



# **HYVÄ ELÄMÄ -TOIMINTATERAPIARYHMÄ IKÄÄNTYNEILLE**

**Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaan**

**Opinnäytetyö**

**Mervi Talasniemi**

**Tiia Vartiainen**

**Toimintaterapian koulutusohjelma**

**Toimintaterapeutti**

Hyväksytty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

# SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

## Terveysala, Kuopio

### OPINNÄYTETYÖ

#### Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Toimintaterapia	
Suuntautumisvaihtoehto: Toimintaterapia	
Työn tekijä(t): Mervi Talasniemi ja Tiia Vartiainen	
Työn nimi: Hyvä elämä –toimintaterapiaryhmä ikääntyneille Lifestyle Redesign® –ohjelman mukaan	
Päiväys: 23.8.2010	Sivumäärä / liitteet: 50/64
Ohjaajat: Kristiina Juntunen, toimintaterapian päätoiminen tuntiopettaja ja Jaana Leinonen, toimintaterapeutti	
Työyksikkö / projekti: Harjulan sairaalan avokuntoutusosasto	
Tiivistelmä: <p>Ikääntyneiden terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen elämän ylläpitäminen ja tukeminen on tärkeää yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Toimintoihin osallistumisella ja sillä, miten oma terveydentila koetaan, on selkeä yhteys. Erilaisten toimintamuotojen kehittäminen ikääntyneille on sen vuoksi tärkeää. USA:ssa, Kalifornian yliopistossa on kehitetty ennaltaehkäisevään toimintaterapiaan perustuva Lifestyle Redesign® -ohjelma, joka perustuu vanhenemisen nykykäsitykseen, ihmisten pidentyneeseen elinikään sekä toiminnallisten vuosien lisääntymiseen elämän loppupäässä.</p> <p>Tämän hankkeen tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuva ennaltaehkäisevä toimintaterapeuttinen ryhmä ikääntyneille. Tarkoituksena oli pilotoida Lifestyle Redesign® -ohjelma Kuopion kaupungin avotoimintaterapian käytännön työhön. Hankkeen tuotos oli neljästä aivohalvaukuntoutujasta ja yhdestä Parkinsonin tautia sairastavasta asiakkaasta koostuva toimintaterapiaryhmä, joka kokoontui neljän kuukauden ajan yhteensä neljätoista kertaa lokakuusta 2009 tammikuuhun 2010.</p> <p>Hankkeen aikana tehtiin alku- ja loppuarvioinnit BDI-II-, COPM- ja WHOQOL -arviointimenetelmillä joiden avulla pystyttiin määrittelemään yksilölliset ja ryhmäkohtaiset tavoitteet sekä jatkosuunnitelmat. Lisäksi tehtiin kolme väliarviointia, joilla mitattiin osallistujien tyytyväisyyttä ohjelmaan sekä haastateltiin avokuntoutuksen toimintaterapeutteja ohjelman soveltuvuudesta Kuopion kaupungin työkäytänteisiin.</p> <p>Tutkimuksen tulosten perusteella vertaistuki oli ryhmäläisille ohjelman tärkein elementti. Väliarviointien perusteella ryhmään osallistuneet pitivät ryhmää tärkeänä, hyödyllisenä ja kannustavana ja olivat siihen tyytyväisiä. Toimintakyvyn rajoitteidensa vuoksi ryhmäläiset eivät pystyneet hyödyntämään täysin ohjelman tarjoamia mahdollisuuksia. Sellaisenaan ohjelma ei ole suoraan sovellettavissa Kuopion kaupungin avotoimintaterapiaan nykyisillä henkilöstöresursseilla.</p>	
Avainsanat: toimintaterapia, ryhmä, Lifestyle Redesign®	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

# SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Health Professions Kuopio

### THESIS

#### Abstract

Degree Programme: Occupational Therapy	
Option: Occupational Therapy	
Authors: Mervi Talasniemi and Tiia Vartiainen	
Title of Thesis: Good Life (Hyvä elämä) –occupational therapy group for elderly people based on Lifestyle Redesign® -programme	
Date: 23.8.2010	Pages / appendices: 50/64
Supervisor: Kristiina Juntunen, Senior Lecturer and Jaana Leinonen, Occupational Therapist	
Contact persons: Harjula City Hospital, open therapy department	
Abstract: <p>Sustaining and supporting health, welfare and independent life of the elderly people is important to the individual and to the society. There is a concrete connection between engaging in occupations and how one experiences their condition. Developing different forms of occupations for the elderly people is therefore important. In the University of California, USA, there has been developed a preventive Lifestyle Redesign® -programme based on occupational therapy practices. It is grounded upon the modern concept of growing old, elongated lifespan and increase of the functional years at the end of one's lifespan.</p> <p>The purpose of this programme was to plan, execute and evaluate preventive occupational therapy group based on Lifestyle Redesign® –programme for elderly people. The purpose was to pilot Lifestyle Redesign® –programme into the practices of open therapy work in Kuopio. The output of the programme was an occupational therapy group consisted of four members recovering from a brain stroke and one member who had Parkinson disease. The group gathered altogether fourteen times during four months from October 2009 to January 2010.</p> <p>During the programme pre-evaluation and final evaluation with BDI-II, COPM and WHOQOL was performed. Using the information of the evaluations individual and group goals and follow-up plans were defined. In addition three intervening evaluations were performed with which the participants' satisfaction to the programme was measured. The occupational therapist in the open therapy department was also interviewed about feasibility of the programme to the practices in Kuopio city area.</p> <p>According to the survey results, peer support was the most important element of the programme to the participants. According to the intervening evaluations the participants considered the group as important, useful and supportive and they were satisfied. Because of the limitations in one's ability to function the participants were not able to fully benefit the possibilities the programme had to offer. The programme can not be fully adapted as it stands to the open therapy practices in Kuopio with the prevailing human resources.</p>	
Keywords: occupational therapy, group, Lifestyle Redesign®	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

## Sisältö

<b>1</b>	<b>HANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS .....</b>	<b>5</b>
1.1	Hankkeen tausta ja lähtökohdat .....	5
1.2	Hankkeen tarve ja ratkaistava ongelma.....	6
1.3	Hankkeen tavoitteet ja kehittämistehtävä.....	7
1.4	Hankkeen kohderyhmän esittely .....	7
1.5	Hankkeen merkitys.....	10
<b>2</b>	<b>HANKKEEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>11</b>
2.1	Toimintaterapia ja Lifestyle Redesign® .....	11
2.2	Ryhmät toimintaterapiassa .....	12
2.3	Tutkimustietoa Lifestyle Redesign® -ohjelmasta.....	15
2.4	Tutkimus- ja arviointimenetelmät .....	19
2.4.1	Tapaustutkimus ja toimintatutkimus .....	19
2.4.2	BDI-II ja WHOQOL .....	21
2.4.3	COPM .....	22
2.4.4	Arvioinnin tulosten käsittely .....	24
<b>3</b>	<b>HANKKEEN SUUNNITTELU, ETENEMINEN JA ARVIOINTI .....</b>	<b>25</b>
3.1	Hankkeen suunnitteluvaihe .....	25
3.2	Hankkeen toteutusvaihe .....	27
3.3	Etenemisprosessin arviointi .....	35
3.4	Toimintaterapeutin haastattelu .....	39
<b>4</b>	<b>POHDINTA.....</b>	<b>41</b>
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>47</b>
	<b>LIITTEET.....</b>	<b>51</b>

# 1 Hankkeen tausta ja tarkoitus

## 1.1 Hankkeen tausta ja lähtökohdat

Hankkeen tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuva ennaltaehkäisevä toimintaterapeuttinen ryhmä ikääntyneille. Tarkoituksena oli pilotoida Lifestyle Redesign® -ohjelma Kuopion kaupungin avotoimintaterapian käytännön työhön. Hankkeen tuotos oli toimintaterapiaryhmä, joka kokoontui 4 kuukauden ajan yhteensä neljätoista kertaa lokakuusta 2009 tammikuuhun 2010.

Kävimme keväällä 2009 Ruotsissa Uumajan yliopistossa opiskelijavaihdossa ollessamme toimintaterapeuttisen ryhmänohjauskurssin, jonka aikana saimme idean toteuttaa opinnäytetyö ryhmän muodossa. Kurssilta saimme hyvät perustiedot ja taidot suunnitella, toteuttaa ja arvioida toimintaterapeuttinen ryhmä. Alkuperäinen ideamme oli toteuttaa ryhmä maahanmuuttajille, koska koimme vaihdon aikana toimimisen uudessa kulttuurissa ja vieraalla kielellä haasteellisena. Keskusteltuamme opettajamme kanssa opinnäytetyömme kohderyhmä muuttui ikääntyneisiin, koska Kuopiossa on tarve kehittää ikääntyneiden avokuntoutuksen palveluja toimintaterapian saralla. Savonia-ammattikorkeakoululla oli vireillä yhteistyöhanke Harjulan sairaalan avokuntoutuksen kanssa, joten aloimme suunnitella Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuvaa opinnäytetyötämme yhteistyössä Harjulan sairaalan avokuntoutuksen toimintaterapian kanssa. Lifestyle Redesign® -ohjelman pilotointia Kuopion avokuntoutukseen suositteli keväällä 2009 toimintaterapiaopettaja Tiina Lautamo. Syksyllä 2009 aloitimme tutkimussuunnitelman tekemisen uuden opettajamme Kristiina Juntusen ohjauksessa. Kristiina Juntunen on Jyväskylässä mukana Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisen ryhmän pilottitutkimuksessa.

Opinnäytetyössämme haluamme kehittää ikääntyneille suunnattua avokuntoutusta. Lönnroosin (2008, 278–279) mukaan kuntoutuksella on perinteisesti tarkoitettu toimenpiteitä, jotka pyrkivät sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvan toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen tai kompensointiin. Tämä määritelmä voi johtaa liian mekaaniseen kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutumistulosten mittaamiseen, koska fyysisen suorituskyvyn ohella yksilön elämänlaatu, psyykkinen toimintakyky ja sosiaalinen selviytyminen tulee huomioida kuntoutuksessa. Iäkkäille

suunnattu geriatrinen kuntoutus on melko uusi ilmiö; kuntoutuksen resursseja on aikaisemmin kohdennettu pääasiassa lapsiin, nuoriin ja työikäisiin. Ikääntyneen väestön itsenäisen toimintakyvyn ylläpitäminen kuitenkin kannattaa, koska väestörakenteen vanhenemisen myötä kasvavaan palvelutarpeeseen ei pystytä vastaamaan pelkästään passiivisluonteisia hoivapalveluja lisäämällä (Lönnroos 2008, 278–279.)

Toiminnallisen opinnäytetyömme aiheena oli Lifestyle Redesign® -ohjelman pohjalta toteutettu ikääntyville suunnattu terveyttä edistävä ryhmä. Ohjelman mukaan toimintaterapeutti auttaa yksilöitä muodostamaan uudestaan päivittäisten toimintojen mallit, jotka ovat terveellisempiä, positiivisempia ja henkilökohtaisesti merkittävämpiä. Tämä johtaa elinvoimaisempaan, tyydyttävämpään elämään (Clark, Carlson, Jackson & Mandel 2009). Artikkeleissa ja kirjallisuudessa esitettyjen tutkimusten perusteella Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisella toimintaterapialla on saatu hyviä tuloksia vanhusten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (Clark, Azen, Carlson, Mandel, LaBree, Hay, Zemke, Jackson & Lipson 2001, 61-63; Clark, Azen, Zemke, Jackson, Carlson, Mandel, Hay, Josephson, Cherry, Hessel, Palmer & Lipson 1997, 1321-1326; Mountain, Mozley, Craig & Ball 2008, 409-410; Horowitz & Chang 2004, 46-58; Craig & Mountain 2007, 3-5.)

Lifestyle Redesign® -ohjelman mukainen toiminta tukee tavoitteillaan siten Kuopion kaupungin (2009) ikääntymispoliittista strategiaa ”Ikäystävällinen Kuopio”, joka on laadittu vuosille 2009–2030. Kuopion strategiassa pyritään vahvistamaan ikääntyneen ihmisen hyvinvointiin liittyviä voimavaroja tukemalla ikäihmisten toimintakykyä ja mahdollisuuksia onnelliseen ikääntymiseen. Molempien ohjelmien tavoitteena on mahdollistaa ennaltaehkäisevän toiminnan kautta ikääntyvän henkilön itsenäisen asumisen mahdollisimman pitkään. Clarkin ym. (2009) mukaan Lifestyle Redesign® on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu myös kustannustehokkaaksi menetelmäksi, mikä on ”Ikäystävällisen Kuopion” yksi tavoite.

## **1.2 Hankkeen tarve ja ratkaistava ongelma**

Opinnäytetyön tarpeen taustalla on vanhusten avopuolen ja etenkin toimintaterapian kuntoutuspalveluiden vähäisyys. Tällä hetkellä Kuopiossa aikuisten toimintaterapian avopuolella työskentelee vain yksi toimintaterapeutti. Vanhusten avopuolelle tarvitaan ennaltaehkäisevää kuntoutustyötä, jonka avulla ehkäistään riskiryhmään kuuluvien van-

husten laitoshoidon joutumista. Riskiryhmään kuuluvat ei-aktiiviset vanhukset, joilla on yksi tai useampi krooninen sairaus ja jotka ovat vaarassa passivoitua alentuneen toimintakyvyn vuoksi (Clark ym. 2001, 61).

Vastaava tarve on maanlaajuinen. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt Suomen Kuntaliiton kanssa ikäihmisten palvelua ja hoitoa koskevan laatusuosituksen vuonna 2001, mistä on annettu uusi versio vuonna 2008. Uudessa versiossa yhteistyössä on mukana ollut myös Stakes ja siinä on otettu huomioon erityisesti uusien tutkimustietojen ja toimintaympäristön muutokset. Kunnat laativat ikääntyneiden keskeisille palveluille asetettujen suositusten pohjalta kuntakohtaiset tavoitteet, jotka painottuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, ehkäisevään toimintaan sekä kotona asumisen tukemisen ensisijaisuuteen. Suositus ohjaa palveluvalikoiman monipuolistamiseen neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla, ja myös terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava sen mukaan kaikissa palveluissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

### **1.3 Hankkeen tavoitteet ja kehittämistehtävä**

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuoda Lifestyle Redesign® -ohjelma Kuopioon ikääntyneiden avopuolen kuntoutuksen työkäytänteisiin. Kokeilimme, soveltuuko Lifestyle Redesign® -ohjelman mukainen ryhmätoiminta käytettäväksi avotoimintaterapiassa Kuopiossa. Välitön tavoite oli ryhmään osallistuvien ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen elämäntapamuutoksen avulla. Tavoitteiden saavuttamista mitattiin projektin alussa ja lopussa toteutetuilla arvioinneilla.

### **1.4 Hankkeen kohderyhmän esittely**

Hanke toteutettiin yhteistyössä Kuopion kaupungin avotoimintaterapian kanssa. Hankkeen kohderyhmänä olivat kuopiolaiset, itsenäisesti asuvat ikääntyneet, joiden oletettiin aikaisempien tutkimustulosten perusteella hyötyvän ennaltaehkäisevästä toimintaterapiasta. Ryhmäläiset valittiin Harjulan sairaalan toimintaterapeutin avulla kuntoutusosaston asiakkaista, ja he olivat Harjulan sairaalassa hoidossa olleita aivohalvauskuntoutujia sekä yksi Parkinsonin tautia sairastava asiakas, joiden sairastumisesta oli kulunut kuudesta kuukaudesta neljään vuotta. Yhteisinä oireina ryhmäläisillä on aivohalvauksesta ja Parkinsonista johtuvia oireita kuten hemipareesi, jonka vuoksi mm. heidän toisen yläraajansa toimintakyky on heikentynyt. Ryhmäläiset valittiin siten, että heidän fyysinen,

psykykinen ja kognitiivinen toimintakykynsä mahdollistaa ryhmässä toimimisen, jolloin Lifestyle Redesign® -mallin mukaisesta ryhmätoiminnasta on myöhemmin mainittujen tutkimusten mukaan heille hyötyä ja se edistää ja parantaa heidän elämänlaatuaan.

#### *Aivohalvaus – sairauden vaikutus toimintaan osallistumisessa*

Vuosittain 14000 henkilöä sairastuu aivohalvaukseen Suomessa. Sairastuneista 75 prosenttia on eläkeikäisiä. Aivohalvauspotilaat tarvitsevat akuuttivaiheen kuntoutusta, jonka jälkeen pystytään arvioimaan jatkokuntoutuksen tarvetta ja tehdään moniammatillista osaamista vaativa kuntoutussuunnitelma. Iäkkäillä potilailla kuntoutuksen tavoitteena on, että henkilö voi asua kotonaan ja huolehtia itse asioistaan. Akuuttivaiheen jälkeen aivohalvauspotilas tarvitsee aktiivista kuntoutusta 3-6 kuukautta tai jopa vuoden sekä tarpeen mukaan ylläpitävää kuntoutusta tämän jälkeen. Etenkin iäkkäitä potilaita kunnoutetaan akuuttivaiheen jälkeen usein perusterveydenhuollossa, jonne tarvitaan nykyistä enemmän kuntoutusresursseja. Aktiivinen kuntoutus on kannattavaa, koska sen ennuste on hyvä: vuoden kuluttua sairastumisesta 80 prosenttia potilaista pystyy asumaan kotona. (Sulkava 2008, 317.)

On tavallista, että ihmisille tulee aivohalvauksen jälkeen rajoitteita itsestä huolehtimisen, vapaa-ajan ja tuottavuuden osa-alueille jopa pidemmäksikin aikaa. Kirjallisuuden mukaan kuitenkin näyttäisi siltä, että useimmat ihmiset saavuttavat itsenäisyyden itsestä huolehtimisen osa-alueella 1-2 vuotta sairastumisen jälkeen. Kotityöt mukaan lukien empiiristen tutkimusten tulokset ovat kuitenkin ristiriitaiset. Erään tutkimuksen tuloksissa raportoitiin, että rajoitukset kotitöissä olivat vähemmän pysyviä, kun taas toiset tutkijat raportoivat, että yli puolet heidän tutkittavistaan tarvitsi apua kotitöiden tekemiseen jopa 10 vuotta sairastumisen jälkeen. Instrumentaaliset ADL -toiminnot kodin ulkopuolella, kuten julkisten kulkuvälineiden käyttäminen tai autolla ajaminen, sekä sellaiset toiminnot, jotka vaativat enemmän kognitiivisia taitoja, kuten omasta taloudesta ja raha-asioista huolehtiminen, olivat vaikeita suorittaa pitkänkin ajan päästä sairaudesta. (Eriksson 2007, 7-8.)

Vapaa-ajan toimintoihin osallistuminen pidemmällä aikavälillä sairastumisen jälkeen on rajoitetumpaa kuin osallistuminen mihin tahansa arkipäivän toimintoon. Sairastunut henkilö ei mahdollisesti kykene osallistumaan vapaa-ajan toimintoihin, hän voi tarvita apua niiden suorittamiseen tai joutuu suorittamaan toiminnot vaihtoehtoisella tavalla.

Erityisesti vapaa-ajan toiminnot toisten ihmisten kanssa tai kodin ulkopuolella tapahtuvat vapaa-ajan toiminnot vähenevät. (Eriksson 2007, 8.)

Useimmiten puolet aivohalvaukseen sairastuneista palaa töihin muutama vuosi sairastumisen jälkeen. Äskettäin tehty tutkimus myös paljasti, että puolet henkilöistä, joilla on ollut lievä tai keskivaikea aivohalvaus, palaa töihin puolen vuoden sisällä. Henkilöt, jotka palaavat töihin nopeasti sairastumisen jälkeen, joutuvat vähentämään työtuntejaan ja muokkaamaan työtehtäviään, kun taas joillain on vaikeuksia pitää työpaikkansa sairastumisen jälkeen. Aivohalvauksen jälkeisessä seurantalutkimuksessa puolet niistä henkilöistä, jotka määrittelivät itsensä päteviksi ammattiinsa, palasivat työhönsä. (Eriksson 2007, 8.)

#### *Parkinsonin tauti – sairauden vaikutus toimintaan osallistumisessa*

Parkinsonin tautiin kuuluu tavallisimpana oireena vapina, ja myös lisääntynyt lihask jäykkyys sekä liikkeiden hidastuminen on yleistä, vaikkakin yksilöllinen vaihtelu on suurta. Vapinaa voi esiintyä vain käsissä tai jaloissa, mutta myös molemmissa ja sitä ilmenee nimenomaan levossa. Lihasten jäykkyys on voimakkainta vartalon lihaksissa ja sitä lähinnä olevissa lihaksissa. Hidasliikkeisyys ilmenee puolestaan niiden vähyytenä ja liikesuorituksen hitautena. Oireistoon kuuluu myös kaatuilutaipumus ja etukumara asento sekä dystonia eli lihasten pitkäkestoinen kouristustila. (Teräväinen 2000, 12–13.)

Parkinsonin taudin oireistoon saattaa kuulua myös kognitiivisia oireita ja osalla ne ilmaantuvat vasta vuosikymmeniä sairastumisen jälkeen. Tyypillisiä kognitiivisen heikkenemisen oireita ovat aloitekyvyn heikkeneminen, aloittamisen vaikeus tai toimintatarmon hiipuminen sekä muistihäiriöt lyhytkestoisessa ja pitkäkestoisessa muistissa. (Portin 2000, 14.)

Edellä mainitut oireet vaikuttavat sairastuneen henkilön toimintaan osallistumiseen samantapaisesti kuin aivohalvaukseen sairastuneen potilaan oireet. Vapina on Parkinsonin taudin erityispiirre, jota aivohalvauspotilailta ei ilmene, mutta mikä tekee Parkinson oireistosta vaikeamman laajojakin motorisia toimintoja suorittaessa.

## 1.5 Hankkeen merkitys

Vanhusten määrän kasvu ja suurten ikäluokkien vanheneminen johtavat tulevaisuudessa nykyistä suurempaan ennaltaehkäisevän työn tarpeeseen, johon kustannustehokkaalla ja pitkäaikaisesti vaikuttavalla Lifestyle Redesign® -ohjelmalla voidaan vastata (Clark ym. 2009). Tilviksen (2003, 25) mukaan tulevina vuosikymmeninä väestön keski-ikä arvellaan nousevan lähes kaikissa maailman maissa. Väestöjen vanheneminen on maailmanlaajuinen yhteiskunnallinen muutos ja suuri yhteiskunnallinen haaste. Suomalaisien vanheneminen on Euroopan kärkiluokkaa. Hervosen (2003, 14) mukaan yli 85-vuotiaiden osuus väestöstä on kuusinkertaistunut vuodesta 1950.

Hankkeellamme on merkitystä myös toimintaterapialle ammattialana. Tällä hetkellä toimintaterapian työ ikääntyneiden parissa on pääasiassa kuntoutusta, mutta tarve ennaltaehkäisevään toimintaterapiaan kasvaa entisestään väestön ikääntyessä. Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaan toteutetun ennaltaehkäisevän ryhmän pilotointi Kuopioon edistää ennaltaehkäisevien menetelmien käyttöönottoa ja vie siten toimintaterapian alaa eteenpäin. Raportoimistamme kokemuksista ja tuloksista Harjulan hoitohenkilökunta ja erityisesti toimintaterapeutit saavat eväät ryhmän toteuttamiseen uudelleen.

Kohderyhmällemme hankkeen oli tarkoitus tuoda ajatuksia siitä, millä menetelmillä he voivat muuttaa elämäänsä terveellisemmäksi ja mielekkäämmäksi toiminnan kautta. Ryhmän tarkoitus oli antaa ryhmäläisille myös vertaistukea ja mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen saman sairauden kokeneiden henkilöiden kanssa.

Hankkeen merkitys omalle oppimisellemme on laaja-alainen. Hankkeen aikana suunnittelimme, toteutimme ja arvioimme toimintaterapiaryhmän ensimmäistä kertaa itsenäisesti. Vastuu ryhmän toteutumisesta antoi kattavan kuvan kaikista toimintaterapeutin ryhmän ohjaamiseen liittyvistä tekijöistä. Meillä oli kuitenkin mahdollisuus kysyä ja saada ohjausta ohjaavalta opettajalta ja Harjulan toimintaterapeutilta koko prosessin ajan.

## 2 Hankkeen teoreettiset lähtökohdat

Onnistunut vanheneminen (successful aging) ei tarkoita pelkästään sairauksien ehkäisyä ja lykkäämistä, vaan siihen kuuluu myös ikääntyvän henkilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito, huolto ja tehostaminen. Elintapariskien minimoiminen on tärkeä osa onnistunutta ikääntymistä, koska elintapamuutoksilla voidaan ehkäistä ikääntymisen myötä usein tulevia sairauksia ja toimintakyvyn alenemista. (Hervonen 2003, 14–15.) Craigin ja Mountainin (2009, 1-2) mukaan Lifestyle Redesign® -ohjelmalla pyritään onnistuneeseen ja positiivisempaan ikääntymiseen välttämällä ikääntyneen eristäytymistä yhteiskunnasta ja tukemalla hyvinvointia ja henkilökohtaisia voimavaroja toimintaterapian menetelmillä.

### 2.1 Toimintaterapia ja Lifestyle Redesign®

Ihmisen toiminta on toimintaterapian ydinalue. Yksi toimintaterapian perusolettamuksia on, että ihmisellä on toiminnallinen luonne, mikä tarkoittaa, että toimintoihin osallistuminen nähdään ihmisen perustarpeena. Mahdollisuudet ja resurssit osallistua toimintaan pitäisi olla kaikkien ihmisten saatavilla, koska toiminta on välttämätöntä selviytymisen, terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Toinen toimintaterapian perusolettamus on seurausta ensimmäisestä: toiminnalla on terapeuttista arvoa. Toiminnan terapeuttinen vaikutus selittyy seuraavien oletusten kautta: toiminta vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin, toiminta jäsentää aikaa ja tuo elämään rakenteen, toiminta tuo elämään tarkoitusta (toiminnan merkitystä määrittävät kulttuuriset ja yksilölliset tekijät) ja toiminnot ovat idiosynkraattisia, eli vaikka kaikki ihmiset tarvitsevat toimintaa, ovat tietyt toiminnot joihin tietty henkilö osallistuu ominaisia juuri tälle henkilölle, kuten ovat myös tämän henkilön kokemukset toiminnoistaan. On tärkeää myös huomata, että kaikki toiminta ei johda terveyteen, hyvinvointiin ja oikeudenmukaisuuteen. Kaikilla toiminnoilla ei ole terapeuttista arvoa, vaikka niillä olisi merkitystä, ne organisoisivat aikaa ja toisivat rakennetta elämään. Toiminnot voivat olla myös huonosti sopivia, jopa haitallisia yksilölle tai yhteiskunnalle. Esimerkkejä tällaisesta toiminnoista ovat itsetuhoinen käyttäytyminen, vandalismi ja huumeidenkäyttö. (Polatajko ym. 2007, 20–22.)

Lifestyle Redesign® -ohjelma on toiminnallinen lähestymistapa terveelliseen ikääntymiseen. Ohjelma perustuu vanhenemisen nykykäsitteeseen, ihmisten pidentyneeseen

elinikään sekä toiminnallisten vuosien lisääntymiseen elämän loppupäässä. Lifestyle Redesign®in mukaan ikääntyneiden tulee itse tutkia omaa elämäänsä ja analysoida toimintojaan, mikä mahdollistaa heidän ymmärtää ja muuttaa lähestymistapaansa päivittäisiin toimintoihin. Siten he pystyvät optimoimaan toimintoja ja hyvinvointia sekä kohtaamaan pysähtyneisyyteen johtavia pelkoja haastamalla itsensä ryhmätilanteessa toimintaterapeutin huolehtiessa ja ollessa tukena. Ohjelman teoreettisena perustana on toiminnan tieteen käsitys toiminnan, terveyden ja hyvinvoinnin välisestä suhteesta sekä toiminnan perusolettamuksesta, ihmisen toiminnallisesta luonteesta. (Craig & Mountain 2007, 2-3; 9-10.)

## 2.2 Ryhmät toimintaterapiassa

Yhteisöllä tarkoitetaan jonkinlaista ihmisten toimintaa eri ryhmissä. Osallistumme erilaisiin ryhmiin kasvaessamme, työskennellessämme ja eläessämme yhteiskunnassa. Ryhmä on aina enemmän kuin joukko ihmisiä; ihmiset ovat kytkeytyneet toisiinsa ryhmäidentiteettinsä ja yhteisten tarkoitusten perusteella, jotka voidaan saavuttaa ainoastaan työskentelemällä yhdessä ja olemalla vuorovaikutuksessa. Jokainen ryhmä on ainutlaatuinen ja terapeutin ryhmä on yksi erityinen ryhmämuoto. Terapeuttisessa ryhmässä on suhteita useassa tasossa ryhmäläisten kommunikoidessa jokaisen muun ryhmäläisen kanssa. Tällöin ryhmän terapeutin luonne korostuu ryhmäläisten muodostaessa useita suhteita kerralla eikä ainoastaan terapeutin kanssa. Ryhmässä tapahtuu myös jakamista sekä osallistumista, mistä ryhmäläiset saavat voimaa ja tuntevat yhteenkuuluvuutta yhteisen hyväksynnän kautta. Ryhmä on myös dynaaminen energian ja luovuuden lähde ja siinä on mahdollisuus sosiaaliseen oppimiseen vuorovaikutuksen, mallioppimisen ja toisten neuvomisen kautta. Ryhmässä olemisen kokemus voi nostattaa tunteita, mikä auttaa niiden ilmaisemisessa ja tutkiskelussa. Ryhmässä muotoutuu myös käyttäytymisen normeja, kun ryhmäpaine vaikuttaa käyttäytymiseen ja ryhmäläisten on vastattava muiden odotuksiin ja vaatimuksiin. (Finlay 1994, 3-4.)

Toimintaterapiassa voidaan käyttää hyväksi erilaisia ryhmätilanteita, joissa voidaan hyödyntää ryhmätoiminnan tarjoamia parantavia mahdollisuuksia. Tavoitteena on tunnistaa asiakkaiden/potilaiden tarpeet ja sitä kautta etsiä sopiva, tarpeita tukeva oppimisympäristö. Usein tämä tarkoittaa erityistä ryhmäkokemusta. Ryhmätoiminnan parantavat vaikutukset eivät ole sattumanvaraisia eivätkä itsestään selviä. Ryhmän tapahtumien voima voi olla yhtä hyvin tuhoava kuin hyödyllinenkin, joten terapeutin täytyy

osata tukea potilaita/asiakkaita oikean ryhmän valinnassa sekä ryhmäoppimistilanteissa. (Finlay 1994, 7.)

Toimintaterapiassa käytetään erityisen laajaa valikoimaa erilaisia ryhmiä, joilla jokaisella on oma terapeuttinen tarkoituksensa. Ryhmiä voidaan erotella sen mukaan, ovatko ne ensisijaisesti toimintaan perustuvia, tukeen perustuvia vai sekoitus molempia. Ryhmiä voidaan luokitella toiminta-tuki-akselin sijoituksen perusteella, jossa elementteinä ovat tehtävä, sosiaalisuus, vuorovaikutus ja psykoterapia. Toimintaryhmiin kuuluu tehtävä ja/tai sosiaalisia elementtejä. Tehtäväryhmien tavoitteena on kehittää taitoja ja ne ovat luonteeltaan lopputulokseen ja yksilöllisyyteen suuntautuvia. Tyypillisiä esimerkkejä tehtäväryhmistä ovat esimerkiksi työryhmät, käsityöryhmät ja elämäntaitoryhmät. Sosiaaliset ryhmät ovat uudelleen luomista ja hauskuutta varten. Tarkoituksena on rohkaista sosiaalista vuorovaikutusta. Tyypillisiä esimerkkejä ovat musiikki ja liike, jalkapallo, bingo sekä sanomalehtiryhmä. Tukiryhmät korostavat kommunikaation ja psykoterapi-an elementtejä. Ne ovat ryhmäorientoituneita ja niiden tähtäin on ryhmäprosessissa enemmän kuin lopputuloksessa. Kommunikaatioryhmien tarkoituksena on ryhmän jäsenten kokemusten jakaminen ja toisten tukeminen. Esimerkkiryhmiä ovat naisten keskusteluryhmä, musiikkiterapia, sosiaalisten taitojen opettelu ja taideterapia. Psykoterapiaryhmien tarkoituksena on lisätä näkemystä yksilön ongelmista ja auttaa heitä tutki-maan tunteitaan. Tyypillisiä esimerkkejä ovat esim. sanallinen psykoterapia, leikkiterapia ja psykodraama. (Finlay 1994, 7-9.)

Ryhmien luokittelussa on vielä kolme kohtaa, jotka tulisi huomioida. Ensimmäkin mitä tahansa toimintaa voidaan käyttää usealla eri tavalla tavoitteiden saavuttamiseksi. Esimerkiksi taidetta voidaan käyttää keskittymisen saavuttamiseksi tai vapaa-ajan toimintona, jolla parannetaan itseluottamusta. Taidetta voidaan käyttää taideterapiassa ja myös analyttisesti orientoituneessa projektiivassa taiteen muodossa. Toiseksi mikä tahansa ryhmätoiminta voi ulottua useamman kategorian alueelle kerralla. Esimerkiksi ”eläköitymisryhmä” on hyvä esimerkki ryhmästä, jossa kaikki elementit ovat tarjolla, mutta ne vaihtelevat sen mukaan mitä harjoituksia tehdään sekä ryhmän jäsenten eri vastauksista riippuen. Tällä tavalla ryhmän jäsenet voivat yhtä aikaisesti jakaa tunteita (psykoterapia), tukea toisiaan (kommunikaatio), pitää hauskaa (sosiaalinen) ja kehittää taitoja uudessa harrastuksessa (tehtävä). Kolmantena eri yksilöt voivat reagoida eri tavoin samaan toimintaan. Esimerkiksi roolileikki, jossa harjoitellaan sosiaalisia taitoja, voidaan kokea

eri tavalla yksilöstä riippuen. Sitä pidetään joko hyvin tunteita herättävänä kokemukse-  
na, hauskanpitona tai pelkästään raskaana työnä. (Finlay 1994, 11.)

Finlay (1994, 12-15) on jakanut toimintaterapian ryhmälähestymistavat eri teorioiden mukaisesti siten, että toimintaryhmiin kuuluvat kehityksellinen ryhmä (Mosey), ohjaava ryhmä (Kielhofner, Kaplan), toiminnallinen ryhmä (Howe, Swartzberg) ja kognitiivisen vajaatoiminnan ryhmä (Allen). Tukiryhmiin kuuluvat psykodraamaryhmä (Moreno), sosiaalisten taitojen harjoitteluryhmä (Franklin, Argyle), psykodynaaminen kommuni-  
kaatioryhmä (Fidler) ja luova terapia (Azima, Blair, Perls). Hyvä elämä – toimintaterapiaryhmässä on elementtejä sekä toimintaryhmästä että tukiryhmästä.

Toiminnallisen ryhmän tarkoituksena on vahvistaa ryhmäläisten toiminnallista käyttäytymistä. Tavoitteena on tuottaa tarkoituksenmukaista, oma-aloitteista, spontaania ja ryhmäkeskeistä toimintaa sellaisten ryhmäläisten kanssa, joiden täytyy tehdä valintoja, suoriutua itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan toiminnoista. (Finlay 1994, 13.). Hyvä elämä -ryhmässä on tarkoitus muodostaa ryhmäläisille terveellisempiä toimintamalleja edellä mainituilla toiminnan osa-alueilla ryhmän avulla. Lifestyle Re-design® -ohjelma perustuu pieniin ryhmätehtäviin, jotka tuottavat spontaania ja tarkoituksenmukaista keskustelua ja toimintaa.

Toiminnallisen ryhmän ohjaaja käyttää viittä pääperiaatetta vaikuttaakseen ryhmäprosessiin: ryhmän toimintaan osallistumisen maksimointi (esimerkiksi selittämällä tehtävät perusteellisesti ryhmäläisille), yksilön ja ryhmän identiteetintunteen maksimointi osoittamalla yksilöiden roolit ja luomalla turvallinen ja vakaa ryhmä, flowkokemukseen kannustaminen mieluisten toimintojen kautta, ryhmäläisten spontaanin osallistumisen helpottaminen muokkaamalla ja hyväksymällä käyttäytyminen ja osallistujien kannustaminen tukeen ja palautteeseen. (Finlay 1994, 13.). Kaikki edellä mainitut tekijät ovat tärkeitä Hyvä elämä -ryhmän ryhmäprosessissa.

Tukiryhmän muodoista psykodynaaminen kommunikaatioryhmä on lähimpänä Hyvä elämä -ryhmää. Psykodynaamisen ryhmän näkökulman mukaan painotus on toimintojen tiedostamattomassa ja symbolisessa potentiaalissa sekä toiminnan objektiivisuudessa. Kommunikaatio on toimintaterapian ydin, ja se näkyy erityisesti silloin, kun toiminta auttaa yksilöitä kertomaan ajatuksista ja tunteista. Yksilöiden väliset suhteet nähdään keskeisenä asiana ja ryhmän sisäinen kanssakäyminen tarjoaa mahdollisuuden jakaa,

vahvistaa egoa ja hahmottaa todellisuutta. Ryhmä voi auttaa jäseniään kehittämään sosiaalista tietoisuutta ja yhteistyötä sekä tarjoaa yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Finlay 1994, 14–15.). Hyvä elämä -ryhmässä vertaistuki ja yhteenkuuluvuuden tunne ovat keskeisiä ryhmän elementtejä.

### 2.3 Tutkimustietoa Lifestyle Redesign® -ohjelmasta

Lifestyle Redesign® -ohjelman tehokkuutta ja vaikuttavuutta on tutkittu mm. verrokki-ryhmillä sekä vertaamalla alku- ja loppuhaastatteluisia ja -arvioinneissa saatuja tuloksia. Vuosina 1994–1996 USA:ssa Los Angelesissa toteutettu satunnaistettu Well Elderly -tutkimus testasi Lifestyle Redesign® -ohjelmaa itsenäisesti asuvilla, etnisesti ja kulttuuriltaan erilaisilla yli 60-vuotiailla miehillä ja naisilla, joilla oli mahdollisuuksia hyötyä monista osa-alueista toimintaterapeuttisessa interventiossa. Pyrkimys oli tarkkaan rajatun ja kontrolloidun tutkimuksen avulla tunnistaa toimintaterapia pääasialliseksi tekijäksi terveyden ja hyvinvoinnin tuottajana. Tutkittavia oli yhteensä 361, ja heidät jaettiin kolmeen ryhmään, joista yksi oli toimintaterapeuttinen ryhmä, yksi yleinen sosiaalisten aktiviteettien ryhmä ja yksi hoitoa saamaton kontrolliryhmä. Toimintaterapiaryhmä ja sosiaalisten aktiviteettien ryhmä kokoontuivat viikoittain 8-10 hengen ryhmänä yhdeksän kuukauden ajan, toimintaterapiaryhmä toimintaterapeutin johdolla ja sosiaalisten aktiviteettien ryhmä ilman asiantuntijan ohjausta. Kolmannelle ryhmälle ei tehty minkäänlaista interventiota. (Clark ym. 1997; Clark ym. 2001; Clark ym. 2009.)

Kaikki kolme ryhmää arvioitiin interventiojakson alussa ja lopussa sekä kuuden kuukauden seurantajakson jälkeen. 361 osanottajasta 285:lle tehtiin kaikki kolme arviointia. Arviointivälineinä käytettiin RAND SF-36 -mittaria, Functional Status Questionnaire -kyselyä, Life Satisfaction Index-Z -menetelmää, Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale -mittaria sekä Medical Outcomes Study Health Perception Scale -asteikkoa. Toimintaterapiaryhmän tuloksissa oli selkeä ero verrattaessa kahden muun ryhmän kolmesta arvioinnista saatuihin tuloksiin. Merkittävimmät tulokset saavutettiin RAND SF-36 -mittarilla osioissa elinvoimaisuus, sosiaalinen kanssakäyminen, roolit sekä yleinen mielenterveys. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin tulosten perusteella, että mikä tahansa toiminta itsessään ei paranna vaan merkityksellinen, arkeen juurrutettu toiminta vahvistaa terveyttä. Seurantajakson jälkeinen arviointi osoitti myös sen, että interventiolla on pitkäkestoiset vaikutukset; 90 %:lla asiakkaista saavutetut hyödyt olivat säilyneet. (Clark ym. 2001; Clark ym. 1997; Clark ym. 2009.)

Well Elderly -tutkimuksen hyviin tuloksiin pohjautuen Los Angelesissa tehtiin jatkotutkimus, Well Elderly Study II, joka valmistui vuonna 2009. Jatkotutkimukseen osallistui 460 60–95 -vuotiasta, etniseltä taustaltaan erilaista ikääntyntä miestä ja naista (naisia 2/3) laajalta alueelta Los Angelesista. Osallistujat asuivat joko omassa kodissaan tai vanhainkodissa, ikääntyneiden kunnallisissa keskuksissa tai eläköityneiden yhteisöissä. Tutkimus suunniteltiin a) arvioimaan intervention vaikutuksen yleistettävyyttä suuremmalla tutkittavien joukolla sekä suuremmalla joukolla tulosmuuttujia ja b) testaamaan välittäjämekanismi -mallia, jolla voitaisiin selittää yhteys parantuneiden tutkimustulosten ja intervention välillä. Artikkelissa ”Confronting challenges in intervention research with ethnically diverse older adults: the USC Well Elderly Study II Trial” kuvaillaan tutkimuksen asettelu ja kulku sekä mitä asioita tulee ottaa huomioon, kun tehdään tutkimusta suurelle joukolle etnisesti erilaisia ikääntyneitä. Tutkijat käyttivät Well Elderly Study II:ssa ensimmäisessä tutkimuksessa käytettyjen menetelmien lisäksi lukuisia muita uusia komponentteja tulosten saavuttamiseksi. Tutkimuksen uusia välineitä olivat useat kunnalliset tutkimussivustot, tutkimusprotokollan espanjankielinen sovellus, ”salivary biomarker assesment” eli tutkimus, jolla määritellään tutkittavan terveyttä sylkinäytettä analysoimalla, kognitioita mittaava arviointipatteristo, stressin, toiminnallisuuden ja pärjäämisen arviointi sekä poikittaismittari vuoden jälkeiseen seurantatutkimukseen. Tutkimus- ja mittausryhmä koostui moniammatillisesta tiimistä, koska uusin tutkimustieto korostaa laaja-alaisen osaamisen tärkeyttä tehokkaan intervention kehittämässä. (Jackson ym. 2009.)

Tutkimuksessa 460 vapaaehtoista satunnaistettiin kahteen ryhmään, hoitoryhmään ja kontrolliryhmään. Ryhmäkoko oli 8-10 ikääntyntä, ryhmät kokoontuivat kerran viikossa ja jokainen ryhmäkerta kesti 2 tuntia. Ryhmäkertojen lisäksi jokaisella ryhmäläisellä oli mahdollisuus saada 10 tuntia yksilöterapiaa. Ensimmäisten 6 kuukauden aikana hoitoryhmä osallistui interventioon kun taas kontrolliryhmä ei saanut minkäänlaista hoitoa ja sitä seuraavien 6 kuukauden aikana ryhmien roolit vaihtuivat päinvastaisiksi. Intervention jälkeen kumpikaan ryhmä ei saanut hoitoa 12 kuukauden seurantajakson ajan. Tutkittavat arvioitiin tutkimuksen alussa ja 6 kuukauden välein. Arviointipatteristo mittasi tutkittavien taustaa ja demografisia muuttujia (käytettiin ainoastaan alkumittauksissa), väliintulevia muuttujia (merkityksellinen toiminta, aktiivinen ja positiivinen tulkintapohjainen selviytyminen, sosiaalinen tuki, saatu kontrolli, stressiin liittyvät biologiset tekijät, oheismuuttujat kuten aluekohtaisesti aiheutunut stressi ja uskonnolliset

selviytymiskeinot) ja lopputulosmuuttujia (saavutettu fyysinen terveys, psykologinen hyvinvointi, kognitiivinen toiminta). Koska tutkimus halusi selvittää intervention tehokkuutta, tulosten vertailu keskittyi hoito- ja kontrolliryhmien ensimmäisen kuuden kuukauden jakson jälkeisten tulosten vertailuun. Artikkelin mukaan tutkimusprotokolla saatiin toteutettua menestyksekkäästi rekrytoinnista arviointiin ja laajan tietokannan haalimiseen saakka. Artikkelin loppupäätelmien mukaan eri alueilta kotoisin olevia ikääntyneitä koskeissa kliinisissä tutkimuksissa tulee ennakoida huolellisesti uhat tutkimusta suunniteltaessa koskien sosiaalisia tilanteita, jotka ovat tyypillisiä tietyille tutkimusalueille sekä fyysisiä, toiminnallisia ja sosiaalisia haasteita koskien vanhempaa väestöä. (Jackson ym. 2009.)

Lifestyle Redesign® -ohjelmaa on tutkittu myös 16-viikon pituisella pilottitutkimuksella aikuisten lääketieteellisen mallin mukaisessa päivätoimintaryhmässä USA:ssa. Toimintaterapeuttisen intervention tarkoituksena oli auttaa ikäihmisiä löytämään keinoja selviytyä 2000-luvun tuomista arkipäivän haasteista. Mittareina käytettiin samoja kyselyjä ja arviointimenetelmiä kuin Well Elderly -tutkimuksessa, ja kyselypatteristot tehtiin ennen interventiota ja sen jälkeen. Tulostuloksissa selvisi, että pilottiryhmään osallistujat osoittivat suotuisia tuloksia SF-36 -kyselyn osioissa Roolitoiminnot, Ruumiillinen kipu, ja Yleinen terveys. Suotuisia tuloksia saatiin myös Functional Status Questionnairen ja Center for Epidemiologic Studies Depression Scalen (CES-D) Sosiaalisen aktiivisuuden osioista. (Horowitz & Chang 2004.)

Lifestyle Redesign® -ohjelmaa on sovellettu myös englantilaiseen kulttuuriin ja vanhusväestöön Lifestyle Matters -ohjelman muodossa. Se on brittikulttuuriin muokattu versio amerikkalaisesta Lifestyle Redesign® -ohjelmasta, jonka on tutkittu tuottavan positiivisia tuloksia myös brittikulttuurissa (Mountain ym. 2008.). ENOTHE (European Network of Occupational Therapists in Higher Education) on tehnyt vuosina 2005–2008 projektin, jossa Lifestyle Redesign® -mallia on testattu Hollannissa, Englannissa, Portugalissa, Belgiassa ja Norjassa. Projektin tutkimus osoitti, että toimintaan perustuvissa terveyden edistämishjelmissä on potentiaalia, jota ei ole muunlaisissa ohjelmissä. Toimintaterapeuttien tulisi luottavaisesti edistää tämän kaltaista ohjelmaa yhdenmukaisesti olemassa olevien käytäntöjen kanssa, koska sen avulla on mahdollista tukea itseenäisyyttä sekä osallistumista ja se pitää sisällään päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen (Daniels, Mountain, De Vriendt, Martins & Jakobsen 2008, 937.)

Ruotsissa on tehty Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuva pilottitutkimus vuosina 2007–2008. Projektin tarkoituksena oli kehittää, kokeilla ja arvioida, voiko toimintaan keskittyvä, terveyttä edistävä ohjelma kotona asuville ikääntyneille ylläpitää ja mahdollisesti parantaa yleistä terveydentilaa, hyvinvointia ja itsenäisyyttä toiminnoissa, jotka ovat olennaisia itsenäisestä asumisesta selviytymiseen. Tavoitteena oli myös saada kokemuksia ohjelman sopivuudesta kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaterapeuteille. Tutkimukseen osallistui yhdeksän kotona asuvaa henkilöä, jotka saivat kotipalvelun apua kotitöihin (mm. siivous ja ruuanlaitto). Osallistujien keski-ikä oli 83 vuotta. Ohjelman ryhmätapaamiset kestivät neljä kuukautta. Jokaisella osallistujalla oli ryhmätapaamisten lisäksi mahdollisuus saada neljä tuntia yksilöllistä ohjausta toimintaterapeutilta kotonaan. Arviointivälineinä käytettiin arvioitaessa yleistä terveydentilaa SF-36 itsearviointia, hyvinvointia WHO-five Well-being Indexiä (WHO-5), asumisen itsenäisyyttä Instrumental Activity Measurea (IAM) ja toimintoihin osallistumista Canadian Occupational Performance Measurea (COPM). Ohjelmaa kokonaisuutena arvioitiin fokushaastattelulla. (Johansson 2009, 5-24).

Ruotsin Lifestyle Redesign®- ohjelman pilottitutkimuksen tuloksia olivat, että osallistujien yleisessä terveydentilassa ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää muutosta, mutta keskiarvo parani. Hyvinvoinnin osalta neljän osallistujan tulos muuttui positiiviseen suuntaan, viiden negatiiviseen. Asumisen itsenäisyyteen ohjelmalla ei ollut vaikutusta tai vaikutus oli ylläpitävä, COPM- arvioinnissa neljä osallistujaa koki suoriutumisensa parantuneen ja viidellä ei tapahtunut muutosta. Osallistujat kokivat ohjelman positiivisena vaikutuksena olleen sosiaaliset kontaktit, sen, että heillä oli jotakin, mitä odottaa (ryhmätapaamiset), mielenkiintoiset luennot ja hyvät käytännön vinkit. Tutkijat arvioivat kvantitatiivisten mittaustulosten heikkouden mahdollisesti johtuvan liian pienestä osallistujamäärästä, ohjelman tehottomuudesta, liian lyhyestä interventioajasta (4kk), osallistujien liian korkeasta iästä tai tutkimusvälineiden sopimattomuudesta. Kvalitatiivisessa arvioinnissa saadut tulokset olivat hyviä ja osoittivat, että osallistujat olivat tyytyväisiä ohjelmaan. (Johansson 2009, 25–29).

Lifestyle Redesign® on todettu myös toimintaterapian terveystaloustieteen lähtökohdistta tehdyn toimintatutkimuksen mukaan kustannustehokkaaksi menetelmäksi. Tulokset perustuvat haastatteluihin, joiden tarkoituksena on selvittää osanottajien terveydenhuoltokustannuksia. Tutkijat löysivät todisteita siitä, että ikäihmiset, jotka saivat toimintaterapiaa, kuluttivat myös vähemmän rahaa terveydenhuoltopalveluihin. Keskiwertosäästö

terveydenhuoltopalveluissa ylittivät toimintaterapian kustannukset, mikä näyttäisi osoittavan, että toimintaterapialla voidaan säästää terveystalouden tarjoajien varoja ja parantaa samalla ikäihmisten terveyttä ja elämänlaatua. Toimintaterapian on laskettu saavuttavan tavoitteensa kustannustehokkaalla tavalla myös QALY (Quality Adjusted Life Year) indeksin mukaan. (Hay, LaBree, Luo, Clark, Carlsson, Mandel, Jemke, Jackson, Azen 2002, Clark ym. 2009.)

## **2.4 Tutkimus- ja arviointimenetelmät**

Opinnäyteyön tutkimus on tapaustutkimus ja sen muoto on toimintatutkimus. Tutkimuksen aikana teimme väliarviointeja, joilla kysyimme ryhmäläisten mielipidettä ryhmästä. Toimintaterapiaryhmäprosessiin kuului ryhmäläisten mielialaa ja elämänlaatua sekä osallistujien omaa kokemusta suoriutumisestaan ja tyytyväisyyttä omaan suoriutumiseen mittaavat arvioinnit BDI-II, COPM ja WHOQOL. Edellä mainitut arviointimenetelmät valitsimme, koska ne antavat kokonaisvaltaisen kuvan osallistujien toimintakyvystä ja elämänlaadusta. Alku- ja loppuarviointi olivat osa toimintaterapiaprosessia ja niiden avulla pystyimme määrittelemään yksilölliset ja ryhmäkohtaiset tavoitteet sekä jatkosuunnitelmat. Arviointitietoja ei kerätty vaikuttavuuden tutkimista varten.

### **2.4.1 Tapaustutkimus ja toimintatutkimus**

Tapaustutkimuksessa tutkimusaineistona on yksi jollakin tavalla muodostuva kokonaisuus, yksi tapaus, joka voi olla esimerkiksi henkilö, kylä tai organisaatio. Tapaustutkimuksessa tutkittavasta tapauksesta tuotetaan perusteellista, yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa, pyritään selittämään kuinka ja miksi. Tapaustutkimusta voi olla esimerkiksi etnografinen tutkimus, evaluaatiotutkimus, toimintatutkimus tai elämäkerrallinen tutkimus. Tapaustutkimuksessa pyritään yleensä kuvailemaan ilmiöitä ja aineistoa kerätään monilla eri menetelmillä. Tapaustutkimuksessa tutkimustulosten yleistämistä tärkeämpää on tapauksen perusteellinen ymmärtäminen. Toisaalta yhden tapauksen kokonaisvaltaisella kuvaamisella pyritään inhimillisen tai ihmisyyteisiin liittyvän toiminnan yleisempään ymmärrykseen. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2007, 184–189.) Opinnäyteydessämme tutkittava tapaus on Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuva toimintaterapiaryhmä.

Kuulan (1999, 10, 219) mukaan keskeisimpiä toimintatutkimuksen piirteitä ovat ongelma-keskeisyys, käytäntöön suuntautuminen, muutos tai ainakin muutokseen yrittäminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Hän kirjoittaa, että sovellettavat tai kehiteltävät teoriat, itse tutkimusten kohteet, mitkä voivat olla melkein mitä vain ihmiselämään liittyviä piirteitä sekä kysymysten asettelu voivat erota paljonkin toisistaan yhteisistä piirteistä huolimatta. Kuula näkee näiden seikkojen pohjalta toimintatutkimuksen erityiseksi tavaksi hahmottaa tutkimuksen ja tutkittavan todellisuuden välistä suhdetta. Myös Heikkinen (2007, 196) kirjoittaa, että toimintatutkimus on ennemminkin tutkimusstrateginen lähestymistapa kuin tutkimusmenetelmä ja se voi käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Kuulan tapaan myös Heikkinen korostaa toiminnan samanaikaista kehittämistä tutkimisen ohella ja näkee toimintatutkimuksen pyrkimykseksi saavuttaa käytännöllistä ja välitöntä hyötyä tutkimuksesta. Heikkinen näkee myös, että teoria ja käytäntö ovat toimintatutkimuksessa saman asian eri puolia ennemmin kuin toisistaan erillään olevia tutkimuksen elementtejä.

Heikkilä (2007, 197) määrittelee toiminnan käsitteen toimintatutkimuksessa ennen kaikkea sosiaalisesti toiminnaksi. Hän näkee, että toimintatutkimus ei siis tarkoita toiminnalla mitä tahansa toimintaa vaikka siihen voikin liittyä myös muuta kuin vain sosiaalista toimintaa. Heikkilän mukaan toimintatutkimus on sosiaalinen prosessi, jonka ensisijainen tarkoitus on tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa.

### *Väliarvioinnit*

Ryhmätapaamisten välillä teimme kaksi kertaa väliarvioinnit (Liite 1) kysymällä ryhmäläisiltä kyselylomakkeilla kuinka tärkeäksi itselleen he kokivat ryhmään osallistumisen, kuinka tyytyväisiä he olivat ryhmätapaamisten sisältöön ja kuinka hyödyllisiksi he kokivat ne omassa arkielämässään sekä kuinka kannustavaksi he kokivat ryhmän ilmapiirin. Edellä mainittuihin kysymyksiin ryhmäläiset vastasivat Likert-asteikollisella numeroarvioinnilla. Lisäksi kysyimme avoimilla kysymyksillä, mikä on ollut ryhmäläisille mieluisinta ryhmässä ja mitä parannusehdotuksia ryhmäläisillä on ryhmälle. Ryhmätapaamisten viimeisellä kerralla olemme keränneet ryhmäläisiltä arvioinnin koko ryhmän ajalta.

## 2.4.2 BDI-II ja WHOQOL

Opinnäytetyössämme arvioimme Lifestyle Redesign® -ohjelman pohjalta toteutetun ryhmän jäsenten masennusoireilun vaikeusastetta BDI-II (Beck Depression Inventory, Beckin depressioasteikko) –itsearviointilomakkeella (Liite 2) alku- ja loppuarvioinnin yhteydessä. Käsittelemme ja vertailemme ryhmäläisten alku- ja loppuarvioinneista saatuja pistemääriä ryhmänä, emme yksilöllisesti. BDI-II-käsikirjan (Beck, Steer & Brown 2004, 11,14–15) mukaan BDI-II on seulontaväline masennustilan arviointiin, joten se on enemmän herkkä kuin spesifinen. BDI-II sisältää 21 kohtaa, joissa jokaisessa on 4 väittämää (lukuun ottamatta kohtia 16 nukkumistapojen muutokset ja 18 ruokahalun muutokset, joissa molemmissa on 7 vaihtoehtoa). BDI-II:n kokonaispistemäärä saadaan laskemalla yhteen kaikkien 21 kohdan pisteet. Kokonaispistemäärä luokittelee depression asteen asteikolla vähäinen (0-13 pistettä), lievä (14–19 pistettä), kohtalainen (20–28 pistettä), vakava (29–63 pistettä). BDI-II-itsearviointia voi käyttää aikuisilla ja yli 12-vuotiailla nuorilla.

Ryhmäläisten elämänlaatua arvioimme WHOQOL (World Health Organization Quality of Life, Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari) -menetelmällä (Liite 3), jossa kartoitetaan henkilön elämänlaatua, terveyttä ja muita arkielämän asioita. WHOQOL on itsearviointimenetelmä, jossa on 26 kysymystä. Kysymyksiin vastataan Likert-asteikolla 1-5. Kysymykset jakautuvat neljään eri elämänlaatua kartoittavaan alueeseen. Nämä ulottuvuudet ovat 1. Fyysinen terveys (kysymykset 3, 4, 10, 15, 16, 17 ja 18), 2. Psykologinen ulottuvuus (kysymykset 5, 6, 7, 11, 19 ja 26), 3. Sosiaaliset suhteet (kysymykset 20, 21, 22), 4. Ympäristö (kysymykset 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Ensimmäisen ulottuvuuden kysymykset käsittelevät ADL-toimintoja, riippuvuutta lääkaineista ja lääkinällisestä avusta, energiaa ja väsymystä, liikkumista, kipua ja epämukavuutta, unta ja lepoa sekä työkykyä. Toisen ulottuvuuden kysymyksillä kartoitetaan ruumiinkuvaa ja ulkonäköä, negatiivisia tunteita, positiivisia tunteita, itsetuntoa, hengellisyyttä/uskonnollisuutta/henkilökohtaisia uskomuksia sekä ajattelua, oppimista, muistia ja keskittymistä. Kolmannen ulottuvuuden kysymykset käsittelevät henkilökohtaisia suhteita, sosiaalista tukea sekä seksuaalista aktiivisuutta. Neljännen ulottuvuuden kysymykset mittaavat puolestaan taloudellisia resursseja, vapautta, fyysistä turvallisuutta ja yleistä turvallisuutta, terveyttä ja sosiaalista huolenpitoa: niiden saavutettavuutta ja laatua, kotiympäristöä, mahdollisuutta hankkia uutta tietoa ja taitoja, osallistumista ja mahdollisuutta osallistua uuden tuottamiseen/vapaa-ajan toimintoihin, fyysistä ympäristöä

(saasteet/melu/liikenne/ilmast) sekä kuljetusta. Jokaisen ulottuvuuden kysymysten pisteet lasketaan yhteen tietyllä kaavalla, jolloin saadaan jokaiselle ulottuvuudelle raakapistearvot. Ulottuvuus pisteet on skaalattu positiivisesti, eli mitä suuremmat pisteet henkilö saa, sitä korkeampi elämänlaatu. (WHOQOL-BREF, 1996).

Huuskon ja Pitkälän (2006, 9-13) mukaan yksilön elämänlaadun määrittelyminen on vaikeaa, koska eri ihmisille elämänlaatu tarkoittaa erilaisia asioita. Yhtä yhteisesti hyväksyttyä määritelmää tai mittaria elämänlaadun käsitteelle ei ole olemassa. WHO:n tutkimusryhmä on määritellyt elämänlaadun ”yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja huoliin”. Huuskon, Kautiaisen ja Pitkälän (2006, 76) mukaan WHOQOL mittarilla pyritään kokonaisvaltaisempaan elämänlaadun mittaamiseen kuin perinteisillä terveyden elämänlaatumittareilla. WHOQOL mittarissa elämänlaatu tarkoittaa yksilön näkemystä asemastaan elämässä omassa kulttuurissaan, arvomaailmassaan ja suhteessa omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja vaatimustasoonsa. WHOQOL mittaa siten yksilön elämänlaatua subjektiivisena ja koettuna arviona omasta tilanteesta. Oireet, taudit tai toimintakyky eivät ole mittauksen kohteena vaan niiden vaikutukset yksilön kokemukseen omasta elämäntilanteestaan.

### **2.4.3 COPM**

Ryhmäläisten omaa kokemusta suoriutumisestaan ja tyytyväisyyttä omaan suoriutumiseen sekä suoriutumisessa ryhmätapaamisten aikana tapahtuvia muutoksia arvioimme Kanadan malliin (CMOP-E, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) perustuvalla COPM (Canadian Occupation performance measure) arviointimenetelmällä (Liite 4). Teemme COPM-haastattelut ennen ryhmän ensimmäistä tapaamista sekä ryhmän viimeisen tapaamisen jälkeen. Kanadan mallin mukaan asiakkaat ovat omien toimintojensa asiantuntijoita ja heidän on oltava aktiivisia kumppaneita toimintaterapiaprosessissa (Townsend & Polatajko, 2007, 4). Toimintaterapia on Kanadan mallin mukaan käytäntöjä ja tiedettä, mikä mahdollistaa osallistumisen jokapäiväiseen elämään toiminnan kautta, mahdollistaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistävien toimintojen suorittamisen sekä mahdollistaa oikeudenmukaisen ja kaikki jäsenet huomioivan yhteiskunnan siten, että kaikki ihmiset voivat osallistua mahdollisuuksiensa mukaan elämän päivittäisiin toimintoihin (Polatajko ym., 2007, 27).

Kanadan malli kuvaa ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä dynaamista suhdetta. Yksilö kuvataan mallin keskellä olevassa kolmiossa, johon kuuluu kognitiivinen, affektiivinen ja fyysinen osa-alue. Kolmion keskiosa kuvaa yksilön henkisyyttä (spirituality). Malli kuvailee yksilöä sulautettuna ympäristöönsä osoittaakseen jokaisen yksilön elävän ainutlaatuisessa kulttuurisessa, sosiaalisessa, fyysisessä ja institutionaalisessa ympäristössä. Ympäristö määrittää yksilön toiminnallisia mahdollisuuksia. Toiminta, joka Kanadan mallissa on jaettu itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-ajan toimintoihin, kuvataan siltana, joka yhdistää yksilön ja ympäristön. Yksilöt vaikuttavat ympäristöönsä toiminnan kautta. Kanadan mallin kehittäjät ovat lisänneet aikaisemmin CMOP:ina (Canadian Model of Occupational Performance eli Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen malli) tunnettuun malliin uuden osallistumista (engagement) kuvaavan osan ja malli on nimetty uudelleen CMOP-E:ksi (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement eli Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen ja osallistumisen malli). Toimintaterapian näkökulmasta yksilön on osallistuttava toimintaan, jotta hän saavuttaisi pyrkimyksensä, voisi tyydyttää tarpeensa ja muuttaa tai tulla toimeen ympäristössään. Toimintaan osallistuminen ei ole sama kuin toiminnan suorittaminen. Minä tahansa ajankohtana vain yhtä toimintoa voidaan suorittaa, mutta kuitenkin yksilöllä tai ryhmällä on lukemattomia toimintoja ja toimintaterapeutit ovat kiinnostuneita osallistumisesta kaikkiin niihin. Ihmiset osallistuvat usein toimintoihin suorittamatta niitä. (Polatajko ym. 2007, 23–24.)

Kanadan malliin perustuva arviointimenetelmä on COPM. COPM manuaalin mukaan COPM on yksilölle soveltuva arviointimenetelmä, jonka tavoitteena on, että toimintaterapeutit pystyvät havainnoimaan asiakkaan oman käsityksen muutosta omasta suoriutumisestaan eri toiminnoissa terapiaprosessin kuluessa. COPM:lla tunnistetaan ongelmat, joita asiakkaalla on toiminnoista suoriutumisessa. Sen avulla asiakas arvioi omaa suoriutumistaan ja tyytyväisyyttään suoriutumiseensa ongelma-alueilla. (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Polloc 1998, 5.)

COPM:ssa osa-alueet on jaettu CMOP-E-mallin mukaan itsestä huolehtimiseen, joita ovat henkilökohtaiset toiminnot, liikkuminen/siirtyminen ja asiointi, tuottavaan toimintaan, joita ovat palkkatyö tai vapaaehtoistyö, kotielämään liittyviin tehtäviin ja koulutukseen sekä vapaa-aikaan, joita ovat rauhalliset harrastukset, aktiiviset harrastukset ja sosiaalinen elämä. Kanadan mallin mukaan toiminnoista suoriutuminen on ilmiö, joka pohjautuu enemmän kokemuksiin kuin objektiivisiin havaintoihin. Arviointimenetel-

mässä asiakkaita pyydetään kertomaan kuinka he suoriutuvat erilaisista toiminnoista. Menetelmä ei pyri arvioimaan objektiivisesti tai vertailemaan asiakkaan itse kertomaa tietoa vaan asiakkaat nimeävät erilaisia kysymyksiä toiminnoista suoriutumisestaan COPM-menetelmän avulla. He arvioivat ongelmiaan sen mukaan, kuinka merkityksellisiä ne ovat heille. Asiakas arvioi itse omat kykynsä COPM-lomakkeeseen. (Law ym. 1998, 6-7.)

Kanadan mallissa toiminnoissa suoriutumiseen vaikuttavat rooli ja ympäristötekijät. COPM-arviointimenetelmää käytettäessä asiakas tunnistaa ongelman, minkä vuoksi asiakas ei kykene täyttämään häneltä vaadittavaa roolia tai ympäristön vaatimusta, mikä puolestaan estää toiminnan suorittamista menestyksekkäästi. CMOP:n mukaan toimintojen suorittaminen on luonteenomaista kaikille ihmisille huolimatta iästä, sukupuolesta tai toiminnanrajoituksista. COPM voidaan soveltaa kaikille asiakkaille vaikkakin käytötapa täytyy soveltaa, jotta se sopii tietyille asiakkaille. Mallin mukaan toiminta sisältää myös sekä suoriutumisen sellaisenaan sekä tyytyväisyyden suoriutumiseen ja arviointimenetelmässä käytetäänkin kahdenlaisia pisteitä: suoriutumispisteet ja tyytyväisyyspisteet. (Law ym. 1998, 7.)

#### **2.4.4 Arvioinnin tulosten käsittely**

Kirjasimme kaikkein kolmen edellä mainitun arvioinnin tulokset Harjulan sairaalan Pegasos-ohjelman potilastietojärjestelmään. Arviointien tuloksista haastattelimme puolistrukturoidulla lomakkeella (Liite 5) Harjulan aikuisten avotoimintaterapian puolen toimintaterapeuttia Jaana Leinosta ja raportoimme hänen näkemyksensä tuloksista ja mahdollisista muutoksista alku- ja loppuarviointien tuloksissa Etenemisprosessin arviointi -kappaleessa. Samalla haastattelulla kysyimme toimintaterapeutin näkemystä koko ryhmäprosessista ja sen sovellettavuudesta Kuopion kaupungin avotoimintaterapiaan sekä ryhmäprosessin vaativista resursseista hänen näkökulmastaan. Myös nämä tiedot raportoimme myös Etenemisprosessin arviointi -kappaleessa.

### 3 Hankkeen suunnittelu, eteneminen ja arviointi

#### 3.1 Hankkeen suunnitteluvaihe

Ryhmän suunnittelun lähtökohtana on tarve ryhmälle ja tämä tarve voi tulla asiakkailta tai henkilökunnalta (Finlay 1994, 121). Hyvä elämä -ryhmän tarve tuli esille Harjulan sairaalan avotoimintaterapiasta. Finlayn (1994, 121) mukaan päätökset ryhmän tyypistä ja tasosta tehdään laajemman sisältötarkastelun (esimerkiksi tarkastellaan jo olemassa olevia ryhmiä) ja saatavilla olevien resurssien määrittelyn (henkilökunta, aika, varusteet, tila) jälkeen. Kaksi suurinta päätöstä ryhmää perustettaessa ovat ryhmään osallistuvat jäsenet sekä ajankäyttö eli kuinka kauan ja kuinka usein ryhmä tapaa.

Ryhmäläisten etsimisessä ja valinnassa meitä auttoi aikuisten avopuolen toimintaterapeutti Jaana Leinonen, joka etsi kuntoutusosaston potilaista ryhmäämme sopivia osallistujia. Ryhmäläisten tuli olla kotona tai palvelutalossa asuvia, toimintaterapeuttisesta ryhmästä hyötyviä henkilöitä, joilla on jonkinlaisia toimintakyvyn ongelmia. Toimintaterapeutti tarjosi yhdelletoista henkilölle mahdollisuutta osallistua ryhmään. Näistä kahdeksan henkilöä, neljä naista ja neljä miestä, ilmoitti olevansa halukkaita osallistumaan ryhmään.

Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisesti ryhmiä oli aikaisemmin toteutettu kuuden ja neljän kuukauden mittaisena. Omien opintojemme aikataulujen vuoksi meillä oli mahdollisuus toteuttaa korkeintaan neljä kuukautta kestävä, kerran viikossa kokoontuva ryhmä, mikä määritteli ryhmämme keston ja tapaamisten tiheyden.

Ryhmän toteutuksen käytännönjärjestelyt hoidimme yhdessä Harjulan sairaalan kuntoutusosaston kanssa. Saimme ryhmää varten käyttöömmme Harjulan tiloista juhlasalin, jonka yhteydessä on myös keittiö. Ryhmään tarvittavat materiaalit saimme Harjulan kuntoutusosastolta ja keittiötarvikkeet tilasimme sairaalan keittiöstä.

Ryhmän osallistujien ja ajankäytön suunnittelun jälkeen on Finlayn (1994, 123) mukaan määriteltävä ryhmän tarkoitus ja asetettava ryhmälle tavoitteet. Ryhmäläisten taustatietojen perusteella ryhmän tarkoitus laajeni pelkästään ennaltaehkäisevästä, elämäntapamuutokseen kannustavasta ryhmästä myös kuntoutuksellisempaan suuntaan. Koska meil-

lä oli valmis Lifestyle Redesign® -malli, jonka mukaan ryhmää oli tarkoitus toteuttaa, määräsi se ryhmän sisällön ja yhteiset tavoitteet. Käytimme ryhmää suunnitellessa Lifestyle Redesign® -ohjelman pohjalta tehtyä, Iso-Britannian kulttuuriin sovellettua Lifestyle Matters -teosta, jossa on yleistietoa ikääntymisestä ja Lifestyle -ohjelmasta. Siinä on esitelty eri tapaamisten sisällöt ja tavoitteet sekä keskusteluaiheet ja ideoita tehtävistä jokaiselle kerralle. Ryhmäläisten sairaushistorian perusteella asetimme yhdeksi tavoitteeksi myös käsien toiminnan parantamisen, mitä suunnittelimme toteuttavamme käsien rentoutus- ja liikeharjoitusten avulla.

Finlayn (1994, 123) mukaan suunnittelun seuraava vaihe on läheteiden kerääminen. Hyvä elämä -ryhmän tapauksessa osalla asiakkaista oli lähete toimintaterapiaan ja osa valikoitui mukaan toimintaterapeutin harkinnan perusteella. Seuraava vaihe on ryhmän lopullisen kokoonpanon muodostaminen huomioiden sekä mahdollisten ryhmäläisten yksilölliset tarpeet että heidän sopivuutensa ryhmään (Finlay 1994, 123). Hyvä elämä -ryhmä muodostui henkilöistä, joilla on samantyyllisiä toimintakyvyn vaikeuksia. Käden/käsien toiminnan ja liikkumisen vaikeudet johtuivat viidellä ryhmäläisellä aivohalvauksesta ja yhdellä Parkinsonin taudista. Kaikilla aivohalvauspotilailla on lisäksi puutteita havaintotoiminnoissa.

Finlayn (1994, 123) mukaan seuraava vaihe on osallistujien valmistelu ryhmää varten. Tässä vaiheessa varmistetaan, että ryhmä toteutuu. Kun Hyvä elämä -ryhmään haluavat ehdokkaat oli saatu kokoon, otimme heihin puhelimitse yhteyttä ja aloimme sopia heidän kanssaan aikoja ryhmän esittelylle ja alkuhaastatteluille. Tässä vaiheessa yksi osallistujaehdokkaat ilmoitti, ettei pääse osallistumaan ryhmään. Muista osallistujista viidelle teimme alkuhaastattelut kotikäynneillä ja kaksi tapasimme heidän asumistilanteestaan johtuen Harjulan sairaalassa. Yksi kotikäynnillä haastateltu osallistujaehdokkaat jättäytyi ryhmästä kipujen vuoksi ennen ryhmän alkamista.

Alkuhaastattelut teimme kotikäynneillä kolmen viikon aikana ja niihin kuuluivat esitietojen keruu, COPM, WHOQOL ja BDI-II. Emme olleet käyttäneet mitään edellä mainituista arviointimenetelmistä aikaisemmin asiakkaiden kanssa, joten menetelmien käytön totutteluun kului ensimmäisten asiakkaiden kohdalla enemmän aikaa. Kaiken kaikkiaan alkuhaastattelut sujuivat onnistuneesti ja löysimme ryhmän kannalta merkittäviä asioita asiakkaidemme tilanteesta ja elämästä. Alkuhaastattelujen tekeminen ennen ryhmätapaamisten aloittamista oli hyvä mahdollisuus molemminpuoliseen tutustumiseen. Alku-

haastattelujen yhteydessä pyysimme asiakkailta myös kirjallisen luvan (Liite 6) arviointulosten ja haastattelutietojen käyttöön opinnäytetyön raporttiamme varten. Ammatti- korkeakoulutasoiseen työhön ei saa kerätä asiakas- tai potilasaineistoja opinnäytetyötä varten, minkä vuoksi raportoimme arvioinneista saamamme tulokset toimintaterapeutin haastattelusta saamiemme vastausten perusteella emmekä suoraan. Haimme Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslupaa (Liite 7), koska kaupungin henkilökunnan haastattelemista varten tarvitaan lupa.

Finlayn (1994, 123) mukaan seuraava vaihe on ryhmätapaamisten yksityiskohtainen suunnittelu. Lifestyle Redesign® -ohjelma ohjasi pääosin Hyvä elämä -ryhmätapaamisten suunnittelua, mutta muokkasimme sisältöä ryhmäläisten tarpeiden ja toiveiden mukaan. Koska ryhmämme kokoontui neljän kuukauden ajan, emme ehtineet käydä läpi koko Lifestyle Redesign® -ohjelmaa ja päätimme, että osallistujat saavat valita ohjelmasta mieluisimmat asiasisällöt ensimmäisellä tapaamiskerralla.

Toimintaterapiaryhmän suunnittelun viimeinen vaihe on Finlayn (1993) mukaan ryhmän jatkuvan arvioinnin suunnittelu. Hyvä elämä -ryhmän arviointi suunniteltiin tehtäväksi kolme kertaa, neljännen ja kymmenennen tapaamisen päätteeksi sekä viimeisellä tapaamiskerralla. Lisäksi ryhmäläiset arvioivat ryhmää kokonaisuudessaan viimeisellä tapaamiskerralla.

### **3.2 Hankkeen toteutusvaihe**

Ryhmätapaamisten aiheet, osallistujamäärät sekä väliarvioinneissa annetut numeroarviot asiasisällön tyytyväisyydestä on kerätty taulukkoon 1 (35).

Ensimmäisessä tapaamisessa paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena oli tutustuminen ja ryhmän suunnittelu yhdessä ryhmäläisten kanssa heidän toiveidensa ja tarpeidensa mukaan. Craigin ja Mountainin (2007, 39–40) mukaan ensimmäisen kerran tavoitteena on antaa yleiskuva ohjelmasta ja korostaa osallistujille, että he ovat ottaneet ensimmäisen askeleen Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaiseen ryhmään, meidän tapauksessamme Hyvä elämä -ryhmä, osallistumisessa ja kannustaa eteenpäin. Ryhmän jäsenille tarjotaan mahdollisuus viettää aikaa ohjaajien kanssa ja erityisesti annetaan mahdollisuus tutustua toisiin ryhmäläisiin. Tällä kerralla keskityimme siihen, että ryhmän jäsenet tuntevat olonsa mukavaksi ja tarkoituksena oli myös jakaa toiveita ja odo-

tuksia ryhmän suhteen. Ryhmäläisille jaettiin luettelo ryhmätapaamisten sisältövaihtoehtoista, jotka he saivat arvottaa kiinnostavuuden mukaan asteikolla 1-5. Sovimme ryhmäläisten kanssa, että kokoamme heidän valitsemansa aiheet seuraavalle tapaamiselle, kun olemme käyneet vastaukset läpi ryhmätapaamisen jälkeen. Tarjosimme ryhmäkerran päätteeksi kahvit, mikä oli käytäntönä jokaisen ryhmätapaamisen päätteeksi. Yksi asiakas ilmoitti jäävänsä pois ryhmästä henkilökohtaisten syiden vuoksi ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen, joten ryhmän lopulliseksi kooksi muodostui siten viisi henkilöä.

Ryhmäläisten valitsemat kiinnostavimmat sisällöt olivat: Muisti, hyvä ravitsemus, mahdollisuudet uuden oppimiseen, uusien teknologioiden esittely ja kokeilu, liukastumiset ja kompastumiset, sosiaaliset suhteet ja ystävyysuhteiden ylläpito, mielenkiinnot ja harrastukset sekä huolenpito muista ja itsestä. Ohjaavan opettajamme ehdotuksesta olimme suunnitelleet käyvämmä läpi aihealuetta ”toiminnan ja terveyden välinen suhde” ennen edellä mainittuja aiheita. Kyseinen aihealue pohjustaa myöhemmin ryhmässä käsiteltäviä aihealueita ja kävimme sitä läpi toisella, kolmannella ja neljännellä tapaamiskerralla.

Toisessa ryhmätapaamisessa paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena oli spastisen käden rentoutus/jumppa toimintaterapeutti Jaana Leinosen ohjaamana sekä keskustelua toiminnan ja terveyden välisestä suhteesta. Craigin ja Mountainin (2007, 41) mukaan keskustelun tavoitteena on ymmärtää toiminnan tärkeys ja kuinka se vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin, pohtia kuinka ihmiset määrittelevät itsensä niiden toimintojen kautta joihin he osallistuvat ja rohkaista ryhmän jäseniä soveltamaan oppimaansa omaan elämäänsä. Ryhmäläiset pohtivat, mitä on olla terveellinen ja mitkä ovat hyvän terveyden merkkejä. Lisäksi keskustelimme mm. siitä, mihin toimintoihin ryhmäläiset ovat osallistuneet edellisellä viikolla ja mihin toimintoihin osallistumisesta ryhmäläiset nauttivat. Ryhmäläisten toiveiden mukaisesti sovimme, että toteutamme spastisen käden rentoutuksen/jumpan jatkossa kaikilla ryhmätapaamisilla, joilla se on mahdollista toteuttaa.

Kolmannella ryhmätapaamisella paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena oli ikääntyminen. Craigin ja Mountainin (2007, 48) mukaan tarkoituksena on antaa ryhmäläisille mahdollisuus tutkiskella vanhenemisen vaikutuksia toimintoihin, joihin he osallistuvat. Vanhenemiseen liittyy monenlaisia uskomuksia, jotka voivat vaikuttaa ihmisten käsitykseen omista kyvyistään ja mahdollisesti rajoittaa heidän osallistumistaan toi-

mintoihin. Tällä ryhmäkerralla tarkoituksena on avata ja kyseenalaistaa näitä uskomuksia. Ryhmäläiset keskustelivat ikääntymiseen liittyvistä mahdollisuuksista ja haasteista sekä siitä, miten ikääntyminen on vaikuttanut toimintaan. Keskustelimme myös siitä, voiko vanhemmalla iällä vielä saavuttaa asioita ja jos voi niin minkälaisia. Ryhmäläiset kirjasivat ja kertoivat myös asioita, joita he ovat oppineet elämänsä aikana.

Neljännellä tapaamisella paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena olivat tavoitteet ja niiden asettaminen, koska se on Craigin ja Mountainin (2007, 52) mukaan tärkeä taito ja se mahdollistaa keskittymisen siihen, mikä on ryhmäläisille tärkeää ja pyrkiä sitä kohti. Ryhmäläiset keskustelivat alustukseksi haaveistaan ja tavoitteistaan, joita heillä on. Aiheeseen liittyen ryhmäläiset tekivät tehtävän, jonka jälkeen keskustelu jatkui tehtävän tuotosten pohjalta. Tehtävänä kullakin ryhmänjäsenellä oli piirtää tai kirjoittaa omalle pahvinpalaselle ensin hahmo, toiselle pahvinpalalle haave tai tavoite, joka tällä hahmolla on ja kolmannelle pahvin palalle este, joka estää hahmoa pääsemästä tavoitteeseensa. Pahvit kerättiin kuvapuoli alaspäin kolmeen pinnoon, joissa yhdestä oli hahmokortit, toisessa estekortit ja kolmannessa pinossa haavekortit. Pakat sekoitettiin ja ryhmäläiset nostivat jokaisesta pinosta yhden kortin. Korttien piirrosten/tekstien perusteella he keskustelivat siitä, miten kortissa oleva hahmo pääsee kortissa olevan esteen yli kortissa lukevaan/piirrettyyn tavoitteeseen.

Neljännän ryhmäkerran päätteeksi ryhmäläiset täyttivät väliarviointilomakkeen, jossa he arvioivat ryhmän tärkeyttä itselleen, tyytyväisyyttä asiasisältöön, aiheiden hyödyllisyyttä oman arkielämän kannalta ja ryhmän ilmapiirin kannustavuutta asteikolla 1-5. Avoinmet kysymykset käsittelivät sitä, mikä on ollut mieluisinta ryhmässä ja onko joitain muutostoiveja ryhmän suhteen. Ryhmän tärkeyden keskiarvoksi tuli 3,8 pistettä, tyytyväisyys asiasisältöön oli 4, aiheiden hyödyllisyys arkielämän kannalta 3,5 ja ryhmän ilmapiirin kannustavuus 3,8. Mieluisinta ryhmässä on ollut kolmen mielestä keskustelu, ryhmän sisäinen ilmapiiri sekä vuorovaikutus muiden osallistujien kanssa. Yksi ryhmäläinen oli esittänyt muutostoiveeksi enemmän esitelmän pitäjiä eri aiheista.

Viidennellä tapaamisella paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena oli hyvä ravitseminen, joka kuului fyysisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen liittyvään osioon. Craigin ja Mountainin (2007, 78) mukaan tavoitteena on kiinnittää ryhmäläisten huomio terveellisen ja monipuolisen ruokavalion vaikutukseen hyvinvointiin ja toimintoihin, joihin yksilöt osallistuvat. Tällä kerralla toiminta oli osana aiheen käsittelyä ja ryhmäläiset

valmistivat itselleen hedelmäsalaattia. Tarkoituksena oli samalla esitellä ja käyttää erilaisia keittiön apuvälineitä. Ryhmäläiset kuorivat ja pilkkoivat kukin itselleen omenan ja banaanin ja yksi ryhmäläinen avasi sekahedelmäpurkin. Tapaamisen lopuksi ryhmäläiset keskustelivat hyvään ravitsemukseen liittyvistä asioista, kuten siitä, millaisista aineksista terveellinen ateria koostuu.

Kuudennella tapaamisella paikalla oli kaksi ryhmäläistä. Aiheena ryhmäkerralla oli mahdollisuudet uuden oppimiseen, joka kuuluu ohjelmassa toiminnallisuus kotona ja yhteiskunnassa osioon. Keskustelimme siitä, miten vanhemmalla iälläkin voi oppia vielä monenlaisia uusia asioita. Craigin ja Mountainin (2007, 105) mukaan aiheen tarkoituksena oli tuoda keskustelussa esille, miten uuden oppiminen kohentaa mm. itsetuntoa sekä pitää mielen virkeänä, ja toimii siten ennaltaehkäisevästi muistihäiriöitä ja muita muistin heikkenemiseen liittyviä seikkoja vastaan. Keskustelimme myös siitä, millaisia tekniikoita uuden oppimiseen on ja mitkä tekniikat auttavat ja helpottavat uuden muistamisessa. Ryhmäläiset tekivät listan asioista, joita he haluavat oppia ennen 100. syntymäpäiväänsä. Ryhmäläisille esiteltiin myös Ikääntyvien yliopiston toimintaa, minkä tarkoituksena oli herättää kiinnostusta uuden oppimiseen.

Seitsemännellä ryhmätapaamisella paikalla oli kaksi ryhmäläistä. Aiheena ryhmäkerralla oli muisti, joka kuului ohjelmassa psyykkisen hyvinvoinnin ylläpito-osioon. Craigin ja Mountainin (2007, 70) mukaan tavoitteena on tarkastella ryhmäläisten uskomuksia siitä kuinka ikääntyminen vaikuttaa muistiin. Tavoitteena on, että ryhmäläisillä on mahdollisuus keskustella huolistaan liittyen muistiin ja unohteluun, tarkastella heidän kykyään muistaa tietoa, miettiä erilaisia muistin avustustekniikoita, tunnistaa ero unohtelun ja dementian välillä ja ymmärtää, että kognitiivinen heikkeneminen ei ole välttämätön osa vanhenemista. Aihetta oli pohjustamassa muistihoitaja Anu Hänninen luennoimalla aivoterveystä ja muistiin liittyvistä asioista. Pohjustuksen jälkeen keskustelimme ryhmäläisten kanssa muistiin ja muistamiseen liittyvistä asioista, kuten siitä, onko sairastuminen tai ikääntyminen vaikuttanut muistiin ja muistamiseen. Ryhmäläiset muistelivat myös kouluaikaisten opettajiensa nimiä sekä loruja tai runoja, joita he olivat oppineet koulussa. Keskustelimme myös siitä, miten esim. päiväkirjat tai kalenteri auttavat muistamisessa ja toimivat arkipäiväisinä muistin apuvälineinä.

Kahdeksannella tapaamisella paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena olivat uudet teknologiat, joka kuului ohjelmassa toiminnallisuus kotona ja yhteiskunnassa

osaan. Aihetta oli tarkoituksena käsitellä tämän kerran lisäksi myös seuraavalla tapaa-  
misella. Craigin ja Mountainin (2007, 109) mukaan tavoitteena aiheen käsittelyssä on  
keskustella kuinka teknologian käyttö vaikuttaa osallistujien jokapäiväiseen elämään,  
pohtia teknologian merkitystä nykyisiin ja mahdollisiin tuleviin tarpeisiin, tarkastella  
millaisia rajoituksia ryhmäläisellä on teknologiaan liittyen ja päästä yli näistä rajoituk-  
sista, tunnistaa eri laitteiden edut ja rajoitukset, miettiä teknologian eri etuja, joita ryh-  
mäläiset ovat mahdollisesti nähneet elämänsä aikana ja kuinka paljon ryhmäläisillä on  
taitoja käyttää teknologiaa sekä antaa mahdollisuus kehittää taitoja erilaisten laitteiden  
käytössä. Taitojen kehittämistä ja teknologian etujen ja rajoitusten tarkastelua varten  
esittelimme kahdeksannella tapaamiskerralla Nintendo Wii Sport- ja Fit-pelin ja ryhmä-  
läiset saivat kokeilla sen käyttöä. Sport-pelissä pelaajan pitää käyttää peliohjainta esi-  
merkiksi tennismailan tavoin, jolloin käden liikkeet ovat laajoja. Fit-pelissä pelaaja sei-  
soo tasapainolaudan päällä ja pelaa pelejä siirtäen kehon painopistettä.

Yhdeksännellä tapaamisella paikalla oli kolme ryhmäläistä. Jatkoimme keskustelua  
edellisellä kerralla aiheena olleesta uusista teknologioista. Keskustelussa aiheena oli  
teknologian käyttö arkielämässä. Esittelimme ryhmäläisille hygieniaan ja pukeutumi-  
seen liittyviä sekä muita pienapuvälineitä. Ryhmäläiset saivat kokeilla apuvälineitä ja  
kertoa käyttökokemuksia itse käyttämistään välineistä.

Kymmenennellä tapaamisella paikalla oli neljä ryhmäläistä. Tapaamisen aiheena olivat  
liukastumiset ja kompastumiset, joka liittyi laajempaan turvallisuus yhteisössä ja koti-  
ympäristössä -teemaan. Craigin ja Mountainin (2007, 115) mukaan tavoitteena on antaa  
ryhmälle neuvoja ja tietoa turvallisuudesta ja samalla tukea ryhmäläisiä välttämään tiet-  
tyjä ympäristöstä johtuvia riskejä, lisätä tietoisuutta turvallisuudesta välittömässä ja laa-  
jemmassa ympäristössä, kehittää strategioita välttää mahdollisia vaaroja, tunnistaa toi-  
mintoja jotka ovat mahdollisesti riskialttiita ja tarkastella eri välineitä, joita voidaan  
käyttää lisäämään sekä kodin että henkilökohtaista turvallisuutta. Keskustelimme ympä-  
ristön ja kodin turvallisuudesta sekä liukastumisista ja kompastumisista. Ryhmäläiset  
tekivät keskustelujen pohjalta posterin, johon he leikkasivat lehdistä kuvia tai kirjoitti-  
vat paperille ajatuksiaan kodin turvallisuuteen liittyen. Lopuksi avasimme posterin si-  
sältöä keskustellen.

Kymmenennen tapaamisen päätteeksi ryhmäläiset tekivät myös väliarvioinnin, johon he  
vastasivat seuraavasti. Ensimmäisen kohdan eli ryhmään osallistumisen tärkeyttä käsit-

televän kohdan keskiarvoksi tuli 4 (asteikolla 1-5). Toinen kohta, joka käsitteli tyytyväisyyttä asiiasältöön (=Mahdollisuudet uuden oppimiseen, Muisti, Uudet teknologiat: Nintendo Wii ja apuvälineet, Liukastumiset ja kompastumiset), oli vastannut kolme neljästä ryhmäläisestä, jolloin keskiarvoksi tuli 4,7. Kolmannessa kohdassa kysyttiin, kuinka hyödyllisiä ryhmässä käsitellyt aiheet ovat olleet oman arkielämän kannalta ja keskiarvoksi vastauksista tuli 4. Neljännessä kohdassa kysyttiin, kuinka kannustavaksi olet kokenut ryhmän ilmapiirin, johon keskiarvoksi tuli 4,5. Viidennessä kohdassa kysyttiin avoimella kysymyksellä mikä on ollut mieluisinta ryhmässä, johon kaksi vastasi ”Kohtalotovereiden tapaaminen”.

Yhdennessätoista tapaamisessa paikalla oli kaksi ryhmäläistä sekä toimintaterapeutti Jaana Leinonen. Jaana Leinonen oli mukana tapaamisessa arvioimassa meidän ryhmänohjaustaitojamme, koska suoritimme samalla myös käytännön harjoittelua. Tapaamisen aiheena olivat harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, joka liittyi ohjelman viimeiseen osioon ”henkilökohtaiset olosuhteet”. Craigin ja Mountainin (2007, 139) mukaan tapaamisen ideana on auttaa ryhmänjäseniä herättelemään uudestaan aikaisempia harrastuksia tai tutkiskelemaan uusia harrastusmahdollisuuksia. Tavoitteena on tarjota osallistujille mahdollisuus käsitellä harrastuksia ja vapaa-aikaa sekä huomata mikä on nautinnollista tai merkityksellistä näissä toiminnoissa. Tavoitteena on myös muistella aikaisempia harrastuksia, ymmärtää rajoitteita, jotka estävät yksilöä osallistumasta ja ylläpitämästä harrastuksia ja vapaa-ajanviettotapoja sekä tarjota mahdollisuus kehittää strategioita, jotka auttavat osallistumaan uudestaan toimintoihin, jotka ovat sopivia. Lisäksi tavoitteena on keskustella olemassa olevista välineistä, jotka voivat mahdollistaa osallistumisen näihin toimintoihin. Aluksi jaoin ryhmäläisille kymmenen kuvaa erilaisista toiminnoista. Kukin osallistuja valitsi kuvista kaksi mieluisinta toimintaa ja kertoi siitä. Sen jälkeen keskustelimme yllä mainittujen tavoitteiden mukaisesti.

Kahdennellatoista tapaamisella palasimme teknologia-aiheeseen seniorien ATK-yhdistyksen toiminnan esittelyn myötä. Paikalla oli viisi ryhmäläistä. Seniorien ATK-yhdistys Savonetti ry:n tarkoituksena on edistää Kuopion alueella seniori-ikäisten valmiuksia hyödyntää tietotekniikkaa toiminnoissaan. Kaksi yhdistyksen vertaistukikouluttajaa kertoi ja esitteli yhdistyksen toimintaa ja opetustarjontaa. Ryhmäläisillä oli mahdollisuus kysellä ja keskustella omista valmiuksistaan käyttää tietotekniikkaa sekä halukuudestaan osallistua yhdistyksen tarjoamaan opetukseen.

Kolmannellatoista tapaamiskerralla aiheena oli viimeisen osion (henkilökohtaiset olosuhteet) aihe huolenpito muista ja huolenpito itsestä. Tapaamisessa paikalla oli kolme ryhmäläistä. Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaan hoidon antaminen ja hoidon saaminen voi vaikuttaa merkittävästi yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Aihealue antaa mahdollisuuden reflektoida sekä nykyisiä hoitosuhteita sekä mahdollisia tulevia rooleja, joita yksilöllä voi olla. Tavoitteena on, että ryhmäläiset ymmärtävät mikä vaikutus hoidettavan roolilla on elämäntyyliin, ajankäyttöön, terveyteen ja hyvinvointiin, tarkastella mahdollisia etuja ja haasteita, joita toisista huolehtiminen tuo mukanaan, antaa mahdollisuus miettiä tapoja järjestää omaa aikaa hoitosuhteessa painottaen erityisesti virkistävien toimintojen sisällyttämistä päivittäisiin rutiineihin sekä kertoa yhteiskunnan tarjoamista tukimahdollisuuksista. (Craig & Mountain 2007, 143–144). Keskustelimme hoidettavan roolista, hoitajan oman ajan ja virkistäytymisen tarpeista. Yhteiskunnan tukimahdollisuudet eivät olleet ajankohtaisia paikalla olleiden ryhmäläisten elämäntilanteessa, joten siitä emme keskustelleet. Esimerkkinä mahdollisesta virkistäytymisestä pelasimme Imago-lautapeliä.

Neljännellätoista tapaamiskerralla paikalla oli neljä ryhmäläistä. Craigin ja Mountainin (2007, 152) mukaan viimeisellä tapaamiskerralla tarkoituksena on ohjelman mukaan korostaa ryhmäläisten itsenäisyyttä ja oikeiden valintojen tekemistä asioissa, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä. Viimeisellä kerralla on tarkoitus antaa osallistujille mahdollisuus tarkastella sitä mitä he ovat oppineet ja reflektoida sitä. Ryhmäläisiä rohkaistaan tunnistamaan ja juhlistamaan heidän saavutuksiaan, pohtimaan ihmissuhteita, joita he ovat muodostaneet ryhmässä ja alkaa visioda tulevaisuutta ilman ryhmää. Viimeinen kerta on avain muutosprosessiin, mikä on ohjelman ydintarkoitus. Kysyimme ryhmäläisiltä, mitkä ovat olleen osallistumisen haasteita, pettymyksiä, huolia tai saavutuksia, joihin vastauksia he pohtivat avoimella keskustelulla. Kysyimme myös, mitä he halusivat antaa ohjeeksi niille, jotka suunnittelevat osallistuvansa Hyvä elämä -ryhmän kaltaiseen ryhmään. Lisäksi ryhmäläiset keskustelivat, mitä he ovat oppineet ryhmän aikana ja mitä ryhmäläiset tekevät jatkossa perjantaisin, kun ryhmää ei enää ole. Ryhmäläiset kirjoittivat itselleen kirjeen, jonka ryhmänohjaajat lähettävät heille kolmen kuukauden päästä. Kirjeessä ryhmäläiset kertoivat, mitä toiveita heillä on ja mitä he haluavat saavuttaa seuraavan kolmen kuukauden aikana. Lopuksi juhlistimme saavutuksia ja ohjelman läpikäymistä, osallistujia ja sitä mitä he ovat tuoneet ryhmään.

Viimeisen kerran päätteeksi ryhmäläiset arvioivat ryhmää tekemämme lomakkeen avulla. Ensimmäisessä kohdassa kysyttiin, kuinka tärkeäksi henkilö on kokenut ryhmään osallistumisen, johon kaikki vastasivat asteikolla 1-5 numeron 4 = ”melko tärkeää”. Toisessa kohdassa kysyimme, kuinka tyytyväinen henkilö on neljän viimeisen kerran asiasisältöön (Harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, Savonetin esittely, Huolenpito itsestä ja muista, Päätöskerta), mihin ryhmäläiset vastasivat keskiarvolla 4,3. Kolmannessa kohdassa kysyimme käsiteltyjen aiheiden hyödyllisyyttä henkilön oman elämän kannalta. Tälle kaikki ryhmäläiset antoivat arvosanan 4. Neljännessä kohdassa kysyimme kuinka kannustava ryhmän ilmapiiri oli osallistujien mielestä ja vastaus siihen oli keskiarvoltaan 4,5. Viides kohta oli avokysymys, jossa kysyimme mikä on ollut mieluisinta ryhmässä. Ryhmäläiset nostivat esille toisten tapaamisen sekä eri asioista keskustelemisen. Viimeiseksi kysyimme parannus tai muutosehdotuksia ryhmälle. Tähän ryhmäläiset ehdottivat ystävien auttamisesta keskustelemista eli kuinka sairastumisen jälkeen pienilläkin asioilla voidaan auttaa sairastunutta ja helpottaa hänen arkeaan.

Käden rentoutuksen/jumpan toteutimme toisesta tapaamiskerrasta lähtien yhteensä 12 kertaa. Toteutimme ryhmän aikana myös yksilöterapiaa asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Olimme toimintaterapeutti Jaana Leinosen mukana kahden ryhmäläisen lastan korjauksessa/teossa. Lisäksi harjoittelimme yhden ryhmäläisen kanssa takin ja kenkien pukemista sekä Palilla liikkumista ja kolmen ryhmäläisen kanssa kävimme Kuopion uimahallin seniorikuntosalilla.

Taulukko 1. Koonti ryhmätapaamisista.

<b>RYHMÄKERTA</b>	<b>AIHE</b>	<b>OSALLISTUJAT</b>	<b>ASIASISÄLLÖN NUMEROAR- VIOT VÄLIAR- VIOINNEISTA</b>
1.	Tutustuminen ja ryhmän suunnittelu	4	
2.	Toiminnan ja terveyden välinen suhde, spastisen käden rentoutus/jumppa	4	
3.	Ikääntyminen	4	
4.	Tavoitteet ja niiden asettaminen	4	Ryhmäkerrat 1-4: <b>4</b>
5.	Hyvä ravitseminen	4	
6.	Mahdollisuudet uuden oppimiseen	2	
7.	Muisti	2	
8.	Uudet teknologiat	4	
9.	Uudet teknologiat, pienapuväline-esittely	3	
10.	Liukastumiset ja kompastumiset	4	Ryhmäkerrat 5-10: <b>4,7</b>
11.	Harrastukset ja mielenkiinnon kohteet	2	
12.	Seniorien ATK-yhdistyksen esittely	5	
13.	Huolenpito muista ja huolenpito itsestä	3	
14.	Päätöskerta, yhteenveto	4	Ryhmäkerrat 11-14: <b>4,3</b>

### 3.3 Etenemisprosessin arviointi

Suunnitteluvaiheessa haastavin ja tärkein tehtävä oli ryhmän kokoaminen, jolle olisimme tarvinneet enemmän aikaa. Emme osanneet varata aikataulun suunnittelussa tarpeeksi aikaa tälle vaiheelle, koska oletimme sen tapahtuvan nopeammin. Ryhmän koon

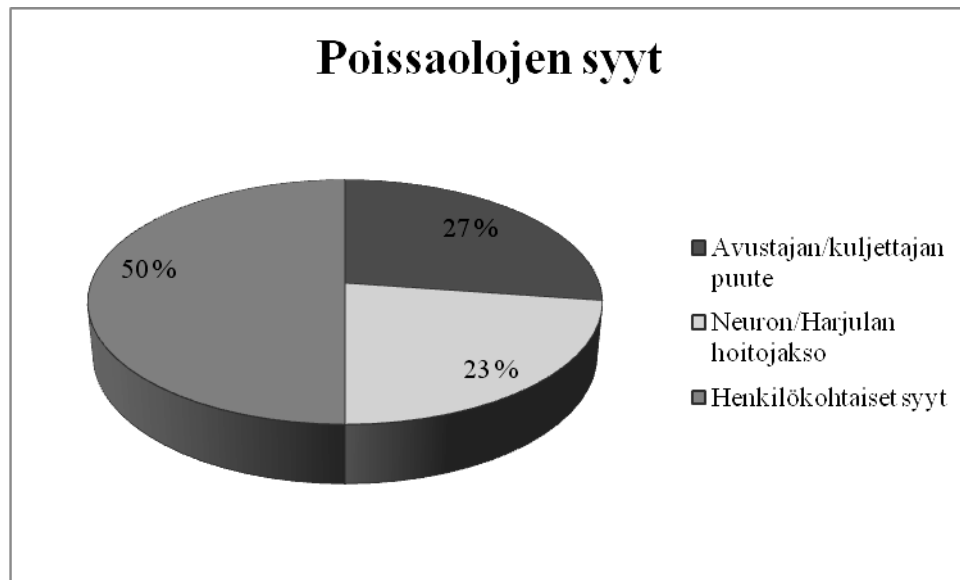
olimme suunnitelleet olevan 6-8 henkilöä ja ryhmäläiset valitsimme työn tilaajan Harjulan sairaalan avokuntoutuksen asiakkaista. Käytännössä emme pystyneet tekemään valintaa asiakkaista, koska osalle mahdollisista osallistujista ryhmän aikataulu ei sopinut ja osa ei halunnut osallistua ryhmätoimintaan. Tämän vuoksi asiakkaita karsiutui niin suuri määrä jo ennen varsinaista ryhmäläisten valintaa, että emme voineet enää itse tehdä valintaa ryhmäläisistä, koska muuten emme olisi saaneet ryhmään riittävästi osallistujia. Asiakkaista kaksi karsiutui vielä kun aloimme valmistella heitä ryhmään osallistumista varten.

Ryhmän aikataulun suunnittelussa omien opintojemme aikataulut olivat se raami, jonka mukaan ryhmän aikataulu oli suunniteltava. Opintojen kannalta neljän kuukauden ajanjakso ryhmätapaamisille ja sen lisäksi alku- ja loppuarvioinnit sekä ryhmän suunnittelu oli pitkä ja vaati kalenterin esille ottoa moneen kertaan. Aikataulua helpotti se, että ryhmän suunnittelu, alkuarviointi, yksilötapaamiset ja kuusi ensimmäistä ryhmätapaamista toteutuivat lukujärjestyksiimme varatun käytännön harjoittelujakson aikana, jolloin meillä oli mahdollisuus paneutua niihin kunnolla.

Ryhmätilat löytyivät työn tilaajan Harjulan sairaalan tiloista. Pohdimme sairaalaympäristön vaikutusta ryhmätapaamisiin, koska ryhmäläiset ovat olleet pitkään hoidossa sairaalassa ja heillä on tietynlainen mielikuva sairaalasta. Pali-kuljetusten, osallistujien liikuntarajoitteiden ja muiden käytännönjärjestelyjen vuoksi päädyimme kuitenkin siihen, että ryhmätapaamiset toteutetaan sairaalan tiloissa. Harjulan sairaalan kuntoutusosasto vastasi ryhmässä tarvittavien välineiden hankinnasta ja kustannuksista. Suurimmat kustannukset tulivat kahvista ja muista pienistä tarjoiluista, jotka saimme sairaalan keittiöstä. Yhteistyö keittiön kanssa sujui hyvin ja saimme noudettua tilaamamme tarvikkeet aina ennen ryhmän alkamista. Muita materiaaleja olivat monisteet, pahvit, kynät, sakset, teippi ja liima, jotka saimme käyttöömmme kuntoutusosaston materiaaleista. Lisäksi esittelimme pienapuvälineitä, jotka olivat lainassa kuntoutusosastolta.

Ryhmätapaamisten sisältöjen suunnittelussa Lifestyle Matters -kirja ohjasi työtämme. Materiaali on englanninkielistä, mutta helppolukuista ja selkeää. Kirja on suunniteltu Iso-Britanniaan, joten joitakin kulttuurisidonnaisia asioita muokkasimme paremmin suomalaiseen kulttuuriin soveltuviksi. Muutamia kulttuurisidonnaisuuksia lukuun ottamatta saimme kirjasta paljon hyviä ideoita ryhmäkeskusteluihin ja toimintoihin.

Ryhmän osallistumisprosentti oli 69. Osallistumisprosentin laskemisessa ei ole otettu huomioon keskeyttänyttä ryhmäläistä. Poissaoloja oli yhteensä 22. Syyt näille olivat avustajan poissaolo 27 %:ssa tapauksista, Neuronin/Harjulan hoitojakso 23 %:ssa tapauksista ja henkilökohtaiset syyt 50 %:ssa tapauksista (Kuvio 1).



Kuvio 1. Poissaolojen syyt.

Vaikeus ryhmään tulemiseen on usein kiinni hyvin pienistä yksityiskohdista, kuten vaikeudesta saada takki päälle ilman apua tai liian korkea kynnys pyörätuolilla liikkuvalla ulko-ovella. Aikaa tai vaivaa asiakkaan avustamiseen edellä mainituissa asioissa ei menisi nimeksikään, mutta niistä saatava hyöty on suuri mahdollistaen yksilön liikkumisen kodin ulkopuolella sekä osallistumisen erilaisiin toimintoihin. Aina asiakkailta ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta saada avustusta kotoa lähtöön tai matkan kulkemiseen ryhmään. Puolet poissaoloista johtui edellä mainituista syistä ja Neuronin kuntoutusjaksoista tai Harjulan hoitojaksosta, jotka ovat asiakasryhmämme toimintakyvyn rajoitteista ja sairauksista johtuvia. Joillain kerroilla ryhmätapaamisissa oli vain kaksi asiakasta, jolloin keskustelu ja ryhmätoiminta jäivät suppeammaksi kuin mitä ne olisivat olleet suuremman osallistujamäärän kanssa. Poissaoloja kertyi enemmän tietyille, samoille ryhmäläisille, mistä johtuen he eivät saaneet niin kattavasti tietoa ohjelmasisällöistä kuin muut ryhmäläiset.

Joidenkin ryhmän sisältöön liittyvien vierailukäyntien kannalta olisi ollut tarvetta muuttaa ryhmätapaamisen aikataulua tai tapaamisen paikkaa. Ryhmän aikana kuitenkin huomasimme, että ennakkoon sovitussa aikataulussa ja samassa tapaamispaikassa py-

syminen oli järkevintä ryhmän onnistumisen kannalta. Osa asiakkaista kulki ryhmään Palilla, joten sen aikataulujen ja reittien yhteensovittaminen uuden paikan ja ajan kanssa olisi ollut vaikeaa. Pääasiassa meidän ei tarvinnut muuttaa ryhmätapaamisen paikkaa eikä aikaa vaan saimme vierailijoita käymään ryhmätapaamispaikassamme muualla toteutettujen vierailujen sijaan. Vierailijoiden aikatauluista johtuvista syistä jouduimme muuttamaan ryhmätapaamistemme sisältöjen järjestystä siten, että emme voineet käsitellä aihekokonaisuuksia peräkkäisinä kertoina. Emme huomanneet tällä olevan vaikutusta ryhmään. Alkuperäisessä suunnitelmassa yhtenä ryhmätapaamisen aiheena oli Sosiaaliset suhteet ja ystävyys-suhteiden ylläpito, mutta jouduimme jättämään sen pois, koska käsitelimme Uudet teknologiat -aihetta yhdellä ryhmätapaamisella suunniteltua enemmän.

Ryhmää toteuttaessamme huomasimme, että aiheiden syvempään käsittelyyn ja osallistujien käytännön elämään viemiseen olisi tarvinnut enemmän aikaa ja tapaamiskertoja. Tähän vaikutti osaltaan ryhmäläisten toimintakykyjen rajoitukset, esimerkiksi toiminta oli hitaampaa kognitiivisten vaikeuksien ja käden toimintarajoitusten vuoksi. Tämän vuoksi aikaa ei jäänyt yhdellä tapaamisella asioiden syvällisempään käsittelyyn vaan aiheiden läpi käynti jäi osittain pinnalliseksi.

Ryhmäläiset tekivät ryhmän aikana kaksi väliarviointia, neljännen ja kymmenennen ryhmäkerran päätteeksi sekä loppuarvioinnin viimeisen ryhmäkerran päätteeksi. Jokaisessa arvioinnissa oli mukana neljä ryhmäläistä, joten saimme yhteensä 12 arviointia. Arviointilomakkeissa (Liite 1) oli neljä kysymystä, joihin vastattiin ympyröimällä numero asteikolta 1-5 oman arvion mukaan. Viimeiset kaksi kysymystä olivat avokysymyksiä. Laskimme keskiarvot numeerisesti arvioitaville kysymyksille, jotta saisimme yleiskuvan siitä, mitä ryhmäläiset olivat ryhmästä ja sen sisällöistä mieltä. Keskiarvot näkyvät taulukossa 2.

Keskiarvoista voi päätellä, että ryhmäläiset ovat olleet tyytyväisiä sekä asiasisältöön että aiheiden hyödyllisyyteen oman elämänsä kannalta. Huonoimman keskiarvon sai aiheiden hyödyllisyyttä kartoittava kysymys, mutta sekin oli lähinnä arvosanaa 4 = ”melko hyödyllinen”. Keskiarvoista päätellen ryhmäläiset kokivat myös ilmapiirin kannustavaksi ja pitivät ryhmään osallistumista tärkeänä. Kokonaisuudessaan keskiarvot antavat vaikutelman, että ryhmään osallistuneet pitivät ryhmää tärkeänä, hyödyllisenä ja kannustavana ja olivat siihen tyytyväisiä.

**Taulukko 2. Koonti väliarvioinneista, n=12.**

ARVIOITAVA OSA-ALUE	PISTETYSTEN KESKIJARVO (asteikolla 1-5)
Ryhmään osallistumisen tärkeys	3,9
Tyytyväisyys asiiasältöön	4,3
Käsiteltyjen aiheiden hyödyllisyys	3,8
Ilmapiiirin kannustavuus	4,3

Avokysymyksissä kysyimme, mikä on ollut mieluisinta ryhmässä ja mitä parannusehdotuksia asiakkaalla olisi ryhmätoiminnan kannalta. Lisäksi keskustelimme edellä mainituista aiheista viimeisellä tapaamiskerralla sekä loppuarviointien yhteydessä tehdyillä kotikäynneillä. Ryhmäläisten vastausten mukaan mieluisinta ryhmässä olivat keskustelu ja vertaistuki. Parannusehdotuksiksi ryhmäläiset ehdottivat, että ryhmässä voisi käydä enemmän ulkopuolisia esitelmien pitäjiä. Lisäksi ryhmäläiset ehdottivat ystävien auttamisesta keskustelemista eli kuinka sairastumisen jälkeen pienilläkin asioilla voidaan auttaa sairastunutta ja helpottaa hänen arkeaan. Ryhmäläisiltä tuli toive, että ryhmän sisältöön voisi kuulua myös rentoutuksen opettelu. Lifestyle Matters -ohjelmassa rentoutus oli yhden ryhmätapaamisen osasisältönä, mutta se karsiutui pois ryhmäläisten valitessa ryhmäsisältöjä ensimmäisellä tapaamiskerralla.

### **3.4 Toimintaterapeutin haastattelu**

Ryhmän päätyttyä haastattelimme Kuopion kaupungin toimintaterapeuttia Jaana Leinosta Lifestyle Redesign® -ohjelman käyttökelpoisuudesta ja ohjelman toteuttamiseen käytävissä olevista resursseista sekä arviointimenetelmien tuloksista Pegasos-ohjelman potilastietoihin kirjattujen tulosten pohjalta. Haastattelukysymykset (Liite 5) olivat avokysymyksiä, joihin saimme vastaukset sekä suullisesti että kirjallisesti.

Toimintaterapeutin mielestä Lifestyle Redesign® on hyvä ohjelma, koska se painottaa asiakkaiden aktiivisuutta ja omia tavoitteita. Hänen mielestään ohjelman säännöllisyys ja suunnitelmallisuus sitouttaa ja motivoi asiakkaita. Toimintaterapeutin mielestä tärkeä tulos oli, että asiakkaat kokivat ryhmän merkitykselliseksi. Hän näki, että ryhmän tuki yksilöllisten tavoitteiden tarkentamiseksi ja saavuttamiseksi olisi hyödynnettävissä pa-

remmin, jos kotikäyntejä ja yksilöllisiä tapaamisia olisi enemmän. Sitä kautta konkreettiset keinot tavoitteiden saavuttamiseen olisivat hänen mielestään paremmin toteutettavissa. Terapeutin mielestä ohjelma nostaa esiin hyviä aihealueita, mitä kautta on helppo löytää konkreettisia tavoitteita ja keinoja monenlaisten asioiden käsittelyyn.

Toimintaterapeutin mielestä ryhmäläisten tulisi olla toimintakyvyn tasoltaan ja rajoituksiltaan mahdollisimman homogeenisia, jolloin ryhmässä saavutettava vertaistuki on parhaiten hyödynnettävissä. Terapeutti kokee, että tällä hetkellä käytettävissä olevat terapeuttiesurssit eivät mahdollista näin pitkäkestoisen ryhmän toteuttamista pienelle joukolle. Osa ohjelmasta on hänen mielestään toteutettavissa lyhyempinä jaksoina yksilölliseen terapiajaksoon liitettynä. Ohjelman toteuttamisessa voisi terapeutin työparina olla opiskelija, jos säännöllinen aikataulu olisi opiskelijan kannalta toteutettavissa. Toimintaterapeutin mielestä opiskelijaparin ohjaama ryhmä toimisi hyvin, jos ryhmäläisten toimintakyvyn rajoitukset ovat vähäisiä.

#### *Arvioinnin tulosten tarkastelu*

Eri arviointimenetelmien tuloksia tarkasteltaessa ryhmätasolla ei tapahtunut selkeää muutosta. Arviointitulokset näyttivät joitain yksilöllisiä muutoksia, joiden syitä toimintaterapeutti Jaana Leinonen haastattelussa pohti.

Ryhmäläisten alku- ja loppuarviointien välillä muutoksia tapahtui toimintaterapeutin mukaan hyvin vaihtelevasti. Hänen mukaansa Hyvä elämä -ryhmässä asiakkaan sairastumisaika, kuntoutumistilanne ja kotiutumisen läheisyys ryhmän toteutumisen aikana vaikuttivat todennäköisesti arviointituloksiin. Lisäksi tuloksiin vaikuttavia tekijöitä olivat elämäntilanne, todellisuuden kohtaaminen eli sairauden jälkeisen oman toimintakyvyn realisoituminen, ryhmäprosessin aikana tapahtuneet muut sairastumiset ja sairaudesta toipumisen prosessiin liittyvä masennus. Kaikki arvioinnissa käytetyt mittarit ovat itsearviointiin perustuvia ja mm. ryhmäläisten kognitiivisilla häiriöillä voi olla vaikutusta itsearvioinnin luotettavuuteen.

Todennäköinen syy huomattavaan negatiiviseen muutokseen omaan suoriutumiseen COPM-arvioinnissa on toimintaterapeutin mielestä sairauden jälkeisen toimintakyvyn realisoituminen, mikä oli hänen mielestään positiivinen asia sekä tärkeä ja eteenpäin vievä osa kuntoutusprosessia. Muutokset COPM-arvioinnissa eri toimintojen osa-

alueilla olivat yksilöllisiä ja niihin oli vaikuttaneet myös monet ryhmästä riippumattomat tekijät.

Toimintaterapeutin mielestä BDI-II tuloksiin tällä ryhmällä vaikuttivat erityisesti elämäntilanteen muutokset, ryhmän aikana tapahtuneet muut sairastumiset sekä sairaudesta toipumisen prosessiin liittyvä masennus. WHOQOL-arvioinnissa tapahtui toimintaterapeutin mukaan kaikista arvioinneista eniten positiivista muutosta tai tulokset pysyivät samana alku- ja loppuarvioinnissa.

Terapeutin mukaan psykologisen ulottuvuuden pistemäärät ovat laskeneet samoilla henkilöillä, joilla BDI-II arvioinnissa masennuspisteet ovat nousseet. Tällöin psykologisen ulottuvuuden tulokset ja BDI-II-arvioinnin tulokset näyttäisivät hänen mielestään vahvistavan toisiaan. Samoilla henkilöillä tyytyväisyys omaan suoriutumiseen COPM-arvioinnissa oli myös laskenut. WHOQOL-arvioinnissa yleinen tyytyväisyys terveyteen oli laskenut kahdella näistä ryhmäläisistä.

## **4 Pohdinta**

Opinnäytetyöprosessimme tuki kokonaisuudessaan monella tavalla oppimistamme. Projektiluontoisesta työskentelystä ryhmän kanssa oli meille hyötyä sekä käytännön työhön tulevassa ammatissamme että toimintatutkimuksen ja raportoinnin tekemisen oppimissa. Pohdimme tässä viimeisessä kappaleessa hankkeen aikana tapahtunutta omaa oppimistamme, hankkeen hyödynnettävyyttä, eettisiä näkökulmia sekä johtopäätöksiä ja kehittämishaasteita.

Toimintaterapiaryhmän ohjaajat määrittävät ryhmän ilmapiirin, joka tarkoittaa ryhmän asenteita ja käsityksiä. Kannustava ryhmän ilmapiiri rakentuu ohjaajien hyväksynnästä ja lämmöstä sekä heidän kyvystään osoittaa kunnioitusta jokaista ryhmän jäsentä kohtaan. On tutkittu, että kannustava ja empaattinen suhde ohjaajaan vaikuttaa positiivisesti ryhmän jäsenten edistymiseen. Ensimmäisillä ryhmäkerroilla määräytyy ryhmän yhteisesti hyväksymä käytös sekä raamit ja rakenne ryhmälle. Ohjaajan täytyy luoda ilmapiiri, joka ei kuitenkaan saa rajoittaa liikaa, vaan antaa mahdollisuuden rakentavaan ja kannustavaan ryhmätoimintaan. Luottamus ohjaajiin ja ryhmään kasvaa pikku hiljaa

yhteisen työskentelyn myötä, mikä tukee turvallista ryhmäilmapiiriä. (Howe & Schwartzberg 1994, 166–167.) Kokemuksemme ja ryhmän väli- ja loppuarviointien tulosten mukaan onnistuimme hyvin kannustavan ryhmäilmapiirin luomisessa. Hyvän ryhmäilmapiirin luomisen tärkeyttä korostettiin Uumajan yliopistossa suorittamallamme ”att leda gruppaktivitet i arbetsterapi” -kurssilla ja tämän työn kautta huomasimme sen olevan ensiarvoisen tärkeää toimintaterapiaryhmässä.

Ensimmäisellä ryhmätapaamisella ryhmänohjaajien tulee kertoa ryhmän tavoite ja tarkoitus. Ryhmäläisiä tulee tällöin rohkaista kysymään ja kommentoimaan ryhmän ohjaajien kertomaa, jotta tavoite tulisi heille selkeäksi. Tavoitteet kerrotaan useamman kerran ryhmän elämänsä aikana ja ryhmän kartuttaessa kokemuksia, he oppivat tarkentamaan näitä tavoitteita. Jakamalla kokemuksia muiden ryhmäläisten kanssa, ryhmäläiset oppivat uutta itsestään, jolloin henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen ja muovaaminen tarkentuu (Howe & Schwartzberg 1994, 167–169.) Hyvä elämä -ryhmässä painotimme ryhmän yhteisiä tavoitteita enemmän kuin yksilöllisiä tavoitteita. Toimintaterapeutin esille nostama yksilöllisten tavoitteiden saavuttaminen kotikäyntejä ja yksilöllisiä tapaamisia lisäämällä olisi ollut tässä ryhmässä tarkoituksenmukaista, jos meillä olisi ollut mahdollisuus käyttää enemmän aikaa työn toteuttamiseen. Lifestyle Redesign® -ohjelmassa yksilöllisillä kotikäynneillä pyritään ryhmässä läpikäytyjen ohjelman ajatusten juurruttamiseen osallistujien elämään ja tuetaan ryhmässä pysymistä. Hyvä elämä -ryhmässä veimme yksilöterapiakerroilla Lifestyle Redesign® -ohjelman idean mukaisesti yksilön terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimintoja konkreettisesti hänen elämäänsä esimerkiksi kuntosalikäyntein. Toimintojen juurruttamiseen olisi kuitenkin tarvinnut useamman yksilöterapiakerran, mikä ryhmämme tapauksessa ei ollut mahdollista aikarajoitteiden vuoksi. Tässä ryhmässä suurimmalla osalla osallistujia olisi lisäksi ollut yksilöllisen toimintaterapeuttisen kuntoutuksen tarve.

Jotta ryhmäläiset tunsivat olonsa hyväksytyksi ja arvostetuksi ryhmän jäseneksi, ohjaajien tulee valita ryhmälle sellaisia toimintoja, jotka vastaavat ryhmäläisten toimintakykyä. Tehtävien tulee vedota kaikkiin ryhmäläisiin, ja olla myös sellaisia, joista kaikki ryhmäläiset saavat onnistumisen kokemuksia (Howe & Schwartzberg 1994, 169–170.) Hyvä elämä -ryhmässä asiakkaiden toimintakyky oli hyvin vaihteleva kuntoutumisvaiheen mukaan. Ryhmän toiminta oli pääasiassa keskustelua, jolloin fyysinen toimintakyky ei vaikuttanut toimintaan osallistumiseen. Keskusteluissa kaikilla oli mahdollisuus sanoa kommenttinsa ja mielipiteensä aiheesta, ja ohjaajina pyrimme kannustamaan hil-

jaisempia osallistujia mukaan keskusteluun esittämällä heille kysymyksiä. Ryhmäta-  
paamisten alussa toteutettu käsijumppa/-rentoutus oli sovellettu siten, että ryhmäläiset,  
joilla oli parempi käden toimintakyky, tekivät vaativampia ja heille mielekkäämpiä liik-  
keitä kuin ne, joilla oli paljon käden toimintarajoitteita. Ryhmäläisille, joilla oli spasti-  
nen käsi, teimme aktiivista venyttelyä sekä rentoutusta, jolloin toiminta oli heidän tar-  
peitaan vastaavaa. Muut pienet toiminnalliset tehtävät, joita ryhmäkerroilla toteutimme,  
oli sovellettu siten, että kaikki pystyivät osallistumaan. Toimintaterapeutti mainitsi  
haastattelussa, että ryhmän tulisi olla mahdollisimman homogeeninen, minkä totesimme  
myös itse ryhmän edetessä. Tällöin ryhmäläiset saavat tukea ja oppivat eniten toisiltaan  
ja saavat parhaan hyödyn ryhmätoiminnasta.

Arviointitulosten tulkinnassa verrokkiryhmän puuttuminen vaikeutti tulkinnan tekemis-  
tä, koska emme pysty vertailemaan sitä, millaiset vastaavanlaisen ryhmän tulokset olisi-  
vat olleet ilman ryhmäinterventiota. Tässä ryhmässä osallistujilla oli enemmän toimin-  
takyvyn rajoituksia kuin mm. USA:ssa ja Iso-Britanniassa toteutetuissa ryhmissä, mikä  
osaltaan vaikutti arviointituloksiin ja osallistujien mahdollisuuksiin toteuttaa elämänta-  
pamuutoksia omassa elämässään. Johansson (2009, 28) nosti Ruotsissa tehdyssä pilotti-  
tutkimuksessa esiin osallistujien sairauksien ja toimintarajoitteiden vaikutukset ohjel-  
maan. Ruotsin pilottiryhmässä osallistujien keski-ikä oli korkeampi kuin muualla toteu-  
tetuissa ryhmissä ja siten heillä oli myös paljon sairauksia ja toimintarajoitteita, joiden  
vuoksi heillä oli useita sairaalajaksoja ohjelman aikana. Pitkän ryhmäintervention aika-  
na tapahtuvat osallistujien sairastumiset ja elämäntilanteiden muutokset ovat mahdolli-  
sia kaikissa ryhmissä, mutta Hyvä elämä -ryhmässä niiden merkitys korostui osallistuji-  
en sairauksista johtuvan terveydentilan ja toimintakyvyn sekä ryhmän pienen osallistu-  
jamäärän vuoksi.

Toteuttamamme Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisen ryhmän suunnittelusta, oh-  
jaamisesta ja arvioinnista käytyjen keskustelun ja tämän raportin avulla Kuopion kau-  
pungin toimintaterapeutit ovat saaneet kokemuksia ohjelman käytöstä ja voivat käyttää  
ohjelmaa omassa työssään. Kuten toimintaterapeutin haastattelussa tuli esille, ei nykyi-  
sillä Kuopion kaupungin henkilöresursseilla näin pitkän ennalta ehkäisevän ohjelman  
toteuttaminen kokonaisuudessaan ole mahdollista. Johanssonin (2009, 28) mukaan  
Ruotsissa ohjelman soveltuvuutta perusterveydenhuoltoon haluttiin testata kokeilemalla  
toimiiko se selvästi lyhyempänä (4kk), mutta tutkimuksen tulosten perusteella lyhempi  
ohjelma ei tuonut merkittäviä positiivisia vaikutuksia. Toimintaterapeutin haastattelussa

esille tuoma ohjelman osien käyttäminen kuntoutuksellisten toimintaterapeuttisten ryhmien ohjauksessa on myös mahdollista. Haluaisimme kuitenkin korostaa jo aikaisemmin raportissamme esille tullutta ennalta ehkäisevää työn tarvetta vanhusten määrän lisääntyessä jatkuvasti.

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu muun muassa tutkijoiden rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. Tutkijoiden tulee käyttää tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arvioinnin menetelmiä. Avoimuus tutkimuksen tuloksia julkaistaessa kuuluu myös tutkimusetiikkaan, samoin kuin muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen omassa tutkimuksessa. (Kuula 2006, 34–35.)

Tässä opinnäytetyössä olemme huomioineet hyvän tutkimusetiikan periaatteita muun muassa siten, että olemme raportoineet tutkimuksen etenemistä mahdollisimman ajankohtaisesti välttääksemme unohduksia ja niistä johtuvia virheellisiä tietoja. Asiakkaiden tietoja sisältäviä asiakirjoja olemme käsitelleet huolellisesti siten, että kukaan ulkopuolinen ei ole päässyt tietoihin käsiksi. Arviointitulokset olemme laskeneet huolellisesti kahteen kertaan siten, että molemmat ovat käyneet läpi kaikkien tutkittavien tulokset. Tuloksia laskiessamme huomasimme, että emme olleet tarkastaneet asiakkaiden itse täyttämiä kyselylomakkeita arviointien tekohetkellä, mistä johtuen osalla tutkittavista joitain kohtia oli jäänyt vastaamatta. Muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen näkyy työssämme siten, että olemme pyrkineet tekemään lähdeviitteet huolellisesti ja referoineet käyttämiämme lähteitä omin sanoin välttääksemme plagiointia.

Tutkimuksen kohteena on usein ihmisten yksityisyys, heidän kokemuksensa. Tutkimuksessa yksityisyyden suojaa tulee kunnioittaa tieteellisten käytäntöjen säännösten ja yksityisyydestä asetettujen lakien mukaan. (Kuula 2006, 75.) Yksityisyyden suojan olemme huomioineet käsittelemällä haastattelumateriaalia ja tutkittavien henkilötietoja huolellisesti. Olemme noudattaneet vaitiolo- ja salassapitovelvollisuutta tutkittavien yksilöllisyyden suojaamiseksi.

Tutkittavilla on oltava mahdollisuus valita, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Kuula 2006, 87). Tämä lähtökohta selvitettiin tutkittaville ensimmäisessä tapaamisessa, sa-

malla kun heiltä pyydettiin allekirjoitus tutkimuslupaun. Jokaiselle tutkittavalle kerrottiin suullisesti tutkimuksen sisältö ja kaikki allekirjoittivat tutkimusluvan.

Tutkimustulosten raportoinnissa tutkittavien tunnistettavuuden estäminen on hyvin tunnettu tutkimuseettinen normi. Tunnistettavuuden estämisellä suojataan tutkittavia mahdollisilta tunnistamisen aiheuttamilta negatiivisilta seurauksilta. Tunnistamattomuuden lupaaminen liittyy myös tutkittavien osallistumisen lisäämiseen ja rehellisten vastausten saamiseen. (Kuula 2006, 201.) Tässä opinnäytetyön raportissa tutkittavien henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille. Tutkittavien asuinpaikkakunta, toimintakykyyn eniten vaikuttava sairaus ja ikäryhmä tulevat esille raportissa, koska ne ovat välttämättömiä tietoja raportoinnin kannalta.

Johtopäätökset tästä tutkimuksesta teimme arviointien ja ryhmän aikana saamiemme kokemusten perusteella. Ryhmämuotoinen toimintaterapia oli tutkittavalle asiakasryhmälle soveltuva terapiamuoto ja sen tärkein merkitys oli ryhmäläisille vertaistuki. Vertaistuen tärkeän merkityksen totesivat myös Abazi & Saarela (2009, 63-64, 72) omassa Lifestyle Redesign® -ohjelmaan perustuvassa opinnäytetyössään. Hyvä elämä -ryhmän osallistujat eivät pystyneet kokonaisvaltaisesti hyödyntämään Lifestyle Redesign® -ohjelman tarjoamia mahdollisuuksia elämäntapamuutoksiin oman varhaisessa vaiheessa olevan kuntoutumisprosessinsa vuoksi. Arviointitulosten ja ryhmän kokemusten perusteella näyttäisi siltä, että Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisesta ryhmästä hyötyvät eniten sellaiset henkilöt, joiden toimintakyvyn rajoitukset ovat vähäisiä.

Lifestyle Redesign® -ohjelman soveltaminen Kuopion kaupungin avotoimintaterapian työkäytänteisiin vaatisi resursseja ennalta ehkäisevään toimintaterapiatyöhön. Nykyisillä henkilöstöresursseilla pitkän ohjelman toteuttaminen pienelle ryhmälle ei ole mahdollista. Toimintaterapeuttien työ on nykyisellään painottunut kuntouttavaan työhön. Ennalta ehkäisevän työn toteutuminen ohjelman mukaisesti edellyttäisi henkilöstöresurssien lisäyksen ohella työn kohdistamista toimintakyvyltään parempikuntoisiin ikääntyneisiin, jolloin ohjelman hyöty ja kustannustehokkuus toteutuisivat paremmin.

Kehittämishaasteita tuleville tutkimuksille tämän opinnäytetyön perusteella on ryhmän toteuttaminen erilaisten asiakasryhmien kanssa. Asiakasryhmä voisi olla esimerkiksi yksinäiset ikääntyneet, jotka suoriutuvat itsenäisesti itsestä huolehtimisen toiminnoista. Ohjelman toteuttaminen kokonaisuudessaan siten, että kaikki osa-alueet käytäisiin pe-

rusteellisemmin läpi ja yksilötyötä ohjelman periaatteiden juurruttamiseen osallistujien elämään tehtäisiin enemmän, olisi tarkoituksenmukaista. Ohjelman vaikuttavuutta voisi mitata erilaisilla arviointimenetelmillä, esimerkiksi avoimella haastattelulla elämäntavoista ja niiden muutoksista.

## Lähteet

- Abazi, L. & Saarela, V.** 2009. Lifestyle Redesign® -ohjelman sovellus lievästi muistisairaille ikääntyneille asiakkaille. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G.** 2004. BDI-II Beckin depressioasteikko, käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus oy.
- Clark, F., Azen, S., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., Zemke, R., Jackson, J. & Lipson, L.** 2001. Embedding health-promoting Changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of gerontology: Psychological sciences*. 56B (1), 60-63.
- Clark, F., Azen, S., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., Lipson, L.** 1997. Occupational Therapy for Independent -Living Older Adults, A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*. 278 (16), 1321-1326.
- Clark, F., Carlson, M., Jackson, J., Mandel, D.** 2009. Lifestyle Redesign® improves health and is cost-effective. Viitattu 2.9.2009. [www.aota.org/Pubs/OTP/1997-2007/Features/2003/f-012703\\_1.aspx](http://www.aota.org/Pubs/OTP/1997-2007/Features/2003/f-012703_1.aspx).
- Craig, C. & Mountain, G.** 2007. Lifestyle matters: an occupational approach to healthy ageing. Bicester. Speechmark.
- Daniels, R., Mountain, G., De Vriendt, P., Martins, S., Jakobsen, K.** 2008. Developing a health promoting occupational therapy program for community living older people: Experiences from a European project group. ENOTHE, P/A Hogesschool van Amsterdam, NL.
- Eriksson, G.** 2007. Occupational gaps after acquired brain injury: An exploration of participation in everyday occupations and the relation to life satisfaction. Thesis for doctoral degree (Ph.D.). Stockholm: Karolinska Institutet.
- Finlay, L.** 1994. *Groupwork in Occupational Therapy*. Lontoo: Chapman & Hall.
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlsson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., Azen, S. P.** 2002. Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50 (8), 1381-1388.

- Heikkinen, H.** 2007. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 196-211.
- Hervonen, A.** 2001. Gerontologia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R.(toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 14-22.
- Horowitz, B. & Chang, P.** 2004. Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy Lifestyle Redesign®. A pilot study within adult day programs. Topics in geriatric rehabilitation. 20 (1), 46-58.
- Howe M. & Schwartzberg S.** 1994. A Functional Approach to Group Work in Occupational Therapy. Second Edition.
- Huusko, T., Kautiainen, H. & Pitkälä, K.** 2006. WHOQOL-BREF ja 15D iäkkäiden omaishoitajien elämänlaadun mittaamisessa. Teoksessa Huusko T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 76-90.
- Huusko, T. & Pitkälä, K.** 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 9-23.
- Jackson, J., Mandela, D., Blancharda, J., Carlsona, M., Cherryb, B., Azenc, S., Chouc, C.-P., Jordan-Marshd, M., Formane, T., Whitee, B., Grangerf, D., Knightg, B., Clarka, F.** 2009. Confronting challenges in intervention research with ethnically diverse older adults: the USC Well Elderly Study II Trial. Clinical Trials. 2009 6, 90-101.
- Johansson, A.** 2009. Aktivt liv på äldre dar – ett pilotprojekt för att pröva ett aktivitetsfokuserat program. FoU- rapport 2009:1. ÄO Äldreomsorg och äldrevård.
- Kuopion kaupunki** 2009. Ikäimmeisten strategia. Päivitetty 6.8.2009. Viitattu 16.9.2009.  
<http://www.kuopio.fi/net.nsf/TD/111203115800767?OpenDocument>.
- Kuula, A.** 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A.** 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

- Mandel, D., Jackson, J., Zemke, R., Nelson L. & Clark, F.** 1999. Lifestyle Redesign®. Implementing the Well Elderly Program. The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., Ball, L.** 2008. Occupational Therapy Led Health Promotion for Older Adults: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *British journal of Occupational Therapy*. October 2008 71(10), 409-410.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Polloc, N.** 1998. Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Lönnroos, E.** 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen S. & Lönnroos E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 278-287.
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D.** 2007. Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Townsend, E. & Polatajko, H., 2007: Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. CAOT Publications ACE, Ottawa, Ontario.
- Portin, R.** 2000. Parkinsonin taudin oireet. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. Toimittanut Rinne, U., Marttila, R., Pasila, A. Lauttapaino Oy.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J.** 2007. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 184-195.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö** 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Päivitetty 13.2.2008. Viitattu 28.1.2010. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1063089](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089)
- Sulkava, R.** 2008. Aivoverenkiertopotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Hartikainen S. & Lönnroos E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 313-319.
- Teräväinen, H.** 2000. Parkinsonin taudin oireet. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. Toimittanut Rinne, U., Marttila, R., Pasila, A. Lauttapaino Oy.

- Tilvis, R.** 2001. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen A., Jääntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R.(toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Townsend, E. & Polatajko, H.** 2007. Enabling occupation II:advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. CAOT Publications ACE, Ottawa, Ontario.
- WHOQOL-BREF** 1996. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. Programme on mental health. Geneva: World health organisation. December 1996.

## **Liitteet**

Liite 1. Väli- ja loppuarviointilomake

Liite 2. BDI-II -arviointilomake

Liite 3. WHOQOL-arviointilomake

Liite 4. COPM-arviointilomake

Liite 5. Toimintaterapeutin haastattelukysymykset Lifestyle Redesign® -ohjelmasta

Liite 6. Lupalomake asiakastietojen käyttöön

Liite 7. Tutkimuslupa

## Liite 1. Väli- ja loppuarviointilomake

## HYVÄ ELÄMÄ-TOIMINTATERAPIARYHMÄN ARVIOINTI

1. Kuinka tärkeäksi itsellesi olet kokenut Hyvä elämä-ryhmään osallistumisen? (1=ei lainkaan tärkeää, 2= ei kovin tärkeä, 3=ei tärkeä eikä merkityksetön, 4=melko tärkeä, 5=erittäin tärkeää)

1                      2                      3                      4                      5

2. Kuinka tyytyväinen olet Hyvä elämä- ryhmän tapaamisten asiasisältöön? (1=ei lainkaan tyytyväinen, 2=ei kovin tyytyväinen, 3=ei tyytyväinen eikä tyytymätön, 4=melko tyytyväinen, 5=erittäin tyytyväinen)

1                      2                      3                      4                      5

3. Kuinka hyödyllisiä ryhmässä käsitellyt aiheet ovat olleet oman arkielämäsi kannalta? (1=ei lainkaan hyödyllisiä, 2=ei kovin hyödyllisiä, 3=ei hyödyllisiä eikä hyödyttömiä, 4=melko hyödyllisiä, 5=erittäin hyödyllisiä)

1                      2                      3                      4                      5

4. Kuinka kannustavaksi olet kokenut ryhmän ilmapiirin? (1=ei lainkaan kannustava, 2=ei kovin kannustava, 3=ei kannustava eikä kannustamaton , 4=melko kannustava, 5=erittäin kannustava)

1                      2                      3                      4                      5

5. Mikä on ollut sinulle mieluisinta ryhmässä?

6. Onko sinulla jotakin muutostoiveita tai parannusehdotuksia Hyvä elämä ohjelmaan?

## Liite 2. BDI-II -arviointilomake

<b>BDI-II</b>	Päiväys _____
---------------	---------------

Nimi \_\_\_\_\_ Ikä \_\_\_\_\_

Asuinpaikka \_\_\_\_\_ Koulutus/ammatti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Seuraavilla sivuilla on joukko väittämiä. Lue ensin kaikki yhden lauseryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittäjä jokaisesta ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

<p><b>1</b> 0 En ole surullinen. 1 Olen usein surullinen. 2 Olen aina surullinen. 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.</p>	<p><b>5</b> 0 Minulla ei juurikaan ole syyllisyyden tunteita. 1 Minulla on usein syyllinen olo jostain mitä olen tehnyt tai jättänyt tekemättä. 2 Tunnen melkoista syyllisyyttä miltei aina. 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.</p>
<p><b>2</b> 0 En ole huolissani tulevaisuudesta. 1 Tulevaisuus pelottaa minua. 2 Tunnen että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana. 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton enkä usko asioiden tästä paranevan.</p>	<p><b>6</b> 0 Minusta ei tunnu, että minua rangaistaan. 1 Tunnen, että minua saatetaan rangaista. 2 Uskon, että minua rangaistaan. 3 Olen varma, että minua rangaistaan.</p>
<p><b>3</b> 0 En tunne epäonnistuneeni. 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset. 2 Menneisytydessä näen vain sarjan epäonnistumisia. 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.</p>	<p><b>7</b> 0 En ole pettynyt itseäni. 1 Olen pettynyt itseäni. 2 Inhoan itseäni. 3 Vihaan itseäni.</p>
<p><b>4</b> 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin. 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen. 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään. 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.</p>	<p><b>8</b> 0 En arvostele enkä syyttele itseäni enempää kuin tavallisesti. 1 Arvostelen itseäni enemmän kuin ennen. 2 Syytän itseäni kaikista virheistäni. 3 Syytän itseäni kaikesta mitä tapahtuu.</p>

käännä

<p><b>9</b> 0 En ole ajatellut tappaa itseäni. 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin. 2 Haluaisin tappaa itseni. 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.</p>	<p><b>16</b> 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin. 1a Nukun vähän enemmän kuin ennen. 1b Nukun vähän vähemmän kuin ennen. 2a Nukun paljon enemmän kuin ennen. 2b Nukun paljon vähemmän kuin ennen. 3a Nukun suurimman osan päivästä. 3b Herään pari tuntia liian aikaisin enkä saa uudelleen unta.</p>
<p><b>10</b> 0 En itke enempää kuin ennen. 1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen. 2 Itken pienimmästäkin syystä. 3 Haluaisin itkeä, mutta en pysty siihen.</p>	<p><b>17</b> 0 En ole ärtyneempi kuin ennen. 1 Ärsynnyn helpommin kuin ennen. 2 Ärsynnyn paljon helpommin kuin ennen. 3 Olen ärtynyt koko ajan.</p>
<p><b>11</b> 0 En ole tavallista levottomampi tai kireämpi. 1 Olen levottomampi tai kireämpi kuin tavallisesti. 2 Olen niin kiihtynyt, että minun on vaikea olla paikallani. 3 Olen niin kiihtynyt, että minun on tehtävä koko ajan jotakin.</p>	<p><b>18</b> 0 Ruokahaluni ei ole muuttunut. 1a Syön hieman vähemmän kuin ennen. 1b Syön hieman enemmän kuin ennen. 2a Syön paljon vähemmän kuin ennen. 2b Syön paljon enemmän kuin ennen. 3a Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua. 3b Himoitsen ruokaa jatkuvasti.</p>
<p><b>12</b> 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä ja asioista kuten ennenkin. 1 Olen vähemmän kiinnostunut muista ihmisistä ja asioista kuin ennen. 2 Olen menettänyt melkein kaiken kiinnostukseni ihmisiin ja asioihin. 3 Mikään ei enää kiinnosta minua.</p>	<p><b>19</b> 0 Pystyn keskittymään yhtä hyvin kuin ennenkin. 1 En pysty keskittymään yhtä hyvin kuin ennen. 2 Minun on vaikeaa keskittyä pitkään yhteen asiaan. 3 En pysty keskittymään mihinkään.</p>
<p><b>13</b> 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennenkin. 1 Minun on vaikeampaa tehdä päätöksiä kuin ennen. 2 Minun on hyvin vaikeaa tehdä päätöksiä. 3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.</p>	<p><b>20</b> 0 En ole väsyneempi kuin ennenkään. 1 Väsyn paljon helpommin kuin ennen. 2 Olen liian väsynyt tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä. 3 Olen niin uupunut etten saa tehdyksi mitään.</p>
<p><b>14</b> 0 En pidä itseäni arvottomana. 1 Tunnen olevani vähemmän tarpeellinen kuin aikaisemmin. 2 Olen arvottomampi kuin muut ihmiset. 3 Tunnen olevani aivan arvoton.</p>	<p><b>21</b> 0 Kiinnostukseni seksiin ei ole viime aikoina vähentynyt. 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt. 2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen. 3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.</p>
<p><b>15</b> 0 Olen yhtä energinen kuin ennenkin. 1 Minulla on vähemmän energiaa kuin ennen. 2 En jaksa tehdä paljoakaan. 3 En jaksa tehdä mitään.</p>	

## Liite 3. WHOQOL -arviointilomake

**Ohjeet**

Tällä lomakkeella pyydämme Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muita arkielämäsi asioita.

**Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin.** Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsitte, **valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta.** Usein sopivin vastaus on se, joka ensimmäiseksi tulee mieleen.

Kun vastaatte, ajatelkaa tärkeinä pitämiänne asioita, toiveitanne sekä mielihyvän ja huolenaiheitanne. Muistella elämää kahden viimeisen viikon aikana. Kahta viimeistä viikkoa koskeva kysymys voi kuulua esimerkiksi seuraavasti:

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Täysin riittävästi
Oletteko saanut muilta tarvitsemaanne tukea?	1	2	3	4	5

Ympyröikää numero, joka parhaiten vastaa sitä, kuinka paljon olette saanut tukea muilta viimeisten kahden viikon aikana. Jos olette saanut paljon tukea, ympyröikää numero 4. Jos ette ole lainkaan saanut tarvitsemaanne tukea muilta viimeisen kahden viikon aikana, ympyröikää numero 1.

**Lukekaa jokainen kysymys ja arvioikaa, miltä Teistä tuntuu. Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka vastaa mielestänne sopivinta vastausta kysymykseen.**

		Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
1 (G1)	Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
2 (G4)	Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
3 (F1.4)	Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Kuinka paljon tarvitsette lääkettä tai muuta hoitoa pystyäksenne toimimaan päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Kuinka paljon nautitte elämästä?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Hyvin	Erinomaisesti
7 (F5.3)	Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen turvalliseksi	Hyvin turvalliseksi	Erittäin turvalliseksi
8 (F16.1)	Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen terveellisenä	Hyvin terveellisenä	Erittäin terveellisenä
9 (F22.1)	Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette viimeisten kahden viikon aikana kokenut tai voinut tehdä tiettyjä asioita.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuul- lisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
10 (F2.1)	Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	1	2	3	4	5

		Erittäin huono	Huono	Ei hyvä eikä huono	Hyvä	Erittäin hyvä
15 (F9.1)	Millainen on liikuntakykynne?	1	2	3	4	5

Seuraavissa kysymyksissä Teitä pyydetään kertomaan, kuinka tyytyväinen olette olleet viimeisten kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässänne.

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
16 (F3.3)	Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen?	1	2	3	4	5

23 (F17.3)	Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä?	1	2	3	4	5

Seuraava kysymys koskee sitä, kuinka usein olette tuntenut tai kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Aina
26 (F8.1)	Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tuntemuksia kuten alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus?	1	2	3	4	5

Auttoiko joku Teitä tämän lomakkeen täyttämässä? \_\_\_\_\_

Kuinka kauan lomakkeen täyttäminen kesti? \_\_\_\_\_

Haluatteko sanoa jotain tästä kyselystä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**KIITOS AVUSTANNE!**

## Liite 4. COPM-arviointilomake

**KANADAN  
TOIMINNALLISEN  
SUORIUTUMISEN  
MITTARI**

Canadian  
performance  
measure

Tekijät

Mary Law, Sue Babbiste, Anne Carswell,  
Mary Ann Mc Coll, Helene Polatajko, Nancy Pollock

Kanadan toiminnallisen suoriutumisen mittari (COPM) on yksilöity mittari joka on suunniteltu toimintaterapeuttien käytön havainnoimaan asiakkaan itsensä arvioimana omista toiminnallisen suoriutumisen tapahtuvia muutoksia ajan kuluessa (self-perceived)

Asiakkaan nimi:		
Ikä	Sukupuoli	ID#
Vastaaja (ellei asiakas)		
Arviointi päivä	Suunniteltu uusiarviointi	Uusiarviointi
Terapeutti		
Toimi/työntekijä		
Ohjelma/OSASTO		

VAPAA SUOMENNINÄ | PERÄISESTÄ LOMAKEISTOSTA OMAAN KÄYTTÖÖN 28.11.1995-MARI KANTANEN

<p><b>VAIHE 1</b> Toiminnallisen suoriutumisen epävarmuuksien tunnistaminen</p> <p>Saadaksesi selville asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen tasoa ja sen epävarmuuksia, kysy asiakkaalta itsestähuoletuksen, vapaa-ajan ja tuottavuustoinnista. Pyydä asiakasta tunnistamaan niitä toimintoja joita hänen täytyy tehdä, jotta hän haluaa tai joita hänen odotetaan tekevän tyypillisenä päivänä. Pyydä asiakasta nimeämään ne toiminnot jotka ovat hänelle vaikeita suorittaa tyydyttävästi. Kirjaa nämä toiminnot kohtiin VAIHE 1A, 1B ja 1C.</p> <p><i>2 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100</i></p> <p><b>VAIHE 1 A: ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN</b></p> <p>henkilökohtainen huolehtiminen esim. pukeutuminen, suihku, ruokailu, henkilökohtainen hygienia</p> <p>toiminnallinen liikkuminen esim. siirtymiset, sisällä, ulkona</p> <p>yhteisölliset tehtävät esim. kaupassa käynti, asiointi maksuttaminen</p>	<p><b>VAIHE 2</b> Tärkeiden määrittäminen</p> <p>Käytä numeroskalaia kortteja. Pyydä asiakasta määrittämään toiminnan tärkeys tasolla 1-10.</p> <p>Kirjaa taso 1A, 1B ja 1C jokierikseen.</p> <p><b>TÄRKEYS</b></p>	
<p><b>VAIHE 1B: TUOTTAVUUS</b></p> <p>palkkatyö/vapaaehtoisen työ</p> <p>kodinhuollolliset tehtävät</p> <p>leikki/opiskelu</p>	<p><b>TÄRKEYS</b></p>	



Liite 5. Toimintaterapeutin haastattelukysymykset Lifestyle Redesign® -ohjelmasta

KYSYMYKSET TOIMINTATERAPEUTTI JAANA LEINOSELLE

1. Mitä ajatuksia sinulle on herännyt Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaisesta toimintaterapiaryhmästä?
2. Miltä osin Lifestyle Redesign® -ohjelma on mielestäsi käyttökelpoinen menetelmä omassa työssäsi?
3. Miten mielestäsi käytettävissä olevat resurssit ja ohjelman vaatimat resurssit sopivat yhteen?
4. Millaista muutosta alku- ja loppuarvioinnin välillä yleisesti tapahtui?
5. Tapahtuiko COPM arvioinneissa muutosta alku- ja loppuarvioinnin välillä? Millaista?
6. Millaisissa asioissa COPM:n mukaan oli tapahtunut muutosta?
7. Tapahtuiko BDI-II tuloksissa muutosta alku- ja loppuarvioinnin välillä? Millaista?
8. Tapahtuiko WHOQOL tuloksissa muutosta alku- ja loppuarvioinnin välillä? Millaista?
9. Mitä muuta haluat sanoa?

## TUTKIMUSLUPA

Allekirjoittanut

\_\_\_\_\_ on antanut luvan kerätä tietoja toimintakyvystään ja kokemuksistaan tutkimuskäyttöön syksyllä 2009 ja keväällä 2010 Savonia - ammattikorkeakoulun Hyvä elämä- ryhmätoimintojen opinnäytetyön tutkimukseen liittyen. Allekirjoittanutta on informoitu sanallisesti tutkimuksen kulusta.

Tietoja kerätään selvittämällä haastateltavien selviytymistä hänelle merkityksellisistä toiminnoista, mielialaa ja elämään tyytyväisyyttä. Ryhmään osallistuvilta selvitetään myös heidän kokemuksiaan ryhmäkokontumisista.

Osallistujien henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Ryhmästä ja tutkimuksesta voi halutessaan jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa ilman perusteita.

Kuopiossa  
\_\_\_\_\_ 2009

\_\_\_\_\_ /

---

## Liite 7. Tutkimuslupa

Kuopion kaupunki  
Sosiaali- ja terveyskeskus



Terveystiedon edistämisen  
suunnittelija

Päätöspöytäkirja

17.05.2010

Sivu 1

4 §

2156 / 200 / 2010

200

**Tutkimuslupa / Hyvä elämä-toimintaterapiaryhmä ikääntyneille Lifestyle Redesign-mallin mukaan / Mervi Talasniemi ja Tiia Vartiainen**

Tutkimusluvan hakijat Mervi Talasniemi ja Tiia Vartiainen opiskelevat Savonia ammattikorkeakoulussa ja heidän tarkoituksenaan on tehdä tutkielma aiheesta " Hyvä elämä -toimintaterapiaryhmä ikääntyneille Lifestyle Redesign -mallin mukaan". Tutkimuksen tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida Lifestyle Redesign -ohjelmaan perustuva ennaltaehkäisevä toimintaterapeuttinen ryhmä ikääntyneille kuopiolaisille. Tarkoituksena on pilotoida Lifestyle Redesign -ohjelmaa Kuopion kaupungin avotoimintaterapian käytännön työhön. Tutkimuksessa tehdään alku- ja loppuarvioinnit toimintaterapiaryhmään osallistuville henkilöille. Arviointien tuloksista haastatellaan strukturoidulla lomakkeella toimintaterapeuttia ja hänen näkemyksensä tuloksista ja mahdollisista muutoksista raportoidaan opinnäytetyön loppuraporttiin.

Päätös

Myönnän anottun tutkimusluvan ehdolla, että saatuihin tietoihin nähden noudatetaan tarvittavia salassapitosäännöksiä ja kaksi kappaletta valmistuvaa tutkielmaa luovutetaan korvauksetta Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen käyttöön.

Toimivallan peruste: Sosiaali- ja terveystoimen toimialan toimintasääntö § 6

*Marjatta Pirskanen*


Marjatta Pirskanen  
terveyden edistämisen suunnittelija

**Kuopion kaupunki**  
**Sosiaali- ja terveyskeskus**

**Päätöspöytäkirja**

**Sivu 2**

Tiedoksi Mervi Talasniemi, amk-opiskelija, Savonia-amk, Kuopio  
Tiia Vartiainen, amk-opiskelija, Savonia-amk, Kuopio  
Kristiina Juntunen, toimintaterapian lehtori, Savonia-amk, Kuopio  
Maija Roine, tulosityksikön päällikkö  
Pirjo Varjoranta, koulutuspäällikkö  
Sosiaali- ja terveyslautakunta

Nähtävänäolo Päätös on yleisesti nähtävänä ma 24.5.2010 sosiaali- ja  
terveyskeskuksessa, Tulliportinkatu 17 B.  
  
Pirjo Remes  
hallintosihteeri