hyvin sekä ohjauksen että liikunnan osalta.

Hartikainen Krista
Uusikari Janika

People with memory disorders and their physical rehabilitation

Year	2013	Pages	66
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to organize an exercise event to people with memory disorders. The objective was to give directions for right rehabilitative exercise to the residents and staff. In addition, we made a graphical folder of exercise for the staff to be used later. The study was commissioned by the private nursing home Villa Fredrika.

The event took place on 16th of May 2013 in the private nursing home Villa Fredrika in Hyvinkää. Overall 21 residents took part in the event. They were aged 75-91. Three of them were in wheel chairs. The group was divided in five to make tutoring easier. Every group took time about 30 minutes. In the exercise event we had chosen three main themes, muscle, balance and durability exercises. At the end we had a relaxation moment.

The success of the event was assessed with by a questionnaire which was filled together with the participants right after each group. Also part of the staff filled it. The questionnaires of the staff and the residents were different. The study was quantitative. The result showed, that the day was a success as well as guidance and physical activity.

Keywords: Memory disorders, physical rehabilitation, interaction and guidance

Sisällys

1	Opinnäytetyön tarkoitus, tausta ja tarve	6
2	Muistisairauksia potevien ihmisten yleisiä muistisairauksia ja piirteitä	7
2.1	Mitä muisti on?	8
2.2	Muisti ja siihen liittyvät keskeiset aivoalueet	9
2.3	Muistia heikentävät sairaudet	10
2.4	Dementia	10
2.5	Etenevät muistisairaudet	11
2.5.1	Alzheimerin tauti	12
2.5.2	Lewyn kappale -tauti	13
2.5.3	Vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus	15
2.5.4	Otsalohkoperäiset muistisairaudet	17
2.6	Muistihäiriöiden tutkimus	18
3	Vuorovaikutus ja ohjaaminen muistisairauksia potevien ihmisten kanssa	19
4	Fyysinen kuntoutus ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta	23
4.1	Liikunnan merkitys iäkkäille ihmisille ja hyviä liikuntavinkkejä	24
4.1.1	Tasapainoharjoittelun vaikutukset	25
4.1.2	Lihaskuntoharjoittelun vaikutukset	26
4.1.3	Kestävyyskuntoharjoittelun vaikutukset	27
4.2	Fyysisen kuntoutuksen tavoitteet	27
4.3	Kuntoutuksen haasteet	28
4.4	Fyysisen toimintakyvyn muutokset	29
5	Toiminnallisen liikuntatuokion järjestäminen Villa Fredrikassa	30
5.1	Liikuntatuokion suunnittelu	30
5.2	Liikuntatuokion toteutus ja itsearviointi	32
5.3	Arviointi, palautekyselyn tulokset ja luotettavuus	35
6	Johtopäätökset ja pohdinta	38
	Taulukot	45
	Kuvat	46
	Kuviot	56
	Liitteet	61

1 Opinnäytetyön tarkoitus, tausta ja tarve

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on järjestää yksityisessä hoitokodissa asuville muistisairauksia poteville asukkaille toiminnallinen liikuntatuokio, jonka tavoitteena on ohjeistaa henkilökuntaa ja asukkaita oikeanlaiseen kuntouttavaan liikuntaan. Lisäksi kokoamme henkilökunnalle kansion liikuntaohjeista. Tavoitteena on, että henkilökunta voisi toteutuksen ja ohjeiden avulla hyödyntää tulevaisuudessa kuntoutusmenetelmiä työssään. Opinnäytetyön tyyppi on toiminnallinen. Toiminnallisen tuokion arvioimisen tukemiseksi keräämme päivän päätteeksi henkilökunnalta ja asukailta palautteen kyselylomakkeilla.

Halusimme opinnäytetyön aiheemme liittyvän muistisairauksia poteviin ihmisiin, koska muistisairaudet ovat hyvin yleisiä tulevassa työssämme ja meitä kiinnostavia. Suomessa väestö ikääntyy ja iäkkäiden osuus kasvaa. Väestön ikärakenteen muutoksesta johtuen muistisairauksia potevien ihmisten lukumäärä ja heidän osuutensa väestöstä kasvaa voimakkaasti. Muistisairauksia potevien osuus yleistyy myös yli 65-vuotiaiden ryhmässä johtuen siitä, että kaikkein vanhimpien ikäluokkien, yli 85-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa voimakkaammin. Vuonna 2010 keskivaikeita tai vaikeita muistisairauksia potevia arvioitiin olevan noin 89 000 ja vuonna 2060 heitä oletetaan olevan 239 000. (Viramo & Sulkava 2010, 28.)

Kiinnostavan aiheen keksittyämme otimme aluksi yhteyttä yliopettaja Eija Mattilaan, joka ohjeisti meitä ottamaan yhteyttä Hyvinkään Muistiyhdistykseen. Muistiyhdistyksen kautta meille järjestyi opinnäytetyön tilaaja Villa Fredrika, joka on Hyvinkäällä toimiva yksityinen hoitokoti ikääntyville ja erilaisia muistisairauksia poteville ihmisille. Villa Fredrikan toiminta keskittyy paljon viriketoimintaan, mutta fyysistä toimintakykyä ylläpitävää toimintaa on niukasti. Yhteistyökumppanimme toiveena on saada henkilökunnalle opastusta ja motivointia heidän asiakkaille sopivaan kuntouttavaan liikuntaan.

Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys -hankkeen tutkimuksessa tehtyjen alkumittausten perusteella havaittiin tutkittavien heikko fyysinen toimintakyky ja suurentuneen kaatumisriskissä olevien suuri määrä yllätti tutkijat. Tutkimuksen kenttävaihe toteutettiin pääosin vuonna 2006 ja tutkimuksen kohderyhmä koostui 172:sta yli 70 -vuotiaista kotipalvelun asukkaista. Tutkimuksessa mitattiin iäkkäiden keski-ikänsä 82-vuotiaiden toimintakykyä. Tutkimusten tulosten perusteella näyttää siltä, että myös hyvin heikkokuntoisten vanhusten toimintakykyä kyetään parantamaan. (Heinonen 2007, 10 - 11.) Toiminnallisessa tuokiossa aiomme järjestää asukkaille erilaisia, helposti toteutettavia liikuntamuotoja, joita henkilökunta voisi mahdollisesti hyödyntää tulevaisuudessa, joiden kautta voitaisiin parantaa asukkaiden fyysistä toimintakykyä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia.

2 Muistisairauksia potevien ihmisten yleisiä muistisairauksia ja piirteitä

Muistin toimiminen on tärkeä osa sujuvaa arkea: tätä hetkeä, menneisyyttä ja tulevaa. Jokaisella ihmisellä on kokemuksia elämänsä varrella myös muistin pettämisestä. Jatkuvasti asioiden unohtelu ja muistihäiriöt herättävät kysymyksiä ja huolta siitä, mistä muistin ongelmat johtuvat. Yleensä asioiden unohtelu johtuu kiireestä, väsymyksestä ja keskittymisen tai motivaation puutteesta. Osalla ongelmat saattavat johtua kuitenkin etenevästä muistisairaudesta, johon on erittäin tärkeä saada ajoissa asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. Vuosittain diagnosoidaan etenevää muistisairautta yli 13 000 suomalaisella ja kaikkiaan sairastuneita on Suomessa jo lähes 130 000. Kenenkään ei tulisi olla sairautensa kanssa yksin. (Muistiliitto 2013a.)

Ikääntyminen hidastuttaa tiedonkäsittelyä lievästi ja tavalliseen ikääntymiseen liittyy hitaasti ilmeneviä tiedonkäsittelyn muutoksia. Ne ovat hyvin vähäisiä, jos verrataan siihen, millaisia muutoksia aivosairaudet aiheuttavat. Ne ovat myös hyvin yksilöllisiä. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijöiden välillä on suuria yksilöllisiä eroja ikään liittyvien aivojen rakenteiden ja toimintojen muutosten määrässä, etenemisnopeudessa ja jakautumisessa aivoissa. Yksilöllisiin eroihin vaikuttaa monta eri syytä. Tähän vaikuttavat kasvuolosuhteet ja kehitysvaiheet kouluksineen, lapsuuden ja aikuisiän elämäntavat, terveyden perityt ominaisuudet sekä mahdollisten sairauksien ja tapaturmien vaikutukset. (Kuikka ym. 2011, 46.)

Terveissä aivoissa alkaa noin viidenkymmenen ikävuoden paikkeilla ilmaantua lievää työmuis-
tin tiedonkäsittelyn hidastumista, kapeutumista ja joustavuuden vähenemistä. Muutosten taustalla vaikuttavat aivojen välittäjäainejärjestelmien muuttuminen ja valkean aivoaineen vähäinen haparoituminen, jotka hidastavat aivojen eri osien välistä tiedonkulkua. Tavalliseen ikääntymiseen liittyvät tiedonkäsittelyn muutokset ovat lieviä ja rajautuneita verrattuna muutoksiin, jotka aiheutuvat aivosairauksista tai aivovammoista. Ikääntyminen ei esimerkiksi sinänsä vaikuta säilömuistin osa-alueisiin. Tiedetään myös selvästi, että havainnointi, kielikyvyt ja ajattelun taidot eivät ikääntymisen vuoksi heikkene työiän viimeisinä vuosinakaan. (Kuikka ym. 2011, 46.)

Muistisairauksia tutkitaan kiivaasti ympäri maailmaa. Sairautta parantavaa tai sen kulun pysäyttävää lääkettä ei ole näillä näkymin odotettavissa, joten tutkimuksella pyritään ymmärtää sairauksia paremmin ja sitä kautta muun muassa niiden varhaisempaan diagnosoimiseen. On olemassa kuitenkin uusia lääkkeitä, joilla voidaan hidastaa oireiden etenemistä. Muistisairauksissa hyvin yleistä on se, että sairauden edetessä muistisairautta poteva ihminen ei enää tunne sairastavansa. Henkilö voi vähätellä ongelmiaan ja väittää niiden olevan ohimeneviä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 180; Muistiliitto 2013b.)

2.1 Mitä muisti on?

Muisti koostuu erilaisista osatoiminnoista ja se on kykyä tallettaa mieleen uusia asioita, säilyttää ne mielessä ja tarvittaessa palauttaa ne tilanteen vaatimalla tavalla mieleen. Muisti toimii silloin hyvin, kun mieleen painaminen ja mielestä palauttaminen tapahtuvat aktiivisesti. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 13.) Muisti sijaitsee aivoissa. Kun ihminen pitää hyvää huolta aivoista, hänen muistinsakin toimii hyvin. Ilman muistia kukaan ei pysty selviytymään arjesta. Jos käsitellään muistia laajasti, voidaan todeta, että muisti on kaikki ihmisen henkiset ja älylliset kyvyt opittuina ja tallennettuina muistiin erilaisina tietorakenteina ja toimintavalmiuksina. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 69.)

Tiedonkäsittelyllä tarkoitetaan tarkkaavuutta, näköhavaintoja ja muita havaintotoimintoja, kielikykyjä, ajattelutaitoja ja muistitoimintoja. Tiedonkäsittelytoiminnoista voidaan puhua myös nimityksillä kognitiiviset toiminnot, kognitiivinen tiedonkäsittely tai mielen toiminnot. Niihin sisältyy tunne-elämä (emootiot), motivaatio, kiinnostukset ja muut ihmisen suhtautumistapoja ja suuntautumisia kuvaavat asiat. Ennen on puhuttu muun muassa psyykkisistä toiminnoista, psykologisista toiminnoista tai henkisestä toimintakyvystä. (Kuikka, Akila, Pulliainen & Salo 2011, 14.)

Muisti on yksi tiedonkäsittelyn keskeisistä alueista ja tiedonkäsittelyjärjestelmän ytimenä toimii työmuisti, joka on ajattelumme työpöytä. Muistityöhön keskittyvät aivoissa muun muassa sisemmän ohimolohkon entorinaalinen kuorikerros, hippokampus ja otsalohkon hermoverkot. Muistityöhön tarvitaan myös talamusta, tyvitumakkeita, mantelitumaketta ja pikkuaivoja puhumattakaan laajasta aivojen kuorikerroksen hermosoluverkostosta, johon muistijäljet vahvistuvat ja jossa elämän aikana koottu tieto ja taito säilyvät. (Erkinjuntti ym. 2009, 69.)

Aivoissa oleva muistivarasto on todella suuri. Aivoissa sijaitsee noin miljardi hermosolua ja niillä jokaisella voi olla tuhansia liittymäkohtia muiden solujen kanssa. Lyhytaikaismuistin mieleenpainamiskyvyn arvellaan olevan hyvinkin suurelta osin sidoksissa ohimolohkojen syviin osiin ja hippokampukseen. Ohimolohkojen aivokuoressa taas säilytetään vaikeampaa monimutkaista muistia, joka voidaan palauttaa mieleen esimerkiksi sähköärsytyksellä aivoleikkauksen yhteydessä. Tämä muistia on pitkäaikaista muistia eli kuuluu säilömuistiin. Ohimolohkoissa sijaitsee kehon liikkeiden, tekojen ja käyttäytymisen muistiohjelmaa. Lyhytaikaisia muistiohjelmaa kutsutaan työmuistiksi, ja niissä voi säilyä esimerkiksi puhelimen numeron ajan, että näppäilee numerosarjan puhelimeen. (Erkinjuntti ym. 2009, 44.) Tarkoilla kokeilla voidaan osoittaa, että havaitsemiseen liittyy erityisesti aistimuisti (sensorinen muisti), jonka kesto on todella lyhyt eli enintään noin yksi sekunti. Aistimuistin avulla saamme käsityksen esimerkiksi asioista, joita katsomme huolimatta silmien hyppivistä liikkeistä. Olete-

taan, että aistimuisti perustuu hermosolujen kalvojännitteen muutoksiin. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2008, 562.)

Suurin osa aistimuistin sisällöstä unohtuu heti, mutta pieni osa kuitenkin siirtyy työmuistiin (välitön muisti, lyhytaikaisuisti). Kaikki asiat pysyvät työmuistissa, jossa niitä muokataan joitakin sekunteja tai kymmeniä sekunteja. Pitkän virkkeen alkuosaa, esimerkkinä vaikkapa juuri tämä virke, pitää pystyä pitämään mielessä niin kauan, että loppuosakin on käsitetty, jolloin vasta virkkeen koko sisältö tulee selväksi. Kun on siirrytty seuraavaan virkkeeseen, on edellisen virkkeen sanajärjestys jo unohtunut työmuistista. Virkkeen asiasältö on voinut kuitenkin tallentua muuhun muistiin. Työmuistia ihminen käyttää silloin, kun hän pitää jotakin numerosarjaa mielessään juuri niin kauan, että saa sen merkittyä muistiin. Työmuistiin mahtuu yhtä aikaa noin 7-numeroinen numerosarja tai yleensäkin seitsemän asiaa kerrallaan. Työmuistin perustana pidetään hermosolusta toiseen kiertävää impulssitoimintaa ja tähän sopii juuri se, että työmuistin asiat häviävät tajuttomuuden aikana. (Nienstedt ym. 2008, 562.)

Ne asiat, jotka ihminen kokee riittävän tärkeiksi, siirtyvät työmuistista säilömuistiin. Alussa leimaa antavana on mieleenpainaminen, mutta muistijälki kiinnittyy hermostoon aluksi yleensä huonosti. Monet asiat voivat vielä häiritä kiinnittymistä, ja todellisuudessa useimmat muistikuvat unohtuvatkin tämän vaiheen aikana. Tästä vaiheesta käytetään nimitystä väliaikainen muisti ja se voi kestää minutteja, tunteja tai päiviä. Ainoastaan ne muistijäljet, jotka vahvistuvat riittävästi, siirtyvät pysyvään muistiin eli kestonmuistiin, jossa ne sitten säilyvätkin todella pitkään (kaukomuisti). Tajuttomuus tai muut mieleenpainamisen vaikuttavat häiriöt eivät tässä vaiheessa enää vaikuta, mutta mieleenpalauttaminen voi kuitenkin olla joskus vaikeutunut. (Nienstedt ym. 2008, 562 -563.)

2.2 Muisti ja siihen liittyvät keskeiset aivoalueet

Muisti ei keskity vain johonkin tiettyyn aivojen osaan tai aivolohkoon, se ei ole erillinen irrallinen aivojen yksikkö. Muisti on dynaaminen järjestelmä, verkostoivojen toimintatila, jonka sisällöt liikkuvat taukoamatta. Aivojen sisemmän ohimolohkon rakenteet keräävät ja käsittelevät kaikkea tulevaa tietoa, josta informaatio kulkeutuu sisemmässä ohimolohkossa sijaitsevan entorinaalisen kuorikerroksen kautta hippokampukseen. Hippokampuksessa tieto kiertää ja siirtyy sen jälkeen takaisin ohimolohkoon ja mitä luultavimmin tallentuu aivokuoreen pitkäkestoiseen muistiin eli säilömuistiin. Talamus, joka sijaitsee syvällä aivojen sisäosassa, liittyy myös keskeisesti asiatiedon ja tapahtumien muistamiseen. Talamus osallistuu myös muistiin painettavan asiatiedon käsittelyyn. (Erkinjuntti ym. 2009, 69.) Tyvitumakkeet ovat keskeiset aivoalueet, jotka osallistuvat opittuihin liikunnallisiin taitoihin, kuten pyöräilyyn ja kävelyyn, opettamiseen ja muistamiseen. Tärkeitä aivoalueita tiettyjen opittujen reaktiotapo-

jen (ehdollistuminen) säilymisen kannalta ovat mantelitumake ja pikkuaivot. Sensorinen muisti eli aistimuisti sijaitsee samalla alueella kuin vastaava aisti eli päälakilohkossa ja ohimolohkossa. Etuoslohkot ovat tärkeässä asemassa työmuistin toiminnassa ja tarkkaavuutta ja toiminnanohjausta tarvittaessa. (Erkinjuntti ym. 2009, 69.)

Muistijäljet ovat hermoverkossa, mutta yksittäiset hermosolut eivät tietoisesti muista tai osaa mitään. Muisti syntyy vasta sitten, kun hermosolut ovat kasvattaneet yhteyksiä toisiinsa ja rakentaneet yhdessä monimutkaisia verkostoja. Tuloksena aivoihin muodostuu hermosoluverkostoja ja niihin pysyviä vahvistuvia reittejä, joissa säilyy elämän varrelta saatu tieto ja taito. Ns. muistijälkiä voidaan synnyttää melkein rajattomasti. Ne muistijäljet, jotka ovat pysyviä muodostavat kokemuksen. Muistijälki syntyy silloin, kun hermosolut verkostoituvat uusilla tavoilla ja aivoissa tapahtuu sen seurauksena pysyviä muutoksia. Muistiaineksen säilytyspaikan oletetaan sijaitsevan aivokuoressa. (Erkinjuntti ym. 2009, 70.)

2.3 Muistia heikentävät sairaudet

On erilaisia sairauksia, jotka voivat heikentää muistia. Esimerkiksi masennus voi huonontaa muistia nimenomaan heikentyneen tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn kautta. Masentunut ihminen ei jaksakaan keskittyä siihen, mitä puhutaan tai mitä pitäisi oppia, mikä johtaa siihen, etteivät asiat painu mieleen. Kunnolla opitut asiat muistetaan kuitenkin myöhemmin. Eräät lääkkeet voivat heikentää muistia. Etenkin monet rauhoittavat lääkkeet vaikuttavat aivojen tiedonkäsittelyyn ja muistitoimintoihin, samoin myös tietyt lääkkeet, jotka vaikuttavat virtsan pidätyskykyyn. Alkoholi heikentää usein muistia pysyvästi, jos sitä käyttää runsaasti ja pitkään. (Juva 2011a.)

Erlaiset paikalliset aivovauriot voivat myös vaikuttaa muistin toimintaan. Vasemmalla aivopuoliskolla sijaitsevat vauriot, esimerkiksi aivohalvaus tai aivovamma voi heikentää kielellisiä toimintoja ja siten sanojen muistamista. Aivojen syvissä osissa sijaitsevat vauriot esimerkiksi tiettyjen aivoverenvuotojen tai puutostilojen seurauksena voivat vaurioittaa vakavasti mielenpainamisprosessia ja siten kykyä oppia ja muistaa uusia asioita, vaikka vanhat asiat säilyvät normaalisti mielessä. Aineenvaihduntasairaudet saattavat vaikuttaa muistiin, esimerkiksi vaikeassa kilpirauhasen vajaatoiminnassa muisti voi heiketä. (Juva 2011a.)

2.4 Dementia

Dementia tarkoittaa tilaa, jossa henkilön monet älylliset toiminnot ja aivotoiminnot ovat heikentyneet huomattavasti vaikuttaen sosiaaliseen selviytymisen rajoittumiseen. Dementia voi olla seurausta monista keskushermoston sairauksista, puutostiloista, myrkytyksistä tai lääkkeistä. Dementiassa ilmenevälle muistihäiriölle on yleistä se, että uuden oppiminen tuottaa

vaikeuksia, kuten myös aiemmin opittujen mieleenpalauttaminen. Pelkkä muistihäiriö ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kyseessä olisi dementia. Muistihäiriön ohella dementialle on lisäksi yleistä puheen sisällön köyhtyminen (afasia), ja vaikeus pukeutua ja suorittaa motorisia liikesarjoja (apraksia) ja käsittää nähdyn merkityksen (agnosia). Dementiassa ovat myös esimerkiksi nämä heikentyneet, kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, kokonaisuuksien jäsentäminen ja vertauskuvallisten ilmausten ymmärtäminen. Varsinkin vaikeammassa dementiassa esiintyy usein erilaisia käytösoireita. Dementian taustasta riippuen se voi olla joko ohimenevä, etenevä tai pysyvä jälkitila. (Huttunen 2011.)

Ohimenevien muistioireiden syitä voivat olla aivoverenkierron häiriöt ja lievä aivovamma, epileptinen kohtaus, päihteet ja lääkkeet tai psyykkiset syyt ja sekavuustilat (delirium). Etenevien muistioireiden syitä ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti, Creutzfeldt-Jakobin tauti, Huntingtonin tauti, Hakolan tauti, Pickin tauti tai Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaaliset dementiat. Pysyvän muistihäiriön syitä ovat aivovamma, aivoverenkiertohäiriö, aivotulehdus, B-12 vitamiinin puutos tai leikkauksen ja sädehoidon jälkitila. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 119.)

2.5 Etenevät muistisairaudet

Vakavimpia muistisairauksia poteville ihmisille ovat niin sanotut dementiaan johtavat sairaudet, jotka heikentävät sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta. Dementia on laaja-alaista aivo-toimintojen häiriötä, joka haittaa huomattavasti selviytymistä jokapäiväisistä haasteista. Dementia on oireyhtymä ja sen taustalla on aina jokin sairaus. Eteneviin muistisairauksiin voidaan lukea muun muassa Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus sekä otsalohkoperäiset muistisairaudet. Näiden lisäksi tunnetaan myös paljon erilaisia harvinaisia dementioita, joista osa on perinnöllisiä. (Juva 2011a.) Parkinsonin tauti voidaan myös lukea kuuluvaksi eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. Iäkkäillä ihmisillä on myös melko yleistä, että heillä on verenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä, joka aiheuttaa dementioireita. (Muistiliitto 2013b.)

Lievä kognitiivinen (muistin ja ajatustoiminnan) heikentyminen on tilanne, jossa muisti tuntuu heikentyneeltä ja sen voi havaita myös muistitestistä, mutta henkilö selviää vielä täysin itsenäisesti jokapäiväisessä elämässään, toisin sanoen hänellä ei ole dementiatasoista häiriötä. Huomattavalla osalla lievästä kognitiivisesta heikentymisestä kärsivistä ihmisistä todetaan myöhemmin jokin muistisairaus sairaus, useimmiten Alzheimerin tauti. Joskus Alzheimerin tauti voidaan kuitenkin todeta jo ennen kuin sairaus on edennyt dementian asteelle saakka. (Juva 2011a.)

Etenevät muistisairaudet ovat kansantauteja yhtäläillä kuin sydän- ja verisuonisairaudet. Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä, joten on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota ennaltaehkäisyyn sekä hyvään hoitoon ja kuntoutukseen (Muistiliitto 2013b). Muistihäiriöiden ehkäisyyn on olemassa hyviä keinoja. Hyviä keinoja ovat mm: Aivojen käyttäminen (esim. kouluttautuminen, ristisanatehtävät), virkistävät harrastukset, toimivan sosiaalisen verkoston ylläpito, monipuolinen ja terveellinen ravinto (kalorien rajoittaminen, kasvisen ja kalarasvojen oikeaoppinen hyödyntäminen ruokavaliossa), liikunta ja alkoholin liika käytön välttäminen. Dementiaan johtavien sairauksien riskitekijöitä ovat mm: korkea ikä, diabetes, kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, aiemmat aivovammat, vakava masennus ja raju alkoholin käyttö. (THL 2013.)

Dementiaan johtavien sairauksien varhainen vaihe ilmenee usein muistamisen ongelmina eli uusien asioiden mieleen painaminen hankaloituu ja asiat unohtuvat nopeasti. Varhaisvaiheen toteamiseen voidaan käyttää CERAD -testin osatestiä. Testissä on sanalista, joka opetellaan ja viiden minuutin kuluttua siitä tapahtuu ns. viivästetty sanojen mieleen palauttaminen. Seulonnan tulos ei anna diagnoosia vaan sen tarkoituksena on selvittää, kenen muistivaikeuksien taustaa on tarvetta selvittää tarkemmin. (THL 2013.)

2.5.1 Alzheimerin tauti

Kaikista tavallisin muistisairaus on Alzheimerin tauti (AT), jota tautia sairastaa 65- 70 % kaikista keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta potevista ihmisistä (Viramo & Sulkava 2010, 31). Alzheimerin tauti on yleisin dementian muoto. Se aiheuttaa ongelmia muistin-, ajattelun- ja käyttäytymisen suhteen. Oireet kehittyvät yleensä hitaasti ja pahenevat ajan kuluessa, jolloin oireet estävät normaalista arjesta selviytymisen. (Alz 2013a.) Alzheimerin tauti muuttaa koko aivotoiminnan ja tämä tauti johtaa siihen, että hermosolut kuolevat ja aivokudos häviää aivoista. Kun tauti etenee, niin silloin aivot kutistuvat selvästi. Taudin aiheuttama muutos vaikuttaa suurimpaan osaan eli melkein kaikkeen aivotoimintaan. (Alz 2013b.)

Alzheimerin taudin kliininen kulku jaetaan kolmeen vaiheeseen ja tässä ne ovat esiteltyinä:

- Ensimmäinen vaihe: Ensimmäisen vaiheen keskeiset oireet ovat muistitoimintojen häiriöt, dyspraktiset ja dysfasiset oireet, aloitekyvyn heikentyminen sekä heikentynyt paikkaan ja aikaan orientoituminen. Tässä vaiheessa dementoituva henkilö tajuaa itse oireensa, joka saattaa aiheuttaa masennusta ja ahdistuneisuutta. (Iivanainen ym. 2010, 119.) Dyspraktiset häiriöt tarkoittavat liikesuoritusten ongelmia ja dysfasiat tarkoittavat kielellisiä vaikeuksia (Palanne, Syrjämäki & Tuovinen 2007, 12).

- Toinen vaihe: Toisessa vaiheessa dementoituvalla henkilöllä on neurologisia oireita, kuten kohonnutta lihastonusta, grand mal - tyyppisiä kohtauksia ja parkinsonismia. Dementoituvalla esiintyy selviä muistivaikeuksia ja hänen on vaikea yrittää peittää muistiongelmiaan. Tässä vaiheessa dementoituvalla henkilöllä ovat persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt vielä melko hyvin säilyneet, mutta hän tarvitsee tukea jokapäiväisissä toiminnoissaan. (Iivanainen ym. 2010, 119.) Grand mal - tyyppisellä kohtauksella tarkoitetaan suurta kouristuksellista epileptistä kohtausta (Tohtori 2012).
- Kolmas vaihe: Tässä vaiheessa potilas muuttuu emotionaalisesti passiivisemmaksi ja kontaktin saanti on hankalaa. Myoklonusta ja grand mal - tyyppisiä kohtauksia esiintyy, ja potilas on usein menettänyt virtsanpidätyskykynsä. Potilas ei pärjää yksin vaan on toisen avun varassa. (Iivanainen ym. 2010, 119.) Myoklonus tarkoittaa pakko-liikettä, jonka yhteydessä yksittäiset lihasryhmät supistuvat äkillisesti, voimakkaasti ja lyhytaikaisesti ja tämä ilmenee raajan toistuvina nopeina nykäyksinä tai nytkähdyksinä (Terveyskirjasto 2012).

Alzheimerin taudin hoidossa lääkityksen merkitys on oireiden lievitys. Lääkkeet parantavat keskittymiskykyä, kohentavat toimintakykyä ja vähentävät käytösoireita. Ne eivät kuitenkaan saa sairauden etenemistä pysähtymään, mutta hidastavat sitä. Lääkkeiden avulla pitkäaikais-hoidon tarvetta saadaan viivästettyä noin vuodella. Alzheimerin taudin lääkehoidossa, lääkkeinä käytetään asetyylikoliini-nimisen välittäjäaineen hajoamista estäviä valmisteita donepetsiiliä, galantamiinia tai rivastigmiiniä (ns. AKE-lääkkeet) sekä glutamaatti-nimisen välittäjäaineeseen vaikuttavaa memantiinia. Lisäksi hoitomuotoina on olemassa paljon erilaisia lääkkeettömiä hoitoja ja yhteiskunnan tukipalveluja. (Juva 2011b.)

2.5.2 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on degeneratiivinen, etenevä muistisairaus, joka tavallisesti alkaa 50 - 80 -vuoden iässä. Se on Alzheimerin taudin jälkeen yleisimpiä dementian muotoja. Lewyn kappale -tauti on yksi Lewyn kappale -patologiaan liittyvistä sairauksista. Toinen yleinen sairaus, joka liittyy Lewyn kappale -patologiaan, on Parkinsonin tauti. Näiden sairauksien (Parkinsonin tautiin liittyvä dementia, Lewyn kappale -tauti, Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmä) prosentuaalinen osuus kaikista etenevistä muistisairauksista on katsottu olevan 10 -15 %. Lewyn kappale -taudin osuus siitä on noin 10 % ja vielä siitä suurin osa on sen ja Alzheimerin taudin yhdistelmää. Lewyn kappale -taudin syytä ei tiedetä. Joissakin suvuissa voi esiintyä molempia sekä Parkinsonin tautia että Lewyn kappale -tautia. (Rinne 2010, 159; Martikainen 2009.)

Lewyn kappale -taudin kliininen kuva vaihtelee paljon, mikä selvästi vaikeuttaa diagnoosin tekoa. Taudin alkuvaiheessa sitä pidetään yleensä joko Alzheimerin tautina tai Parkinsonin tautina. Yleisiä piirteitä Lewyn kappale -taudille ovat tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelu, älyllisen toimintakyvyn heikentyminen ja vaihtelu, toistuvat yksityiskohtaiset näköhallusinaatiot sekä Parkinsonin taudille tyypilliset liikehäiriöt: liikkeiden hitaus, jäykkyys ja kävelyvaikeudet. Lewyn kappale -tauti on nimetty taudissa neuropatologisessa tutkimuksessa havaittavien solunsisäisten muodostumien, Lewyn kappaleiden mukaan, joita esiintyy tässä taudissa laajasti aivokuoren hermosoluissa toisin kuin Parkinsonin taudissa. (Martikainen 2009.) Parkinsonin taudissa näitä Lewyn kappaleita tavataan erityisesti vagus-hermon tumakkeessa ja väliaivojen substantia nigraassa (Erkinjuntti ym. 2010, 159). Diagnoosi tehdään kliinisten oireiden ja aivojen patologisen tutkimuksen perustein. Aivojen isotooppikuvauksesta voidaan saada selville dopamiinipuutokseen viittaavat löydökset tyvitumakkeissa. (Martikainen 2009.)

Taulukko 1: Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet, mukailtu (Rinne 2010, 160).

Päätyypit	Yleiset oireet
Kognitiiviset oireet	Muistin heikkous, hahmotushäiriöt, kielelliset häiriöt ja kätevyyden heikkous. Kognitiivisten toimintojen, tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelu on tyypillistä.
Parkinsonismi	Lihaskäykkyys (rigiditeetti), hypokinesia ja kävelyvaikeudet.
Psykoottiset oireet	Hallusinaatiot (erityisesti visuaaliset) sekä harhaluulot.

Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Taulukossa 1 on esiteltyä vasemmalla päätyypit ja oikealla niihin liittyvät yleiset oireet. Muita Lewyn kappale -taudin piirteitä (taulukko 1) ovat usein tapahtuvat kaatuilut, pyörtäily sekä tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanhäiriökohtaukset. Lewyn kappale -tautia sairastavat potilaat ovat myös herkkiä neuroleptilääkitykselle ja jopa pieni määrä kyseistä lääkettä voi johtaa hyvin voimakkaaseen parkinsonismiin pahenemiseen. (Rinne 2010, 160.)

Lewyn kappale -taudin hoidossa ei ole ehkäisevää, parantavaa tai pysäyttävää hoitoa. Potilaat ovat myös epätavallisen herkkiä tietyille psyykenlääkkeille, vaikka niitä voitaisiin tarvita esimerkiksi sekavuuden ja käytösoireiden hoidossa. Jopa pienet lääkeannokset voivat aiheuttaa sekavuutta ja heikentää kävelykykyä. Onneksi on löydetty joitakin sopivia uusista markkinoille tulleista psyykenlääkkeistä tähän tautiin, joista on myös hyötyä. Parkinsonin taudissa käytetyt lääkkeet, joista voisi muuten olla hyötyä samantyyliisiin oireisiin kuin Parkinsonin taudissa, voivat lisätä kuitenkin sekavuutta ja harha-aistimuksia. Lääkehoito onkin todella haastavaa Lewyn kappale -taudin hoidossa. Alzheimerin taudissa käytetyistä lääkkeistä on havaittu olevan hyötyä taudin aiheuttamiin käytösoireisiin, mutta niillä ei ole virallista myyntilupaa Lewyn kappale -taudissa. Fysioterapia on erittäin tärkeä hoitomuoto ja sillä on tärkeä merkitys jo varhaisessa vaiheessa taudin aiheuttamien kävely- ja tasapaino-ongelmien vuoksi siksi, että liikuntakyky saataisiin säilytettyä mahdollisimman pitkään. (Atula 2012a.)

2.5.3 Vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus

Vaskulaarisesta eli aivoverenkiertohäiriöstä johtuvasta muistisairaudesta käytetään nimitystä vaskulaarinen dementia ja tämä on toiseksi yleisin muistisairauksien syy. Taudinkuva on monimuotoinen ja joskus siihen voi liittyä Alzheimerin taudin piirteitä. Taustalla on mahdollista olla monia aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoinfarktit, aivoverenvuodot tai aivojen syvien osien eli valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat häiriöt. Muistisairaudelle altistavat jopa ne aivoinfarktit, jotka ovat tapahtuneet ilman havaittavia oireita. Noin neljäsosa ihmisistä, jotka kärsivät verenkiertohäiriön sairastuu sen jälkeen verenkiertoperäiseen muistisairauteen. Tauti on aiheuttavien tekijöidensä vuoksi luonnollisesti yleisin vanhemmilla ihmisillä ja miehillä tavataan jonkin verran enemmän kuin naisilla. (Atula 2012b.)

Syitä verenkiertoperäiselle muistisairaudelle ovat samat tekijät, jotka lisäävät sydän- ja aivoverisuonisairauksien riskiä: kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, ylipaino, liikunnan vähäisyys, alkoholi ja tupakointi. Nämä mainitut syyt lisäävät aivoverenkiertohäiriöiden riskiä, mikä puolestaan altistaa verenkiertoperäiselle muistisairaudelle. Verenkiertoperäisen muistisairauden oireet eroavat Alzheimerin taudista siten, että muistihäiriöt eivät ole niin voimakas piirre, vaan ainakin alussa toiminnan ohjaus heikentyy muistia selvemmin. Oireet eivät myöskään etene tasaisesti vaan yleensä portaittain joskus voi olla parempiakin päiviä. Lisäksi oireet alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudissa, jopa päivissä tai viikoissa. Muisti- ja ajatustoimintoihin liittyvien oireiden lisäksi esiintyy monissa tapauksissa muitakin neurologiasia oireita vaurioituneiden aivoalueiden sijainnin mukaan, kuten ongelmia kävelyssä, halvauslöydöksiä ja puheentuo-ton häiriöitä. Oireet voivat vaihdella todella paljonkin, koska eri aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamien puutosalueiden koko vaihtelee suuresti ja ne voivat sijaita missä aivojen osassa tahansa. (Atula 2012b.)

Verenkiertoperäinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin sijainnin mukaan, eli ovatko aivojen muutosalueet enemmän kuorikerroksella vai aivojen syvissä osissa. Kaikista yleisin on aivojen syvien osien tauti, joka on aiheutunut pienistä verisuonitukoksista, vuotoista tai muista muutoksista ja sitä sairastaa noin 60 -70 % näistä potilaista. Tässä tapauksessa yleisiä oireita ovat puheentueton häiriöt ilman sanojen löytämisvaikeutta, toispuoleiset halvausoireet, jotka voivat olla joko liike- tai tuntohermojen alueella tai molemmissa sekä kömpelö kävely ja tasapainohäiriöt. Oireiden vaikeusaste vaihtelee ja oireet voivat olla lieviä. Joillakin potilailla saattaa esiintyä pakkoitua ja -naurua. Yleistä on älyllisten toimintojen hidastuminen, samalla tavoin kuin yllä mainitut toiminnanohjauksen häiriöt. Tätä voitaisiin havainnollistaa parhaiten sellaiseksi tilanteeksi, jossa ”hommat eivät suju”, eli työt jäävät puolitiehen eivätkä hoidu oikein. Käytösmuutoksia voi myös esiintyä verenkiertoperäisessä muistisairaudessa, mutta tässä taudissa muistihäiriöt eivät ole niin selkeitä kuin muissa muistisairauksissa. (Atula 2012b.)

Aivo- ja sydänperäisistä syistä luultavasti johtuvat suurten verisuonten tukokset aiheuttavat aivojen kuorikerroksen hapenpuutteesta aiheutuvia kuolioalueita. Tässä tapauksessa yleisinä oireina ilmenee eriasteista sanojen löytämisvaikeutta sekä usein toispuoleinen halvaus ja kävelyhäiriö, lisäksi voi olla myös näkökenttäpuutoksia. Älyllisten toimintojen puutokset ovat melko samanlaisia kuin aiemmin mainitussa ns. pienten verisuonten taudissa. (Atula 2012b.)

Taudinkuva oireineen ja löydöksineen on usein tyypillinen ja yleensä tiedetäänkin jo esimerkiksi aiemmin toistuneet aivoinfarktit. Aivojen tietokone- tai magneettitutkimuksessa nähdään merkit aiemmista aivoverenkiertohäiriöistä, eli useimmiten aivoinfarktien jättämiä arpia sekä usein myös aivojen syvien osien laajat, yhteen sulautuneet muutosalueet ja tämän avulla varmistetaan diagnoosia. Päinvastoin kuin Alzheimerin taudin epäilyssä aivoselkädinnesteenäytteestä ei ole hyötyä diagnosoimisessa, koska siitä ei löydy juuri tälle taudille oleellisia muutoksia. (Atula 2012b.)

Verisuoniperäisen muistisairauden hoito keskittyy taustalla olevan aivoverenkiertosairauden uusiutumisen ehkäisyyn ja riskitekijöiden hoitoon, lääkehoitoa tähän tautiin ei toistaiseksi ole. Alzheimerin taudin lääkkeitä ei ole myyntilupaa vaskulaarisessa dementiaassa, koska tutkimuksissa on havaittu lääkkeiden höydyn olevan rajallista. Hoidossa käytetään muina hoitokeinoina yksilöllisen arvion mukaan suunniteltua kuntoutusta, esimerkiksi fysioterapiaa ja puheterapiaa. Kaikista paras hoito on aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisy eli elämäntapaohjeet tupakoinnin lopettamisesta, maltillisesta alkoholin käytöstä, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hoidosta sekä mahdollisen diabeteksen hyvästä hoitotasapainosta. (Atula 2012b.)

Melkaksen (2011, 9) tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan, joka toteutettiin Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa, aivohalvauksen seurauksesta johtuva dementia ja kognitiivinen

heikentyminen lisäävät kuolleisuutta. Varsinkin toiminnan ohjauksen ja hahmottamisen vaikeudet viittaavat huonoon ennusteeseen. Kognition heikentymisen ennustearvoa korostaa se, että masennuksen esiintyminen yhdessä toiminnanohjauksen häiriön kanssa lisää riskiä aivohalvauksen jälkeen kuolemiselle, mutta masennus yksistään ei sitä lisää. Delirium ei ole riippumattomasti yhteydessä lisääntyneeseen aivoinfarktin jälkeiseen kuolleisuuteen, mutta se on yhteydessä aivohalvauksen jälkeen dementiaan sairastumiselle.

Potilaiden pitkäaikaisseurannan mukaan voidaan todeta, että pienten suonten taudin aiheuttaman aivohalvauksen jälkeinen kuolleisuusriski ja erityisesti sydänperäisen kuoleman riski on suurempi kuin muusta syystä aiheutuneen aivohalvauksen jälkeen. Laaja-alaisten Valkean aineen muutosten esiintyminen on merkinä lisääntyneestä aivohalvauksen uusiutumisen riskistä viiden vuoden seurannassa. (Melkas 2011, 9.)

2.5.4 Otsalohkoperäiset muistisairaudet

Otsa-ohimolohkorappeumiksi kutsutaan ryhmää eteneviä sairauksia, jotka vaurioittavat varsinkin aivojen otsalohkoja. Toisin sanoen otsa-ohimolohkorappeuma on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joissa aivojen otsalohkojen toiminta heikkenee aiheuttaen oireita. Otsa-ohimolohkorappeumien katsotaan käsittävän kolme prototyypistä syndroomaa: frontotemporaalisen dementian, etenevän sujumattoman afasian ja semanttisen dementian. Otsa-ohimolohkorappeumia arvellaan kaikkiaan olevan Suomessa 600 -700. Työikäisten osuus, jotka sairastavat etenevää muistisairautta, on arviolta 10 % (joidenkin arvioiden mukaan jopa 20 %) ja kaikista tapauksista alle 5 %. (Rinne & Remes 2010, 165 -166.)

Otsa-ohimolohkorappeumista on käytetty monia nimityksiä, ja vaihtelua on ollut myös siinä, mitkä sairaudet ja oireyhtymät on luettu ryhmään kuuluviksi. Monet nimitykset heijastuvat osalta siitä, että otsa-ohimolohkorappeumien etiologia on tuntematon. Sairauden fenotyyppi voi vaihdella saman suvun sisällä ja erottelu alatyyppieihin kliinisen kuvan perusteella on haasteellista. Viime vuosien tutkimuksista selvinneet havainnot etenkin neuropatologian ja genetiikan aloilla ovat helpottaneet alatyyppien luokittelua. Tämä ryhmä sairauksia tullaan luokittelemaan eri sairauksiksi, kun niiden geneettiset taustat saadaan selvitettyksi. (Rinne & Remes 2010, 165.)

Frontotemporaalisessa dementiassa yleistä on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Alkuvaiheessa muisti toimii vielä paremmin. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuotto on hankalaa ja puhe sisältää kieliopillisia virheitä. Potilaalla on ongelmia sanojen löytämisessä, lukemisessa ja kirjoittamisessa. Muut kognitiiviset osa-alueet ovat pysyneet ennallaan. Semanttista dementiaa poteva ihminen kärsii sanojen merkitysten hämärtymisestä eli hänellä on todellisia vaikeuksia sanojen löytämisessä, mutta puheen tuotto on sujuvaa. Esi-

neiden tunnistamiskyky on huonontunut. Muisti on kuitenkin melko hyvin säilynyt. (Rinne & Remes 2010, 165.)

2.6 Muistihäiriöiden tutkimus

Muistin vaikeudet ovat yleisiä, mutta ne eivät kuitenkaan aina merkitse muistisairautta. Jos muistivaikeudet haittaavat toimintakykyä potilaan tai omaisten mielestä, on muistihäiriö silloin aina syytä selvittää. Tutkimuksiin voi hakeutua joko oman terveyskeskuslääkärin luokse tai yksityislääkärin vastaanotolle. Aluksi lääkäri yrittää selvittää haastattelemalla muistihäiriön laajuuden ja haittaavuuden ja tarvittaessa tiedustelee asiaa myös omaiselta. Tässä vaiheessa pyritään myös selvittämään muistin ja tiedonkäsittelyn tasoa jollakin kognitiivisen testin avulla. Yleisin ja yksinkertaisin näistä testeistä on Mini-Mental State Examination (/MMSE), joka koostuu 30 kysymyksestä liittyen orientaatioon, muistiin, päättelyyn ja hahmotukseen. CERAD on tarkempi kognitiivinen tutkimus ja sitä voidaan tarvittaessa käyttää. CERAD on kehitetty erityisesti siihen, että Alzheimerin tauti pystyttäisiin toteamaan varhaisessa vaiheessa. (Juva.)

MMSE -testiä hyödyntävät usein myös kotisairaanhoidajat ja muut terveydenhuollon työntekijät, ja CERADia monet muistihoidajat ja dementia-neuvojat. Muistitestejä voidaan tehdä myös muisti- ja dementia-yhdistyksissä ja halutessaan testeihin voi hakeutua hyvin jo ennen lääkärin vastaanottoa. Testin tuloksen perusteella lääkäri arvioi, kuulostaako muistihäiriö vakavalta ja viittaako testin tulos johonkin muistisairauteen. Esimerkiksi masennus voi aiheuttaa selkeän muistihäiriön, samoin kuin yleiskuntoa heikentävä sairaus tai jokin epäsopeva lääkitys. Mikäli selvä muistihäiriö todetaan, otetaan usein jo heti terveyskeskuksessa tietyt verikokeet, joilla pyritään selvittämään erilaiset aineenvaihduntahäiriöihin ja yleissairauksiin liittyvät muistihäiriöt, kuten kilpirauhasen hoitamaton vajaatoiminta tai B-12 vitamiinin puutos. Nämä ovat kuitenkin erittäin harvinaisia muistihäiriöiden syitä, mutta pienenkin mahdollisuuden vuoksi selvitetäviä. Mikäli muistihäiriön syy ei näiden tutkimusten avulla selviä, on tehtävä tarkempia tutkimuksia kuten aivojen kuvantaminen. Tämä vaatii yleensä lähetteen erikoissairaanhoidon, neurologin tai geriatriin vastaanotolle. Joskus tietyissä tilanteissa tarvitaan myös neurologisia lisätutkimuksia. EEG:tä on tarpeellista käyttää tiettyjen aivotulehdusten selvittämisessä. SPET isotooppikuvauksesta on mahdollista saada lisätietoa dementian tyypistä. Jos henkilöllä on Alzheimerin tauti, niin silloin selkäydinnesteessä (likvorin) tiettyjen valkuaisaineiden (amyloidin ja tau-proteiinin) suhde on poikkeava. (Juva.)

Pääosin diagnoosi tehdään kuitenkin kliinisen kuvan (oireiden ja neurologisessa tutkimuksessa esiin tulleiden löydösten) sekä muistin ja tiedonkäsittelyn tason ja tyyppien eli neuropsykologisten löydösten perusteella. MMSE ja CERAD -testien lisäksi tehdään usein myös huolellisia neuropsykologisia testejä, jotka voivat viedä jopa useita päiviä aikaa. Nämä antavat tarkan käsi-

tyksen muistin ja päättelykyvyn, kielellisten ja hahmotushäiriöiden luonteesta. Näiden perusteella pystytään yleensä erottamaan sekä masennus että normaali vanheneminen muistisairauksista, että eri muistisairaudet toisistaan. Diagnoointi perustuu tutkimusten kokonaisuuteen, jonka avulla lääkäri asettaa diagnoosin. Joskus voi käydä myös niin, ettei tilanne selviä huolellisissakaan tutkimuksissa, jolloin tilannetta jäädään seuraamaan ja uusintatutkimuksia sovitaan esimerkiksi vuoden päähän. (Juva.)

3 Vuorovaikutus ja ohjaaminen muistisairauksia potevien ihmisten kanssa

Vuorovaikutus on kahden tai useamman ihmisen vastavuoroista viestintää. Vuorovaikutussuhteessa kommunikoidaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen kautta. Tilanteessa on mukana kummankin osapuolen kokemukset, arvot, uskomukset sekä tunteet. Puhutun kielen lisäksi kommunikointi tapahtuu myös ei-sanallisin viestein. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 6, 19.) Hyvän vuorovaikutussuhteen tunnusmerkkejä ovat empatia, arvostus, aitous, avoimuus, luottamus, turvallisuus, joustavuus, sitoutuneisuus ja aito välittäminen. Edellytyksenä on tieto sairaudesta ja sen vaikutuksista potilaaseen. Tärkeää on ymmärtää potilasta ja kyetä asettumaan tämän asemaan. Dementiaoireisiin kuuluvat muistin heikentyminen, kielen ja puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeudet. Hahmottaminen, liikesarjojen toistaminen ja toiminnan ohjaaminen vaikeutuvat. Dementiaa potevan ihmisen voi olla vaikea saada kontaktia ympäristöönsä, sillä muiden on vaikea ymmärtää hänen käyttäytymistään. Dementiaa potevan ihmisen kielen täsmällisyys ja viestintätaidot heikentyvät. (Laaksonen ym. 2002, 5-7.)

Vuorovaikutustilanteessa koskettaminen on hyvä viestimisen väline. Se välittää huolenpitoa ja arvostusta ja voi auttaa suuntaamaan tarkkaavaisuutta. Se on hyvä väline varsinkin pitkälle edenneessä dementiassa. Ilmeet ja eleet ovat tärkeä osa vuorovaikutusta. Niillä tuetaan kielellistä ilmausta, ilmaistaan tunteita ja asenteita, luodaan yhteys toiseen ja luodaan kuva omasta olemuksestaan. Ilman näitä ilmaisu on melko köyhää. Keskustelun tueksi on hyvä ottaa sanattomia keinoja. Osoittaminen voi olla hyvin tehokasta. Kun puhutaan esimerkiksi lampusta, osoitetaan samalla sitä. Myös kuvia voi käyttää muistin tukena. Kuviakin vielä konkreettisempi keino on esineiden käyttö. (Laaksonen ym. 2002, 19, 28, 42-44.)

Näön ja kuulon heikkenemisen vuoksi on tärkeää, että dementiaa poteva ihminen näkee puhujan kasvot. Puhujien kasvot tulisi olla samalla tasolla lähietäisyydellä. Myös kasvojen liikkeiden näkeminen edesauttaa ymmärtämistä. Keskusteltaessa kaikki taustamelu kannattaa minimoida. Dementiaa potevalle ihmiselle puhuessa sävelkulun vaihtelua tulisi korostaa sekä sanoja painottaa. Tämä auttaa keskittymään puheen kuunteluun. (Laaksonen ym. 2002, 18.)

Kun dementiaa potevan ihmisen kielelliset taidot heikkenevät, keskinäisestä ymmärtämisestä tulee haasteellista. Dementiaa potevan ihmisen kanssa keskusteltaessa tärkeää on katsekontakti. Puhu hänelle selkeästi ja hitaasti. Käytä lyhyitä ja selkeitä lauseita, joita on mahdollisimman helppo ymmärtää. Kieltolauseet ja päättelyä vaativat lauseet ovat hankalia, joten ohjeet tulisi antaa suoraan. Käytä tuttuja ja arkipäiväisiä sanoja. Puhu vain yhdestä asiasta kerrallaan. Kun puhut ihmisistä, puhu heistä heidän nimillään. Muista kuitenkin, että hän ei ole lapsi. (Alzheimer Europe 2009; Laaksonen ym. 2002, 7, 47.)

Voit itse auttaa dementiaa potevaa ihmistä löytämään oikean sanan tarvittaessa tai päättämään lauseen jos hänellä on vaikeuksia. Älä keskeytä turhaan, vaan anna aikaa ajatella ja toimia. Älä kiinnitä huomiota puhujan virheisiin ja niiden korjaamiseen. Kuuntele häntä aina tarkkaavaisesti ja koeta ymmärtää mitä hän todella yrittää sanoa, äläkä niinkään keskity sanan varsinaiseen merkitykseen. Dementiaa poteva ihminen saattaa myös joskus käyttää sanaa väärässä merkityksessä tai sopimattomasti ja loukata vahingossa ihmisiä. (Alzheimer Europe 2009.)

Hyvät vuorovaikutussuhteet ovat erittäin tärkeitä ohjaustyössä, kuten kaikissa muissakin tilanteissa työskenneltäessä ihmisten kanssa. Vuorovaikutus on ihmisten välistä sosiaalista kanssakäymistä ja se on tapa, jolla ihmiset vaikuttavat ja vastaavat toistensa toimintaan. Vuorovaikutuksessa on kyse sanattomasta ja sanallisesta ilmaisusta, ilmeistä, ja eleistä sekä kehon asennosta ja liikkeistä. On tilanteita, joissa myös vaatetusta voidaan käyttää osana viestintää. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 44.)

Ohjaus on keskeisessä osassa hoitotyössä. Ohjaaminen on suunnitelmallista toimintaa osana muuta asiakkaan hoitoa ja toimenpiteitä. Ohjauksen avulla autetaan asiakasta löytämään voimavarojaan, kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään parhaan mukaan. Ohjaus hoitotyössä tarkoittaa asiakkaan johtamista tai johdattamista johonkin ja hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjauksen tarkoituksena on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta elämänsä parantamiseen. Ohjaus eroaa muusta keskustelusta siinä, että se on suunnitelmallista ja sisältää tiedon antamista. Asiakkaan ja hoitajan suhde on tasavertainen. Hoitaja on päätöksenteossa tukija. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5, 25.)

Hoitotyössä ohjauksesta käytetään monia eri käsitteitä ja näiden käsitteiden käytössä on ollut epäselvyyksiä, mikä tekee ohjauksen tunnistamisesta ongelmallista (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Ohjauksen synonyymejä eivät ole esimerkiksi neuvonta, opetus ja tiedon antaminen, vaikka niitä voidaankin käyttää rinnakkain käsitteinä ohjauksen kanssa (Kyngäs ym. 2007, 5). Näiden käsitteiden välillä on eroavaisuuksia. Opetuksella tarkoitetaan systeemiä, joka sisältää suunniteltuja toimintoja vaikuttaen asiakkaan käyttäytymiseen. Hoitaja osallistuu asiakkaan

oppimissuunnitelman tekemiseen ja antaa sen toteuttamiseen oppimiskokemuksia. Ohjaus ei ole opetuksen kanssa täysin sama asia, vaan se edeltää opetusta. Ohjauksessa hoitaja ja asiakas käyvät läpi yhdessä asiakkaan tilannetta, jotta hän voi rakentaa oman toteuttamistavan ongelmien ratkaisuun ja on halukas oppimaan. Neuvonnalla tarkoitetaan prosessia, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään päätöksiä, esimerkiksi sanomalla opeteltavan asian. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä ei anneta suoria neuvoja. Tiedon antamisessa keskitytään puolestaan ohjattavan asian sisältöön, jolloin kirjallisen materiaalin käyttö on runsaampaa ja vuorovaikutus jää taas vähäisempään rooliin kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Heidän välillään on vuorovaikutteinen ohjaussuhde. Hoitajan tulee ohjauksessa tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Ohjauksen tärkeitä piirteitä ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kyngäs ym. 2007, 25-26.) Ohjauksen kannalta on tärkeää, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää, mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Onnistunut ohjaus perustuu riittäviin taustatietoihin. Hoitajan tulee kunnioittaa asiakkaan autonomiaa, olla luotettava, osoittaa aitoa kiinnostusta ja arvostusta asioihin. Hoitajan tulee myös olla rohkaiseva, ymmärtäväinen, ilmaista ajatuksensa selkeästi ja esittää kysymyksiä. Onnistuneeseen vuorovaikutussuhteeseen vaaditaan molemmilta osapuolilta halua työskennellä yhdessä, samanlaisia odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. Onnistuneessa ohjauksessa molemmat osapuolet ovat tavoitteellisia ja aktiivisia. Hoitajan tulisi rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Toimivassa suhteessa asiakas saa oman tilanteensa kannalta tarpeellista ja sopivaa tietoa ja tukea. Hän ymmärtää paremmin itseään ja omaa tilannettaan ja tuntee itsensä arvostetuksi. Hoitajan tulee ottaa huomioon asiakkaan voimavarat. (Kyngäs ym. 2007, 42-43, 47-48).

Ohjaamista voidaan kuvata prosessina ja prosessin vaiheet ovat samat sekä yksilö- että ryhmäohjauksessa. Ohjausprosessista puhuttaessa ei tarkoiteta pelkästään jonkin yksittäisen ohjaustuokion valmistelua vaan merkitsee yhtä lailla koko ohjaustoiminnan laajaa kokonaisuutta. Ohjausprosessi alkaa aina tavoitteen asettamisesta, eli tehdään päämäärä, johon juuri omalla toiminnalla pyritään. Tavoitteen määrittelyn jälkeen, seuraava vaihe on suunnitelman teko, jossa vastataan kysymyksiin mitä, miksi, missä, koska, kenelle ja miten. Suunnittelu on kaikista vaiheista tärkein ja suunnitelma on olennainen työväline missä vaan ohjaustoiminnassa. Suunnitelma on pohjana valmistautumiselle eli sen avulla ennakoidaan ja mietitään erilaisia keinoja, joilla tehdyt tavoitteet voidaan saavuttaa. Suunnitelmia on eritasoisia ja niitä voidaan tehdä joko tietystä yksittäisestä ohjaustilanteesta tai voidaan laatia toimintasuunnitelmia esimerkiksi koko vuotta varten (Kalliola ym. 2010, 77.)

Menetelmien valinta riippuu tehdystä tavoitteesta, mutta siihen vaikuttaa myös paljon ohjattava yksilö tai ryhmä. Ohjaajan tulee tiedostaa, että menetelmä on vain väline tavoitteen saavuttamiseksi, muttei ole itse tarkoitus. Toteuttamisvaiheessa toimintaa toteutetaan suunnitelmien avulla. Tehtyjä suunnitelmia täytyy usein vielä muokata ja tarkistaa toteuttamisvaiheessakin. Palaute ja arviointi tehdään toteuttamisvaiheen jälkeen. Palaute kerätään erilaisin menetelmin riippuen siitä, millaisesta ohjaustoiminnasta on kyse. Lisäksi on hyvin tärkeää, että ohjaaja arvio itseään omasta ohjaamisestaan. Tämän jälkeen ohjaaja muuttaa toimintaansa palautteen mukaan tai jatkaa onnistuneella toiminnallaan yksilön tai ryhmän kanssa. Ohjaamisen prosessi koostuu tavoitteesta, suunnitelmasta, menetelmästä, toiminnasta sekä palautteesta ja arvioinnista. Se etenee tavoitevaiheesta palautteeseen ja arviointiin. (Kalliola ym. 2010,78.)

Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia ohjaustapoja. Hyväksyvässä tavassa hoitajan rooli on kuunnella, hyväksyä ja tukea, kun asiakkaan tunteet ovat pinnassa. Konfrontoivaa tapaa käytetään osoittamaan asiakkaan puheen ja tekojen ristiriitoja. Katalysoivaa tapaa käytetään kun selvitetään asiakkaan tilannetta avointen kysymysten avulla. Ohjaustavasta huolimatta tärkeää on välttää ammattitermien käyttöä ja puhua niin, että asiakas ymmärtää. (Kyngäs ym. 2007, 43-44). Ryhmiä ohjattaessa on tärkeää huomioida kyseinen ryhmä eli millainen ryhmä on kyseessä, kuinka kauan ryhmä on ollut koossa ja missä vaiheessa ryhmän toiminta on (Kalliola ym. 2010, 108).

Mitään mitä ihminen tekee, ei ole aivan turhaa tai merkityksetöntä, vaan kaikki asiat mitä tekee, suuret tai pienet, voivat olla askel kuntoutumisen polulla. Kuntoutumisella pyritään siihen, että ihminen pystyy elämään niin tyytyväisenä ja toimeliaana kuin mahdollista. Kuntoutumisprosessi tarkoittaa kuntoutujan ja työntekijän välistä dynaamista ja rakentavaa vuorovaikutussuhdetta, jonka onnistuneen tuloksen kautta kuntoutujan kokonaisvaltainen toimintakyky paranee elämänlaadun kohotessa. Ohjaaminen keskittyy enimmäkseen ”oppimiseen” ja kokemuksellisuuteen. Kuntoutuksen ohjauskerroilla on selkeä rakenne, ja eteneminen tapahtuu kuntoutumisen vaiheista riippuen. Kuntoutuminen pystytäänkin katsomaan kokemustiedon tuottamisen ja toiminnan tasolla tapahtuvana jatkuvana oppimisena. Kuntoutumissuhde on myös terapeutin suhde ja kun kuntoutuja tuntee saavansa vahvistusta ja hyötyä ohjauksesta, hänelle selviää, että omilla kokemuksilla ja toiminnalla on merkitystä kuntoutumisessa. Sairauteen ja ympäristön olosuhteisiin tottumisen lisäksi kuntoutuminen on henkistä kasvua ja luovien ratkaisujen löytämistä, joka tarkoittaa kokonaisuudessaan oman elämän uudelleen organisoimista. (Kukkonen-Lahtinen 2006, 10.)

Mattila on määritellyt hyvin käsitteen ohjaava kuntoutus kasvatustieteen tutkimuksessaan (2002, 203) Ohjaava kuntoutus perustuu kokemuseräiseen ohjaukseen (counselling), asiakkaan kuntoutumista tukevaan ja edistävään, sosiaaliseen ja kommunikatiiviseen toimintaan.

Ohjaaja, joka vastaa kuntoutuksesta on asiakkaan kumppani ja hän tuntee eettistä vastuuta asiakkaastaan. Ohjaaja luottaa asiakkaansa asiantuntemukseen ja kehittymiseen sekä hän toteuttaa ohjauksellisia interventioita, jotta hän voi tunnistaa ja hyödyntää asiakkaansa voimavaroja ja osoittaa hänen oppimistaan. Ohjaaja on asiakkaan apuna hänen vahvistumisessa ja voimaantumisessa. Kokemusperäisen ohjauksen ja kokemustiedon kautta kuntoutumisen ohjaaja kokee myös itse kehittymistä ja kasvua.

4 Fyysinen kuntoutus ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta

Fyysinen kuntoutus on fysioterapian ohjeiden mukaista ja tapahtuu fysioterapeutin seurannassa. Fysioterapia on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Tavoitteena on ylläpitää, kohentaa ja parantaa muistisairautta potevan ihmisen toimintakykyä. Hoitoprosessi on intensiivistä. (Käyhty & Ahvo 2001a, 23.) Kuntoutus on laaja kokonaisuus, jossa tavoitteet ja keinot muuttuvat sairauden edetessä ja jossa huomioidaan myös hänen omaisensa. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot muuttuvat jatkuvasti sairauden edetessä ja siksi toimintakyvyn säännöllinen arviointi on tärkeää. (Heimonen & Granö 2005.)

Hyvän kuntoutuksen piirteitä ovat potilaslähtöisyys, yhteistyö läheisten kanssa, moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus ja oikein ajoitettu kuntoutus. Omaisten ohjaus ja neuvonta auttavat heitä ymmärtämään, kohtaamaan ja kuuntelemaan muistisairautta potevaa ihmistä sekä hänen tarpeitaan. Samalla he auttavat ja tukevat hänen toimintakykynsä säilymistä ja ehkäisevät käyttöoireiden syntymistä. Laitoshoitoon joutumisen riski voi vähentyä jopa 80 % pelkäämään omaisten mukana olemisella, ohjaamisella ja tukemisella. Ohjaus ja neuvonta tulee aloittaa heti lääkärin tehtyä diagnoosin. On tärkeää, että dementoivan sairauden lisäksi muut perussairaudet hoidetaan. (Huusko 2001, 25.)

Kuntoutus tulee aloittaa ajoissa, sillä aloittamisen viivästyminen voi aiheuttaa korjaamatonta vahinkoa muistisairautta potevan ihmisen toipumisen kannalta (Huusko 2001, 25). Vaikka on kyse parantumattomasta sairaudesta, oikeanlaisella hoidolla ja kuntoutuksella voidaan sairauden kanssa elää, parantaa elämänlaatua ja selviytyä arjesta. Kuntoutuksen perustana on, että sairaus havaitaan ajoissa, tukimuodot on valittu yksilöllisesti sopiviksi ja toteutetaan muistisairautta potevan ihmisen ja hänen perheensä kanssa yhdessä sekä hänen perheensä tilanne tunnetaan ja otetaan huomioon. (Heimonen & Tervonen 2004, 54.)

Kuntoutus tulee suunnitella yhdessä kuntoutujan ja hänen omaishoitajansa kanssa. Usein sairauden alkuvaiheessa harjaannutetaan taitoja sekä etsitään uusia keinoja toimintakyvyn heikentyneiden osa-alueiden kanssa selviytymiseksi. Keskivaikeassa vaiheessa on tärkeää ylläpitää toimintaa. Vaikeassa vaiheessa vuorovaikutuskyvyn ja liikuntakyvyn säilyminen on tärkeää.

ää. (Heimonen & Tervonen 2004, 55.) Kuntoutuksen kohteena on itse muistisairautta potevan ihmisen lisäksi usein myös hänen hoitajansa sekä perheensä (Pitkälä 2010).

Jokaiselle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jolloin jokainen pystyy saavuttamaan itselleen parhaan mahdollisen toimintakyvyn. Koko prosessi lähtee muistisairautta potevan kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnista, sen hetkisten voimavarjojen tunnistamisesta ja keinojen määrittämisestä ja jatkuu aina niiden toteuttamiseen ja arviointiin. Fysioterapiaa voidaan tehdä yksin tai ryhmässä. (Käyhty & Valvanne 2004, 48.)

4.1 Liikunnan merkitys iäkkäille ihmisille ja hyviä liikuntavinkkejä

Terveysliikunnan hyödyntämisellä elämässä on selkeä vaikutus vireystilaan, mielialaan ja kognitiivisiin kykyihin ja jopa Alzheimerin taudin myöhentämiseen. Säännöllinen liikunta on iäkkäillä tärkeämpää kuin harjoittelun kesto tai sen intensiteetti. Ihannetapauksena fyysinen harjoittelu koostuu reippaasta kävelystä, voimistelusta ja voimaharjoittelusta. Ohjattu ryhmässä harjoittelu tuo mukanaan myös sosiaalisen komponentin. Parhaan tehon harjoittelusta saa lääkärin yksilöllisesti antamasta neuvonnasta, joka on hyvä saada myös kirjallisessa muodossa. Usein on hyvä saada fysioterapeutti opastamaan ja valvomaan liikunnan toteutusta. (Sulkava 2009.)

Liikuntaharjoittelu on välttämätön osa iäkkäiden ja erityisesti muistisairautta potevien kaatumisten ehkäisyä. Monipuolisesti lihaskuntoa, tasapaino- ja liikuntakykyä ylläpitävä ja parantava harjoittelu tehdään jokaiselle muistisairaalle iäkkäälle heidän voimavarojensa ja kykijensä mukaan niin, että se on tehokasta, mielekästä ja turvallista. Yksilöllisen ohjauksen merkitys on suuri, mutta ryhmässä toteutettavalla liikuntaharjoittelulla on tärkeä sosiaalinen merkitys. Ryhmäliikuntaa toteutettaessa on muistettava varata riittävästi avustajia auttamaan ja muistuttamaan liikkujia siitä mitä tehdään. Ohjaaja vastaa liikuntaohjelman ja harjoitteiden sekä liikuntapaikan turvallisuudesta ja hän on myös vastuussa siitä, ettei harjoittelun aikana synny mahdollisia kaatumisille altistavia tilanteita. Muistisairautta potevan ihmisen liikuntaohjelmassa tulee olla säännöllinen ulkoilu vuodenajasta riippumatta. Liikuntaharjoittelun tulee olla haasteellista ja kuormittaa elimistöä riittävästi, jotta harjoittelun hyödyt, kuten lihasvoiman tai tasapainon paraneminen, saadaan aikaan. (Pajala 2012, 19, 69.)

lökkään ihmisen heikentynyt terveys tai toimintakyky voi vain todella harvoin estää kokonaan liikunnan. Sairauden vuoksi täytyy kuitenkin joskus hetkellisesti vähentää tai muuttaa, mutta yritetään aina palata mahdollisimman pian säännölliseen harjoitteluun tai harrastusrytmiin. Melkein kaikissa pitkäaikaissairauksissa liikunnan merkitys on keskeisessä osassa sairauden hyvän hoitotasapainon ylläpitämistä. Kun suunnitellaan ja toteutetaan iäkkäille liikuntaa, on muistettava aina huomioida yksilölliset mahdollisuudet ja rajoitteet. (Pajala 2012, 20.)

lääkkäiden liikkumisessa sekä harjoittelussa on todella tärkeää niiden säännöllisyys ja jatkuvuus. Liikunnan tulee olla jokapäiväistä ja jotakin hieman rasittavampaa liikuntaa tulee tehdä vähintään 2-4 kertaa viikossa. Terveysliikuntasuosituksen mukaisen päivittäisen 30 minuutin liikuntasuorituksen voi toteuttaa myös siten, että liikkuu vaikkapa 10 - 15 minuutin jaksoina. Varsinkin niiden iäkkäiden, jotka ovat liikkuneet vähän tai aiemmasta liikunta harrastuksesta on jo kulunut aikaa, on hyvä aloittaa harjoittelu liikunnanohjaajan tai fysioterapeutin ohjauksessa. Tarkoituksena on, että ohjaaja opettaa oikeat harjoitteet ja sopivan tehon suorituksille, jolloin harjoittelun aloittaminen on turvallista ja tehokasta. Osa harjoittelusta voidaan tehdä arkiliikuntana. (Pajala 2012, 21.)

Jo lyhyeksi ajaksi vuodelepoon jouduttaessa tai liikuntarajoitus huonontaa nopeasti iäkkään yleiskuntoa, tasapainoa ja lihasvoimaa. Siksi on erityisen tärkeää päivittäinen liikkuminen ja pystyasennossa oleminen. Sairauden aikanakin pitäisi yrittää päivittäin ainakin nousta vuoteesta ylös seisomaan ja ottaa muutama askel sängyn vieressä. Tämän seurauksena pystytään ylläpitämään säätelyjärjestelmien sekä hengityselimistön toimintaa. Vähitellen aletaan lisätä liikuntaa, kun aletaan toipua sairaudesta ja tietenkin vointi huomioon ottaen. Iäkkäälle pitää myös mahdollistaa säännöllinen ulkoilu, myös silloin kun hän on hoivakodissa tai pitkään sairaalahoidossa. Parvekkeella tai sisäpihalla on hyvä ulkoilla jos iäkkään liikuntakyky on hyvin heikko. Erittäin hyvää tasapainoharjoitusta ja samalla myös mielenvirkistystä saa luonnossa kävellessä. Ulkona liikkumisen turvallisuutta lisää se, että joku on mukana ulkoilemassa. (Pajala 2012, 21.)

Iäkkään motivaatio liikkumiseen voi olla huono, esimerkiksi terveydentilan, kipujen, masennuksen tai muistisairauden vuoksi tai siksi, että hän ei ole enenkään ollut kiinnostunut liikunnan harrastamisesta. Liikuntamotivaation herättämiseksi ja sen säilymiseksi, on tärkeää löytää jokaiselle oma mieluisa liikuntamuoto. Ratkaisevaa liikuntamotivaation säilymiselle voi olla myös se, kenen kanssa liikkuu ja missä. Tehokas harjoittelu voi tapahtua niin ryhmässä kuin kotonakin. (Pajala 2012, 21.)

4.1.1 Tasapainoharjoittelun vaikutukset

Tasapainoharjoitteiden tarkoituksena on luoda muistisairautta potevalle ihmiselle turvallinen ilmapiiri ja mahdollistaa kokemus oman kehonsa hallinnasta. Häntä rohkaistaan liikkumaan. Näin hänen itseluottamuksensa kasvaa ja oman elämänsä hallinta vahvistuu. (Suominen, Kanus, Käyhty, Ahvo, Rahikainen, Kaikkonen, Timonen, Koivula, Berg, Salmelin & Jalkanen-Mayer 2001, 80.) Tasapainoharjoittelu on tehokkain tapa ehkäistä kaatumista. Tasapainoharjoittelussa kehon tuntemus ja hallinta paranevat ja kaatumispelko vähenee. Tasapainon säätelyjärjestelmän kannalta pystyasento ja jalkeilla oleminen on erityisen tärkeää. Tasapaino

harjaantuu myös päivittäisissä toimissa, joten muistisairautta potevan ihmisen tulisikin antaa tehdä mahdollisimman paljon itse. Harjoitukset tulee valita yksilöllisesti niin, että huomioidaan jokaisen oma lähtötaso ja rajoitteet. Fysioterapeutti on mukana harjoittelun suunnittelussa ja ohjauksessa. Tasapainoharjoitteluja tulisi tehdä mahdollisimman usein, useita kertoja päivässä. (Pajala 2012, 22-23.)

Tasapainoharjoitteita voidaan tehdä yksin tai ryhmässä. Tavallisesti alkuvaiheessa tasapaino on huono ja yksilöharjoittelu on silloin parempi vaihtoehto. Tasapainon edistyessä voidaan siirtyä ryhmäharjoitteluun, itsenäiseen harjoitteluun tai harjoitteluun omaisen tai hoitajan kanssa. Ryhmät ja muiden tuki voivat olla hyvin motivoivia harjoitteluun. Ryhmissä tulee kuitenkin järjestää eritasoisia harjoitteita, jotta kaikki saavat omansa tasoista toimintaa. Jotta tasapaino kehittyisi, täytyy harjoitteiden haastavuutta lisätä aika-ajoin. Hyvällä ohjauksella on tärkeä merkitys. Ryhmissä on paljon käytetty erilaisia tasapainoratoja ja tehtäviä. Pehmeät alustat, nopeat käännökset ja pysähdykset ovat tehokkaita tasapainon kehittämässä. Ulkona lenkkeileminen, hiihtäminen, tanssiminen ja pallopelit on katsottu tehokkaiksi keinoiksi. Kaatumisen ehkäisyn kannalta taiji- harjoittelun on todettu olevan erittäin hyvä liikuntamuoto. (Pajala 2012, 23-24.)

4.1.2 Lihaskuntoharjoittelun vaikutukset

Hyväkuntoinen lihaksisto auttaa monessa asiassa, kuten tasapainon hallinnassa, hyvän ryhdin ylläpitämisessä ja turvallisen liikkumisen mahdollistamisessa. Lihakset ovat tärkeä proteiiniavarasto ja lihasmassan kasvaminen parantaa insuliiniherkkyyttä eli elimistön kykyä ylläpitää sokeritasapainoa. Ainoastaan lihaskuntoa kehittämälläkin kaatumisia voidaan vähentää, mutta vielä tehokkaampaa on kun tehdään lihaskunto- sekä tasapainoharjoitteita. Lihaskuntoa on mahdollisuus parantaa koko elämän ajan. Iäkkäänäkin lihakset vielä kehittyvät ja voimaa tulee lisää harjoittelemalla. Jo pieni lihaskunnan kehittyminen voi merkitä paljon iäkkään henkilön toiminta- ja liikkumiskykyyn. Esimerkiksi wc:ssä käyminen sujuu paremmin ja turvallisuus lisääntyy merkittävästi, kun alaraajoissa on riittävästi voimaa. (Pajala 2012, 26.)

Lihaskuntoharjoittelu käy melkein kaikille iäkkäille, vaikka kunto tai toimintakyky olisi huomattavastikin heikentynyt. Heikkokuntoisen iäkkään harjoittelu aloitetaan lisäpainojen sijasta omaa painoa hyväksi käyttäen toiminnallisissa harjoitteissa, kuten tuolilta nousemisessa. Jos iäkäs ei ole ennen harjoitellut lisäpainoilla tai kuntosalilla, tai aiemmasta harjoittelusta on jo pitkä aika, on syytä keskustella lääkärin kanssa ennen harjoittelun aloittamista. Harjoittelun on oltava jatkuvaa, koska harjoittelematon lihas heikkenee nopeasti, varsinkin iäkkäänä. (Pajala 2012, 26.)

4.1.3 Kestävyyskuntopharjoittelun vaikutukset

Hyvän kestävyyskunnan omaavalla sujuu arkiaskareet ja liikkuminen vaivatta ja väsymättä. Kestävyyskuntopharjoittelu on terveydelle tärkeää ja sen tarkoituksena onkin ylläpitää ja parantaa sydän- ja verenkiertoelimistön sekä hengityselimistön toimintaa. Harjoittelulla on myös merkittävä rooli näiden elinjärjestelmien sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Reipas kävely, sauvakävely, pyöräily ja uinti ovat hyviä kestävyyskuntopharjoittavia muotoja. Terveysliikuntasuosituksen mukaan kestävyyskuntopharjoittavaa liikuntaa pitää harrastaa viikoittain ainakin kahden ja puolen tunnin ajan, vaikka 30 minuuttia päivittäin. Suorituksen oikean merkityksen kannalta, se tulee tehdä reippaasti siten, että saadaan vähän hikeä pintaan ja hengityskin tihenee. Oikeassa määrin hengityselimistöä kuormittavan liikunnan rasittavuudesta voi hyödyntää PPPP-sääntöä joka siis tarkoittaa, että liikkuessa Pitää Pystyä Puhumaan Puuskuttamatta. Juttelu kaverin kanssa lenkillä oltaessa, takaa ettei vauhtia ole liikaa. (Pajala 2012, 32.)

UKK-instituutti on kehittänyt liikuntapiirakan yli 65-vuotiaille ihmisille, jossa kuvataan viikoittaisia liikuntasuosituksia. Liikuntapiirakka koostuu kestävyyskuntopharjoittelu-, lihaskuntopharjoittelu-, tasapaino- ja notkeusharjoitteista. Liikuntapiirakassa keskeisin osa harjoitteista keskittyy kestävyyskunnan harjoittamiseen, mutta lihaskunnan, tasapainon ja notkeuden harjoittaminen on myös tärkeää ja täytyy sisällyttää viikoittaiseen liikkumiseen. Terveysliikunnan suositus yli 65-vuotiaille on se, että kestävyyskunnan parantamiseksi tulisi liikkua säännöllisesti useana päivänä viikossa, yhteensä ainakin 2 tuntia 30 minuuttia reippaasti tai 1 tunti 15 minuuttia rasittavasti. Liikuntapiirakkaan on koottu harjoitteet, jotka kuvaavat reippaasti ja raskaasti tarkoitettavia liikuntaharjoitteita. Reippaita harjoitteita ovat kävely, sauvakävely, raskaat koti- ja pihatyöt, sienestys, metsästys, asiointiliikunta, potkukelkkailu ja (potku-)pyöräily. Rasittavia harjoitteita ovat hiihto, uinti, vesijuoksu ja kuntopyöräily. Näiden lisäksi terveystiikunnan suositus on, että kestävyyskuntopharjoitteiden lisäksi viikoittaiseen liikkumiseen lisätään lihasvoima-, tasapaino- ja notkeusharjoitteita ainakin 2 kertaa viikossa. Lihasvoimaharjoitteita liikuntapiirakassa ovat kotivoimistelu, vesivoimistelu, kuntosali ja kuntopiiri. Tasapainoharjoitteita ovat tanssi, pallopelit, luonnossa liikkuminen ja tasapainoharjoittelu. Notkeusharjoitteita ovat jooga, erilaiset jummat ja venyttely. Monet jummat ovat hyviä, koska ne sisältävät samanaikaisesti lihasvoima-, tasapaino- ja notkeusharjoitteita. (UKK-instituutti 2013.)

4.2 Fyysisen kuntoutuksen tavoitteet

Liikunnallisen harjoittelun on todettu parantavan kognitiota. Liikunta parantaa toiminnan ohjausta, ajattelun nopeutta sekä mieleen palautusta. (Pitkälä 2010.) Kuntoutuksen tavoitteena on itsenäinen ja ihmisarvoinen elämä, mahdollisimman hyvä toiminta- ja liikuntakyky ja kaatumistapaturmien ehkäisy (Huusko 2001, 25). Kuntoutuksen tavoitteena on yleisesti toiminta-

kyvyn paraneminen sekä ylläpitäminen ja elämänlaadun ja elämänhallinnan lisääntyminen. Dementoivia sairauksia on erilaisia ja ne aiheuttavat myös erilaisia muutoksia toimintakyvyssä riippuen sairauden ominaisuuksista, ihmisen elämäntilanteesta, sairaustyyppistä ja vaikeusasteesta. Nämä kaikki tulisi ottaa huomioon kuntoutuksen suunnittelussa. Siksi kuntoutus onkin aina yksilöllistä. Tärkeää on myös ajoittaa kuntoutus oikein, kun toimintakyky muuttuu sairauden edetessä. Tuolloin myös tavoitteet ja keinot kuntoutuksessa muuttuvat. (Pirttilä 2004, 12-13.)

Fyysisen kunnon ylläpitäminen on hyvin tärkeä kuntoutuksen osa-alue ja liikkumiskyvyn säilyminen mahdollistaa dementoituvalle ihmiselle paljon erilaisia aktiivisen arjen mahdollisuuksia. Pitkäaikaishoidossa voidaan fyysisen kunnon ylläpitämisen kautta tukea sairastuneen mahdollisuutta elää mahdollisimman pitkään omatoimisesti liikkuen. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että toteutuakseen pitää pystyä ylläpitämään tasapainokyky ja lihasvoima. Fyysisen kunnon ylläpitämisestä on saatu myös hyvää kannustavaa tutkimusnäyttöä. Fysioterapialla on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia dementoituvan ihmisen kävelynopeuteen, lihasvoimaan ja tasapainoon. Myös ryhmäliikunnan on todettu olevan hyödyllinen vaikean dementian vaiheessa. Sairauden edetessä tulee vastaan se vaihe, jolloin sairastunut ei enää pysty kommunikoimaan sanallisesti ja häntä on autettava kaikissa toiminnoissa. Tässä tilanteessa korostuvat fyysisten perustarpeiden tyydyttäminen ja se, että sairastunut kokisi mahdollisimman turvalliseksi olonsa. On havaintoja siitä, että hieronta lisäisi potilaan kokemaa turvallisuutta ja hyvän olon tunnetta siinä vaiheessa, kun muita aktiivisempia kuntoutuksen keinoja joudutaan jättämään vähemmälle. (Högström, Ketonen & Granö 2008.)

Kuntoutuksen tavoitteissa otetaan huomioon sairauden eri vaiheet. Lievässä vaiheessa yleiskuntoa pyritään kohentamaan. Toimintakykyä ylläpidetään normaaleilla päivittäisillä toiminnoilla. Taitoja pyritään harjaannuttamaan. Kullekin sairaudelle ominaiset heikkenevät kykyalueet tulee ottaa huomioon. Vertaiskokemukset muilta muistisairauksia potevilta ihmisiltä ovat tärkeitä. Keskivaikeassa vaiheessa on tärkeää ottaa huomioon jokaisen yksilölliset tarpeet. Hoidossa tulisi olla suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen. Ryhmässä toimiminen on hyvä muoto kuntoutukselle. Myös omaishoitaja tulee ottaa huomioon. Vaikeassa vaiheessa on tärkeää dementiaa potevan ihmisen vuorovaikutustaitojen ylläpito ja parantaminen. Kuntoutujan liikkumiskykyä tulisi ylläpitää mahdollisimman hyvänä. Patologisia prosesseja tulisi ehkäistä. (Käyhty & Ahvo 2001a, 23.)

4.3 Kuntoutuksen haasteet

Dementoitumiseen kuuluu muistin heikkeneminen. Se taas ilmenee vaikeuksina oppia uutta ja palauttaa mieleen lähiaikojen tapahtumia. Muita kognitiivisia häiriöitä ovat afasia eli kielellinen häiriö, apraksia eli tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriö ja agnosia eli hahmotta-

misen häiriö. Vaikeuksia esiintyy myös toiminnoissa, jotka tähtäävät tuloksiin, kuten toiminat, joissa on suunnittelua ja kokonaisuuksien hahmottamista. (Helkava & Sulkava 2001, 29.)

Agnosiassa dementiaa poteva ihminen ei tunnista esineitä, hahmoja ja suuntia. Tämä johtaa siihen, hän tunnistaa huonosti ympäristön, vaikka se olisi tuttu, ja hän eksyy helposti. Hän ei myöskään tunnista välttämättä edes omaisiaan. Ympäristön tapahtumien ymmärtäminen vaikeutuu. Agnosiaa on vaikea kuntouttaa. Dementiaa potevan ihmisen elämää voi kuitenkin helpottaa tutuilla esineillä, jotka erottuvat toisistaan selvästi. Elämän olisi hyvä olla rutiininomaista ja tapahtumien tuttuja, mikä parantaa tilanteiden hallintaa. (Helkava & Sulkava 2001, 31.)

Apraksia tarkoittaa vaikeutta liikesarjojen suorittamisessa. Motoriikka voi muuten olla kunnossa. Usein kätevyys kärsii. Monet käsityöt eivät enää suju ja kävelemisestä tulee epävarmempaa. Apraksia vaikuttaa arjessa muun muassa pukeutumiseen ja peseytymiseen. Nämä voivat kuitenkin tahattomasti onnistua. Toiminnan parantaminen on kuntoutuksessa kuitenkin hankalaa. (Helkava & Sulkava 2001, 32.)

Afasiassa on kysymys kielellisestä häiriöstä. Siinä oikeiden sanojen löytäminen on hankalaa tai sanoja käytetään väärässä muodossa ja merkityksessä. Myös toisen ihmisen puheen ymmärtämisessä on usein vaikeuksia. Puheen tuottamisen vaikeus johtuu yleensä siitä, että oikeita sanoja ei tahdo löytyä. Pitkiä lauseita, joissa on monimutkaisia kielellisiä rakenteita, on vaikein ymmärtää. Siksi afasiasta kärsivän ihmisen kanssa tulisikin käyttää mahdollisimman selkeitä ja lyhyitä lauseita. Apuna voi käyttää myös ilmeitä, eleitä, kuvia ja esineitä. (Helkava & Sulkava 2001, 32.)

4.4 Fyysisen toimintakyvyn muutokset

Dementoivat sairaudet heikentävät toimintakykyä laaja-alaisesti ja vaikuttavat merkittävästi sairaan ja hänen omaistensa elämään ja elämänlaatuun (Heimonen & Granö 2005). Kun dementoiva sairaus etenee pidemmälle, kyky hallita kehoa ja tasapainoa huononee. Kävelystä tulee epävarmaa, mikä johtaa horjahteluihin, kompastumisiin ja törmäilyihin. Jos tässä vaiheessa dementiaa poteva ihminen lopettaa liikkumisen, lihaskunto heikkenee ja yleiskunto laskee. Jäykkyys johtaa lihasten kimmoisuuden vähenemiseen. Jänteet lyhenevät ja kiristyvät, jolloin niveliin tulee liikevajausta. Kiristyneet jänteet aiheuttavat virheasentoja niveliin. Virheasentoista aiheutuu kipuja. (Käyhty & Ahvo 2001b, 35.)

Heikentyneet lihakset ja nivelten liikevajakset aiheuttavat ryhdin vääristymisen. Lihakset ovat liian heikot pitämään selkää suorassa. Tämä heikentää entisestään tasapainoa.

Dementiaa potevalta ihmiseltä puuttuu ihmiselle tavanomainen suojareaktio, joka pitää ihmisen pystyssä horjahtaessaan. Tämä johtuu keskushermoston vaurioitumisesta ja tuki- ja liikuntaelimestön huonosta kunnosta. Dementiaa poteva ihminen ei tunnista enää oman kehonsa rajoja, mikä johtaa hahmotushäiriöihin. Hän törmäilee helposti esineisiin, kompastelee kynnyksiin ja mattoihin. Eri tasojen toisistaan erottaminen on hankalaa. Vartalon hallitsemisen puutteellisuus näkyy myös vartalon kääntämisessä ja kiertämisessä, jolloin dementiaa poteva usein istuukin tuolin ohi ja loukkaantuu. Dementia vaikuttaa myös aistien heikkenemiseen. (Käyhty & Ahvo 2001b, 35.)

Moni dementiaa poteva ihminen pelkää kaatumista, eikä sen takia haluaisi liikkua. Myös hoitajat saattavat pelätä loukkaantumista, eivätkä edes anna potilaalle mahdollisuutta harjaantua taitojaan. Dementiaa potevilla ihmisillä tulee olla mahdollisuus liikuntaan. Liikunnan merkitys on erityisen tärkeää varhaisessa vaiheessa. Sen avulla ehkäistään ennen aikaista laitoshoitoon joutumista. Huono yleiskunto, toimintakyvyn puutteet sekä kävelykyvyttömyys ovatkin yleisimmät laitoshoitoon johtavat syyt. Hyviä liikuntamuotoja ovat kävely, sauvakävely, porraskävely, tanssi, koti- ja ryhmävoimistelu sekä erityisjummat. Nopeat kierrot, väännöt, iskut ja värähtelyt tekevät hyvää luustolle. Tärkeintä ei ole toistojen määrä, vaan luuston huippukuormitus. (Käyhty & Ahvo 2001b, 36-37.)

5 Toiminnallisen liikuntatuokion järjestäminen Villa Fredrikassa

5.1 Liikuntatuokion suunnittelu

Opinnäytetyötä aloittaessa halusimme aiheen liittyvän muistisairauksia poteviin ihmisiin ja otimme yhteyttä aluksi yliopettaja Eija Mattilaan. Hän ohjeisti meitä ottamaan yhteyttä Hyvinkään muistiyhdistykseen ja sitä kautta saimme opinnäytetyölle tilaajan syksyllä 2012. Villa Fredrikan vastaava hoitaja oli kiinnostunut tekemään yhteistyötä kanssamme. Yksityinen hoivakoti Villa Fredrika sijaitsee Hyvinkäällä ja valmistui vuonna 2009. Hoivakoti on 25-paikkainen. Se tarjoaa tehostettua palveluasumista ikääntyville ja muistisairauksia poteville, suurin osa heistä on muistisairauksia potevia. Asukkaat tulevat ostajakuntien sijoittamina, ei yksityistä kautta. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Asukkaat pärjäävät pääosin yhden hoitajan avustamana. Jokainen asukas katsotaan omana persoonana hänen tarpeensa ja päivärytmensä huomioiden. Omaisia pidetään osana hoitoyhteisöä ja saavat tulla vierailemaan. Omaisten mielipiteen huomioiminen ja informointi on tärkeää ikääntyneen ja muistisairautta potevan ihmisen kohdalla. Asukkaat sijoitetaan yhden tai kahden hengen huoneisiin. Hoivakodissa on kaikille yhteinen ruokailutila, oleskeluhuone, pesutilat ja sauna. Arjesta on pyritty tekemään mahdollisimman yhteisöllistä, virikkeellistä ja kodinomaista. Hoitotyössä pyritään kuntouttavaan ja virikkeelliseen lähestymistapaan. Perusarvoina toimivat lämminhenkisyys, luotettavuus, avoimuus, asiakaskeskeisyys ja tuloksellisuus. Hoitokoti

panostaa terveellisiin elämäntapoihin ja ruokaan, mikä on tärkeää muistisairauksia poteville. Ravitsemuksen erityistarpeet otetaan huomioon. (Esperi a; Esperi b.)

Tapasimme ensimmäisen kerran yhteistyökumppanin joulukuussa 2012, jonka jälkeen aloimme heidän toiveestaan suunnitella toiminnallista liikuntatuokiota Villa Fredrikan asukkaille, koska heidän työyhteisössä asukkaille järjestettävää fyysistä toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa on vähän. Olimme jo kirjoittaneet teoreettista viitekehystä muistista ja muistisairauksista, mutta toteutuksen selkeytymisen myötä, aloimme kirjoittaa myös teoriaa fyysisestä toimintakyvystä ja toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta iäkkäille ja muistisairauksia poteville ihmisille. Villa Fredrikan vastaava hoitaja myös toivoi tuokion motivoivan ja antavan ohjausta heidän henkilökunnalleen, jotta he voisivat hyödyntää mahdollisesti tulevaisuudessa meidän suunnittelemaa erilaisia asukkaille sopivia liikuntamuotoja. Sen kautta päätimme koota henkilökunnalle kansion järjestämästämme liikuntatuokion liikkeistä. Ajattelimme vielä liittää kansioon keräämäämme teoriaa fyysisestä kuntoutuksesta ja toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta, jota käytimme opinnäytetyössä teoreettisessa viitekehyksessä. Sovimme yhdessä, että toteutuksemme olisi keväällä 2013 ja lähempänä sovimme tapahtumapäiväksi kaikille sopivan päivän 16.5.2013. Suunnittelimme, että esitämme valmiin työn heti ensimmäisessä syksyllä 2013 järjestettävässä julkaisuseminaarissa, jolloin meillä on vielä hyvin aikaa toteutuspäivän jälkeen viimeistellä loppuun työmme.

Aloittaessa suunnittelemaan liikuntatuokiota, meidän piti ottaa huomioon heidän asukkaidensa tarpeet. Villa Fredrikassa on 25 asukasta, joista 24 kävelee ja yksi on pyörätuolissa. Keräsimme aluksi teoretietoa fyysisestä kuntoutuksesta ja toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta kohdistuen iäkkäisiin ja muistisairauksia poteviin ihmisiin. Teoriatiedon kautta nousi ylös kolme pääkohtaa tasapaino-, lihaskunto- ja kestävyyskuntoharjoittelu, jotka ovat todella tärkeitä hyvän fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. Näiden kautta suunnittelimme mahdollisimman hyvän ja kattavan liikuntatuokion. Ajatuksenamme oli, että kokosimme jokaisesta pääkohdasta joitakin harjoitteita toiminnalliseen liikuntatuokioon. Mietimme miten saisimme suunniteltua mahdollisimman toimivan ja onnistuneen tuokion. Päädymme siihen, että jakaisimme asukkaat viideksi viiden hengen ryhmäksi, jotta pystyisimme ohjaamaan ja tukemaan heitä paremmin harjoitteissa. Suunnittelimme kaikille ryhmille samanlaisen ohjelman. Tiesimme yhden heistä olevan pyörätuolissa, mutta hänellä jalat toimivat jonkin verran ja tämän tiedon kautta kehitimme muutamiin harjoitteisiin vaihtoehdoisen liikkeen hänelle sopiviksi. Henkilökunta lupasi jakaa asukkaat valmiiksi sopiviksi ryhmiksi ennen toimintapäivää, koska he tuntevat asukkaat ja tietävät jokaisen yksilöllisen toimintakyvyn. He myös lupasivat mahdollisuuksien mukaan olla lisäapuna tuokion toteutuksessa.

Kokosimme liikuntatuokion harjoitteet omista ideoistamme ja soveltamalla netistä ja kirjoista löydettyjä materiaaleja. Lopullinen suunnitelma vahvistui, kun saimme nähdä materiaalin,

jota saimme käyttää apuna liikuntatuokion järjestämisessä. Materiaalit saimme ottamalle yhteyttä mukavaan tuttuun ihmiseen, joka ohjaa voimistelu- ja liikuntaryhmiä. Hän oli erittäin kiinnostunut tulevasta toiminnallisesta tapahtumasta ja hän lainasi mielellään hyviä ja monipuolisia välineitä liikuntatuokioon. Saimme materiaalit muutamaa päivää ennen toteutuspäivää, joten meillä oli hyvä aikaa ottaa kuvat kansioon jokaisesta liikuntatuokion liikkeestä. Kuvat otimme lihaskuntoharjoitteista (kuvat 1-9) ja tasapainorasteista (kuvat 10-16). Kävimme myös Villa Fredrikassa ennen tapahtumapäivää sopimassa käytännön asioista ja tarkastamassa, että tilat sopivat kaikille harjoitteille hyvin.

Aikataulutuksen teimme Villa Fredrikalle sopiviksi. He kertoivat tuokioiden olevan hyvää pitää klo 9-11- ja 13-15:sta välillä. Suunnittelimme noin kolmenkymmenen minuutin kestoisen liikuntatuokion jokaiselle ryhmälle, niin saisimme hyvin kaikki tuokioiden näiden aikojen sisällä. Suunnitelma liikuntatuokiosta koostui 3 kohdasta, jotka olivat aloitusleikki, varsinainen toiminta sekä lopetus (lihaskuntoharjoitteita ja venyttelyä ryhmässä sekä tasapainorastit käytävällä ja rentoutus). Suunnittelimme alkuun musiikkileikkikoulutuksesta tutun rytmirinkulaleikin, jonka tarkoituksena olisi innostaa asukkaita tulevaan toimintaan. Rytmirinkula on pitkä, värikäs, miellyttävän pehmeä ja joustavaa kangasta. Leikissä jokainen pitää rinkulasta kiinni ja rytmittää ohjeiden mukaan musiikin soidessa. Lihaskuntoharjoitteita suunnittelimme 9 erilaista liikettä huomioiden kaikki lihasryhmät. Ajattelimme, että lihaskuntoharjoitteet on hyvä tehdä tuolilla istuen, jotta ne olisivat kaikille mahdollisia, helpommin toteutettavia eikä liian raskaita. Näiden lisäksi suunnittelimme tasapainoharjoitteita 7, jotta tuokio olisi sopivan pituinen asukkaille. Lihaskuntoharjoitteisiin kehitimme mielestämme sopivat toistot, etteivät olisi ainakaan liian rasittavia tai pitkiä. Ajattelimme, että voimme toteutuksessa vielä soveltaa hieman, kun seuraamme kunkin asukkaan toimintakykyä. Jos näyttäisi, että jokin harjoitteista olisi mieluinen, voisimme tehdä sitä enemmän tai tasapainorasteillakin voisi valita itselleen mieluisaa liikuntaa. Saimme ohjaajaltamme hyvän idean, että kannattaisi kutsua asukkaiden omaisia paikalle seuraamaan tai osallistumaan. Teimme omaisille tarkoitetun tiedotteen (liite1), jonka Villa Fredrikan henkilökunta laittoi ilmoitustaululle. Suunnittelimme myös miten arvioisimme tapahtuman päivän päätteeksi.

5.2 Liikuntatuokion toteutus ja itsearviointi

Liikuntatuokion toteutuspäivänä menimme Villa Fredrikaan klo 7:30 ja teimme tarvittavat valmistelut ennen ensimmäistä ryhmänohjaustuokiota. Saimme kaiken ajoissa valmiiksi ja ehdimme vielä käydä yhdessä läpi tulevat tapahtumat. Henkilökunta oli jakanut valmiiksi ryhmiksi asukkaat ja pääsimme ensimmäisen ryhmän kanssa aloittamaan jo suunniteltua aikaisemmin, koska asukkaat olivat ehtineet jo syödä aamupalan. Asukkaiden saaminen yhteiseen tilaan tuokion aloittamiseksi osoittautui luultua hankalammaksi. Haasteita toi esille asukkaiden eri sairauden vaiheet, varsinkin muistamattomuus, keskittymiskyvyn puute ja väsymys.

Sovelsimme suunniteltua niin, että toimimme jokaisen tarpeet huomioon ottaen. Olimme jo suunnitteluvaiheessa valmistautuneet mahdollisiin muutoksiin ja jouduimme priorisoimaan tilanteiden vaatimalla tavalla, missä onnistuimme mielestämme kohtalaisen hyvin.

Ensimmäinen ryhmä meni henkilökunnan suunnitteleminen ryhmien mukaan, mutta seuraavien ryhmien kokoonpanoja piti vähän muokata asukkaiden mielipiteet huomioiden. Toisen ryhmän saaminen kokoon olikin haastavaa, koska osa ryhmään suunnitelluista ei ollut vielä syönyt aamupalaa, nukkui tai ei muuten jaksanut tulla paikalle. Sovimme henkilökunnan kanssa, että otamme ryhmään aina ne, jotka ovat valmiita ja suostuvaisia tulemaan. Henkilökunta auttoi meitä todella kivasti keräämään aina uusia asukkaita kokoon. Teimme myös itse paljon töitä houkutellessamme asukkaita mukaan. Ryhmäkootkin vaihtelivat hieman, mutta se ei onneksi vaikuttanut paljon toteutuksen onnistumiseen. Ohjaus toki oli paljon helpompaa pienemmän ryhmän kanssa, koska moni tarvitsi yksilöllistä tukea ja ohjausta toimintaansa. Henkilökunta auttoi mahdollisuuksien mukaan, mutta heillä oli omat työnsä hoidettavanaan, joten heidän osuutensa avustamisessa jäi toivottua vähäisemmäksi. Pienempien ryhmien kanssa onnistuimme erittäin hyvin, mutta suurempien ryhmien ja enemmän tukea tarvitsevien asukkaiden kanssa olisimme kaivanneet lisäkäsia. Onnistuimme kuitenkin hyvin, mutta joidenkin ryhmien kanssa aikaa kului huomattavasti kauemmin kuin toisten.

Jokaisen tuokion alussa, kun olimme saaneet kaikki ryhmään osallistujat paikalle, esittelimme itsemme ja kerroimme lyhyesti tulevasta liikuntatuokiosta. Ohjaamisessa teimme niin, että toinen meistä ohjeisti asukkaille liikkeitä kuuluvalla äänellä ja toinen konkreettisesti näytti mitä tehdään. Osalle asukkaista annoimme myös yksilöohjausta ja kannustusta toki myös huomioiden ja kannustaen jokaista ryhmän osallistujaa. Motivointi ja kannustaminen auttoivat monessa ryhmässä liikkumaan. Osa asukkaista koki, ettei pysty, uskalla tai halua tehdä liikkeitä, mutta ohjaajan tuella ja kannustuksella moni sai hyviä kokemuksen tunteita onnistumisesta ja heistä näki sen. Oli myös yksi asukas, joka ei kannustuksesta huolimatta kokeillut kuin yhtä liikettä, koska hänen mielestään liikkeitä olivat aivan liian helppoja ja turhia hänelle. Onneksi kuitenkin yksi mieluinen harjoite löytyi hänellekin.

Ensimmäisen ryhmän kanssa huomasimme, että rytmirinkulaleikki osoittautui liian vaikeaksi, joten jätimme sen pois muista tuokiosta ja tuokiot onnistuivat hyvin ilman leikkiäkin. Aloitimme jokaisen ryhmän kanssa lihaskuntoharjoitteista, jotka sisälsivät myös venyttelyä. Ensimmäinen liike oli marssiminen. Lähdimme yhdessä marssimaan eli nostelemaan tuolilla istuen jalkoja vuorotellen ylös ryhmästä riippuen noin 1-2 minuuttia. Meillä oli taustalla hiljaisella soimassa koko liikuntatuokion ajan suomalaisia haitariklassikoita. Toinen ja kolmas liike kohdistui jalkoihin. Toisessa liikkeessä molemmat jalat nostettiin yhtä aikaa ylös ja laskettiin hitaasti alas 5 kertaa. Kolmannessa liikkeessä pyöriteltiin nilkkoja molempiin suuntiin muutamia kertoja. Neljäs liike oli sormien koukistus ja ojennus 10 kertaa ja viides liike oli pään

kääntö hitaasti puolelta toiselle 2 kertaa. Seuraavaksi otimme käyttöömmme pallot, jotka osoittautuivatkin todella mieluiseksi asukkaiden mielestä. Pallojen kanssa tehdyt liikkeet kohdistuivat käsiin ja keskivartaloon. Kuudentena liikkeenä oli pallon nosto mahdollisuuksien mukaan ylös ja lasku rauhassa alas 5 kertaa. Seitsemäs liike oli pallon ojennus eteen ja takaisin rintakehälle 5 kertaa. Kahdeksannessa liikkeessä tehtiin pallon kanssa kiertoliikettä eli lähettiin kiertämään ensiksi hitaasti vasemmalle puolelle, sitten takaisin keskelle, josta taas oikealle puolelle, yhteensä 5 kertaa. Viimeinen ja yhdeksäs lihaskuntoharjoite oli pallon kurotus selkää pyöristäen hitaasti kohti lattiaa ja nouseminen hitaasti ylös. Tämän toistimme kaksi kertaa.

Lihaskuntoharjoitteiden jälkeen siirryimme tasapainorasteille. Toinen meistä otti osan asukkaista rastien alkuvaiheelle ja toinen jäi osan kanssa aluksi rastien loppupäähän. Ensimmäinen rasti oli pujottelu kävellen kiertäen värikkäät tolpat. Toinen rasti oli vanteita pitkin kävely ja kolmas rasti oli esteiden ylitys kävellen. Neljännellä rastilla käveltiin muotopaloja pitkin ja viidennellä rastilla kosketeltiin eri korkeudella olevia käden kuvia seinällä. Kuudes rasti oli sammakkojen ja hapsupallojen heitto koriin ja viimeinen seitsemäs rasti oli keilaus. Ajattelimme näihin rasteihin, että jos on pyörätuolissa voi pujotella pyörätuolin kanssa tolpat ja esteet tai kiertää vanteet ja muotopalat. Muuten rastit olivat kaikille sopivia. Rasteista nousi esille 2 selvää suosikkilajia, jotka olivat sammakoiden ja hapsupallojen heitto koriin sekä keilaus. Näitä lajeja halusi moni kokeilla useita kertoja ja kaikille halukkaille se suotiin. Olimme jo ennen toteutuspäivää suunnitelleet, että jos kaikki rastit eivät innostaisi, niin yritämme kannustaa kokeilemaan ainakin jotakin rastia ja niin teimme. Kaikki eivät halunneet kaikkea tehdä, mutta onneksi saimme jokaiselle jotakin mieluista tekemistä rastien pohjalta. Löytyi myös asukkaita, jotka suorittivat kaikki rastit ja vielä useita kertoja.

Liikuntatuokion lopuksi keräännymme takaisin aloitustuoleille ringiin istumaan ja laitoimme rentoutusmusiikkia soimaan. Rentoutushetkeen olimme varanneet liikuntavälinevarastolta löytyneitä teloja, joilla vuorotellen maalasimme jokaisen osallistujan kehoa hetken aikaa. Tämä rentoutushetki oli mieluisa jokaisen mielestä. Asukkaat nauttivat, kun pehmeällä telalla maalattiin selkää, käsiä ja jalkoja. Rentoutushetken päätteeksi kiitimme jokaista osallistujaa ja kehuimme hienosti onnistuneesta tuokiosta. Pyysimme heiltä palautekyselyt vielä ihan loppuksi. Palautekyselyyn vastaaminen tuotti hankaluuksia, mutta selvisimme kohtalaisen hyvin kun kävimme yksitellen jokaisen asukkaan kanssa palautteiden täyttämisen läpi. Suurimmalta Osalta emme kuitenkaan saaneet palautetta, koska he eivät jaksaneet enää tuokion jälkeen jäädä vastaamaan tai eivät kyenneet niihin vastaamaan. Kaikkien liikuntatuokioiden jälkeen, pyysimme vielä muutamaa henkilökunnan jäsentä, jotka olivat olleet seuraamassa tai avustamassa liikuntatuokioissa vastaamaan palautekyselyyn. Näin saimme kerättyä toimintapäivän arviota onnistumisesta. Saimme kerättyä 10 onnistunutta palautekyselyä asukkailta ja henkilökunnalta saimme 4 lomaketta.

Pidimme yhteensä 5 tuokiota päivän aikana ja ainoastaan muutamaa asukasta ei saatu innostettua osallistumaan. Asukkaita Villa Fredrikassa on 25 ja heistä 21 osallistui tuokioihin. Aikataulutus onnistui hyvin ja saimme kaikki tuokiot pidettyä hyvin suunnitellulla aikataulutuksella. Yksi asukas halusi osallistua jokaiseen tuokioon ja otimme hänet aina mielellämme mukaan. Hän ei kuitenkaan muistanut, että oli jo ollut kyseisessä tuokiossa aiemminkin, mutta se ei haitannut. Hän teki aina mielellään uudelleen kaikki harjoitteet. Omaisia ei ollut paikalla toteutuspäivänä yhtään, mutta henkilökunta sanoi, että he käyvät yleensä iltaisin tai viikonloppuisin, joten ehkä ajankohta ei ollut heille sopiva. Annoimme henkilökunnalle tekevämmä kansion päivän päätteeksi. He pitivät kovasti siitä, että olimme koonneet kansioon teoriatietoa sekä kuvat jokaisesta pitämästämme harjoitteesta. Liikuntatuokion toteutus sujui suurimmalta osin suunnitelmien mukaan. Jouduimme hieman muuttamaan suunnitelmia, mutta se ei haitannut toteutuksen onnistumista. Pyörätuolissa olevia asukkaita olikin luultua enemmän. He selvisivät liikkeistä hyvin ja jättivät muutaman tasapainorastilla olleen liikkeen välistä, vaikka olisivat voineet kiertää ne pyörätuolin kanssa. Olemme erittäin tyytyväisiä siihen, että saimme innostettua niinkin paljon asukkaita liikkumaan. Soittamamme haitarimusiikki taustalla oli mieluisa monen asukkaan mielestä.

5.3 Arviointi, palautekyselyn tulokset ja luotettavuus

Toiminnallisen liikuntatuokion toteutumisen arvioimisessa käytimme kyselytutkimusta. Tutkimusmenetelmä on määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisesta tutkimuksesta käytetään useita eri nimityksiä, kuten hypoteettis-deduktiivinen, eksperimentaalinen ja positivistinen tutkimus ja sitä käytetään aika paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130). Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen käytön valinta riippuu tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivista tutkimusta käytettäessä, pitää tuntea ilmiö eli mitkä tekijät vaikuttavat ilmiöön. Määrällisen tutkimuksen edellytys on tekijöiden tunteminen, koska mittaaminen on mahdotonta silloin, kun ei tiedetä, mitä mitataan. Määrällinen tutkimus keskittyy pitkälti tekijöiden eli muuttujien mittaamiseen, niiden suhteiden välisten vuorovaikutusten laskemiseen ja tekijöiden esiintymisen määrälliseen laskemiseen. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä yleistämään. Yksinkertaisimmillaan tämä voidaan saavuttaa niin, että pieneltä joukolta ilmiöön kuuluvia havaintoyksiköitä kerätään tutkimustietoa kyselylomakkeella. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetyin tiedonkeruumenetelmä on kyselylomake. (Kananen 2011, 12, 17.)

Tutkimuksen toteutuksen eli kenttätöön jälkeen tulokset analysoidaan ja tehdään niistä raportti. Tutkimuksessa käytetyt kysymykset toimivat mittareina selvittäessä tutkimuskohteenä olevaa ilmiötä. On monia eri tapoja, joilla voidaan asettaa kysymysten mittarit ja myös saman asian kysymisessä voidaan käyttää monia tapoja. Päädetty kysymykset vaikuttavat myös

analyysivaiheeseen eli siihen, millaisia analyysimenetelmiä voidaan käyttää. Määrällistä tutkimusta sääntelevät kaikki hyvin pienetkin ratkaisut, jotka vaikuttavat tutkimusprosessin seuraaviin vaiheisiin. Tästä johtuen kvantitatiivinen tutkimus on hyvin systemaattista. (Kananen 2011, 20-21.)

Kyselytutkimus tiedonkeruumenetelmänä kohdistuu tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin. Kyselylomakkeita on monenlaisia ja sitä käytetään usein sen helppouden vuoksi. Esimerkiksi taloyhtiö voi lähettää saunan käyttöä koskevan lomakkeen tai kauppias tekee lomakkeen, jonka kautta kysyy mielipiteitä aukioloajoista. Näillä lomakkeilla on sekä hyviä että huonoja puolia. Lomakkeiden yleistyminen esimerkiksi väestökirjanpidossa ja verotuksessa samoin kuin edellä mainituissa käytännön esimerkeissä on johtanut siihen, että ihmiset ovat tottuneet niiden käyttöön. Toisaalta ihmiset voivat olla kyllästyneitä postin mukana tulleisiin lomakkeisiin ja eivät siksi halua osallistua tutkimukseen. Tätä haluttomuutta on lisännyt se, että jotkut saattavat luulla lomakkeilla hankittavan tietoa heidän yksityiselämästään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35 -36.) Lomakkeen suunnittelussa kannattaa aina huomioida sen asettelu ja ulkomuoto, koska ulkomuodoltaan esteettinen lomake houkuttelee paremmin vastaamaan (Kananen 2011, 44).

Kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä kysymysten avulla kerätään halutut tiedot. Kysymykset voivat olla avoimia tai strukturoituja, jolloin vastausvaihtoehdot ovat valmiina. (Kananen 2011, 30.) Arvioinnin onnistumisen vuoksi suunnittelimme kaksi palautekyselylomaketta toisen asukkaille ja toisen henkilökunnalle. Toiminnallisen liikuntatuokion arvioiminen tapahtui strukturoidulla lomakkeilla ”Toiminnallisen liikuntatuokion arviointi-kysely asukkaille” (liite 2) sekä ”Toiminnallisen liikuntatuokion arviointi-kysely henkilökunnalle” (liite 3). Palautekyselyssä käytimme kahta teemaa, jotka olivat liikuntatuokio ja ohjaus, mihin kokosimme teemakohtaiset kysymykset. Asukkaille teimme vaihtoehtokysymykset, joihin vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei. Käytimme tätä, jotta asukkaiden olisi mahdollisimman helppo vastata palautekyselyyn. Vastauksia Helpottamaan teimme vielä havainnollistamiseksi kyllä ja ei vastauksille kuvastavat hymiöt. Kyllä-vastauksille hymynaama ja ei-vastauksille surunaama. Henkilökunnalle tehdyssä palautekyselyssä käytimme 5-portaista asteikkoa. Palautekyselyt olivat melkein samanlaiset asukkaille ja henkilökunnalle ja kysymyksiä oli yhteensä 15.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kenttätöön jälkeen kokoon saadut täytetyt lomakkeet tarkistetaan ja numeroidaan (Kananen 2011,46). Kävimme heti liikuntatuokion jälkeen kyselylomakkeet läpi. Palautekyselyyn vastasi 21 osallistujasta kymmenen ja henkilökunnasta neljä. Asukkaat olivat iältään 75-91-vuotiaita. Osallistujista osa jätti vastaamatta, koska ehti lähteä paikalta tai sairauden eri vaiheista riippuen eivät kyenneet vastaamaan. Kyselyt täytettiin heti tuokion päätyttyä yhdessä asukkaiden kanssa. Henkilökunnasta kyselyn täyttivät tuokioon osallistujat, jotka auttoivat asukkaita ja tuokiota seuranneet. Aineiston analyysissä käsitel-

lään kerätty aineisto kvantitatiivisen tutkimuksen analyysikeinoilla tilasto-ohjelmia apuna käyttäen (Kananen 2011, 14). Aineisto, jonka saimme kerättyä, analysoimme Microsoft Office Excel-taulukkolaskennan avulla. Havainnollistimme tutkimustulokset pylvädiagrammeilla. (Kuviot 1-4).

Palautekyselyyn vastasi 21 osallistujasta 10 ja henkilökunnasta 4. Henkilökunnasta kyselyyn vastanneet olivat joko seuraamassa tuokioita tai avustamassa asukkaita tuokioissa. Asukkaat olivat iältään 75-91-vuotiaita. Osallistujista suurin osa jätti vastaamatta, koska he eivät jaksaneet enää tuokion päätteeksi jäädä vastaamaan kyselyihin. Toinen syy pienelle vastausprosentille oli asukkaiden muistisairauksien eri vaiheet, jotka aiheuttivat sen, etteivät he kyenneet vastaamaan palautekyselyihin. Kyselyt täytettiin heti tuokion päätyttyä yhdessä asukkaiden kanssa. Jokainen kyselyyn vastannut asukas tarvitsi henkilökohtaisen avun palautekyselyn täyttämiseen. Henkilökunta täytti kaikkien tuokioiden jälkeen heille tarkoitetut palautekyselylomakkeet.

Kuviossa 1 on esitetty liikuntatuokion toteutuksen tulokset. Kuvio kertoo asukkaiden mielipiteitä toiminnallisesta liikuntatuokiosta ja sen onnistumisesta. Asukkaiden vastausten perusteella voidaan päätellä, että liikuntatuokion toteutus onnistui hyvin. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että liikkeet eivät olleet tarpeeksi rasittavia. 6 Asukasta vastasi näin. 4 asukasta oli taas sitä mieltä, että liikkeet olivat sopivan rasittavia. Kuviossa 2 on esitetty liikuntatuokion ohjauksen tulokset. Kuvio kertoo asukkaiden mielipiteitä liikuntatuokion ohjauksesta ja sen onnistumisesta. Näiden tulosten perusteella voidaan päätellä, että tuokion ohjaus onnistui oikein hyvin.

Kuvio 3 kertoo henkilökunnan vastausten tulokset liikuntatuokion toteutuksesta. Henkilökunta vastasi kysymyksiin 5-portaisen asteikon avulla. Henkilökunnan tulosten perusteella voidaan myös päätellä, että liikuntatuokion toteutus onnistui hyvin. Henkilökunnasta kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että liikkeet olivat sopivan rasittavia asukkaille, vaikka suurin osa asukkaista oli eri mieltä. Kuviossa 4 on esitetty henkilökunnan antamat vastaukset ohjauksesta ja sen onnistumisesta. Näiden tulosten perusteella ohjaus oli onnistunut. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että ohjaajia olisi voinut olla enemmän.

Tutkimuksessa täytyy arvioida sen luotettavuutta. Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkimys mahdollisimman luotettavaan ja totuudenmukaiseen tiedon saamiseen. Luotettavuutta arvioi-
dessa, käytetään valideetti- ja reliabiliteettikäsitteitä ja molemmat käsitteet tarkoittavat luotettavuutta. Valideetti tarkoittaa supistettuna sitä, että mitataan ja tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Reliabiliteetti on tutkimustulosten pysyvyyden mittaamista ja tutkimista. Valideetti tarkoittaa mittarin osalta oikeaa mittaria ja väärä mittari taas osaltaan tuottaa vääriä mittaustuloksia. Esimerkkinä väärästä mittarista voidaan kuvata vaik-

ka epäviireistä pianoa, joka tuottaa väärää ääniä. Reliabiliteetti tässä epäviireisessä pianossa on korkea. Mittauksen reliabiliteetti eli pysyvyys on silloin korkea, jos eri mittauskerroilla ja eri mittajien taholta saadut tulokset ovat samat. (Kananen 2011, 118.)

Tämän kyselytutkimuksen luotettavuuteen on voinut vaikuttanut monia tekijöitä. Aineiston keruun luotettavuuteen on voinut vaikuttaa asukkaiden sairauden eri vaiheet. Sairauden eri vaiheet voivat vaikuttaa esimerkiksi kykyyn ymmärtää kysymyksiä ja yhdistää kysymyksiä kyseiseen tapahtumaan, johon vastauksia haettiin. Näiden kautta vastaukset eivät välttämättä ole täysin luotettavia. Kyselytutkimuksen luotettavuutta ajatellen, on kuitenkin hyvä, että palautekyselyt täytettiin heti liikuntatuokioiden jälkeen, jolloin tuokion tapahtumat ovat parhaiten muistissa. Kyselylomakkeen luotettavuuteen on myös voinut vaikuttaa meidän kyselylomakkeen tekemisen osaaminen. Meillä ei ole paljon kokemusta kyselylomakkeen suunnittelusta ja toteutuksesta, joten sekin voi vaikuttaa kyselytutkimuksen luotettavuuteen.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Asukkaiden ja henkilökunnan palautekyselyiden tulosten perusteella voidaan päätellä, että toiminnallisen liikuntatuokion järjestäminen oli hyödyllinen. Asukkaiden ja henkilökunnan vastauksissa yksi kohta oli hieman ristiriitainen. Yli puolen vastanneen asukkaan mielestä liikkeet eivät olleet rasittavia. Henkilökunta taas oli täysin sitä mieltä, että liikkeet olivat sopivan rasittavia. Henkilökunnan vastausten perusteella liikuntatuokio ja ohjaus olivat onnistuneita. Yksi kohta kuitenkin nousi esille, jota voisi kehittää tulevaisuudessa. Se oli ohjaajien riittävyys tuokion toteutuksessa osallistujien määrään nähden. Olemme itse täysin samaa mieltä, että osan ryhmän kanssa olisimme toivoneet lisäapuja tai vielä pienempiä ryhmäkokoja, koska asukkaiden toimintakyvyt olivat erilaisia.

Kehittämishaasteisiin tuli heti muutamia hyviä ideoita mieleen toteutuksen ja palautekyselyiden läpikäymisen jälkeen. Tulevaisuudessa olisi hyvä ottaa huomioon jokaisen asukkaan yksilölliset voimavarat ja niiden kautta kehittää mahdollisimman toimiva määrä liiketoistoja. Palautekyselyjen perusteella suurin osa asukkaista olisi pystynyt rasittavampaan liikuntaan. Käyhdyn & Valvanteen (2004, 48) mukaan jokaiselle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jolloin jokainen pystyy saavuttamaan itselleen parhaan mahdollisen toimintakyvyn. Yksilöllisten voimavarojen kautta suunnitellut ja toteutetut liikuntatuokiot tukisivat parhaiten jokaisen omaa fyysistä toimintakykyä ylläpitäen ja edistäen sitä. Yksi tärkeä asia mikä tulisi huomioida meidän mielestämme paremmin tulevaisuudessa, on ohjaajien riittävä määrä suhteessa osallistujiin. Kyngäksen (2007, 25) mukaan hoitajan tulee ohjauksessa tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Jos ohjaajalla on monta ohjattavaa voi käydä niin, että asukkaan ohjaustarpeiden tunnistaminen ja arvioiminen jää huomioimatta tai vähäiseksi. On erityisen tärkeää, että ohjaaja pystyy antamaan jokaiselle tarvittavan oh-

jauksen ja tuen sekä kannustamaan heitä. Ryhmänohjauksessa ohjaajien vähäisyys ja osallistujien suuri määrä, voi aiheuttaa sen, että osa osallistujista voi jäädä ilman toivottua lisäohjausta.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2012. Kiinnostavan aiheen keksittyämme otimme yhteyttä yliopettaja Eija Mattilaan, joka ohjeisti meitä ottamaan yhteyttä Hyvinkään Muistiyhdistykseen, jonka kautta saimme tilaajan opinnäytetyölle. Tämän jälkeen saimme työn toteuttamiseen opastusta opinnäytetyömme ohjaajalta Eija Mattilalta. Aloimme kerätä teoria-tietoa, jota kertyikin jo heti alkuun runsaasti. Koska tekijöitä oli kaksi, jaoimme aihealueet keskenämme. Tapasimme useita kertoja, jotta saimme kokonaiskuvan työstämme ja suunnitelimme jatkoa. Syksyn ja talven aikana saimme teoria-osuuden lähes kokonaan valmiiksi. Kävimme myös loppuvuodesta 2012 Villa Fredrikassa tutustumassa ja keskustelimme tilaajan toiveista. Heidän toive oli, että ohjeistaisimme heitä oikeanlaiseen liikuntaan muistisairauksia potevia ihmisiä ajatellen eli ohjeistusta heidän asukkaille sopivista liikuntamuodoista. Tästä saimme idean, että järjestämme liikunnallisen tuokion ja kokoamme heille vielä teoriatietoa ja kuvat toteuttamistamme liikkeistä kansioon, joka jäisi heille oppaaksi. Liikuntatuokion suunnittelu ja toteutus jäi keväälle 2013. Tuolloin kirjoitimme myös teoriatietoa fyysisestä kuntoutuksesta ja toimintakykyä ylläpitävästä ja edistävästä toiminnasta. Kokoomamme teoriatiedon pohjalta suunnitelimme liikuntatuokion. Teimme myös toteutuksen arvioimiseksi kyselylomakkeet ja kansion valmistelimme yhteistyökumppanille. Suunnitelmavaiheen opinnäytetyöseminaariin osallistuimme 4.3.2013, jossa esittelimme työtämme alustavasti. Prosessin aikana osallistuimme myös opinnäytetyön tekemiseen liittyviin työpajoihin, jotka tukivat työn tekemistä. Olimme myös seuraamassa tutkimus- ja julkaisuseminaareja. Toteutuspäivän jälkeen viimeistelimme työmme kesän ja syksyn 2013:sta aikana, jolloin kirjoitimme toteutuksen, arvioinnin, pohdinnan ja tiivistelmän sekä viimeistelimme ulkoasua.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli järjestää muistisairauksia poteville ihmisille liikunnallinen tuokio, jonka tavoitteena oli ohjeistaa henkilökuntaa ja asukkaita oikeanlaiseen kuntouttavaan liikuntaan juuri heitä ajatellen. Lisäksi teimme heille kuvallisen kansion liikuntaohjeista, jossa oli myös meidän keräämästä teoreettisesta viitekehystä tietoa. Mielestämme onnistuimme tavoitteissamme hyvin. Liikuntatuokiossa saimme asukkaat mukaan ja innostumaan monista liikkeistä. Moni sanoi mielellään tekevänsä liikkeitä uudelleenkin. Myös henkilökunta oli tyytyväinen ja piti kovasti tekemästämme kansioista. Henkilökunnalta tuli erittäin positii-vista palautetta liikuntatuokiossa käyttämistämme välineistä ja myös asukkaat kokivat värikkäät välineet mieluisiksi. Henkilökuntaa kiinnosti mistä välineitä saa hankittua, koska mahdollisesti hankkisivat myös niitä hoitokodilleen. Toivomme, että henkilökunta vielä tulevaisuudessa hyödyntää suunnittelemaamme liikuntaohjeita.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut haastava prosessi. Olemme saaneet valtavasti uutta tietoa muistisairauksista, niitä potevien ihmisten kanssa työskentelemisestä ja fyysisen kuntoutuksen tärkeydestä. Uskomme, että tästä on hyötyä työelämässämme, koska muistisairauksia potevia ihmisiä on paljon ja kohtaamme ja olemme jo kohdanneet heitä työssämme. Kuntoutus on tärkeä osa jokapäiväistä hoitotyötä, joten tietoisuus aiheesta lisää kuntoutuksen onnistumista. Pystymme hyödyntämään paremmin kuntouttavaa työtettä saamaamme tiedon ja kokemuksen kautta.

Muistista ja muistisairauksista löytyy todella paljon teoretietoa, joten meidän oli rajattava teoreettista viitekehystä. Suunnittelimme teoreettisen viitekehyksen kuitenkin mahdollisimman kattavaksi ja Villa Fredrikan taustat huomioiden, jotta pystyisimme kohtaamaan ja ohjaamaan asukkaita parhaalla mahdollisella tavalla. Kirjoitimme teoriaa yleisistä muistisairauksista ja niiden aiheuttamista muutoksista muistisairauksia poteville ihmisille, jotta ymmärtäisimme ja osaisimme huomioida paremmin asukkaat. On tärkeä tiedostaa mahdolliset eri sairauksien tuomat muutokset, jotta pystyy tukemaan muistisairautta potevaa mahdollisimman hyvin jokaisen yksilölliset tarpeet huomioiden. Teoreettisessa viitekehyksessä keskityimme paljon myös fyysiseen kuntoutukseen ja toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan. Keräsimme aiheesta enimmäkseen tietoa juuri Villa Fredrikan asukkaille sopiviksi eli iäkkäille ja muistisairauksia poteville ihmisille.

Teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme ja luotettavia lähteitä etsiessä, löysimme paljon kiinnostavaa ja hyvää materiaalia opinnäytetyöhömmme. Kävimme läpi todella paljon erilaisia materiaaleja ja yritimme valita parhaat lähteet työhömmme sopien. Saimme käymistämme materiaaleista paljon hyvää tietoa itsellemme, vaikka emme kaikkea pystyneet hyödyntämään opinnäytetyössämme. Ennen opinnäytetyön aloittamista meillä oli jonkin verran tietoa muistisairauksista ja niitä potevien ihmisten kanssa työskentelemisestä, mutta opinnäytetyötä työstäessämme saimme syvällisempää tietoa aiheesta. Esimerkiksi oli hienoa perehtyä eri muistisairauksiin ja niiden tuomiin muutoksiin, koska nyt on helpompi ymmärtää muistisairautta potevaa ihmistä ja hänen mahdollisia yksilöllisiä sairauden tuomia muutoksia.

Oma kirjoittamisemme ja lähteiden luotettavuuden arviointi on kehittynyt. Valtavan tietomäärän lisäksi olemme saaneet myös erittäin tärkeää käytännön harjoitusta ja kokemusta. Olemme päässeet oppimaan ja toteuttamaan yhteistyötaitoja, joista on aina valtavasti hyötyä tulevaisuudessa. Opinnäytetyön kautta olemme myös oppineet ohjaustaitoja ja tulevaisuudessa voimme kehittää itseämme ohjaajina opinnäytetyöstä saamiemme kokemusten ja teoria-tiedon kautta.

Lähteet

Painetut lähteet

- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.
- Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita .
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu; Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004 Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kuikka, P., Akila, R., Pulliainen, V. & Salo, J. 2011. Miksi muisti pätkii. Helsinki: Tammerprint Oy.
- Kukkonen-Lahtinen, L. 2006. Yhdessä kehittyen - Kuntouttavan mielenterveystyön haasteet. Sairaanhoidaja 10/2006.
- Kyngäs, H., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käyhty, M. & Valvanne, P. 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi. 48.
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ymmärrä- tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. -17.painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi. 12-13.
- Rinne, J. 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 159-160.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 165-166.

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: Gummerus.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 28, 31.

Sähköiset lähteet

Alzheimer's Association (Alz) a. 2013. What is Alzheimer's. Viitattu 19.1.2013.
http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp

Alzheimer's Associations (Alz) b. 2013. Alzheimerin tauti muuttaa koko aivot toiminnan. Viitattu 20.1.2013. http://www.alz.org/brain_finnish/08.asp

Alzheimer Europe 2009. Speaking, listening and communication. Viitattu 28.1.2013.
[http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Contact-and-communication/Speaking-listening-and-communication/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Contact-and-communication/Speaking-listening-and-communication/(language)/eng-GB)

Atula, S. 2012 a. Lewyn kappale-tauti. Viitattu 12.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Atula, S. 2012 b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Viitattu 13.12.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Esperi a. Esperi hoivakoti Villa Fredrika, Esittely. Viitattu 9.9.2013.
<https://www.esperi.fi/fi/esperi-hoivakoti-villa-fredrika-esittely>

Esperi b. Esperi hoivakoti villa Fredrika, Palvelut. Viitattu 9.9.2013.
<https://www.esperi.fi/fi/esperi-hoivakoti-villa-fredrika-palvelut>

Heimonen, S. & Granö, S. Kuntoutus muistihäiriöisten ja dementoituvien hyvän hoidon kulmakivenä. Teoksessa Sairaanhoitaja-lehti. 2/2005.

Heinonen, H. 2007. Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää. Teoksessa Kansanterveyslehti 7/2007.

Helkala, E-L. & Sulkava, R. 2001. Kognitiiviset oireet. Teoksessa Viramo, P. (toim.), Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkava, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. 29, 31-32.

Huttunen, M. 2011. Dementia. Viitattu 14.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358

Huusko, T. 2001. Kannattaako dementoitunutta kuntouttaa? Teoksessa Viramo, P. (toim.), Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkava, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. 25.

Högström, S., Ketonen, K. & Granö, S. 2008. Dementoitua hyötyy kuntoutuksesta myös pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sairaanhoitaja-lehti. 3/08.

- Juva, K. Muistihäiriöiden tutkimus. Viitattu 26.1.2013.
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/muistiha_irioiden_tutkimus/
- Juva, K. 2011a. Muistihäiriö. Viitattu 19.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706&p_haku=muistisairaudet
- Juva, K. 2011b. Alzheimerin tauti. Viitattu 24.1.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Käyhty, M. & Ahvo, L. 2001a. Mitä on dementoituvan kuntoutus ja kuntouttava hoito. Teoksessa Viramo, P. (toim.), Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkava, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. 23.
- Käyhty, M. & Ahvo, L. 2001 b. Tasapaino-ongelmat ja kaatuilu. Teoksessa Viramo, P. (toim.), Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkava, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. 35-37.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Teoksessa Sairaanhoidaja-lehti 10/2006.
- Martikainen, K. 2009. Lewyn kappale-tauti. Viitattu 21.1.2013.
<http://www.parkinson.fi/sairausryhm%C3%A4t/lewyn-kappale-tauti>
- Melkas, S. 2011. Poststroke survival and ischemic stroke recurrence: the cerebral small-vessel disease perspective. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 14.12.2012.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28063/poststro.pdf?sequence=1>
- Muistiliitto 2013a. Muisti ja muistisairaudet. Viitattu 2.1.2013.
http://muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/
- Muistiliitto 2013b. Muistisairaudet. Viitattu 3.1.2013.
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -opas. Opas 16. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Palanne, T., Syrjämäki, K. & Tuovinen, M. 2007. Dementoituneen ja hänen omaisensa mielekäs arki kotona -opas kotona hoitamiseen. Viitattu 4.1.2013.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5527/stadia-1176132198-2.pdf?sequence=1>
- Pitkälä, K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa. Viitattu 5.1.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../nix01641#s3>
- Sulkava, R. 2009. Vireyden säilyttäminen. Viitattu 30.1.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=&p_haku=liikunnan%20vaikutus%20i%C3%A4kk%C3%A4%C3%A4lle%20ihmiselle
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Muistihäiriöt. Viitattu 15.1.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/teemat/muisti
- Terveyskirjasto. 2012. Myoklonus. Viitattu 18.1.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02220

Tohtori. 2012. Haku. Viitattu 18.1.2013.

<http://www.tohtori.fi/?page=4069997&search=grand%20mal>

Viikoittainen liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille. 2013. UKK-instituutti. Viitattu 13.6.2013.

http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikuntapiirakka_yli_65-vuotiaille

Taulukot

Taulukko 1: Lewyn kappale-taudin tyypilliset oireet, mukailtu (Rinne 2010, 160).	14
--	----

Kuvat

Kuva 1: Kuvat 1-9	47
Kuva 2: Kuvat 10-16	52

Kuva 1: Kuvat 1-9

Lihaskuntoharjoitteiden ja venyttelyjen kuvat Villa Fredrikalle tehtyyn kansioon

1. Jalkojen nosto vuorotellen (marssiminen)



2. Jalkojen nosto yhtä aikaa ylös



3. Nilkkojen pyörittely molempiin suuntiin



4. Sormien koukistus ja ojentaminen



5. Pään kääntö puolelta toiselle



6. Pallon nosto ylös



7. Pallon ojennus eteen



8. Kiertoliike pallon kanssa



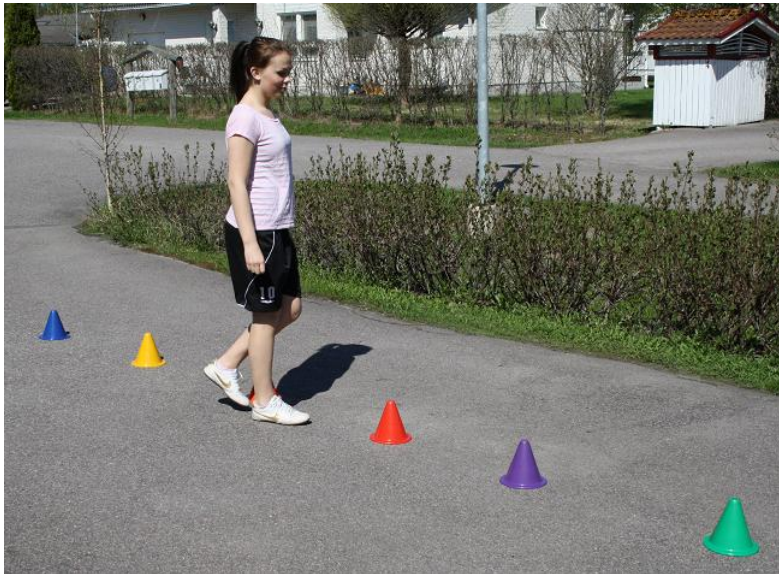
9. Pallon kurotus alas selkää pyöristäen



Kuva 2: Kuvat 10-16

tasapainoharjoitteiden kuvat Villa Fredrikalle tehtyyn kansioon

1. Pujottelu kävellessä



2. Kävely vanteita pitkin



3. Esteitten ylitys kävellessä



4. Muotopaloja pitkin kävely



5. Käsien kosketus seinällä



6. sammakkojen ja hapsupallojen heitto koriin



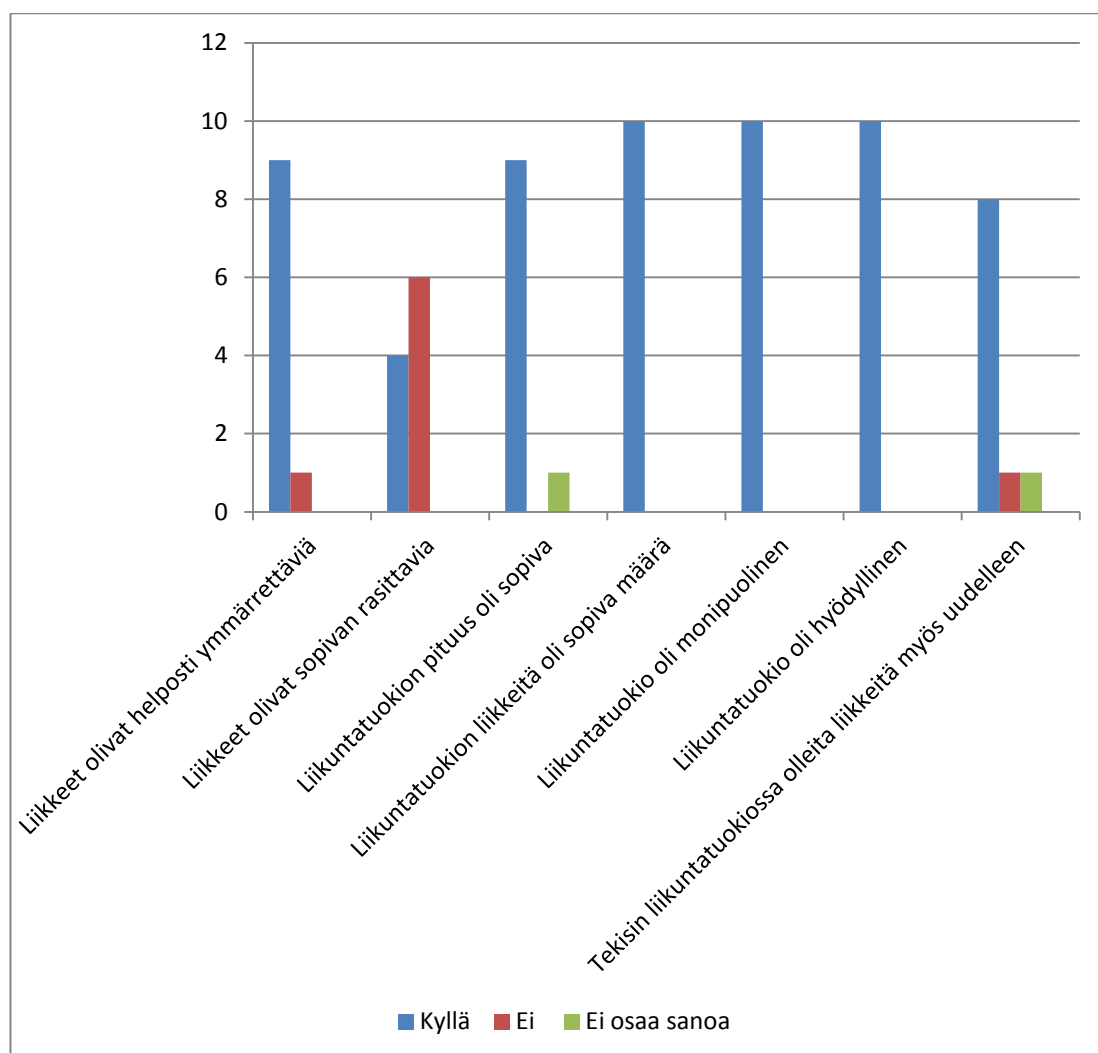
7. Keilaus



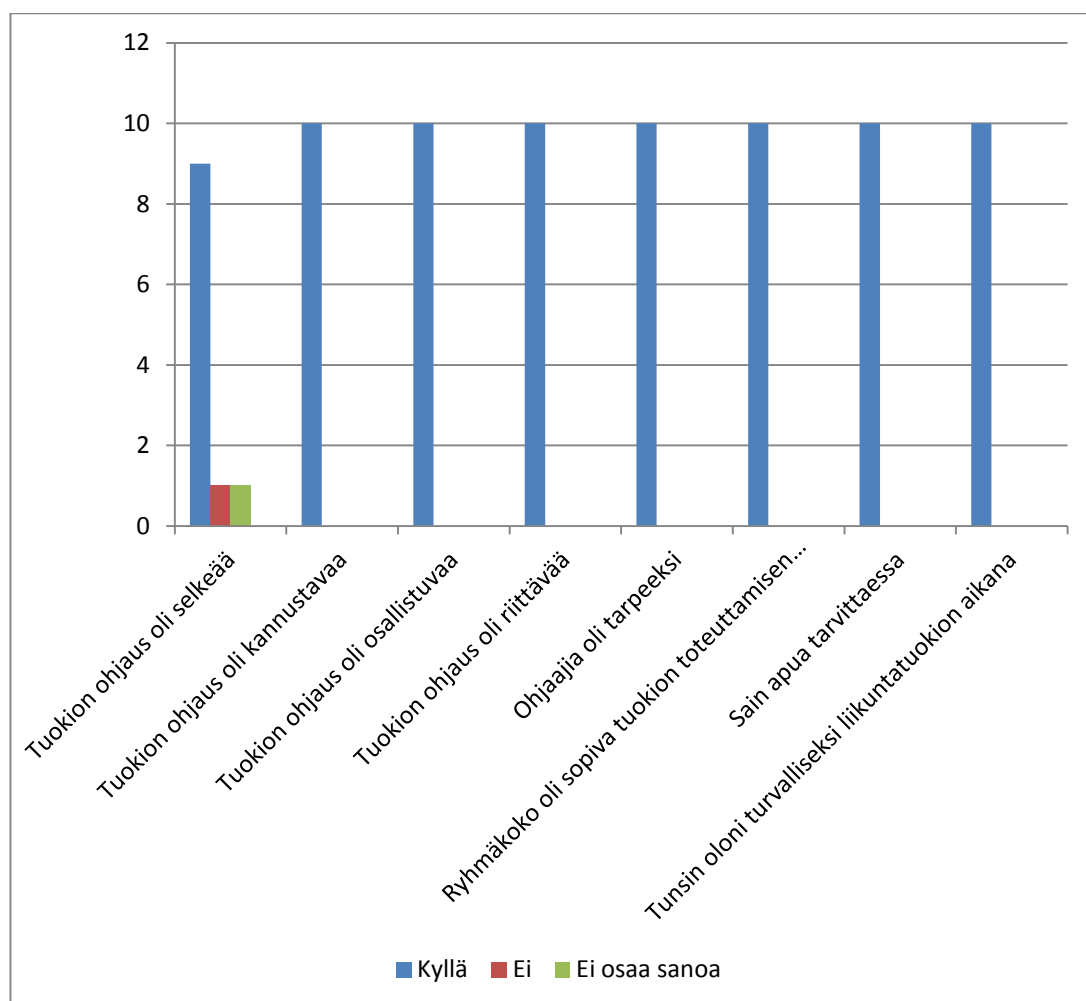
Kuviot

Kuvio 1: Liikuntatuokio asukkaiden mielestä	57
Kuvio 2: Ohjaus asukkaiden mielestä.....	58
Kuvio 3: Liikuntatuokio henkilökunnan mielestä	59
Kuvio 4: Ohjaus henkilökunnan mielestä	60

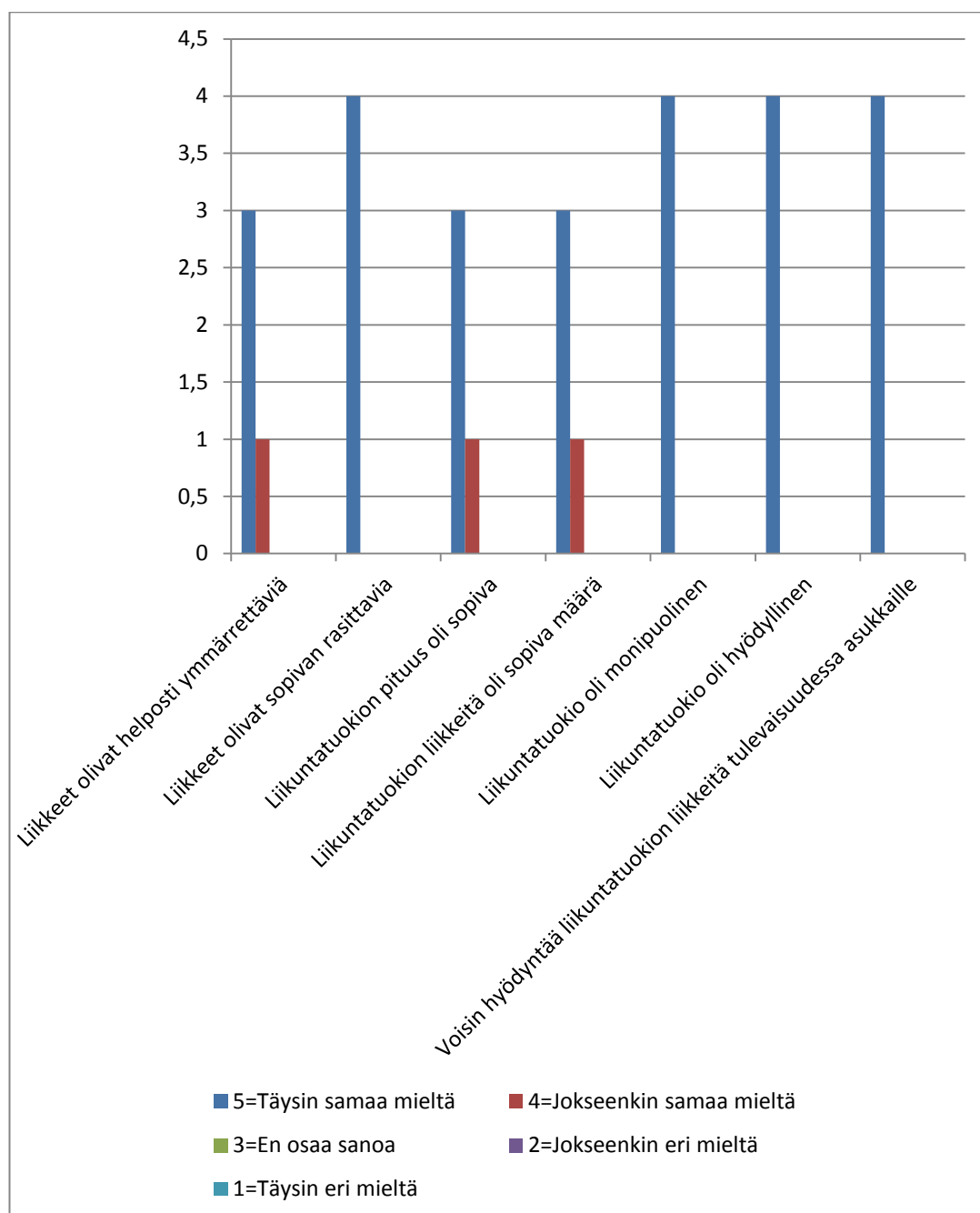
Kuvio 1: Liikuntatuokio asukkaiden mielestä



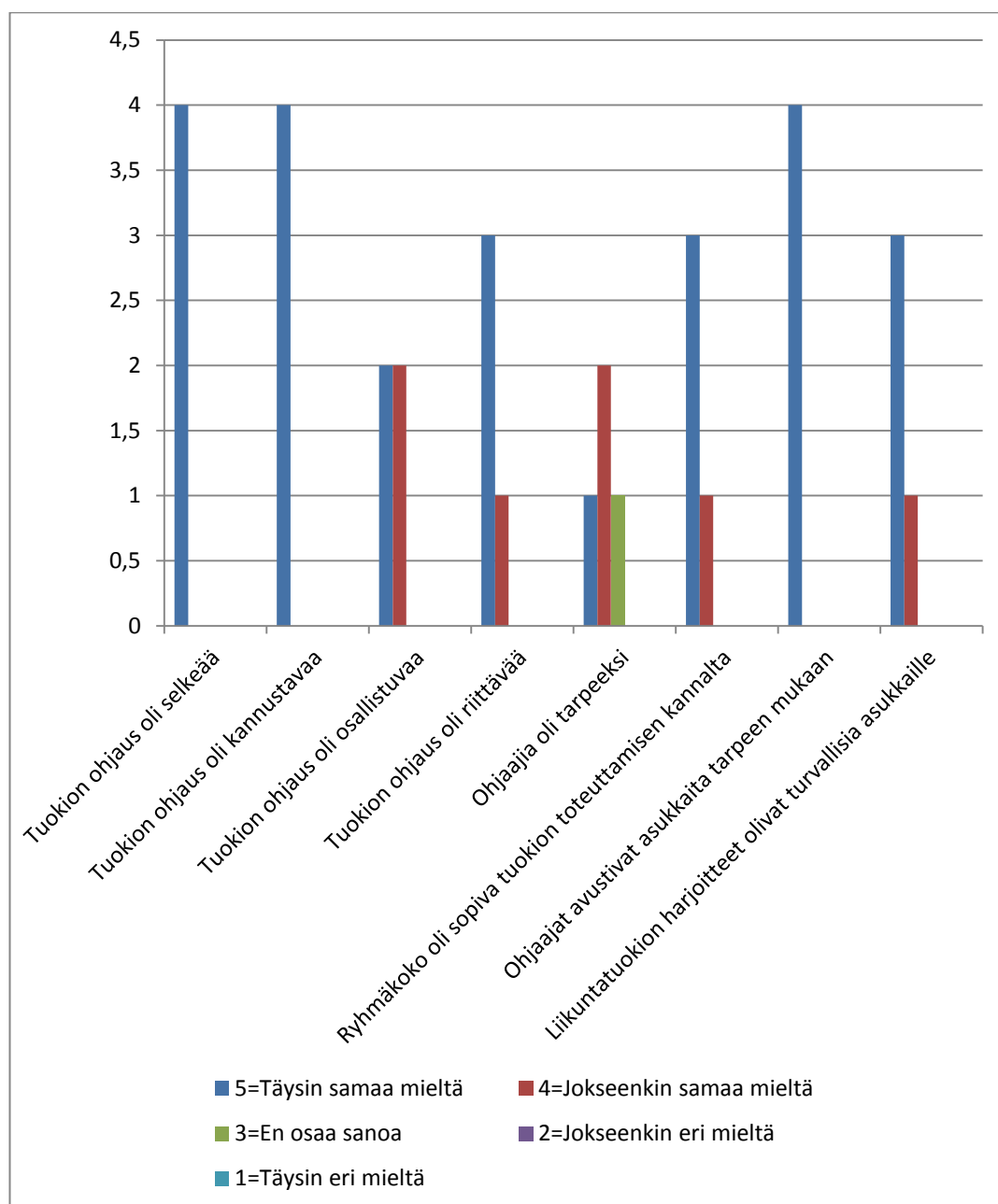
Kuvio 2: Ohjaus asukkaiden mielestä



Kuvio 3: Liikuntatuokio henkilökunnan mielestä



Kuvio 4: Ohjaus henkilökunnan mielestä



Liitteet

Liite 1. Tiedote Villa Fredrikan asukkaille ja omaisille	62
Liite 2. Kyselylomake asukkaille	63
Liite 3. Kyselylomake henkilökunnalle	65

Liite 1. Tiedote Villa Fredrikan asukkaille ja omaisille

Tiedote Villa Fredrikan asukkaille ja omaisille. Tervetuloa liikkumaan!

Hei Villa Fredrikan asukkaat ja omaiset. Olemme sairaanhoitaja-opiskelijoita Hyvinkään Laureasta ja teemme opinnäytetyömme muistisairauksia potevien ihmisten fyysisestä kuntoutuksesta. Opinnäytetyöhömmme kuuluu toiminnallisen liikuntatuokion järjestäminen Villa Fredrikan asukkaille. Liikuntatuokio tulee sisältämään lihaskuntoharjoitteita, tasapainoharjoitteita ja rentoutusta. Sama tuokio toteutetaan useaan kertaan, koska yhteen tuokioon tulee aina 5 asukasta kerralla liikkumaan. Liikuntatuokio järjestetään Villa Fredrikassa 16.5 klo 9-11:sta ja 13 -15:sta välillä. Olisi oikein mukavaa jos omaisiakin pääsisi mukaan seuraamaan ja osallistumaan tulevaan päivään! Tervetuloa asukkaat ja omaiset liikkumaan tai vaikka vaan seuraamaan!

Ystävällisin kevätterveisin:

Janika Uusikari &

Krista Hartikainen











Liite 2. Kyselylomake asukkaille

Toimintapäivän arviointi/palautte

Vastausvaihtoehdot ovat merkitty hymynaamoilla. Iloinen hymynaama 😊 tarkoittaa kyllä ja surullinen naama ☹️ tarkoittaa ei. Ympyröi tai rastita näistä naamoista se kumpi vastaa parhaiten mielipidettäsi.

Liikuntatuokio	Kyllä	Ei
Liikkeet olivat helposti ymmärrettäviä	😊	☹️
Liikkeet olivat sopivan rasittavia	😊	☹️
Liikuntatuokion pituus oli sopiva	😊	☹️
Liikuntatuokion liikkeitä oli sopiva määrä	😊	☹️
Liikuntatuokio oli monipuolinen	😊	☹️
Liikuntatuokio oli hyödyllinen	😊	☹️
Tekisin liikuntatuokiossa olleita liikkeitä myös uudelleen	😊	☹️

Ohjaus	Kyllä	Ei
Tuokion ohjaus oli selkeää	😊	☹️
Tuokion ohjaus oli kannustavaa	😊	☹️
Tuokion ohjaus oli osallistuvaa	😊	☹️
Tuokion ohjaus oli riittävää	😊	☹️

Ohjaajia oli tarpeeksi		
Ryhmäkoko oli sopiva tuokion toteuttamisen kannalta		
Sain apua tarvittaessa		
Tunsin oloni turvalliseksi liikuntatuokion aikana		

Kiitos vastauksistasi ja osallistumisesta toiminnalliseen liikuntatuokioon!



Liite 3. Kyselylomake henkilökunnalle

Toimintapäivän arviointi/palaute

Vastausvaihtoehdot on numeroitu numeroin 1-5. Numero 1= Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4= Jokseenkin samaa mieltä ja 5= Täysin samaa mieltä. Ympyröi numero, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi.

Liikuntatuokio

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Liikkeet olivat helposti ymmärrettäviä	1	2	3	4	5
Liikkeet olivat sopivan rasittavia	1	2	3	4	5
Liikuntatuokion pituus oli sopiva	1	2	3	4	5
Liikuntatuokion liikkeitä oli sopiva määrä	1	2	3	4	5
Liikuntatuokio oli monipuolinen	1	2	3	4	5
Liikuntatuokio oli hyödyllinen	1	2	3	4	5
Voisin hyödyntää liikuntatuokion liikkeitä tulevaisuudessa asukkaille	1	2	3	4	5

Ohjaus

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Tuokion ohjaus oli selkeää	1	2	3	4	5
Tuokion ohjaus oli kannustavaa	1	2	3	4	5
Tuokion ohjaus oli osallistuvaa	1	2	3	4	5
Tuokion ohjaus oli riittävää	1	2	3	4	5

Ohjaajia oli tarpeeksi	1	2	3	4	5
Ryhmäkoko oli sopiva tuokion toteuttamisen kannalta	1	2	3	4	5
Ohjaajat avustivat asukkaita tarpeen mukaan	1	2	3	4	5
Liikuntatuokion harjoitteet olivat turvallisia asukkaille	1	2	3	4	5

Kiitos vastauksistasi ja osallistumisesta toiminnalliseen liikuntatuokioon!

