

Motivationen hos äldre minnessjuka personer vid gruppträningstillfällen

En empirisk studie

Tiina Puustinen

Examensarbete / Degree Thesis

Fysioterapi / Physiotherapy

2012

EXAMENSARBETE	
Arcada- Avdelning för social- och hälsovård	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	3803
Författare:	Tiina Puustinen
Arbetets namn:	Motivationen hos äldre minnessjuka personer vid gruppträningstillfällen
Handledare (Arcada):	Göta Kukkonen
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta examensarbete var att genom en empirisk studie observera hur en gruppträning planerad för minnessjuka äldre personer inverkar på deltagarnas motivation vid gruppträningstillfällen. Studien gjordes i form av en fallstudie på ett ålderdomshem i Helsingfors och datainsamlingen skedde genom observation. Observationen gjordes med en tillämpad version av VQ-s formuläret. Fem stycken äldre minnessjuka personer observerades vid sammanlagt 14 gruppträningstillfällen under åtta veckors tid, för att se ifall det kunde ses skillnader i deltagarnas motivation gällande bundet beteende och eget initiativtagande vid gruppträningstillfällena. Två olika gruppträningsmodeller användes under observationerna, en för vecka 1-4 och en för vecka 5-8. Observationer gjordes även för att se om deltagarnas motivation påverkades av gruppträningsinnehållet som gjordes utan redskap v.1-4 och med redskap v. 5-8. Vid alla gruppträningstillfällen användes musik som stöd för träningen. Två forskningsfrågor besvarades utgående från resultaten från fallstudien, genom innehållsanalys av insamlat material. Resultaten av studien tyder på att båda gruppträningsmodellerna planerade för minnessjuka äldre personer lämpar sig väl för målgruppen. Det gick att se skillnader i deltagarnas motivation gällande bundet beteende och eget initiativtagande vid gruppträningstillfällena. Antalet sammanräknade variabler för eget initiativtagande ökade för alla deltagare under veckorna 5-8 i jämförelse med veckorna 1-4. Resultaten visar även att deltagarna hade flera variabler som stod för hög motivationsnivå då gruppträningen gjordes med redskap. Resultaten av studien tyder på att musikbaserad gruppträning, med innehåll av övningar med fokus på ADL-aktiviteter och kognitionen samt med innehåll för att främja funktionsförmågan, lämpar sig för äldre minnessjuka personer med RAI-poängsättningen för ADL mellan 2-3 och för CPS mellan 2-4.</p>	
Nyckelord:	Minnessjukdom, motivation, gruppträning, ADL, funktionsförmåga
Sidantal:	63
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	27.04.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	3803
Author:	Tiina Puustinen
Title:	The motivation of elderly people with memory disorders at group training sessions
Supervisor (Arcada):	Göta Kukkonen
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this thesis was by doing an empirical study observe how a group training planned for elderly people with memory disorders, affected the participants motivation during the group training sessions. The study was conducted as a case study at a retirement home in Helsinki and the data collection method used was observation. An applied VQ-s form was used at the observation. Five elderly people suffering from memory disorders were observed at 14 group training sessions, during eight weeks, to see whether there were any differences in the bounded behavior and how the participants took initiative at the sessions. Two different contents of group training sessions were used, one for weeks 1-4 and one for weeks 5-8. The observations were also done to see if the participants' motivation was affected by the content of the group training sessions, which were conducted without equipment during weeks 1-4, and with equipment during weeks 5-8. Music was used at all sessions as support for the training. Two research questions were answered based on the results from the case study, by doing a content analysis on the data collected. The results of the study indicate that both contents of group training sessions planned for elderly people with memory disorders were suitable for the target group. Differences in the participants' motivation according to bounded behavior and how they took initiative were observed during the group trainings sessions. The amount of the combined variables for taking initiative increased during week 5-8, in comparison with week 1-4. The results show also that the participants had more variables that stood for high level of motivation when the group training was done with equipment. The results of the study indicate that music based group training, containing exercises focusing on ADL-activities, cognition and with the intention to promote functional capability is suitable for elderly people with memory disorders with RAI-points for ADL between 2-3 and for CPS between 2-4.</p>	
Keywords:	Memory disorder, motivation, group training, ADL, functional capability
Number of pages:	63
Language:	Swedish
Date of acceptance:	27.04.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	3803
Tekijä:	Tiina Puustinen
Työn nimi:	Muistisairaiden iäkkäiden henkilöiden motivaatio ryhmäharjoittelun yhteydessä
Työn ohjaaja (Arcada):	Göta Kukkonen
Toimeksiantaja:	
<p> Tiivistelmä: Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli empiirisen tutkimuksen myötä havainnoida miten muistisairaille iäkkäille henkilöille suunniteltu ryhmäharjoittelu vaikutti osallistujien motivaatioon ryhmäharjoittelun yhteydessä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin tapaustutkimusta. Tutkimus tehtiin tapaustutkimuksena helsinkiläisessä vanhainkodissa. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia. Havainnot tehtiin sovelletun VQ-s lomakkeen avulla. Viittä muistisairasta iästä henkilöä havainnoitiin yhteensä 14 ryhmäharjoittelukerran yhteydessä kahdeksan viikon ajan, jotta nähtäisiin mikäli osallistujien motivaatiossa voisi näkyä eroja oma-aloitteellisuudessa sekä sitoutuneessa käyttäytymisessä ryhmäharjoittelun yhteydessä. Kahta eri ryhmäharjoittelumallia käytettiin havaintojen yhteydessä. Ensimmäistä mallia käytettiin viikkoina 1-4 ja toista ryhmäharjoittelumallia viikkoina 5-8. Havainnoinnin myötä haluttiin myös selvittää mikäli ryhmäharjoittelun sisällöllä on vaikutusta osallistujien motivaatioon. Ryhmäharjoittelu tehtiin ilman välinettä v.1-4 ja välinettä käytettiin v. 5-8. Kaikkien ryhmäharjoittelukertojen yhteydessä käytettiin musiikkia osana harjoittelua, harjoittelun tukemiseksi. Kahteen tutkimuskysymykseen vastattiin tapaustutkimusmenetelmää käyttäen, tekemällä sisältöanalyysi kerätystä aineistosta. Tutkimustulokset viittaavat siihen että molemmat ryhmäharjoittelumallit soveltuvat iäkkäille muistisairaille henkilöille. Osallistujien motivaatiossa oli havainnoitavissa eroja sitoutuneen käyttäytymisen ja oma-aloitteellisuuden suhteen ryhmäharjoittelun yhteydessä. Määrä yhteenlasketuista oma-aloitteellisuuden muuttujista, joka vastaa korkeaa motivaation tasoa, koheni kaikilla osallistujilla kun ryhmäharjoittelussa käytettiin välinettä. Tutkimustulokset viittaavat siihen että ryhmäharjoittelu jossa käytetään musiikkia ja joka sisältää harjoitteita joiden fokus on ADL-aktiviteeteissä ja kognitiossa, sekä toimintakyvyn edistämässä sopii iäkkäille muistisairaille henkilöille keiden RAI-pisteytys ADL:ssä on 2-3 välillä ja CPS:ssä on 2-4 välillä. </p>	
Avainsanat:	Muistisairaus, motivaatio, ryhmäharjoittelu, ADL, toimintakyky
Sivumäärä:	63
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	27.04.2012

INNEHÅLL

FÖRORD

1	Introduktion	9
1.1	Problemavgränsning	10
1.2	Syftet	11
1.3	Frågeställningar	11
1.4	Centrala begrepp	12
1.5	Ordförklaringar	13
1.6	Tidtabell för examensarbetet	14
2	Bakgrund	15
2.1	Minnessjukdomar	15
2.1.1	Alzheimersdemens.....	16
2.1.2	Lewykroppsdemens	17
2.1.3	Vaskulära orsaker till minnessjukdomar	18
2.1.4	Frontotemporal demens.....	19
2.1.5	Mätinstrument för bedömning av graden av demens.....	19
2.2	Neurobiologisk bakgrund till de kognitiva funktionerna	21
2.3	Kognitionen.....	22
2.4	Handlingsförmågan.....	23
2.5	Beteendestörningar	24
2.6	Fysisk funktionsförmåga hos personer med demens	26
2.7	Handledning och träningsinnehåll för minnessjuka äldre personer.....	27
3	Teoretisk referensram	28
3.1	Relevanta forskningar för examensarbetet	29
3.2	Träningsinnehåll och element för träning för minnessjuka äldre personer.....	31
3.3	Musik som ett arbetsredskap och musikens betydelse för människan.....	33
4	Metodredovisning	36
4.1	Etiska aspekter.....	37
4.2	Urvalsprocessen.....	37
4.2.1	Beskrivning av gruppmedlemmarna	38
4.3	Insamling av data	40
4.4	Observationen	40

4.4.1	Det ursprungliga observationsinstrumentet The Volitional Questionnaire	42
4.5	Faktorer som bör beaktas vid en fallstudie	43
4.6	Mål för gruppen	45
4.6.1	Fysiska mål:	45
4.6.2	Psykiska & känslomässigt relaterade mål:	45
4.6.3	Kognitiva mål:	45
4.6.4	Sociala mål	45
4.7	Analys av kvalitativt data genom innehållsanalys.....	46
4.8	Kvaliteten av studien	47
5	Resultat och Analys av data	48
6	Diskussion	55
6.1	Metoddiskussion.....	55
6.2	Resultatdiskussion	57
6.3	Etiska reflektioner.....	58
7	Konklusion	58
8	idéer till fortsatt forskning.....	59
	Källor.....	61
9	Bilagor.....	64
	Bilaga 1. Innehållsanalys för fråga om hur det gick i gruppen, vecka 1-4	
	Bilaga 2. Innehållsanalys för fråga om hur det gick i gruppen vecka 5-8	
	Bilaga 3. Innehållsanalys, samtalsämnen gällande kaffe vecka 1-4	
	Bilaga 4. Innehållsanalys, samtalsämnen gällande kaffe vecka 5-8	
	Bilaga 5. Sammanställning av kvantitativt data utgående från den tillämpade versionen av VQ-s formuläret vecka 1-4	
	Bilaga 6. Sammanställning av kvantitativt data utgående från den tillämpade versionen av VQ-s formuläret vecka 5-8	
	Bilaga 7: Gruppträningsmodell (vecka 1-4, utan redskap)	
	Bilaga 8: Gruppträningsmodell (vecka 5-8, med redskap)	
	Bilaga 9: Observationsblankett	

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1. Tidtabellen för examensarbetet enligt ett Gantt diagram.....	15
Figur 2. Processen och talanger, som handlingsförmågan förutsätter.....	25
Figur 3. Procentuell fördelning på de olika variablerna per person, vecka 1-4.....	49
Figur 4. Procentuell fördelning på de olika variablerna per person, vecka 5-8.....	50

TABELLFÖRTECKNING

Tabell 1. Jämförelse mellan poängsättning enligt MMSE och RAI:s CPS poängsättning.....	21
Tabell 2. Beskrivning av behovet av hjälp enligt RAI:s ADL-poäng.....	22
Tabell 3. Beskrivning av gruppmedlemmarna.....	39

FÖRORD

Inledningsvis vill jag tacka deltagarna i gruppen och personalen på ålderdomshemmet, för varmt bemötande och genuint intresse gentemot examensarbetet. Den trevliga atmosfären gav goda förutsättningar att utföra studien på ålderdomshemmet. Ett stort tack hör även till min handledare Göta Kukkonen som hjälpt mig under arbetsprocessen med fin handledning och bra kritik.

1 INTRODUKTION

Demografin förändrar sig mot en allt mer åldringscentrerad struktur. Den förändrade åldersstrukturen bär med sig nya sjukdomar och utmaningar för samhället. Stigande ålder är i sig en gemensam riskfaktor, för att insjukna i olika typer av minnessjukdomar och insjuknandet i de olika minnessjukdomarna är ofta åldersrelaterat. (Heimonen & Voutilainen 2006:9). Ca 6 miljoner Européer lider av minnessjukdomar och uppskattningsvis kommer antalet att öka till 13 miljoner år 2040. I Finland är antalet minnessjuka personer ca 120 000, varav 85 000 personer klassas ha medelsvåra eller svåra fall av demens. Årligen diagnostiseras ca 13 000 nya demensfall i Finland. (Hakala et al. 2011:18). Vårdkostnaderna för minnessjuka personer är ca 3,4 miljarder euro varje år. De årliga kostnaderna för en minnessjuk persons anstaltsvård är ca 36 600, emedan kostnaderna för en minnessjuk hemma boende person är ca 14 500 euro. (Hakala et al. 2011:18).

Denna förändrade demografiska struktur är en utmaning på samhällsnivå och en stor resurskrävande utmaning för social- och hälsovårdssystemet. Nya tjänster och kunskap behövs för att kunna erbjuda de tjänster, som krävs och rikta resurserna rätt. (Heimonen & Voutilainen 2006:9). Resursinriktning, samt kostnadseffektivitet lyfts ofta fram inom social- och hälsovårdsbranschen. Efter att ha arbetat med äldre minnessjuka personer, tycker jag att det finns mycket att utveckla för denna målgrupp, i fysioterapeutiskt syfte. Eftersom vårdkostnaderna är höga är det också av samhällsnutna av att minnessjuka äldre personer motiveras till att upprätthålla sin fysiska funktionsförmåga. Som en del av vårdkedjan kan fysioterapeutiskt närmelsesätt användas för att upprätthålla minnessjuka äldre personers funktionsförmåga. Därför har jag i mitt examensarbete valt att utveckla gruppträningsmöjligheter för minnessjuka äldre personer och observera motivationen hos deltagarna i gruppen. Detta för att få en vidare uppfattning om minnessjuka äldre personer kan motiveras till fysisk aktivitet med hjälp av gruppträning.

1.1 Problemavgränsning

Fysisk aktivitet är lika viktigt för minnessjuka äldre personer, som för friska äldre personer i samma ålder. På grund av de kognitiva nedsättningarna kan det vara en utmaning att upprätthålla den fysiska funktionsförmågan hos den insjuknade personen, samt en utmaning för fysioterapeuten, som skall instruera samt motivera den insjuknade personen till fysisk aktivitet. Eftersom en stor del minnessjuka personer är boende på ålderdomshem är det naturligt att de minnessjuka personerna skall ha möjlighet att träna där de bor. Därför har jag i mitt examensarbete valt att utveckla en gruppträningsmodell för minnessjuka äldre personer, boende på ett ålderdomshem i Helsingfors. För att ta i beaktandet den sociala aspekten har jag valt att utveckla en gruppträningsmodell, i stället för att gå in på att utveckla möjligheterna för individuellt fysioterapeutiskt bemötande för målgruppen i fråga. Gruppträningen kommer att äga rum på ålderdomshemmet och för att främja personernas fysiska funktionsförmåga kommer gruppträningsinnehållet att vara förknippat med ADL-aktiviteter och ha ett innehåll som skall ge stöd åt handlingsförmågan och kognitionen. Som blivande fysioterapeut kommer jag att fungera som ledare för gruppen. Eftersom minnessjuka personer kan ha koncentrationssvårigheter, kommer gruppen att vara liten och deltagarna kommer att bestå av fem äldre minnessjuka personer boende på ålderdomshemmet. Tidigare forskning tyder på att minnessjuka personer kan uttrycka känslor och komma ihåg det förflutna genom musik. (Sormunen & Topo 2006:24). För att tänka innovativt och stimulera minnet, kommer musik att användas som stöd för gruppträningen. På ålderdomshemmet, där gruppträningen kommer att äga rum, finns tillgång till Sävelsirkku. Sävelsirkku är en finsk gero- teknologisk innovation. Sävelsirkku arkivet består av tusentals musik-, sång- och diskussionsprogram samt enskilda låtar. Från Sävelsirkku musikarkivet kommer jag att plocka ut lämpliga låtar, för gruppträningen. I form av en fallstudie kommer jag att observera motivationen hos deltagarna i gruppen som består av fem äldre minnessjuka personer från ålderdomshemmet under åtta veckors tid två gånger i veckan. En tillämpad version av VQ-s formuläret kommer att användas för registrering av observationerna, för att se om deltagarnas motivation förändras i stunden vid gruppträningsstillfällena. Gruppträningsinnehållet kommer att göras utan redskap från vecka 1-4 och med redskap från vecka 5-8. För att se om gruppträningsinnehållet har en inverkan på deltagarnas motivation att utföra fysisk aktivitet. Genom att utveckla en gruppträning med fokus på

målgruppen kan man på ett kostnadseffektivt och resursinriktat sätt utveckla möjligheterna, för gruppträning för minnessjuka äldre personer.

1.2 Syftet

Syftet med examensarbetet är att genom en empirisk studie, observera hur gruppträning planerad för minnessjuka äldre personer inverkar på deltagarnas motivation. Motivationen kommer att observeras med hjälp av en tillämpad version av VQ-s formuläret.

1.3 Frågeställningar

Kan man se förändringar hos minnessjuka äldre personer i motivationen vad gäller

- bundet beteende i samband med gruppträningen?
- eget initiativtagande i samband med gruppträningen?

Kan man se skillnader i motivationen hos deltagarna då man gör gruppträningen

- utan redskap?
- med redskap?

1.4 Centrala begrepp

Nedan följer examensarbetets centrala begrepp och förklaringar till dessa.

ADL Activities of daily living, innebär de dagliga sysslor vi utför i vardagen, allt från att klä på sig till att äta. ADL kan fungera, som en slags mätare vid förmåga eller oförmåga, för att mäta hur en person klarar av sin vardag.

Funktionsförmåga innebär individens förmåga att klara av funktionshelheter, vilket innebär att ta hand om sig själv samt klara av arbets- och fritidsaktiviteter. Aktiviteterna kräver sensomotoriska, psykosociala och kognitiva färdigheter. De sensomotoriska färdigheterna innebär att man genom iakttagelse klarar av att sätta igång en funktion t.ex. att vända sig mot ett ljud man hört. De psykosociala hänger ihop med relationen till dig själv och andra människor. Med det kognitiva avser man det kunskapsmässiga. (Heimonen & Voutilainen 1998:16).

Gruppträning är en form av träning där människor med samma behov tränar tillsammans, under ledning av en ledare.

Kognition är alla mentala aktiviteter och processer som människan använder för att komma ihåg, tänka, uppfatta och förstå. Samt användandet av dessa processer.

Minnet är de mentala processer, som samlar och bibehåller informationen, för senare användning. Senare i arbetet, under kapitlet för bakgrunden finns en mer utförlig förklaring av minnet.

Minnessjukdom är en paraplyterm för olika sjukdomar och symptom, som orsakar problem med de kognitiva funktionerna och minnet. I detta arbete används även demens som en synonym för minnessjuk.

Motivation kan ses som en uppsättning av attityder, värderingar och fysiska egenskaper som väcker och styr beteendet för att uppnå ett visst mål. (Kane 2002:103). I mitt examensarbete kommer motivationen att observeras med hjälp av en tillämpad version av VQ-s formuläret.

Musik är en form av konst, där tankar och känslor kan uttryckas med hjälp av melodi och rytm.

Sävelsirkku är en finsk innovation inom äldreomsorg. Med hjälp av konceptet kan man utnyttja dagens teknologi och utveckla den patientcentrerade, funktionella och sociala vårdkulturen. Sävelsirkku arkivet består av tusentals musik-, sång- och diskussionsprogram samt enskilda låtar. I detta arbete kommer utvalda delar av arkivet att användas, som en del av gruppträningen. (Audioriders).

Äldre person är enligt WHO klassat i många utvecklade länder i världen, som den kronologiska åldern för en äldre person från 65 år och uppåt. Åldrandet i sig är en biologisk process, som står utanför den mänskliga kontrollen. (WHO 2012).

VQ-s Förkortning av "The Volitional questionnaire" är ett mätinstrument för att mäta en persons motivation. Mätinstrumentet tillämpas i examensarbetet. I texten används förkortningen VQ-s.

1.5 Ordförklaringar

Nedan följer förklaringar på ord, som förekommer i examensarbetet. Orden är definierade i syfte, för detta examensarbete.

Afasi: störning i språket, vilket försvårar produktion av tal och förståelse för tal.

Agnosi: oförmåga att känna igen riktningar, föremål och karaktärer. Hos en minnessjuk person kan agnosi leda till att man tappar bort sig i en bekant miljö eller har det svårt att förstå händelser i omkringliggande omgivning.

Apraxi: svårigheter med att utföra rörelseserier. I praktiken kan apraxin försvåra påklädandet och ADL sysslor.

CPS: Cognitive Performance Scale är en del av RAI och mätare för kognitionen.

Geroteknologi: teknologi som utvecklats med fokus på den geriatriska åldersgruppen.

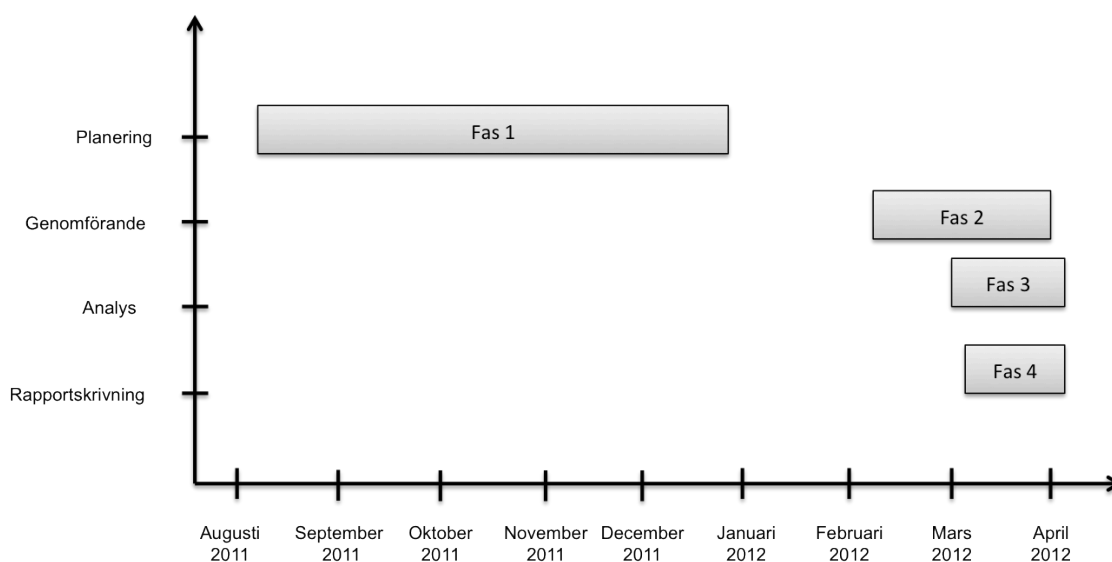
Handlingsförmåga: Innebär för minnessjuka personer att de har svårigheter med att vara systematiska och fundera ut väl fungerande helheter.

MMSE: Mini Mental State Examination, mätinstrument för kognitiv funktionsförmåga.

RAI: Resident Assesemet Instrument. Mätinstrument för bedömning och uppföljning av funktionsförmåga och kognition.

1.6 Tidtabell för examensarbetet

För att genomföra en empirisk studie, krävs planläggning av tidtabell. I figur 1 nedan kan ni se hur tidtabellen för studien sett ut. Jag har tillämpat ett Gantt diagram för att beskriva hur mycket tid jag lagt ner på de olika faserna (Jacobsen 2007:20). Fas 1, från augusti 2011- januari 2012, bestod av planering av examensarbetet. Vid Fas 1 gjorde jag informationssökning, fick lov av Arcadas etiska kommitté, samt av Socialstyrelsens etiska styrelse för att få utföra den empiriska studien. Fas 2 februari 2012- april 2012 bestod av själva genomförandet av studien. Det vill säga den åtta veckors tidsperiod, under vilken deltagarna observerades under gruppträningstillfällena. Fas 3 mars 2012- april 2012 bestod av analysen av insamlat material. Fas fyra från mars 2012-april 2012 står för den fasen, då den slutliga rapporten och sammanfattningen av examensarbetet gjordes.



Figur 1. Tidtabellen för examensarbetet enligt ett Gantt diagram (Jacobsen 2007:20)

2 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs de vanligaste demens formerna och de karakteristiska särdragen för de olika minnessjukdomarna. Förutom de kognitiva nedsättningarna sker det en hel del fysiska förändringar hos personer med demens. (Heimonen & Voutilainen 1998:129). Därför är det viktigt att som fysioterapeut känna till de olika demensformerna, för att kunna planera och utföra gruppträningsinnehållet, så ändamålsenligt som möjligt. Som ledare för gruppen bör jag ha god kunskap om de olika minnessjukdomarna. (Heimonen & Voutilainen 1998:129).

Som grund presenteras till näst de vanligaste demensformer samt mätinstrument som används vid bedömning av graden av demens. I kapitlet presenteras också den neurobiologiska bakgrunden till de kognitiva funktionerna och kognitionen. Handlingsförmågan och beteendestörningar tas också upp som en del av kapitlet. I sista delen av kapitlet presenteras hur den fysiska funktionsförmågan kan ta sig i uttryck hos minnessjuka personer och vilken typ av träningsinnehåll och handledning som anses lämpligt för målgruppen i fråga.

2.1 Minnessjukdomar

Demens är ett samlingsnamn för olika symptom där de kognitiva funktionerna, speciellt minnet, försämras. Minnessjukdomarna är många och symptom orsakade av de olika minnessjukdomarna skiljer sig, beroende på vilka delar av hjärnan som blivit skadade. Gemensamt för alla demensformerna är att det sker rubbningar i minnet och att det uppstår problem med inläring av nya saker. Förutom de ovannämnda problemen, uppstår det ofta problem med språk, gestaltning samt planering och utförande av funktionshelter hos de personer som insjuknat. Minnessjukdomarna delas grovt in i två grupper enligt symptombild; den kortikala och subkortikala gruppen. Till den kortikala gruppen (orsakade av skada på hjärnbarken) hör exempelvis Alzheimer, Lewykroppsdemens och pannlobsdemens. För den kortikala gruppen är det typiskt att det förutom det försämrade minnet finns störningar i de högre hjärnfunktionerna som gestaltning och de språkliga funktionerna. Talet kan för övrigt vara flytande, men nyckelbegreppen fattas. Problem med att gestalta utrymmen och riktningar beror på nedsättning av den visuella ge-

staltningförmågan. Detta kan hos den insjuknade personen leda till att hon tappar bort sig och känner sig vilsen. (Heimonen 2005:4 Alzheimer-keskusliitto ry).

Till den subkortikala (under hjärnbarken) gruppen hör största delen av de vaskulära demensformerna, Huntingtons sjukdom och en del andra speciella demensformer. Utmärkande för den subkortikala gruppen är att funktionerna blir långsammare. Förmågan att utföra snabba rörelsemönster, gången och reaktionsförmågan försämras. De kroppsliga fysiska förändringarna påverkar i sin tur tankeprocessen. För den subkortikala gruppen är det typiskt att de insjuknade personerna har svårt att lagra kunskap i minnet och hämta fram information. Talets tempo blir i många fall långsamt. Förutom att ADL-aktiviteterna försämrats hos personer med olika minnessjukdomar försämrar sjukdomen även den fysiska prestationsförmågan. Degenerationer av centrala nervsystemet ger sig bl.a. uttryck i form av försämrad balans. Nedsättning av muskelmassa och vikt bidrar till ökade problem i stöd- och rörelseorgan. (Ahvo et al 2001:5).

2.1.1 Alzheimersdemens

Alzheimer är den vanligaste formen av demens. Insjuknande i Alzheimersdemens kan ske i vilket skede av livet som helst. Insjuknandet sker i de flesta fall i vuxen ålder. Alzheimer kan vara ärftligt och orsakas då på grund av genfel. (Pirttilä, 4). Vanligtvis framskrider sjukdomen i jämn takt. I medeltal tar sjukdomsförloppet från de första symptomen till den svåra grad av demens från 12-15 år. (Pirttilä, 8).

En typisk förändring av hjärnstrukturen vid Alzheimersdemens är att det bildas amyloidplack bland nervcellerna. Placket stör omkringliggande nervcellers funktion. En annan typisk förändring är att det bildas neurofibrillbuntar inne i nervcellerna, vilket gör att nervcellens inre struktur bryts ner och vilket gör att cellen inte längre kan fungera normalt. (Pirttilä, 5).

De tidigaste förändringarna i hjärnan vid Alzheimersdemens sker i tinninglobens inre delar, vid området som ansvarar för inläring av nya saker och händelser. De första kognitiva förändringarna är minnesstörningar och inlärningssvårigheter. Förmågan att komma ihåg nya namn och hålla kvar större helheter i minnet är försämrat i det tidiga skedet. (Pirttilä, 5-6).

Vid mild form av Alzheimersdemens, då sjukdomen fortskrider, sker även förändringar i pannloben och hjässloben, vilket medför tilltagande kognitiva störningar. Det leder till att eget initiativtagande och systematiskt handlande försämras hos personen som insjuknat. Det försämrade initiativtagandet leder i sin tur till ytterligare problem med ADL-aktiviteter. Vid medelsvår Alzheimersdemens är närminnet väldigt svagt agnostiska och apraktiska och afatiska symptom tilltar. (Pirttilä, 6-7).

Vid svår form av Alzheimersdemens tilltar olika former av beteendestörningar. Beteendestörningarna kan vara en följd av kognitiva förändringar, omgivningsfaktorer eller orsakade av förändringar i hjärnområden som "tar hand om" beteende och emotioner. Hos den insjuknade personen uppstår feltolkning och problem med att känna igen bekanta ansikten, som en följd av de kognitiva förändringarna. (Pirttilä, 7). Vid tilltagande Alzheimersdemens blir funktionsförmågan allt sämre. Neurologiska symptom, som igångsättningsbesvär av rörelser och myoklonus kan förekomma. (Pirttilä, 8).

2.1.2 Lewykroppsdemens

Lewykroppsdemens är den tredje vanligaste formen av demens. Namnet på sjukdomen härstammar från Lewys delar, som drabbas vid sjukdomen. Lewysdelarna är delar av nervcellen och befinner sig på hjärnbarken och hjärnstammen. Då sjukdomen framskrider sker förändringar i de nervceller, som använder sig av dopamin och acetylkolin som transmittörämne. (Sulkava, 3). Diagnosen för Lewykroppsdemens fastställs på basen av den insjuknade personens symptom. För att fastställa diagnosen krävs, förutom en ned-sättning av den intellektuella förmågan, minst två av följande symptom: Parkinsons liknande symptom, som vilotremor, styvhet och försvårad gång, synvillor samt snabb växling mellan vakenhetsgraden och symptomen. (Sulkava, 4).

I ett tidigt skede av sjukdomen har personer som insjuknat i Lewykroppsdemens kvar mycket av den intellektuella förmågan och humorn är välbevarad hos många. Korttidsminnet är i de flesta fall välbevarat och personerna klarar av att lära sig nya saker. Den logiska slutledningsförmågan är i många fall välbevarad hos personer insjuknade i Lewykroppsdemens. Vid ett vaket tillstånd kan personen verka som förut, men vid tilltagande trötthet avtar det logiska tänkandet och minnesfunktionerna försämras. En del insjuknade personer svarar långsamt på frågor. (Sulkava, 4).

Då sjukdomen framskrider ändras talet; meningarna blir korta och orden försvinner. Parkinsons likande symptom som styvhet, vilotremor, förkortad steglängd och steg höjd tilltar. Symptomen bidrar till en ökad risk för fall och försämrad gångförmåga. Personer som insjuknat i Lewykroppsdemens har ofta svårt med att kontrollera vakenhetsgraden och sina symptom. Tillsammans med den rubbade vakenhetsgraden framkommer ofta synvillor av olika slag. (Sulkava, 4-5).

2.1.3 Vaskulära orsaker till minnessjukdomar

Vaskulära minnessjukdomar är ett samlingsnamn för demensformer orsakade av störningar i blodcirkulationen i hjärnan. I många fall har personerna förutom de vaskulära förändringar en annan form av demens på sidan om den vaskulära störningen, ofta Alzheimersdemens. I detta fall talar man om blandad demensform. (Erkinjuntti et al, 3).

De vaskulära minnessjukdomarna indelas i undergrupper på basen av var skadan skett och hur skadan skett. Vid kortikal vaskulär demens befinner sig skadan på hjärnbarken. Hjärnans huvudartärer blir täppta, vilket leder till infarkter och död av hjärnvävnaden. En enskild infarkt på visst område kan också ha följkonsekvenser, som leder till uppkomsten av en minnessjukdom. Den vanligaste formen av vaskulär demens är av subkortikal art, 60-70% av fallen är subkortikala. Vid subkortikal demens blir hjärnans djupt belägna små artärer täppta eller förträngda. Detta leder till små lakunära infarkter, som påverkar djupa delar av hjärnan. Lakunära infarkterna påverkar hjärnans vita substans genom brist på syre. (Erkinjuntti et al, 3-4). I mer sällsynta fall kan hjärnblödning, inflammation av blodkärlen eller hemodynamiska orsaker bidra till uppkomsten av vaskulär demens. (Erkinjuntti et al, 4).

Symptomen vid vaskulär demens är mycket varierande, beroende på var det skadade område är beläget. Vid kortikal vaskulär demens förekommer neurologiska symptom som: ensidig förlamning, nedsättning av synfältet, gestaltningstörningar, svårigheter med tal och förståelse för tal. Vid subkortikal vaskulär demens är det vanligt att personen blir allmänt långsam, stel, talet blir grötigt och svårigheter uppstår i gångförmågan. (Erkinjuntti et al , 4).

Problem med minnet uppstår i olika skeden hos personerna som insjuknat, men inte i samma svårighetsgrad som vid Alzheimersdemens. Ett särskiljande drag vid vaskulär demens är förekomsten av problem med handlingsförmågan. Personer med vaskulär demens har svårt att handskas med helheter och fortsätta med följande uppgift, handlandet sker långsamt och systematiken avtar. Gångmönstret blir i många fall brett och steglängden kort. Igångsättningsbesvär uppstår i samband med gången. (Erkinjuntti et al, 5).

2.1.4 Frontotemporal demens

Vid frontotemporal demens är skadan belägen i pannloben och i de hjärnbanor, som står i förbindelse med pannloben. Till pannlobens centrala uppgifter hör att reglera beteende och inlärning. Frontotemporal demens nedärvs ofta autosomt. Av alla minnessjukdomar består gruppen med frontotemporal demens endast av några procent. Insjuknandet sker ofta före 65-års ålder. Till en början är symptomen förknippade till beteende- och personlighetsförändringar. Den insjuknade beter sig hejdlöst och utan begränsningar. Personer med frontotemporal demens har svårt med handlingsförmågan och med allmän planläggning av funktioner. Ofta är den insjuknade lätt påverkad av yttre stimuli och hoppar lätt från en syssla till en annan, utan eftertanke. Afasi kan uppstå i ett senare skede av insjuknandet. Till en början har den insjuknade svårigheter att hitta rätt ord, sedan tappar orden sin betydelse och till slut avtar talförmågan. Korttidsminnet är ofta bättre förvarat hos personer med frontotemporal demens, i jämförelse med personer med Alzheimersdemens. Fysiska symptom tilltar i det mellansvåra stadiet av sjukdomen. (Juva, 2-5).

2.1.5 Mätinstrument för bedömning av graden av demens

Det finns olika standardiserade mätinstrument, med hjälp av vilka man kan mäta eller bedöma graden av en minnessjukdom. I detta examensarbete har två olika standardiserade mätinstrument använts för att underlätta urvalet av gruppmedlemmarna. Läs mera om urvalet i kapitel 4. Gruppmedlemmarna är utvalda på basen av RAI: s CPS och ADL poängsättning. Dessa mätare valdes då samma mätinstrument används på ålderdomshemmet där gruppträningen äger rum. RAI: s CPS skala är vald för att den beskriver en persons kognition och ADL mätaren är vald för att den ger en bild av hur en person kla-

rar sig i vardagen. RAI mätarna är också utvalda för att gruppträningens innehåll kommer att ha fokus på ADL-aktiviteter och kognitionen. RAI-poängen jämförs nedan i en tabell med motsvarande MMSE-poäng. MMSE Mini-Mental State Examination lämpar sig för utredning av graden av kognitiva störningar och för utsällning av symptom, som är beroende av en minnessjukdom. MMSE lämpar sig inte för att utreda mildare grader av demens eftersom sensitiviteten inte är tillräcklig. (Eloniemi-Sulkava & Viramo Petteri 2001:20). Gruppmedlemmarnas ADL-poängsättning är mellan 2-3, poängsättning för CPS är mellan 2-4. I tabell 1 presenteras MMSE-poängen i relation till CPS poängsättningen enligt RAI. Som vi ser i tabell 1 så har en person med 6 CPS-poäng (0,4 MMSE-poäng) mycket svår kognitiv nedsättning. Ej kognitiva störningar poängsätts med 0 CPS-poäng (24,9 MMSE).

Tabell 1. Jämförelse mellan poängsättning enligt MMSE och RAI:s CPS-poängsättning. (Jyväskyläns Yliopisto Chydenius-instituutti 2004:43)

CPS-poängsättning enligt RAI	MMSE-poäng
0 = ej kognitiva störningar	24.9
1 = gränsfaldig kognitiv nedsättning	21.9
2 = mild kognitiv nedsättning	19.2
3 = mild kognitiv nedsättning	15.4
4 = medelsvår kognitiv nedsättning	6.9
5 = svår kognitiv nedsättning	5.1
6 = mycket svår kognitiv nedsättning	0.4

I tabell 2 beskrivs hur mycket hjälp en person med ett visst antal ADL-poäng behöver enligt RAI:s poängsättningskala. Personer med 0 klarar sig självständigt. Skalan fortsätter så att personer med 6 poäng behöver mest hjälp. Här kan poängteras att en person med poänget 3 behöver redan mycket hjälp.

Tabell 2. Beskrivning av behovet av hjälp enligt RAI:s ADL-poäng. (Jyväskylän Yliopisto Chydenius-instituutti 2004:66)

ADL-poängsättning enligt RAI
0 = Självständig
1 = Behöver handledning
2 = Behöver begränsad mängd hjälp
3 = Behöver mycket hjälp
4 = Behöver all hjälp
5 = Behöver all hjälp
6 = Behöver all hjälp

2.2 Neurobiologisk bakgrund till de kognitiva funktionerna

Kurki et al 2011 nämner tidigare forskning (Janata 2009 och Platel et al 2003) gjorda på friska människor, som visar att bekant musik speciellt aktiverar områden som står i förbindelse med händelseminnet och främre pannlobens nedre och inre delar. Hos personer insjuknade i Alzheimersdemens är just dessa hjärnområden ofta bättre bevarade än andra områden av hjärnan. Detta kan förklara orsaken till att personer insjuknade i demens kan känna och kommunicera med hjälp av musik, även ifall de har svåra kognitiva störningar och språkliga problem. För att få en bättre förståelse för hur minnet fungerar och för att lättare kunna relatera till minnessjuka personer kommer jag till näst att beskriva minnet.

Minnet är indelat i kort- och långtidsminnet. Korttidsminnet delas ytterligare in i arbetsminnet och det sensoriska minnet. Pannloben har en central roll för arbetsminnets informationslagring. (Hänninen et al 2001:58).

Arbetsminnet innebär förmågan att kunna hålla kvar kunskap i minnet för en kort tid. För att sedan kunna tillämpa informationen, för att klara av en kognitiv process. Vid användning av arbetsminnet aktiveras ett brett nervnätverk. Viktiga delar är främre pannlobens förbindelse, de posteriora delarna av hjärnbarken och de subkortikala delarna. Främre pannloben ansvarar huvudsakligen för att rikta uppmärksamheten mot inre minnesbilder, medan hjässloben ansvarar för yttre observationer. Främre pannloben och hjässloben aktiveras vid kortvarig lagring av information. Den prefrontala hjärnbarken är indelad enligt olika kognitions områden, beroende på vilka anatomiska kopplingar de

har till den sensoriska associationsbarken. Det spatiala arbetsminnet finns i högra hjärnhalvan, emedan det språkliga arbetsminnet befinner sig i den vänstra hjärnhalvan. Då kraven på de kognitiva processerna blir högre ökar bilateralitet och det aktiverade hjärnområdet för arbetsminnet ökar. (Hänninen et al 2001:63). Sensoriska minnet lagrar bl.a. information om ikoner, på olika delar av hjärnbarken, med koppling till olika sinnen. (Hänninen et al 2001:58).

Långtidsminnet delas in i det deklarativa minnet och nondeklarativa minnet. I det deklarativa minnet lagras saker och händelser och detta sker i många fall medvetet. Thalamus och den inre tinningloben spelar en central roll för att koppla ihop information om saker och händelser, medan informationen sedan lagras på de associativa delarna av hjärnan. (Hänninen et al 2001:57-58).

I det nondeklarativa minnet lagras motoriska färdigheter och inläring av olika beteenden, vilket ofta sker omedvetet. Inlärd reflexer och sinnesförändringar orsakade av stimulusintryck är också delar av det nondeklarativa minnet och fungerar också omedvetet. För lagring av information om inläring av nya färdigheter på lillhjärnan och på de motoriska områdena i hjärnan spelar basala ganglierna tillsammans med lillhjärnan en central roll. Adaption och bedömningsförmåga sker i samverkan med sinnesreaktionerna i reflexbanorna. (Hänninen et al 2001:57-58).

2.3 Kognitionen

Minnessjuka personer har ofta kognitiva störningar i form av apraxi, agnosi, afasi samt problem med gestaltningsförmågan och handlingsförmågan. (Ahvo et al 2001:29).

Som redan tidigare nämnts, är den nedsatta förmågan att lära sig nya saker en gemensam utmärkande faktor för demens. Mest problem uppstår det vid aktivitet och tänkande som kräver aktiv medveten processering av information. Exempel på dessa minnesområden är det deklarativa minnet, det semantiska minnet och det episodiska minnet. I jämförelse med de minnesområden, som kräver aktiv medveten processering, är de minnesområden som inte behöver medveten processering bättre ”bevarade” hos personer med minnessjukdomar. Procedurminnet är ett exempel på minnesområden, som inte kräver medvetet tänkande. Utmärkande för procedurminnet är att en färdighet inlärs efter mångfaldig repetition. Färdigheter från procedurminnet kommer fram vid rätt sorts

stimuli. Positiv feedback är ytterst viktigt för inläring av nya färdigheter och för att procedurminnet skall upprätthållas. (Heimonen & Voutilainen 1998:21-22).

2.4 Handlingsförmågan

Handlingsförmågan är en grundläggande förmåga, för att en person skall kunna klara sig självständigt och klara av att utföra ADL-aktiviteter samt vara fysiskt aktiv. Utförande av ADL-aktiviteter kräver förutom det logiska tänkandet även handlingsförmåga. Därför har jag valt att beskriva handlingsförmågan lite mer ingående.

Problem med handlingsförmågan speglas ofta i en persons beteende på ett brett område. Handlingsförmåga betyder utförande av en invecklad kognitiv process, samt den kontroll och flexibilitet som krävs för att kunna hålla igång kognitionsprocessen. Emotionerna ingår i processen. Det anatomiskt utmärkande området för handlingsförmågan är den främre pannloben. (Hänninen et al 2001:64-65).



Figur 2. Processen och talanger, som handlingsförmågan förutsätter. (Hänninen et al 2001:64).

I examensarbetet kan figur 2 tillämpas för att förklara vilka processer och talanger som de äldre minnessjuka personerna behöver, för att klara av de olika delarna som krävs för handlingsförmågan. Som vi ser är figuren indelad i fyra olika huvudprocesser (göra upp mål, planläggning för att göra upp handlingsstrategi, själva utförandet, för att uppnå målet, målinriktat genomförande), som var och en kräver kognitiva processer. För att sedan klara av att sammankoppla de fyra huvudprocesserna till en sammanhängande handling. Figur 2 visar väl hur lätt det uppstår problem med handlingsförmågan hos personer insjuknade i demens, eftersom handlingsförmågan består av så många olika delområden.

2.5 Beteendestörningar

Beteendestörningar kan vara det första tecknet på insjuknande i en minnessjukdom. Beteendestörningarna medför beteende- och psykrelaterade förändringar hos personen som insjuknat. De olika minnessjukdomarna medför ofta störningar, i de delar av hjärnan

som reglerar känslolivet och beteende. Detta orsakar beteendestörningar hos största delen av dem som insjuknar i minnessjukdomar. (Vataja 2003:15). Av alla personer som insjuknar i demens lider 90 % i något skede under sitt sjukdomsförlopp av beteendestörningar. (Vataja 2001:94-95). Eftersom beteendestörningar förekommer så ofta hos minnessjuka personer anser jag att det är viktigt att kunna igenkänna dem. Enligt tidigare forskning har individuell musikterapi visat minska mängden ångslighet och depression hos personer med Alzheimersdemens, i jämförelse med andra fritidsaktiviteter som t.ex. läsning. (Cano et al 2009:45). Även ifall beteendestörningar inte står i fokus för detta arbete, är det intressant att se ifall beteendestörningar förekommer vid grupp-tillfället och hur musiken, använd vid grupptillfället, i så fall påverkar beteendestörningarna.

Till näst sker en förklaring av olika typer av beteendestörningar. Beteendestörningar kan förekomma skilt för sig eller i olika kombinationer. I det tidiga skedet av insjuknandet i en minnessjukdom drabbas många personer av depression. Depression är i många fall också ett första tecken på att personen i fråga insjuknat i demens. Enligt forskningen kan, även depression vara en riskfaktor, för att insjukna i demens. (Vataja 2001:96).

Apati innebär en förändring i det emotionella beteendet, vilket bidrar till motivationsbrist och förlust av intresse för saker. Passivitet, psykomotoriskt bortfall och brist på initiativtagande är typiska drag vid apati. (Vataja 2001:96).

Agitation betyder oändamålsenligt beteende motoriskt, aggressivt eller genom att använda olika ljud. Det oändamålsenliga beteendet beror i många fall på t.ex. smärta eller andra faktorer, som den minnessjuka personen inte kan uttrycka sig om språkligt. (Vataja 2001:96).

Ångest förekommer fyra gånger oftare hos minnessjuka personer, än vad det förekommer hos personer i samma ålder, som inte är insjuknade i minnessjukdomar. I de flesta fall är ångesten inte förknippad till någon speciell situation, utan tar sig uttryck i form av kontinuerlig spändhet och orolighet hos personen. Många minnessjuka personer upplever ångest i situationer där de måste vänta t.ex. vid läkarbesök. (Vataja 2001:97).

Syn- och hörselvillor är bland de vanligaste psykotiska symptomen hos minnessjuka personer och förekommer ofta hos dem med medel- till svårt grad av demens. Symp-

tomen förekommer oftast hos personer med nedsatt syn eller hörsel. Vanföreställningar om att någon stjälar saker av en och om att ens partner är otrogen mot en förekommer ofta, (Vataja 2001:97).

Då minnessjukdomen framskrider är det vanligt att det sker förändringar i personligheten. Utmärkande faktorer för personligheten kan antingen förstärkas, dämpas eller så kan det framstå helt nya personlighetsdrag hos människan. Impulskontrollen blir sämre på grund av skada i hjärnans frontala byggnader och justeringsmekanismer. (Vataja 2001:98).

Störningar i dygnsrytmen kan förekomma, som en enskild beteendestörning. Ofta beror den rubbade dygnsrytmen på underliggande faktorer, som depression, ångest, smärta eller underliggande sjukdom. (Vataja 2001:98).

2.6 Fysisk funktionsförmåga hos personer med demens

Vid demens är det mycket vanligt att de psykiska symptomen kommer före de fysiska symptomen. Apraksi tar sig till en början i uttryck som svårigheter med att behärska rörelseserier, vilket leder till svårigheter med att sammankoppla rörelser. I ett senare skede leder apraksin till igångsättningsbesvär, problem med att byta till en annan rörelse och att slutföra rörelser. Apraksi av nedre extremiteterna kan leda till ett förändrat gångmönster hos personer med demens. Det förändrade gångmönstret kan ses som förkortad steglängd, nedsatt gånghastighet reaktionsförmåga och balans. Extrapiramidala symtom kan förekomma i form av framåtlutad hållning samt styva och långsamma rörelser. I senare stadium av demens har minnessjuka personer svårt att uttrycka sig språkligt. Den försvårade språkliga kommunikationen kompletteras av kroppsspråket. Minnessjuka personer signalerar genom miner, ställningsbyte, rörelse och genom det hur det används sig av det omkringliggande utrymmet. Personer med minnessjukdomar är känsliga för språklös kommunikation. Olika situationer väcker ofta varierande känslomässiga reaktioner hos personerna. (Heimonen & Voutilainen 1998:51-53).

Nedsatt gestaltning och kroppsuppfattning försämrar många minnessjuka personers fysiska funktionsförmåga. Kroppsuppfattningen bygger på känslö- och kunskapsmässig

information om den egna kroppen i proportion till omvärlden. Inställning till livet, yttre- och inre minnesbilder, positionsbyte och fysisk beröring är faktorer som tillsammans bildar en människas kroppsuppfattning. Den högra hjärnhalvan ansvarar för den allmänna gestaltningen, riktningar, förståelse av plats och tid och kroppens erfarenhet till den yttre världen. Vid demens minskar hjärnans förmåga att ta emot information från muskler och leder, vilket leder till en förändrad kroppsuppfattning. Den egna kroppen uppfattas, som främmande och kontrollen över kroppsdelarna försåras. Förändringar i gångmönstret, rörelseryt, balans och de grundläggande rörelserna försämrar den fysiska funktionsförmågan hos minnessjuka personer. (Heimonen & Voutilainen 1998:53-54). Genom förbättrad rörelsekontroll och kroppskontroll kan man stöda och förbättra minnessjukas fysiska självbild. (Heimonen & Voutilainen 1998:58).

2.7 Handledning och träningsinnehåll för minnessjuka äldre personer

Ledaren för gruppen bör ha god kunskap om de olika minnessjukdomarna. (Heimonen & Voutilainen 1998:129). Eftersom slutledningsförmågan och minnet är försämrat hos minnessjuka personer kan personerna endast processera en del information riktad till dem. Därför bör man hålla sig till kort och koncist språklig handledning, så att personen med demens kan motta de instruktioner man ger. Ledaren skall ge tid till själva utförandet och tid för att gestalta rörelsen. (Heimonen & Voutilainen 1998:52). I många fall kan minnessjuka personer inte fullt utnyttja de områden av den resterande funktionsförmågan de har kvar. I detta fall blir ledarens rolla att aktivera personen med yttre stimuli för att få igång funktionen. (Heimonen & Voutilainen 1998:130). För att ledaren skall kunna handleda deltagarna på bästa möjliga sätt skall ledaren vara insatt i och ha kunskap om deltagarnas livshistoria, resurser och funktionsnedsättningar, personlighet och intresseområden. (Heimonen & Voutilainen 1998:129).

Genom att utföra grundrörelser med tillräckligt lågt tempo och hålla dem enkla kan man aktivera den resterande kapaciteten i hjärnan och bromsa det stegvisa bortfallet av motoriska färdigheter. Lilla hjärnan har även sin del med i spelet, eftersom lillhjärnan koordinerar rörelse, ställning och muskler, som ansvarar för svåra och invecklade rörelser.

Övningarna och rörelserna kan vara det samma varje gång, eftersom programmet är en ny utmaning varje gång för minnessjuka personer. (Heimonen & Voutilainen 1998:59).

Olika kontaktövningar är ett bra sätt att börja en gruppträning, lära känna varandra i gruppen och orientera sig i plats och tid. Exempel på kontaktövning är att ledaren t.ex. ger en ärtpåse till varje deltagare i tur och ordning och går igenom allas namn. Att träna i en cirkel ”form” ger goda möjligheter för interaktion och koncentration i gruppen mellan deltagare och ledare. (Heimonen & Voutilainen 1998:62).

Olika redskap ger bra stöd till träning och förbättrar motoriken. Genom att använda sig av redskap kan man rikta bort uppmärksamheten från de egna bristerna. Redskapet motiverar till rörelse och hjälper att gestalta rörelse. (Heimonen & Voutilainen 1998:62). I mitt examensarbete, används ärtpåsar som en del av gruppträningen, från vecka fem till vecka åtta. För att se som gruppträningsinnehållet påverkar på deltagarnas motivation.

Minnesbilder och tankelekar kan även vara en del av gruppträningen. Genom att diskutera olika yrken, roller, kan man hjälpa en minnessjuk person att bygga upp en positiv bild av sig själv. Då en minnesbild av en funktion förknippas till en riktig funktion stöder detta hjärnfunktionen. (Heimonen & Voutilainen 1998:61-62). Vid gruppträningen kommer deltagarna att lyssna till en kort berättelse om att koka kaffe. Iden med att lyssna till texten är att stimulera deltagarna till att minnas och komma ihåg det förflutna. Övningarna vid gruppstillfällena kommer att vara ADL-förknippade, för att förknippa övningarna med ADL-funktioner. Genom fysisk aktivitet kan man hjälpa den minnessjuka personen att minnas vem hon varit, vem hon är och vad hon gjort under sitt liv. (Heimonen & Voutilainen 1998:61-62).

3 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel beskrivs teorin som är relevant för examensarbetet. Syftet med examensarbetet är att genom en empirisk studie, observera hur gruppträning planerad för minnessjuka äldre personer inverkar på deltagarnas motivation. Motivationen kommer att observeras med hjälp av en tillämpad version av VQ-s formuläret.

Artikelsökningar gjordes på följande databaser: PubMed, Pedro, EBSCO, Google Scholar. Följande sökord användes i olika kombinationer: Dementia, cognition, exercise,

ADL, physiotherapy. Förutom artiklarna användes böcker, tidskrifter, brochyror och internetsidor, som stöd för den teoretiska referensramen. Först beskrivs relevanta forskningar för examensarbetet, sedan behandlas lämpligt träningsinnehåll och träningsmoment för minnessjuka äldre personer. Därefter sker en beskrivning av hur musik kan användas som ett arbetsredskap och vad musiken har för betydelse för människan.

3.1 Relevanta forskningar för examensarbetet

I detta kapitel beskrivs relevanta forskningar för examensarbetet. Gustafson et al (2006), utförde en studie för att undersöka hur funktionell högintensitets träning lämpade sig för äldre personer, som behövde stöd i ADL-aktiviteter och var boende på kommunalt åldringscentrum. Förutom detta undersökte Gustafson et al om deltagarnas kognitiva färdigheter påverkade lämpligheten av funktionell högintensitets träning. I studien deltog 91 stycken äldre personer, med medelåldern 85,3 år, som var beroende av hjälp i personliga ADL-aktiviteter. Personerna tränade i små grupper, tre till sju deltagare under en period på 13 veckor, sammanlagt 29 gånger. Träningens lämplighet för gruppen bedömdes med hjälp av intensiteten av muskelstyrkan i nedre extremiteterna och intensiteten för balans övningarna samt förekomsten av bieffekter. Resultaten av studien påvisade att träning med hög intensitets funktionella övningar, lämpar sig för äldre människor, boende på åldringscentrum, och som är beroende av hjälp i ADL-aktiviteter, med MMSE poängsättning över 10, oberoende av kognitiv status.

De Weert et al (2004) utförde en studie i Belgien där de undersökte hur musikbaserad träning påverkade humöret och de kognitiva funktionerna hos personer med demens. Följande mätinstrument användes; för att mäta kognitionen Kognitionen Mini-Mental State Examination (MMSE), Amsterdam Screening Test 6 (ADS 6). Beteende mättes med en förkortad version av Stockton Geriatric Rating Scale (BOP scale). I undersökningen deltog 25 stycken kvinnor som hade demens orsakad av infarkt eller de som mötte kriterierna för möjlig Alzheimers sjukdom enligt NINCDS-ARDRA. Inklusionskriteriet var att MMSE skulle ligga under 24/30. 15 kvinnor deltog i testgruppen, som tränade 30 minuter i dagen under en period på tre månader. Vid gruppstillfället gjorde deltagarna dansövningar sittande, i en cirkel formation så att alla kunde se ledaren för

gruppen. Övningarna gjordes till musik genom muntlig handledning och genom att se på instruktören. Övningarna fokuserade på att öka ledrörligheten, samt på att stärka muskulaturen för övre- och nedre extremiteterna, samt bålen. 10 personer deltog i kontrollgruppen. Kontrollgruppen hade ett dagligt 30 minuters personligt samtal med terapeuten, vid tillfället användes inte musik. Resultaten av studien påvisade att musikbaserad gruppträning lämpar sig för demenspatienter med mellansvår till svår grad av demens. Den underliggande mekanismen för resultaten står oklar och vidare undersökning krävs för att med klarhet kunna säga vad fenomenet beror på. Ett antagande är att träningen hindrar vidare utveckling av fysiska funktionsnedsättningen. I undersökningen visade testgruppen signifikant förbättring av kognitionen, detta påvisades med en ökning av medeltalet poäng i MMSE och ADS 6.

I Finland gjorde Kautiainen et al (2011) en internationellt betydande undersökning under åren 2008-2011. I undersökningen forskade Kautiainen et al hurudan inverkan motionsbaserad rehabilitering hade på Alzheimer patienters funktionsförmåga och minnesfunktioner. Deltagarna i undersökningen bestod av sammanlagt 210 stycken personer insjuknade i Alzheimersdemens, med medelåldern 78-år, som var bosatta hemma. Deltagarna var indelade i tre grupper, med 70 deltagare per grupp. Den första gruppen fick motionsträning i ett års tid, två gånger i veckan, av en fysioterapeut specialiserad på rehabilitering av minnessjuka personer. Den andra gruppen fick dags rehabilitering utanför hemmet i pass på fyra timmar, i små grupper på 10 personer. Träningen innehöll, balans- och styrketräning, samt träningsmoment för att träna upp handlingsförmågan. Den tredje kontrollgruppen fick normal kommunal service. Undersökningsresultaten tydde på att gruppen, som fick individuell motionsträning hemma förbättrade sina motoriska färdigheter redan efter en månads tid. Denna grupps resultat hade signifikant skillnad i jämförelsen till kontrollgruppen. Gruppen som fick dags rehabilitering, ansågs även ha nytta av träningen, även ifall resultaten inte nådde en signifikant nivå.

3.2 Träningsinnehåll och element för träning för minnessjuka äldre personer

Enligt Atula (2011) är rehabilitering starkt sammanbundet med funktioner, som stöder rörelse- och funktionsförmågan och självständighet i vardagen. Hos friska personer kan man förebygga försämring av minnet och upprätthålla funktionsförmågan genom social, fysisk och psykisk aktivitet. Samma gäller för minnessjuka personer. (Atula 2011).

Fysisk aktivitet har många nyttoeffekter för kroppen och välbefinnandet. Genom att motionera kan man påverka den fysiska funktionsförmågan, förebygga övervikt, förbättra sömnkvaliteten och dygnsrytmen, påverka nyttigt på psykiskt- och socialtplan, förbättra muskel- och ledrörlighet, cirkulations- och andningssystemets funktion. En förbättring av dessa egenskaper kan i sin tur förbättra fysiska egenskaper, som uthållighet, spänst, balans, stabilitet och rörelsekoordination. Fysisk aktivitet stöder människans fysiska självbild och ger ökat självförtroende. (Heimonen & Voutilainen 1998:54-55).

Med hjälp av en grundlig uppvärmning förbereder man kroppen, både fysiskt och psykiskt, för den kommande träningen. Uppvärmningen sätter igång andnings- och cirkulationssystemet, nervsystemet, metabolismen, temperaturregleringen samt förbereder stöd och rörelseorgan för rörelse. (Karvinen 1994:25). Fysiskt påbörjar man uppvärmningen genom att effektivisera cirkulationssystemets funktion. Gärna bör man påbörja övningarna nerifrån uppåt. Exempel på övning är marschering på plats. Pumpande muskelövningar är ett bra sätt för att sätta igång och öka cirkulationen. Förutom dessa lämpar sig övningar med sving och rotation av extremiteterna till uppvärmningen. Kortvarig täjning utgör även en del av uppvärmningen. Med hjälp av stretching väcker man musklerna för den kommande rörelsen. (Karvinen 1994:26).

Kurki et al (2011) hänvisar till forskningar (Okada et al 2006, Takahashi & Matsushita 2006), som tyder på att långvarig musikterapi kan påverka regleringen av det autonoma nervsystemets funktion bl.a. i form av nedsatt puls och sänkt blodtryck.

Vuori (2010) lyfter fram att den fysiska funktionsförmågan krävs för att klara av ADL-aktiviteter. Träningen bör dessutom vara specifikt sammankopplad med ADL-aktiviteterna, för att nyttan av själva träningen skall ses i praktiken. Vuori lyfter fram nytto- och vardagsmotionen, som viktiga motionsformer, för att stöda självständigheten

hos äldre personer. (Vuori 2010:9). Genom att implementera ADL-förknippade övningar som en del av träningen kan man aktivera resterande resurser hos minnessjuka personer (Heimonen & Voutilainen 1998:60).

Dangremont et al (2003) nämner tidigare forskningar där olika typer av träning haft positiva effekter för balansen och rörligheten hos äldre personer. För främjandet av balansförmågan hade allmän träning av den fysiska funktionsförmågan positivt inflytande på äldre personer boende på anstalt (Lazowski et al 1999). Likaså hade äldre personer med benägenhet för fall nytta av träning med element av uthållighet-, styrke- och rörlighetsövningar, för att främja balansen (Rubenstein et al 2000). Fysioterapimetoder med innehåll av musik, kroppskännedomsträning och funktionell rörlighetsträning, ökade rörligheten hos äldre minnessjuka personer. (Pomperoy et al 1994, 1999).

Muskelmassan avtar med 1 % per år efter 50-års ålder och efter 65-års-åldern avtar muskelmassan med 1-1.5 % per år. Muskelmassan är viktig för kroppens ämnesomsättning och en fysiologisk grundförutsättning, för att människan fysiskt skall klara av att utföra ADL-aktiviteter. Förutom detta är muskelmassan viktig för balansförmågan. (Vuori 2012:7-9). Personer med demens har nytta av muskelträning för att stöda kroppskännedomen och för att underlätta motoriska funktioner. P.g.a. detta skall muskelträning tränas jämnt över hela kroppen. Stora muskelgrupper, som buk-, sätes-, lår-, och ryggmusklerna, är viktiga muskelgrupper för den statiska och dynamiska balansen. (Ruuskanen 2002:11).

Positionskontrollen och observationsmotoriken är långt reflexbaserat. Centralnervsystemet spelar en viktig roll för våra motoriska observationsfärdigheter, för att sedan kunna koppla ihop och ta emot information från muskler. Dessa är viktiga egenskaper för att klara av all dagliga sysslor. Faktorer som påverkar observationsmotoriken är muskelstyrkan och musklernas förmåga att anpassa hastigheten med själva rörelsen, nervförbindelser, sinnen samt sjukdomar. Med stigande ålder uppstår det nedsättningar på de olika delområdena. Nedsättningarna syns i att rörelserna blir begränsade långsammare och oändamålsenliga. Fallolyckor är en vanlig följd av nedsatt observationsmotorik. Därför krävs träning av hela kroppen. (Vuori 2010:7-9).

Med stigande ålder försämras koordinationsförmågan. Med hjälp av att göra koordinationsövningar kan man minska risken för trauma och upprätthålla inlärd färdigheter,

främja inläring av nya färdigheter och stärka sin kroppskänedom, samt självkänsla. Koordinationen består av olika delområden; reaktionsförmågan, rytmkänslan, orienteringsförmågan, anpassningsförmågan och balansförmågan. Reaktionsförmågan innebär förmågan att kunna utföra en ändamålsenlig rörelse, till följd av en signal. Orienteringsförmågan innebär positions- och rörelsereglering. Rytmkänsla innebär förmågan att kunna upprepa en rörelse dynamiskt. Anpassningsförmågan innebär förmågan att kunna anpassa en rörelse ändamålsenligt enligt användningsområde. Balans innebär förmågan att kunna upprätthålla en position i rörelse, på plats eller i samband med rörelse. Anpassningsförmåga innebär att man kan anpassa delar av en rörelse eller en rörelseserie till en större helhet. För att kunna använda kroppen ändamålsenligt sker finmotoriska justeringar och reglering av muskeltonus på kroppsnivå. (Karvinen 1994:185-187).

Det är viktigt att påbörja regelbunden och upprätthållande rehabilitering, som stöder rörelse- och funktionsförmågan vid det stadiet då det ännu finns mycket funktionsförmåga kvar hos de insjuknade personerna. (Heimonen & Voutilainen 1998:51). För personer i det mellansvåra stadiet av demens är det enligt Atula (2011) viktigt att fokusera på följande delområden för rehabiliteringen: upprätthållande av funktionsförmågan, stödande av självständigheten, känslan av att lyckas och de sociala relationerna, samt minskande av beteendestörningar. (Atula 2011). I grupp kan man träna upp social interaktion. (Heimonen & Voutilainen 1998:61).

Genom rörelse förverkligar människor sig själv och ger uttryck för det man inte kommer att uttrycka språkligt. Rörelse är en naturlig del av människans sätt att kommunicera och vara i interaktion med sin omgivning. Förutom att rörelse är ett kommunikationsmedel är det en av människans övergripande funktioner. (Heimonen & Voutilainen 1998:54).

3.3 Musik som ett arbetsredskap och musikens betydelse för människan

På grund av de kognitiva nedsättningarna kan det vara en utmaning att upprätthålla den fysiska funktionsförmågan hos den insjuknade minnessjuka personen. För fysioterapeuten blir det en utmaning i och med att man skall instruera samt motivera den insjuknade minnessjuka personen till fysisk aktivitet. I mitt examensarbete kommer musik att an-

vändas som en del av gruppträningen, eftersom det tidigare forskats att även ifall de kognitiva färdigheterna är nedsatta på grund av en minnessjukdom, kan det musikaliska minnet vara välbevarat hos minnessjuka personer. (Sormunen & Topo 2006:24). Tidigare undersökning av Cuddy & Duffin 2004, samt Drapeau et al 2009, visar att äldre personer som insjuknat i Alzheimers demens kan känna igen bekant musik och känslor, som förmedlas genom musiken. Därför har jag valt att använda mig av musik som stöd för gruppträningen.

Musik är ett bra kommunikationsmedel, då de kognitiva funktionerna är nedsatta. Rytm och ton är lagrat i minnet, som i sin tur står i förbindelse med viss livshistoria hos människan. På det sättet kommer vi genom musiken i kontakt med det vi upplevt tidigare i livet. (Heimonen & Voutilainen 1998:71). Vid alla grupptillfällen kommer jag att använda mig av Sävelsirkku. Från Sävelsirkku har jag plockat ut låtar, som kommer att spelas under gruppträningen. Under de olika låtarna kommer vi att göra övningar som passar med rytm och tempo, för att underlätta utförandet av övningarna. I mitten av gruppträningen, kommer gruppmedlemmarna att lyssna till en kort text, som finns i Sävelsirkku arkivet. Texten handlar om att koka kaffe. I samband med texten har gruppmedlemmarna möjlighet att diskutera temat gällande texten, aktivera de kognitiva funktionerna och minnas det förflutna. Musik har en stor betydelse för hur vi upplever saker, för vår sinnesstämning, och för det hur vi kommer ihåg det förflutna. Tolkning av musik är mycket individuellt. (Heimonen & Voutilainen 1998:66). Vid ett terapitillfälle är musik ett bra redskap, med hjälp av vilket man kan få en förståelse för den andras erfarenheter (Heimonen & Voutilainen 1998:67).

Musiken är redan i ett tidigt skede av livet en del av det hur människan upplever den omkringliggande världen. Det hur vi upplever vår omvärld med våra olika sinnen, bygger upp det hur vi upplever oss själva. Dessa sinnen stannar kvar hos oss genom livet och gör att man vid insjuknande i en minnessjukdom fortfarande kan uppleva och förstå musik. (Heimonen & Voutilainen 1998:68-69). Senare i livet kopplar människan ihop musik med olika fenomen och livsskeden, vilket gör att man vidare organiserar sina upplevelser. Kommunikationsfärdigheterna förbättras och självbilden förstärks. I samband med viktiga händelser och den förstärkta självbilden får musiken en förändrad mening för människan. Musiken får allt fler kopplingar till vår egen historia och en inre mening. Minnet, som finns kvar av musik ger möjlighet till att känna att man existerar

och finns till. Genom musiken kan människan ge utlopp för ångest och förträngda tankar. (Heimonen & Voutilainen 1998:69-70). För minnessjuka personer möjliggör musiken att få finnas till, som sig själv (Heimonen 1998:71). Musiken berör vårt minne och möjliggör språklös kommunikation, även i ett senare stadium av minnessjukdom (Sormunen & Topo 2006:25).

Kurki et al (2011) nämner flera fysiska och psykiska förändringar, som sker som ett resultat av att använda musik, från tidigare forskningar. Dessa är; inverkan på det autonoma nervsystemets och hormon- och immunsystemets funktion. Påverkan på de olika systemen kan ses som förändringar i andningsfrekvensen, hjärtats slagfrekvens samt utsöndring av bl.a. stressrelaterade hormonet kortisol. (Khalifa et al 2003, Lundqvist et al 2009, Suda et al 2008). Samt framkomsten av starka emotioner som lycka, lugn och nostalgi hos dem som lyssnade på musiken (Zetner et al 2008).

Med hjälp av att använda lämplig bakgrundsmusik har man kunnat minska nervöst och aggressivt beteende, samt öka den sociala interaktionsförmågan och kognitiva handlandet, hos minnessjuka personer. Bakgrundsmusiken ger chansen till spontant deltagande och stöder personens självständiga funktion och deltagande. Vid alla stadium av demens har sång visat sig ha ett positivt inflytande, på de sociala färdigheterna (Sormunen & Topo 2006:24-25). Kurki et al (2011) skriver om forskningar (Foster & Valentine 2001 och Irsih et al 2006) där användandet av bakgrundsmusik fungerat för minnessjuka personer, för att återkalla minnen från barn- och ungdomen.

Musikens rytm bildar snabbt interna mallar, för temporal organisering och för motorisk respons. Neurala impulser av auditiva rytmer projiceras till motoriska strukturer och resulterar i rörelse av något slag. (Thaut 2008:57). Till följd av ett ljud förs nervimpulser vidare till motoriska strukturer i kroppen, vilket i sin tur resulterat i rörelse av något slag. (Thaut 2008:57). För att sporra deltagarna i gruppen till fysisk aktivitet och för att underlätta och ge stöd åt själva utförandet av rörelserna, har låtarna från Sävelsirkku arkivet plockats ut med tanke på lämplig rytm och synkroniserats med lämpliga rörelser.

Rytmen står i närförbindelse med de neurobiologiska egenskaperna, med kortikala och subkortikala nätverket. Närförbindelserna betjänar i sin tur olika slag av sensoriska, motoriska och kognitiva rytmprocesser i kroppen. (Thaut 2008:58). Lilla hjärnans nervbanor arbetar med uppgifter kopplade med musik och rytm. För uppgifter gällande musik

och rytm, samarbetar nervbanorna i lillhjärnan. Samarbetet mellan nervbanorna i lilla hjärnan har en central roll i den temporala organisationen av kognitiva och perceptuella processer i musiken. (Thaut 2008:58). Andning och hjärtats slag är exempel på fysiologiska rytmer i kroppen (Roxendal 1985:60).

Neurobiologiska studier tyder på att musik kan väcka ryggmärgens motoneuroner, som fungerar, som förbindelser på ryggmärgs- och hjärnstamsnivå. Dessa förbindelser förbereder det motoriska systemet i hjärnan, för att underlätta påbörjandet av en ny rörelse. Musiken påverkar muskelaktiviteten, musikens rytm ger stöd åt rörelsen och kan underlätta timingen av en rörelse. (Thaut 2008:79).

Undersökningar gjorda på friska människor av Cornoldi et al (2007) och Hunter et al 2007. Visar att musik tillfälligt kan effektivisera kognitiva processer som varseblivning, samt effektivisera en person vid uppgifter som kräver kreativitet samt minnesfunktioner.

4 METODREDOVISNING

För att besvara syftet görs denna empiriska studie i form av en fallstudie. Med hjälp av att göra en fallstudie kommer jag att få en uppfattning om hur gruppträningen planeras för målgruppen i fråga, inverkar på deltagarnas motivation. Genom att bedöma graden av motivation kan jag analysera, ifall gruppträningen kan ge ökat stimuli hos deltagarna i stunden och om gruppträningsinnehållet har en inverkan på deltagarnas motivation. Vid en fallstudie gör man en undersökning av en speciell händelse eller situation. I detta examensarbete studeras gruppträningsituationen och deltagarnas motivation vid gruppträningsstillfällena. Vid fallstudier kan man använda sig av ett brett urval av metoder, för insamling av vetenskaplig information. (Merriam 1994:24). Jag kommer att använda mig av en metod, där jag själv observerar undersökningsobjekten. Det vill säga i min studie kommer undersökningsobjekten att bestå av de fem äldre minnessjuka personer boende på ett ålderdomshem i Helsingfors. I många fall är fallstudierna en kombination av tolkning och beskrivning eller beskrivning och värdering (Merriam 1994:49). Fallstudie är en studie av intensiv design, där jag vill fånga en individs förståelse och tolkning av ett fenomen. Den intensiva designen innebär även att försöka få en heltäckande förståelse mellan personen som studeras och omgivningen, samt individens upplevelse. (Jacobsen 2007:60-61). I mitt examensarbete kommer det att betyda att jag kommer att

försöka få en förståelse för hur gruppträningen inverkar på deltagarnas motivation och ifall gruppträningen kan ge ökat stimuli hos deltagarna i stunden. Jag kommer även att försöka hitta samband mellan de olika gruppmedlemmarnas motivation.

4.1 Etiska aspekter

Den etiska aspekten är viktig att ta i beaktande då man gör en empirisk studie. Informerat samtycke innebär att den som blir undersökt skall delta frivilligt i undersökningen och att den som blir undersökt vet vad undersökningen innefattar och vilka risker som möjligen finns, då man deltar. Under informerat samtycke ingår följande faktorer kompetens, frivillighet, fullständig information och förståelse. Med kompetens menar man att den som blir undersökt själv måste kunna bestämma om hon deltar i undersökningen. Frivillighet innebär att personen själv får bestämma om hon deltar eller inte. Med fullständig information menar man enligt de forskningsetiska kraven att den som deltar skall ha fullständig information om undersökningens syfte. Förutom att personerna skall ha fullständig information om undersökningen, skall de även ha förstått informationen. För att ge skydd för privatlivet skall man sträva efter att de som blir undersökta förblir anonyma. Enligt Jacobsen (2007) innebär anonymitet: *”att det skall vara omöjligt att koppla samman information med uppgifter om enskilda individers identitet.”* (Jacobsen 2007:25). För att säkra anonymiteten framstår gruppmedlemmarna i examensarbetet som person a, b, c, d, och e. Genom att uppfölja kravet på presentation av korrekt data, kommer resultaten att försöka återges på ett fullständigt sätt och placeras in i rätt sammanhang. (Jacobsen 2007:26). Arcadas etiska kommitté har godkänt planen för examensarbetet. Likaså har Socialstyrelsen godkänt planen för examensarbetet.

4.2 Urvalsprocessen

Urvalet av enheter bestämmer vilken form av information jag kommer att få insamlat. Jacobsen (2007) talar om enheter och vid en observationsstudie består enheterna av situationer, en plats vid given tidpunkt eller under en tidsperiod. (Jacobsen 2007:121). I mitt examensarbete kommer enheterna att bestå av gruppträningstillfällena, som kommer att pågå under en tidsperiod på åtta veckor, två gånger i veckan. För att få största möjliga nyttan av gruppstillfället är det ändamålsenligt att välja ut deltagarna, så att de

har demens av samma grad och att de på fysiskt, psykiskt och socialt plan befinner sig på så samma nivå, som möjligt. Om den minnessjuka personen t.ex. har språkliga svårigheter, kan ett gruppstillfälle med endast språklig handledning få till stånd ångest och är i detta fall inte ändamålsenligt, för personen i fråga. Graden av demens är viktigt att ta i beaktande gällande motivationen. Ifall deltagarna upplever övningarna, för svåra, kan detta leda till passivitet och motivationsbrist. (Heimonen & Voutilainen 1998:126-127). Deltagarna är utvalda från demensavdelningar på ett ålderdomshem i Helsingfors, där Sävellsirkku är tillgängligt. Utöver detta väljs deltagarna vidare ut på basen av RAI:s CPS och ADL poäng. Se tabell 3 nedan. Inklusionskriteriet var att RAI:s ADL poäng skulle stå mellan: 2-3 och CPS poängen mellan: 2-4 . För att underlätta analysen och jämförbarheten av resultaten i analys skedet inkluderades endast kvinnor i studien, för att göra gruppen homogen.

4.2.1 Beskrivning av gruppmedlemmarna

Alla personer som deltog i gruppträningen var kvinnor. Yngsta deltagaren var 85 år medan den äldsta var 91 år. Deltagarna lider av olika typer av minnessjukdomar, och har olika bakomliggande sjukdomar. Deltagarna presenteras nedan kort i tabell 3. I tabellen finns även MMSE-, RAI:s ADL- och RAI:s CPS-poäng.

Tabell 3. Beskrivning av gruppmedlemmarna.

Gruppmedlem	Ålder	Diagnos	Bakomliggande sjukdomar	MMSE	RAI:s ADL	RAI:s CPS
A	85	Vaskulär demens	DM II, kranskärslssjukdom, MCC, höftartros, ålders relaterad nedsatt hörsel	16/30	2	3
B	91	Lewykroppsdemens	hypertension, hyperkolesteromi, angina pectoris, mild hjärninfarkt 2003	14/30	3	3
C	88	Alzheimers demens	hjärtinsufficiens, hjärtflimmer, hypotyreos, blind på vänster öga	15/30	3	3
D	88	Alzheimers	Information ej tillgänglig	10/30	2	2

		demens				
E	90	Vaskulär demens	Bipolär sjukdom, astma, bröstcancer 2001, hy- potyreos	21/30	2	2

4.3 Insamling av data

Gruppträningen kommer att pågå under en tidsperiod på åtta veckor, två gånger i veckan. Vid varje tillfälle kommer jag att använda en tillämpad blankett av VQ-s formuläret för registrering av mina observationer, för att mäta deltagarnas motivation vid gruppträningstillfället. Se observationsblankett som bilaga (bilaga 9). Förutom observationerna kommer jag att ställa en öppen fråga till deltagarna och fråga hur de personligen upplevde gruppträningen. Utöver detta kommer deltagarna att motiveras till spontan diskussion under gruppträningen. Svar på frågor och diskussionsämnen kommer att nedtecknas vid gruppstillfällena. Den tillämpade blanketten fylls i skilt för varje deltagare i gruppen, vid varje gruppträningstillfälle. Gruppträningens innehåll kommer att vara det samma upp till fyra veckor, efter vilket gruppträningens innehåll gällande rörelserna varierar för de resterande fyra veckorna. Under de första fyra veckorna kommer gruppträningen att göras utan redskap och de resterande fyra veckorna kommer redskap att användas vid gruppträningen. Detta för att få en bild av ifall gruppträningens innehåll har en inverkan på deltagarnas motivation. Vid fyra veckor kommer jag att göra en mellanrapport av resultaten, som i det senare analyskedet kommer att jämföras och analyseras i förhållande till de resterande fyra veckorna. Genom observation och dokumentation av det insamlade data får jag rådata, utifrån vilket jag sedan får undersökningens resultat. En bra tumregel är att man ägnar sig lika mycket tid åt anteckningarna, som åt själva observationen. De anteckningar som man gör under ett observationstillfälle bör ha en form, som gör att informationen är lätt att hitta. (Merriam 1994:110-111). Därför har jag valt att använda mig av en tillämpad form av VQ-s formuläret, för att observera samma faktorer och underlätta sammanfattning av informationen vid senare resultatredovisning. Se även observationsblankett (bilaga 9).

4.4 Observationen

Genom observation kan man registrera händelser, beteenden eller aktiviteter i stunden, för att få ett nytt perspektiv på det man observerar. Genom att delta i ett sammanhang som en deltagande observatör får man en direkt inblick i ett skeende, vilket möjliggör att man kan utnyttja sina egna erfarenheter och kunskap för tolkning av det man obser-

verar. (Merriam 1994:102). I mitt arbete betyder det att jag deltar själv som en del av gruppen och fungerar samtidigt som ledare för gruppen. Ett problem med deltagande observatör är att undersökaren själv kan påverka resultaten, vilket minskar på reliabiliteten. (Jacobsen 2007:109-110). För att vidare få en förståelse för ifall det sker en förändring i personernas motivation, genom att deltagarna stimuleras vid gruppstillfällena har jag valt att delta som deltagande observatör. Alternativt kunde jag ha gjort observationen som en dold observation. Fördelen skulle ha varit att deltagarna inte skulle ha givits chansen, att uppträda onormalt vid gruppstillfället. Ifall jag valt den dolda observationen skulle jag ha ställts inför ett forskningsetiskt problem. Och stött på frågan: ”*Är det rätt att undersöka människor utan att de har givit sitt samtycke till att bli observerade?*” som även Jacobsen (2007:98) lyfter fram. Genom att följa de forskningsetiska kraven bör datainsamlingen först ske. När undersökningsobjekten givit sitt samtycke valde jag att använda mig av en öppen observation, där de observerade kände till min roll som observatör.

Genom att använda en tillämpad version av The Volitional Questionnaire vill jag få en bättre förståelse, för deltagarnas vilja och motivation. Motivation är en grundläggande faktor för att en person skall ha lust att delta självständigt i vardagliga sysslor och upprätthålla den fysiska funktionsförmågan.

Observationsmetoden innebär att jag studerar vad deltagarna gör i olika situationer, i detta fall vid de olika gruppstillfällena. I grunden handlar en observation om att registrera individers eller en grups beteende och vad människor gör i ett visst sammanhang. Metoden möjliggör att man ser vad människor gör men man får inte en uppfattning om deltagarnas subjektiva upplevelse. Därför kopplas ofta någon form av intervju till observationen, för att få en förståelse för personernas subjektiva upplevelse och det som inte kan fångas med hjälp av observationen. (Jacobsen 2007:108). Jag har valt att använda mig av öppen observation, vilket innebär att deltagarna är medvetna om min roll som observatör. Valet är gjort för att det forskningsetiska kravet är uppfyllt i och med att datainsamlingen först skett efter att undersökningsobjekten givit sitt samtycke för deltagande. Ofta antas det att en dold observation ger högre reliabilitet, eftersom den dolda observationen inte leder till observatörseffekt. (Jacobsen 2007:109).

Jag har valt att studera deltagarna i den naturliga miljön, vilket innebär att jag åker till ålderdomshemmet för att ha gruppen på avdelningen, där deltagarna bor. Betydande för observationen är tidpunkten för när observationen bör ske. (Jacobsen 2007:110-111). Jag har valt att ha gruppen om eftermiddagen.

4.4.1 Det ursprungliga observationsinstrumentet The Volitional Questionnaire

Med hjälp av det ursprungliga observationsinstrumentet "*The Volitional Questionnaire*", mäter man genom observation den observerades motivation, genom att spegla observationen i begreppet "volition", vilja. Med hjälp av mätinstrumentet kan man observera hur den observerade fungerar och reagerar i sin omgivning. Vilket i sin tur hjälper att få en förståelse för den observerades inre motiv. Mätinstrumentet hjälper också att få information om hur omgivningen ger möjlighet och begränsar viljans framkomst. Med hjälp av att använda VQ-s formuläret kan man bedöma olika delområden av viljan, genom observation, även ifall den observerade har kognitiva eller språkliga ned-sättningar. (Pesonen & Virtanen 2009:6, 8, 10). Förekomsten av vilja framstår som tre olika nivåer. Uppnående-, kompetens- och undersökandenivå. Uppnåendenivån kan beskrivas som motivationens grundnivå, det lägsta av förekomsten av vilja hos en person. Medan undersökandenivån står för det högsta gällande motivation för en person. För att nå nivån från uppnåendenivå till undersökandenivå krävs det av personen ökad grad av kompetens och förnöjsamhet över det egna handlandet. (Pesonen & Virtanen 2009:8). Genom observationen bedömer man deltagarnas beteende i stunden. Olika variabler används vid observationen för att ge ett visst beteende en viss "kodning". Till näst sker en förklaring av vad variablerna står för. Samma variabler kommer att användas i mitt examensarbete för att förklara deltagarnas beteende vid gruppträningstillfällena.

E/I = eget initiativtagande. Personen agerar med eget initiativ utan stöd uppmuntran eller hjälp. Variabeln kan ses som att man kan observera spontan vilja hos personen.

B = bundet beteende. Personen binder sig till att fungera med minimalt stödjande, uppmuntran och minimal hjälp. Variabeln kan ses som att man med lite uppmuntran kan se förekomst av vilja hos deltagaren.

O = osäker. Personen tvekar och fungerar med maximalt stöd, uppmuntran och hjälp.

Denna variabel betyder att deltagaren har betydliga svårigheter att vara i interaktion med omgivningen på grund av svag vilja.

P = passiv. Den observerade utför en önskad funktion. Denna variabel betyder att deltagaren har ett bortfall av vilja och att personen har synbara begränsningar i sina färdigheter att kunna påbörja en process som kräver vilja.

E/O = ej observerbart. Funktionen kan ej observeras.

(Pesonen & Virtanen 2009:10-11).

Med hjälp av VQ-s formuläret kan man observera olika delar av viljan hos deltagarna för att sedan kunna förklara möjliga samband med funktionsförmågan och för att samla information om personliga faktorer gällande viljan. Observera hur omgivningen påverkar deltagarnas vilja och härmed motivation. Förutom ovannämnda faktorer får man information om förhållanden som ökar personens vilja, för att vidare få information om hur man med hjälp av omgivningsfaktorer kan ge stöd åt personens motivation. (Pesonen & Virtanen 2009:11-12).

Jag har valt att använda mig av en tillämpad version av VQ-s formuläret, eftersom det ursprungliga exemplaret har så många faktorer under de olika nivåerna som man skall ta fasta på och jag anser att jag som ensam forskare inte har resurser att observera alla faktorer för alla deltagare. Därför har jag valt ut de mest relevanta faktorerna, för mitt examensarbete och de ämnen som gynnar arbetet i fysioterapeutiskt syfte. Jag har valt ut två stycken faktorer för uppnåendenivå, kompetensnivån och undersökandenivån. (Se bilaga 9) som jag kommer att ta fasta på under observationen som t.ex. söker nya utmaningar. En orsak till att jag valde att använda en tillämpad version av VQ-s formuläret är att personerna som deltar i min forskning på grund av minnessjukdomarna har kognitiva och möjligen språkliga nedsättningar och oavsett dessa kan observeras med hjälp av den tillämpade observationsblanketten.

4.5 Faktorer som bör beaktas vid en fallstudie

Merriam (1994:104) lyfter fram flera faktorer som bör beaktas vid en fallstudie. Nedan sker en presentation av de olika faktorerna och en förklaring av hur de kommer att tillämpas i mitt examensarbete.

1. Miljön. Jag har valt att ha gruppen i ett fritidsutrymme, på ålderdomshemmet. Platsen möjliggör att deltagarna kan koncentrera sig på det man gör i gruppen och inte störs av yttre faktorer, ljud mm. I fritidsutrymmet finns tillräckligt med plats, så att gruppmedlemmarna kan placeras i en cirkelformation, sittandes på stol, vilket möjliggör att jag har kontroll över handledningssituationen. I fritidsutrymmet finns Sävelsirkku, som kommer att användas som en del av gruppträningen.
2. Deltagarna. I gruppen deltar fem personer, som är utvalda på basen av RAI:s CPS och ADL poäng. Jag har fått godkännande för deltagande av gruppmedlemmarna eller av deras närmaste anhöriga. Gruppens storlek är begränsad, eftersom personer med demens, ofta har problem med koncentration och uppmärksamhet. Två till fyra personer, plus ledare är en passlig gruppstorlek, för minnessjuka personer, detta möjliggör individuell handledning vid behov. (Heimonen & Voutilainen 1998:127-128).
3. Aktiviteter och samspel. Samspel mellan gruppmedlemmarna och ledaren sker genom att ledaren ger instruktioner om de övningar, som görs i gruppen. Vid behov hjälper ledaren deltagarna att utföra övningarna eller så rättar ledaren till deltagarna vid behov. I många fall kan minnessjuka personer, inte fullt utnyttja de områden av den resterande funktionsförmågan de har kvar. I detta fall blir ledarens roll att aktivera personen med yttre stimuli, för att få igång funktionen. (Heimonen & Voutilainen 1998:130). Genom musiken har gruppmedlemmarna möjlighet att reagera spontant vid grupptillfället. Musik är ett bra hjälpmedel för kommunikation, interaktion och ett bra stöd till den psykiska självbilden. (Heimonen & Voutilainen 1998:81). Gruppmedlemmarna deltar i gruppen, för att göra övningar med fokus på ADL-aktiviteter och kognitionen, för att stöda den fysiska funktionsförmågan.
4. Frekvens och varaktighet. Gruppen samlas under en tidsperiod på åtta veckor, två gånger i veckan. För att koncentrationsförmågan hos deltagarna inte skall rubbas, varar gruppträningen mellan 30-45 minuter per gång (Heimonen & Voutilainen 1998:127-128).
5. Svårfångade faktorer. I detta fall kan jag tänka mig att det kan förekomma beteendestörningar hos gruppmedlemmarna. Genom att igenkänna dem och veta hur jag skall reagera på dem, kan jag göra det bästa av grupptillfället.

4.6 Mål för gruppen

Gruppträningsmodellen för vecka 1-4 och för vecka 5-8 presenteras som bilaga (bilaga 7 och 8). Nedan sker en beskrivning av målen för gruppen.

4.6.1 Fysiska mål:

- Upprätthålla sittbalansen och rörelse banor, för att klara av ADL- aktiviteter.
- Upprätthålla muskelstyrkan i nedre extremiteterna.

4.6.2 Psykiska & känslomässigt relaterade mål:

- Att känna glädje genom rörelse.
- Känna samvaro genom att delta i gruppen.
- Få känslan av att lyckas.
- Bli van med de åldersrelaterade fysiska förändringarna på kropps nivå.
- Känsla av individualitet.

4.6.3 Kognitiva mål:

- Öka förståelsen för den egna kroppen.
- Träna upp minnet och slutledningsförmågan.
- Få göra och träna något kreativt.

4.6.4 Sociala mål

- Ge stöd åt den sociala interaktionen mellan gruppmedlemmarna.
- Ge stöd åt att klara sig så självständigt som möjligt.
- Uppmuntra till eget initiativtagande.
- Ge stöd till att kunna klara sig i olika roller.

(Karvinen 1994:13).

Vid alla gruppträningsstillfällen kommer samma musik att användas som stöd för träningen. Gruppträningsprogrammet från vecka 1-4 görs utan redskap. Från vecka 5-8 kommer ärtpåsar att användas som redskap vid gruppträningen. Olika redskap ger bra stöd till träning och förbättrar motoriken. Genom att använda sig av redskap kan man rikta bort uppmärksamheten från de egna bristerna. Redskapet motiverar till rörelse och hjälper att gestalta rörelser (Heimonen & Voutilainen 1998:62). Vid varje gruppträningsstillfälle kommer deltagarna att lyssna till en text från Sävellsirkku arkivet som handlar om att koka kaffe. Minnesbilder och tankelekar kan även vara en del av gruppträningen. Genom att diskutera olika yrken, roller, kan man hjälpa en minnessjuk person att bygga upp en positiv bild av sig själv. Då en minnesbild av en funktion förknippas till en riktig funktion stöder detta hjärnfunktionen. (Heimonen & Voutilainen 1998:61-62). Temat med kaffe är valt för att deltagarna i gruppen dagligen dricker kaffe och kan tänkas ha minnen kopplade till temat. Den musik som används vid gruppträningen har även ett innehåll förknippat med temat kaffe. Från vecka 5-8 används ärtpåsar vid träningen och det kan tänkas att deltagarna genom att känna på ärtpåsarna, får stimuli för att t.ex. tänka sig att de påriktigt rör om kaffebönorna. Kaffe temat i gruppträningen kan ses som en sort av tankelek. Iden med att lyssna till texten är att stimulera personernas kognition för att deltagarna samtidigt skall kunna bygga upp en positiv bild av sig själva.

4.7 Analys av kvalitativt data genom innehållsanalys

Resultaten från studien kommer att analyseras genom en innehållsanalys av rådata. (Jacobsen 2007:139). Genom att göra en innehållsanalys tolkas det material man samlat in om de faktiska förhållandena. I mitt examensarbete motsvarar detta en tolkning av deltagarnas motivation, vid gruppträningsstillfällena och en tolkning av ifall gruppträningsinnehållet haft en inverkan på deltagarnas motivation. Jag har valt att använda mig av samma faser som Jacobsen 2007 använder sig av vid en innehållsanalys. Kategorisering, fylla kategorierna med innehåll, räkna hur ofta tema eller problemställning nämns, jämföra observationer/intervjuer och söka skillnader och likheter, söka förklaring till

skillnader. (Jacobsen 2007:139). Kategoriseringen finns till för att skapa en struktur av observationerna, precis som Jacobsen (2007) säger: ”för att få en överblick över olika fenomen måste man skapa olika kategorier.” Jag har valt att göra en kategorisering för den öppna frågan och diskussionen kring temat kaffe som skett under grupptillfällena. (Jacobsen 2007:142). Se innehållsanalyserna (bilagor 1-4).

Eftersom att jag använt mig av en tillämpad version av VQ-s formuläret för att anteckna mina observationer kan detta beaktas som en sort av förhandskategorisering. Förhandskategoriseringen kommer sedan i ett senare skede av analysen att hjälpa mig att kunna fylla kategorierna med innehåll. (Jacobsen 2007:140). Efter att ha fyllt kategorierna är det vanligt att man i en innehållsanalys gör en enkel kvantitativ analys av de olika kategorierna, för att ge stöd åt det kvalitativa data man fått. Se bilagor 5 och 6 sammanfattning av kvantitativt data. I den sista fasen av innehållsanalysen kommer jag att jämföra resultaten från min studie från vecka 1-4 (där gruppträningen gjorts utan redskap) med data från min studie från vecka 5-8 (där deltagarna använt sig av redskap vid gruppträningen).

4.8 Kvaliteten av studien

Jag bör kritiskt granska validiteten och reliabiliteten av studien. Intern validitet handlar om: ”*hurvida resultaten uppfattas som riktiga*”. (Jacobsen 2007:156). Eftersom jag använt mig av innehållsanalys och riktat uppmärksamheten mot fenomen, åsikter och uppfattningar som är gemensamma för många, talar man enligt Jacobsen 2007 om intersubjektivitet. Intersubjektivitet betyder enligt Jacobsen: ”*att de närmaste man kommer sanningen är att flera personer är överens om att något är en riktig beskrivning*.”. (Jacobsen 2007:157). I princip innebär testning av validitet att resultaten testas gentemot andra människor (Jacobsen 2007:157). Vid en innehållsanalys kan det se som att validiteten av studien blir bättre ifall en annan forskare gör kategoriseringen (Jacobsen 2007:165). För att ytterligare öka validiteten av mitt examensarbete bör jag kritiskt ifrågasätta sambanden mellan det jag undersökt. (Jacobsen 2007:166). Undersökareffekten är också en faktor som kommer att påverka reliabiliteten av studien. Ofta säger man att då två undersökare kommer fram till samma resultat kan man anta att resultaten går att

lita på (Jacobsen 2007:170). Kontexteffekten kan ses vara av en naturlig art i examensarbetet eftersom gruppträningen ägt rum på ålderdomshemmet, där deltagarna är boende. Forskning tyder på att människors beteende förändras beroende på miljö. (Jacobsen 2007:171).

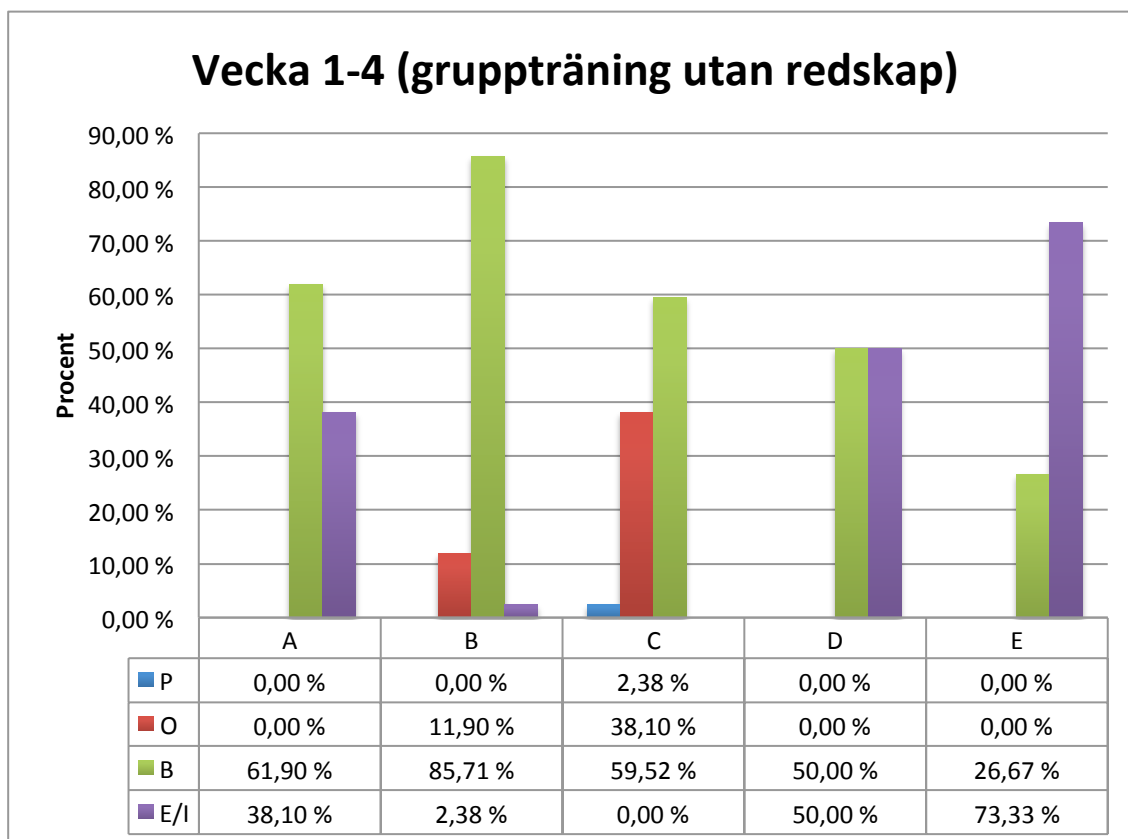
5 RESULTAT OCH ANALYS AV DATA

I detta kapitel presenterar och analyserar jag resultaten från undersökningen. Även ifall planen var att observera gruppmedlemmarna sammanlagt under 16 tillfällen, blev det ett bortfall på två gruppträningsstillfällen. Nedan analyseras resultaten från sammanlagt 14 gruppträningsstillfällen under en tidsperiod på åtta veckor. Först kommer jag att göra en tolkning av gemensamma resultat för hela gruppen. Sedan kommer jag att analysera ifall det kunde ses förändringar hos deltagarnas motivation vad gällde variabeln för bundet beteende och variabeln för eget initiativtagande i samband med gruppträningsstillfällena. Resultaten för deltagare med samma diagnoser kommer att jämföras. Analysen och tolkning av resultat kommer att ske utgående från observationerna från den tillämpade versionen av VQ-s formuläret.

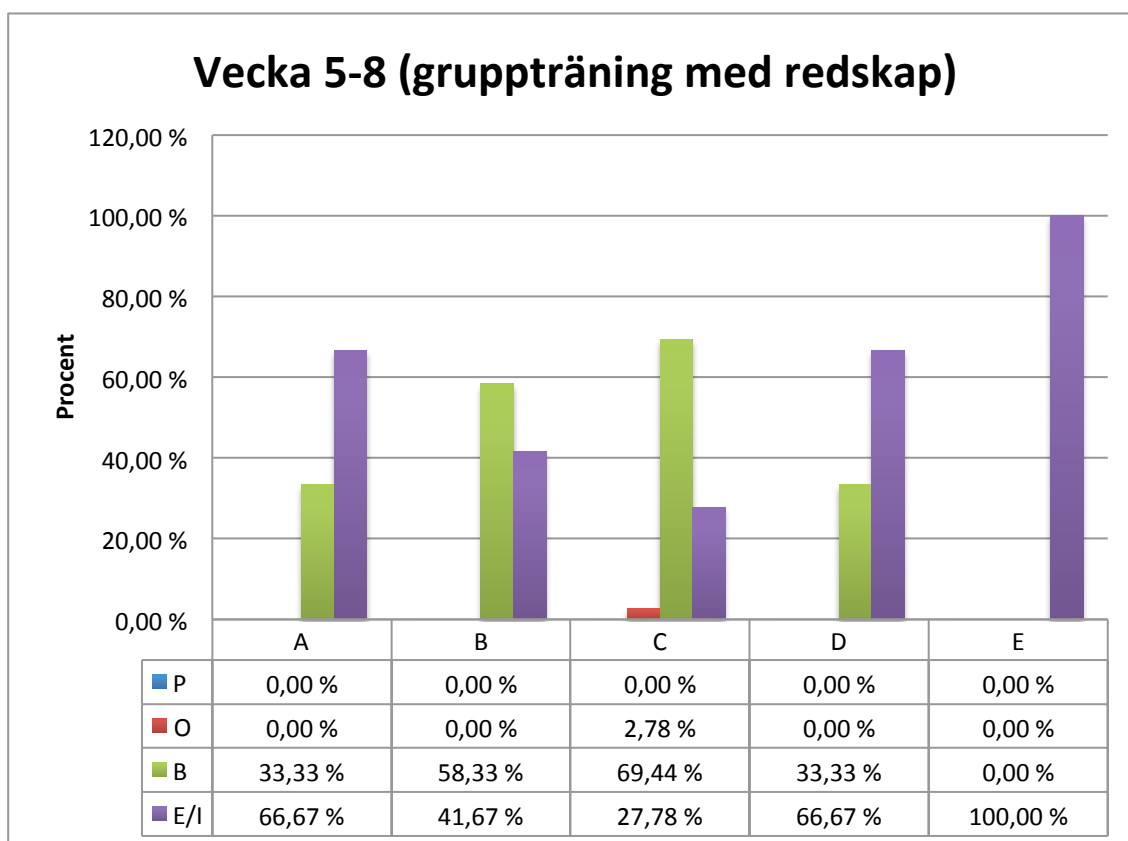
För det första kan resultaten i stora drag tolkas som att man kan se skillnader i deltagarnas motivation vid gruppträningsstillfällena gällande variablerna för bundet beteende och eget initiativtagande. Om man jämför resultaten från gruppträningen från v 1-4 (utan redskap) med resultaten från gruppträningen från v 5-8 (med redskap). Kan man se att alla personer ökat antalet variabler för eget initiativtagande för vecka 5-8 i jämförelse med vecka 1-4. Detta kan ses som att personerna haft vilja att göra övningarna vid gruppträningsstillfällena och varit motiverade. Positivt är att ingen av deltagarna har av variabeln E/O som står för att en funktion inte kan observeras och har en låg motivationsnivå. Resultaten visade även att deltagarna hade flera variabler som stod för hög motivationsnivå, då gruppträningen gjordes med redskap i jämförelse med tidsperioden då gruppträningen gjordes utan redskap.

För att göra analysen av resultaten synbara har jag gjort en sammanställning av de olika variablerna (B, E/I, O, P) från den tillämpade blanketten av VQ-s formuläret, se bilaga

5. Sammanställningen av variablerna kan ses nedan i figur 3 och 4. Enligt det ursprungliga observationsinstrumentet The Volitional Questionnaire betyder det att ju fler variabler den observerade haft av E/I, desto bättre vilja har personen och detta kan vidare speglas i den observerades motivation. Genom att räkna ihop hur många gånger var och en deltagare deltagit vid grupptillfällena och hur många av varje variabel deltagarna samlat under vecka 1-4 och vecka 5-8 har jag fått en tillämpning av resultaten, i procentuella andelar. Den procentuella fördelningen kan ses i figur 3 och figur 4.



Figur 3. Procentuell fördelning på de olika variablerna per person, vecka 1-4.



Figur 4. Procentuell fördelning på de olika variablerna per person, vecka 5-8.

Om vi ser på det kvantitativa data från innehållsanalysen för alla deltagare och jämför resultaten utgående från den tillämpade blanketten av VQ-s formuläret gällande deltagarnas motivation med resultaten från vecka 1-4 (figur 3) med resultaten från vecka 5-8 (figur 4) ser vi en skillnad i antalet variabler i procentuella andelar. De sammanställda variablerna för eget initiativtagande har hos alla deltagare ökat under vecka 5-8 jämfört med vecka 1-4. Detta tyder, enligt den tillämpade VQ-s blanketten, på att personerna behöver mindre hjälp under de senare observationerna. Deltagare C är den enda som har en procentuell andel på 2,78 % för variabel O som står för osäker, under vecka 5-8. Medan variabeln O under vecka 1-4 framträdde som procentuella andelar för både deltagare B med 11,9 % och deltagare C med 38,10 %, vilket kan tolkas som att personerna behövde mera hjälp och hade lägre motivation under den första tidsperioden på fyra veckor.

För att se ifall det fanns skillnader gällande motivationen mellan deltagarna med samma diagnos har jag gjort en jämförelse av data mellan deltagare med samma diagnoser. Del-

tagare A och E har båda vaskulär demens och de bästa MMSE poängen bland deltagarna. MMSE-poängen för deltagarna presenteras i tabell 3. Vid jämförelse av data mellan deltagare A och E, kan man se att deltagare A under vecka 1-4 hade variabler för både bundet beteende 61,90 % och eget initiativtagande 38,10 %. Under vecka 5-8 hade deltagare A fortfarande variabler för både bundet beteende och eget initiativtagande, men antalet variabler för eget initiativtagande var betydligt högre med 66,67 % i jämförelse med den procentuella andelen på 38,20 % under tidsintervallet mellan vecka 1-4. Deltagare E hade bara observationer för bundet beteende 26,67 % och eget initiativtagande 73,33 % för vecka 1-4. Från vecka 5-8 bestod observationerna bara av variabler för eget initiativtagande med 100 %. Vilket hos deltagare E kunde ses som att hon haft bra motivation vid alla gruppträningstillfällen men att motivationen verkligen fått ett lyft från vecka 5-8. Man kan tänka sig att gruppträningsinnehållet där vi använt oss av redskap gjort att deltagare E:s motivation blivit bättre från vecka 5-8 i jämförelse med de fyra första veckorna. Enligt jämförelsen mellan de sammanräknade variablerna utgående från det tillämpade VQ-s formuläret kunde man tänka sig att skillnaderna mellan deltagare A och E kunde förklaras med att den vaskulära skadan är belägen på olika ställen och orsakad av olika orsaker, vilket i sin tur påverkat deltagarnas motivation. Resultaten för person A och E tyder på att båda personerna behöver lite hjälp och att de haft bra vilja och varit motiverade vid gruppträningstillfällena. Enligt resultaten från studien kan man inte dra paralleller till att deltagare A och E skulle ha haft problem med handlingsförmågan, vid gruppstillfällena. Problem med handlingsförmågan är ett särskiljande drag vid vaskulär demens. Personer med vaskulär demens har ofta svårt att handskas med helheter och fortsätta med följande uppgift, handlandet sker långsamt och systematiken avtar. (Erkinjuntti et al, 5).

Deltagare C och D har båda Alzheimersdemens. Vid jämförelse av data mellan deltagare C och D kan man se att deltagare D har flera variabler som står för att man behöver lite hjälp under tidsintervallet mellan vecka 1-4 enligt den tillämpade versionen av VQ-s formuläret, i jämförelse med deltagare C under samma tidsintervall. Deltagare D har en jämn fördelning av de sammanställda variablerna under vecka 1-4. 50 % står för bundet beteende och 50 % står för eget initiativtagande. Deltagare C har en större spridning av de procentuella andelarna för de olika variablerna för vecka 1-4. Deltagare C har variabler som står för passiv 2,38 %, osäker 38,10 % och bundet beteende med 59,52 %.

För tidsintervallet från vecka 5-8 har deltagare C gjort en ökning av de variabler som står för att man behöver lite hjälp så att spridningen av de procentuella andelarna står för variablerna för osäker med 2,78 %, bundet beteende med 69,44% och eget initiativtagande 27,78 %. Antalet variabler för den egna initiativtagande har ökat betydligt för vecka 5-8 till 27,78 % i jämförelse med resultaten från vecka 1-4 då 0 % stod för eget initiativtagande. Deltagare D har under vecka 5-8 ökat sin procentuella andel för eget initiativtagande till 66,67 % från tidigare 50 %. Deltagare C har sämre poängsättning för RAI:s ADL och CPS poäng (ADL/CPS =3), se även tabell 3, i jämförelse med deltagare D med RAI:poängen enligt följande (ADL/CPS = 2). Att deltagare D enligt resultaten har bättre motivation kunde förklaras utgående från att hon har bättre utgångsläge gällande kognitiva funktioner och funktionsförmåga gällande ADL-aktiviteter. Deltagare C: s spridning av variablerna under det första tidsintervallet från vecka 1-4 kunde också förklaras utgående från RAI:s poängsättning och tänkas att kognitionen och funktionsförmågan i ADL haft en negativ inverkan på deltagarens motivation vid gruppträningstillfället.

Deltagare B är den enda i gruppen med Lewykroppsdemens. Deltagare B hade en spridning av variablerna enligt procentuella andelar för: osäker 11,90 %, bundet beteende 85,71 %, och eget initiativtagande 2,38 % under tidsintervallet mellan vecka 1-4. Deltagare B:s procentuella andel för eget initiativtagande hade under tidsintervallet från vecka 5-8 ökat betydligt från 2,38 % till 41,67 %, vilket kan ses som att deltagare B: motivation blivit bättre under den åtta veckor långa tidsperioden. Resultaten kan även för deltagare B tolkas som att man kan se en skillnad i deltagare B:s motivation om man jämför tidsperioden från vecka 1-4 då gruppträningen gjordes utan redskap med tidsperioden från vecka 5-8 då gruppträningen gjordes med redskap. Under tidsperioden från vecka 5-8 har deltagare B betydligt flera variabler som tyder på ökad motivation.

Då man ser på innehållsanalysen från deltagarnas svar på hur de själva ansett att de klarat sig i gruppen, så är de flesta kommentarerna av positiv art (bilagor 1 och 2). Gruppträningens innehåll har inte enligt resultaten från innehållsanalysen inverkat på deltagarnas egna inställning till upplevelsen av hur de själva upplevt att de klarat sig i gruppen. Kommentarererna är likartade under båda tidsintervallerna vecka 1-4 och vecka 5-8. Deltagare C sticker ut med sina kommentarer. Hennes svar är av en mera negativ art i jämförelse med de andra gruppmedlemmarna. Om man jämför deltagare C:s RAI-poäng

med de andra gruppmedlemmarna så har hon de högsta poängen tillsammans med gruppmedlem B, se tabell 3. Deltagare C:s svar kunde också förklaras med att hon har nedsatt syn och härmed fått en annorlunda upplevelse av själva grupptillfället i jämförelse med de andra gruppmedlemmarna med normal syn. Deltagare C:s individuella upplevelse kan på så sätt ha inverkat på motivationen vid gruppträningstillfällena.

Innehållsanalysen angående samtalsämnet med temat kaffe är rätt så intressant. Kaffe tycks ha varit ett ämne som berört alla gruppmedlemmar. Se bilaga 3 och 4. Från vecka 1-4 kan man se gruppträningstillfällena 24.2, 2.3 och 9.3. då gruppmedlem C och D inte diskuterat kring ämnet. Från vecka 5-8 diskuterade deltagare C om ämnet alla gånger, medan gruppmedlem D inte diskuterade om ämnet varje gång. Det kan tänkas att deltagare C och D inte diskuterade kring ämnet varje gång eftersom en del andra gruppmedlemmar började diskutera tidigare än dem. Deltagare B diskuterade ofta om att sälja och dricka kaffe. De resterande gruppmedlemmarna A och E diskuterade om olika ämnen gällande kaffe och deltog nästan varje gång i diskussionen. Märkbart är att deltagare E vid varje tillfälle kom ihåg att vi vid det senaste grupptillfället diskuterat om kaffe. Vakenhetsgrad och tidigare händelser samma dag, samt livshistorien hos deltagarna har säkert inverkat diskussionen kring temat.

Om vi jämför resultaten från min studie till tidigare gjord forskning och ser på MMSE poängen kan man dra en parallell till tidigare forskning av Gustafson et al (2006). Gustafson et als forskning tyder på att träning med högintensitets funktionella övningar lämpar sig för äldre människor boende på åldringscentrum, och som är beroende av hjälp i ADL-aktiviteter, med MMSE poängsättning över 10, oberoende av kognitiv status. Resultaten från min studie visar sig i likhet med Gustafson et al (2006) studie att gruppträningen var lämplig för alla gruppmedlemmarna boende på ålderdomshemmet. Gruppmedlemmarna var alla likaså i behov av hjälp med ADL-aktiviteter och alla gruppmedlemmar i min studie hade även MMSE poängen över 10.

Resultaten från min studie kan även tolkas som att själva uppsättningen av gruppträningen varit lämplig. Det var lämpligt att göra gruppträningen i form av en cirkelformation. Som ledare hade jag lätt att få kontakt med alla deltagare och ge handledning vid behov. Resultaten från min studie kan även tolkas som att gruppträningens innehåll, där

musik använts som en del av träningen varit lämpligt för gruppmedlemmarna. Spontant var att gruppmedlem B, D, och E sjöng till låtarna från vecka 2 framåt, vid alla tillfällen de deltog i. Deltagare B påpekade många gånger hur bra hon tyckte att musiken var. Man kunde tänka sig att deltagarna kopplat ihop musiken med tidigare upplevelser och i detta fall uttryckt den fina känslan i stunden. Härmed gav musiken även en möjlighet för gruppmedlemmarna att reagera spontant till stimuli i stunden.

Liknande uppsättning och gruppträningsinnehåll är även använt i tidigare studie av De Weert et al (2004). Där de undersökte hur musikbaserad träning påverkade humöret och de kognitiva funktionerna hos personer med demens. Vid grupptillfället gjorde deltagarna dansövningar sittande, i en cirkelformation så att alla kunde se ledaren för gruppen. Övningarna gjordes till musik genom muntlig handledning och genom att se på instruktören. Övningarna i De Weert et al (2004) studie fokuserade på att öka ledrörligheten, samt på att stärka muskulaturen för övre- och nedre extremiteterna, samt bälten. Övningar med samma ändamål användes i min studie och övningarna kan anses lämpliga. Resultaten av De Weert et al (2004) studie påvisade att musikbaserad gruppträning lämpar sig för demenspatienter med mellansvår till svår grad av demens. Den underliggande mekanismen för resultaten står oklar och vidare undersökning krävs för att med klarhet kunna säga vad fenomenet beror på. Ett antagande är att träningen hindrar vidare utveckling av fysisk funktionsnedsättning. Samma gäller för detta examensarbete. Det står oklart ifall resultaten där jag mätt motivationen, beror på gruppträningsinnehållet eller av inverkan av tidsintervallet under vilken gruppträningsmodellerna gjorts.

För att vidare stärka lämpligheten av själva gruppträningsinnehållet där det implementerats element för att träna upp handlingsförmågan. Kan vi dra en parallell till Kautiainen et al (2011) undersökning, där träningen för äldre hemma boende personer med Alzheimers demens hade liknande träningsinnehåll som användes vid gruppträningen i mitt examensarbete. Kautiainen et al (2011) träning innehöll också balans- och styrketräning, samt träningsmoment för att träna upp handlingsförmågan. Resultaten från min studien tyder på att träningsinnehållet med element för att träna upp handlingsförmågan, ADL-funktioner och upprätthålla kognitiva färdigheter lämpade sig för äldre minnessjuka personer.

Kurki et al (2011) skriver om forskning (Foster & Valentine 2001 och Irsih et al 2006) där användandet av bakgrundsmusik fungerat för minnessjuka personer, för att återkalla minnen från barn- och ungdomen. Om vi ser på innehållsanalyserna (bilaga 3 och 4), där deltagarna diskuterat kring ämnet kaffe. Kan tänka sig att samma fenomen uppkom vid min studie, som vid de forskning som Kurki et al 2001 nämner. Då gruppmedlemmarna vid grupptillfället lyssnade till texten om kaffe och sedan diskuterade utgående från temat. Det kan tänkas att gruppmedlemmarna genom att lyssna till texten kunde relatera till tidigare minnen och väcka de kognitiva funktionerna. Musiken som gruppmedlemmarna lyssnat på tidigare under gruppträningsstillfälle kan också ha haft ett inflytande på deltagarnas diskussion.

6 DISKUSSION

I detta kapitel diskuteras metoden för examensarbetet och resultat från studien. Senare i kapitlet görs etiska reflektioner.

6.1 Metoddiskussion

Jag anser att fallstudie metoden var lämplig för att utföra studien. Med fallstudie metoden gör man en undersökning av en speciell händelse eller situation. Med den intensiva designen vill man få en heltäckande förståelse mellan personen som studeras och omgivningen, samt individens upplevelser. I mitt examensarbete användes fallstudie metoden för att observera fem äldre minnessjuka personers motivation vid gruppträningsstillfällena. Under en tidsperiod på åtta veckor, sammanlagt 14 gånger. Metoden visade sig vara rätt så arbetsdryg eftersom studien sammanlagt bestod av 14 stycken observationsstillfällena och därför hade det varit bra att göra arbetet tillsammans med någon annan. I mitt examensarbete har jag argumenterat för att beskrivningen av mina observationer är riktiga. Validiteten av studien stärks av att flera personer argumenterar för att beskrivningen är riktig. Beskrivningen av studien kunde ha fått bättre validitet, ifall jag gjort examensarbetet tillsammans med någon studiekamrat och på det viset hade haft flera personers åsikt om innehållet.

Resultaten kunde också ha sett annorlunda ut ifall innehållet och data analyserats tillsammans med någon annan. Det hade även varit en fördel med att vara flera om att göra studien eftersom man kunnat göra en arbetsfördelning t.ex. vid observationerna. I och med arbetsfördelningen hade det varit möjligt att använda den ursprungliga versionen av VQ-s formuläret, vilket gett bättre reliabilitet av studien. I mitt examensarbete använde jag en tillämpad version av VQ-s formuläret. Nackdelen med att tillämpa ett färdigt utvecklat formulär är att reliabiliteten kan påverkas negativt. Man kan inte heller jämföra resultaten med andra studier som använt sig av VQ-s formuläret, eftersom resultaten i och med tillämpningen inte kommer att vara jämförbara med resultat man fått med hjälp av den ursprungliga versionen av VQ-s formuläret. En fördel var att använda sig av ett färdigutvecklat formulär som bas för att bygga upp den egna observationsblanketten och att utgående från det färdiga formuläret plocka ut de mest relevanta delarna, var att det ursprungliga formuläret använts tidigare och ansetts fungera tidigare.

I mitt examensarbete användes innehållsanalys för att tolka det material jag samlat in om de faktiska förhållandena. Jag använde mig av samma faser som Jacobsen 2007 använder sig av vid innehållsanalys. I mitt examensarbete motsvarade detta en tolkning av deltagarnas motivation, vid gruppträningsstillfällena och en tolkning av ifall gruppträningsinnehållet haft en inverkan på deltagarnas motivation. Min innehållsanalys hade fått bättre validitet ifall en annan forskare hade gjort en kategorisering. (Jacobsen 2007:165), i detta fall kunde man tänka sig att jag gjort examensarbetet tillsammans med någon annan. Men å andra sidan har jag använt mig av en sorts färdig kategorisering då jag använt mig av en tillämpad version av VQ-s formuläret vilket betyder att kategoriseringen redan gjorts av andra personer, vilket i sin tur ger ett lyft åt validiteten.

För att ge stöd åt innehållsanalysen gjorde jag en kvantitativ analys av de olika variablerna från VQ-s formuläret. Jag anser att resultaten och tolkning av data från min studie var lätta att göra genom att använda sig av samma steg som Jacobsen 2007 använder sig av vid innehållsanalys.

Studiens reliabilitet kan ha påverkats av undersökareffekten. Det finns en chans att gruppmedlemmarna kan ha påverkats av undersökaren, i detta fall av mig och att jag

påverkats av de relationer som uppstått under själva datainsamlingsprocessen under de åtta veckorna som datainsamlingen skett. Likaså kan reliabiliteten ha påverkats eftersom jag arbetat på ålderdomshemmet och antagligen förhållit mig annorlunda till gruppmedlemmarna ifall jag inte sett gruppmedlemmarna före undersökningen. Samtidigt tror jag att gruppmedlemmarna likaså kunde ha reagerat annorlunda ifall jag varit en helt ny person. Det är svårt att avgöra hur bra personerna verkligen känner igen mig på grund av minnessjukdomen. Kontexteffekten för studien kan ses reliabel eftersom gruppträningen ägde rum, där deltagarna själva var boende. Ifall gruppmedlemmarna hade gjort gruppträningen i en onaturlig miljö t.ex. utanför ålderdomshemmet kunde detta ha haft en inverkan på kontexteffekten och deltagarnas motivation, samt beteende vilket säkert i sin tur hade påverkat resultaten. Trovärdigheten av anteckningarna säkrades genom studien genom att använda samma observationsblankett vid varje tillfälle. Såklart kan reliabiliteten av studien ha påverkats av min personliga syn på observationen, men eftersom att jag använt mig av en observationsblankett kan andra forskare i fortsättningen använda sig av samma observationsblankett vilket i sin tur ger ett lyft åt reliabiliteten.

6.2 Resultatdiskussion

Det gick att se skillnader i bundet beteende och eget initiativtagande gällande motivationen hos deltagarna vid de olika gruppträningstillfällena. Även ifall resultaten tyder på att personernas motivation gällande variabelerna för eget initiativtagande ökat för vecka 5-8 i jämförelse med vecka 1-4, är det svårt att säga om deltagarnas motivation inverkas positivt av gruppträningssinnehållet eller om tidsperioden på åtta veckor gjort att deltagarnas motivation fått ett lyft. Eftersom deltagarna använt sig av redskap vid gruppträningen från vecka 5 fram till vecka 8 kan det vara att gruppmedlemmarna riktat fokus på själva utförandet av rörelserna och inte på de brister eller funktionsnedsättningar de har och härmed haft bättre motivation. Å andra sidan kan det också ses som att deltagarna från vecka 5 framåt haft en bra grund och blivit bekanta med gruppen och känt igen musiken och härmed haft bättre motivation vid gruppträningstillfällena från vecka 5-8. Med minnessjuka äldre personer är det svårt att veta hur de upplever sig själva i förhållande till sin omgivning och hur de ser sig själva och därför är det också svårt att bedöma om gruppträningssinnehållet, där vi använt redskap, verkligen gett bättre resultat eller om detta berott på själva situationen och tillfället. Eftersom grupp-

medlemmarnas diagnoser är olika är det inte möjligt att dra gemensamma slutsatser av resultaten för hela gruppen, även om gruppen varit homogen gällande kön. Eftersom urvalet i kvalitativa studier ofta är vinklade, vilket fallet också är i mitt examensarbete kommer resultaten inte att vara representativa för hela populationen (Jacobsen 2007:167). Detta betyder att resultaten från mitt examensarbete inte kan tillämpas på alla minnessjuka äldre personer i Finland boende på ålderdomshem. Resultaten från min studie är vinklade till den lilla gruppen på fem personer utvalda på basen av RAI-poängsättningen.

6.3 Etiska reflektioner

De forskningsetiska kraven tillgodosågljdes genom hela forskningen. Studien påbörjades först efter att ha fått lov av Arcadas etiska kommitté samt Socialstyrelsens etiska råd att utföra studien. Informerat samtycke tillbads av alla deltagare och närmaste anhöriga innan studien påbörjades. Deltagarna och deras närmaste anhöriga fick ett informationsbrev och gav skriftligt lov att de var villiga att delta i studien. Informationsbrevet var skrivet på lättförståeligt språk, så att deltagarna och de närmaste anhöriga kunde förstå vad de läste och gav sig in på. Alla som tillbads att delta i studien, var villiga att delta. Frivilligheten beaktades med att låta deltagarna själva bestämma om de kom till gruppträningstillfällena. Anonymiteten säkrades genom studien genom att presentera deltagarna som deltagare a, b, c, d och e i examensarbetet. Vid observationerna användes även samma kodning på observationsblanketterna för att säkra anonymiteten. Ytterligare för att säkra anonymiteten och ge skydd för privatlivet har namnet på ålderdomshemmet inte nämnts i examensarbetet. Blanketterna för informerat samtycke och lovan-sökningsblanketterna till Socialstyrelsen har inte bifogats, för att säkra skydd för privatlivet hos deltagarna.

7 KONKLUSION

Jag anser att båda gruppträningmodellerna (bilaga 7 och 8) planerade för minnessjuka äldre personer lämpat sig för målgruppen. Det gick att se skillnader i deltagarnas moti-

vation gällande bundet beteende och eget initiativtagande vid gruppträningsstillfällena. Antalet sammanräknade variabler för eget initiativtagande ökade för alla deltagare från vecka 5-8 i jämförelse med vecka 1-4. Observationerna gjorda med hjälp av den tillämpade versionen av VQ-s formuläret tyder på att gruppmedlemmarnas motivation vid gruppträningsstillfällena ökat i jämförelse med de första fyra veckorna till de resterande fyra veckorna. Resultaten visade även att deltagarna hade flera variabler som stod för hög motivationsnivå, då gruppträningen gjordes med redskap. Avslutningsvis kan jag konstatera att musikbaserad gruppträning med innehåll av övningar med fokus på ADL-aktiviteter och kognitionen, samt med innehåll för att främja funktionsförmågan lämpar sig för äldre minnessjuka personer med RAI-poängsättningen för ADL mellan 2-3 och för CPS mellan 2-4. Den geroteknologiska innovationen Sävelsirkku och dess musikarkiv visade sig ge bra stöd till gruppträningen och musikarkivet hade ett innehåll med lämplig musik för målgruppen i fråga. I fortsättningen är det meningen att andra fysioterapeuter och användare av den geroteknologiska innovationen Sävelsirkku skall kunna använda de två färdigt utvecklade gruppträningsmodellerna för att främja och ge stöd åt äldre minnessjuka personers funktionsförmåga.

8 IDÉER TILL FORTSATT FORSKNING

Eftersom antalet minnessjuka personer inom de närmaste åren kommer att öka kommer även behovet av fortsatt forskning att öka. Som fysioterapeut kommer man sannolikt att ha kundkontakt med minnessjuka personer och därför är forskning för fysioterapeutiskt syfte mycket viktigt. Forskningen är viktig för att man i fortsättningen skall kunna handla så ändamålsenligt som möjligt med målgruppen i fråga. Det skulle vara intressant att veta hur gruppträning för minnessjuka äldre personer inverkar på personernas funktionsförmåga i ett tidigare skede av insjuknande, före personerna blir bosatta på ålderdomshem. För mätningar av denna art krävs mer djupgående och resurskrävande mätningar av funktionsförmågan hos de personer som testas. Det skulle även vara av nytta att undersöka hur äldre minnessjuka personers motivation påverkas i ett tidigare skede av insjuknandet. På detta sätt kunde man få information om man ytterligare kunde göra något för att förebygga nedsättningen av den fysiska funktionsförmågan.

KÄLLOR

Ahvo Leea, Eloniemii-Sulkava Ulla, Helkala Eeva-Liisa, Huusko Tiina, Käyhty Maija, Semi Taina, Sulkava Raimo, Valvanne Pirkko, Viramo Petteri. 2001/4. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen, opas amattihenkilöstölle. Suomen dementiahoito yhdistys ry. S. 5, 29. Tillgänglig: http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas_web.pdf Hämtad: 15.8.2011

Atula Sari. 2011/27/9. Kuntoutus muistisairauksissa. Kustannus Oy Duodecim. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00860&p_haku=minnessjukdomar Hämtad: 22.1.2012

Cano M.M, Djabelkir L, Guétin S, Messaoudi M, Olsen A.F, Picot M.C, Pommié C, Portet F, Touchon J. 2009. *Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study*. Dement Geriatric Cognitive Disorders. S. 45. Tillgänglig: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=000229024&typ=pdf> Hämtad: 16.2.2012

Cornoldi Cesare, Faitfield Beth, Mammarella Nicola. 2007. *Does music enhance cognitive performance in healthy older adults? The Vivaldi effect*. Aging Clinical and Experimental Research. Vol. 19, No. 5. Tillgänglig: http://www.brandimontelab.it/pubpdf/nmam/aging_07_57%20Mammarella.pdf Hämtad: 16.2.2012.

Cuddy Lola L, Duffin Jacalyn. 2004. *Music, memory, and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed?* Medical Hypotheses 64. Tillgänglig: <http://www.queensu.ca/psychology/mcl/MusicAndMemoryProject/cuddyduffin2005.pdf> Hämtad 16.2.2012

Drapeau Joanie, Gagnon Lise, Gosselin Nathalie, Lorrain Dominique, Peretz Isabelle. *Emotional Recognition from Face, Voice, and Music in Dementia of the Alzheimer Type Implications for Music Therapy*. The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity. Tillgänglig: http://www.brams.umontreal.ca/plab/downloads/NYAS_jd.pdf Hämtad: 16.2.2012

De Weerdt Willy, de Winckel Ann Van, Feys Hilde. 2004/18. *Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia*. Clinical Rehabilitation. Tillgänglig: Academic Search Elite. Hämtad: 11.10.2011

Eloniemi-Sulkava Ulla, Viramo Petteri. 2001/4. *Toimintakyvyn kartoittaminen ja seuranta. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen*. Opas ammattihenkilöstölle. Novartis Finland Oy. Tillgänglig: http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas_web.pdf. Hämtad: 15.8.2011

tad: 15.8.2011

Erkinjuntti Timo, Juva Kati, Sulkava Raimo. Vaskulaarinen dementia. Janssen-Cilag. S. 3-5.

Gustafson Yngve, Lindelöf Nina, Littbrand Håkan, Lundin-Olsson Lillemor, Nyberg Lars, Rosendahl Erik. 2006. *A High-Intensity Functional Wight-Bearing Exercise Program for Older People Dependent in Activitys of Daily Living and Living in Residential Care Facilities: Evaluation of the Applicability With focus on Cognitive Function*. Vol 86 nr 4, s. 489-497.

Hakala Susanna, Koskenniemi Jaana, Leno-Kilpi Helena, Suhonen Riitta. 2011/ 3. Muistipotilaan parhaat hoitotyökäytännöt, -tutkimustyöllä toiminnan kehittämiseen. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. S.18-19.

Heimonen Sirkkaliisa, Juva Kati, Pirttilä Tuula, Pöyhönen Minna. Dementiasairaudet työikäisillä. Janssen-Cilag. S. 2-5.

Heimonen Sirkkaliisa, Voutilainen Päivi. 2006. Avaimia arviointiin Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Edita Prima Oy. S. 9.

Heimonen Sirkkaliisa, Voutilainen Päivi. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. STUDIA. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy. S. 51-55, 58-62, 67-71, 126-130.

Hunter Patric G, Nakata Takayuki, Schellenberg E. Glenn, Tamoto Sachiko. 2007. *Exposure to music and cognitive performance: tests of children and adults*. Society for Education, Music and Psychology Research. Tillgänglig: <http://grizzlie.utm.utoronto.ca/~w3psygs/PsychOfMusic2007.pdf> Hämtad: 16.2.2012.

Hänninen Tuomo, Jäkälä Pekka, Ylinen Aare. 2001. Kognitiivisten toimintojen neurobiologinen tausta. Muistihäiriöt ja Dementia. Kustannus Oy Duodecim. S. 57-58, 63-65.

Jacobsen Dag Ingvar. 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur. S. 20, 25, 26, 60-61, 98, 108-111, 116, 121, 139, 140, 142, 156, 157, 165-167, 169, 170-172.

Juva Kati. Frontaalinen eli otsalohkodementia. Janssen-Cilag. S. 2-5.

Jyväskylän Yliopisto, Chydenius Instituutti. 2004. RAI käsikirja. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. S. 43, 66.

Kane Michael N. 2002. *Awareness of ageism, motivation, and countertransference in the care of elders with Alzheimer's disease*. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. Volume 17, Number 2. S.103.

Karvinen Elina. 1994. Iloisesti ikääntyen, ikääntyvien liikunnalliset harjoitteet. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. S. 13,25-26, 185-187.

Kautiainen Hannu, Laakkonen Marja-Liisa, Pitkala Kaisu H, Raivio Minna M, Strandberg Timo E, Tilvis Reijo S. 2011. *Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer's disease - a randomized, controlled trial. Study protocol*. Tillgänglig:

<http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-11-92.pdf>. Hämtad: 3.1.2012

Kurki Merja, Laitinen Sari, Numminen Ava, Rantanen Pekka, Särkämö Teppo, Tervaniemi Mari. 2011. *MUISTAAKSENI LAULAN: MUSIIKIN KÄYTTÖ MUISTISAIRAIDEN MIELIALAN, ELÄMÄNLAADUN JA KOGNITIIVISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA*. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10. Tillgänglig: http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=muistaakseni%20laulan%3A%20muusikin%20k%C3%A4ytt%C3%B6&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.miinasillanpaa.fi%2Fdocument.php%3FDOC_ID%3D258%26SEC%3D28867a14cb498e262b5f2bf592fa4c46%26SID%3D1&ei=S3ZTT7UC4o3iBOmqsLAN&usg=AFQjCNHVSymb0Km6R2FYExibt4kL11depg&cad=rja.pdf Hämtad:22.1.2012

Merriam Sharan B. 1994. Fallstudien som forskningsmetod. Studentlitteratur. S. 24,49, 51-54, 102, 104, 106, 110-111.

Pirttilä Tuula. Alzheimerin tauti. Janssen-Cilag. S. 4-8.

Pesonen Mirjami, Virtanen Laura. 2009. Tahdon asia The Volitional Questionnaire - arviointimenetelmän käyttöönotkokokemuksia Kanta-Hämeen keskussairaalan nuorisopsykiatrian toimintaterapiassa. S. 6, 8, 10-12. Tillgänglig: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2875/tahdonas.pdf?sequence=1> Hämtad: 22.1.2012

Roxendal Gertrud. 1985. Levande människa, kropp och rörelse i terapi, om kroppskännesomsträning och koncentrativ rörelseterapi. Smp TRYCK. S. 60.

Ruuskanen Jaana. 2002/3. Dementialiikuntaopas, liikuntapedagoginen ja – didaktinen opas dementiapotilaan liikunnan ohjaamiseksi. Raportti Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja 3/2002. S.11.

Sormunen Saila, Topo Päivi. 2006/4. Musiikki dementiahoidon voimavarana. Dementia uutiset. S 24-25.

Sulkava Raimo. Lewyn kappaletauti. Janssen- Cilag. S. 3-5.

Thaut. H. Michael. 2008. Rhythm, music and the brain. Scientific Foundations and clinical applications. Taylor & Francis. S. 57-58,79.

Vataja Risto. 2001. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim. S. 94-95.

Vataja Risto. 2003/3. Käytösoireet kuuluvat dementiaan. Dementia uutiset. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu. S.14-15.

Vuori Ilkka. 2010/2. Iäkkäiden liikunta. Osteo. Suomen Osteoporoosiliiton jäsen- ja tiedotuslehti. S. 7-9.

WHO. 2012. Definition of an older or elderly person. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> Hämtad:12.01.2012.

9 BILAGOR

Bilaga 1. Innehållsanalys för fråga om hur det gick i gruppen, vecka 1-4

Kategori	A	B	C	D	E
Fråga Hur gick det för dig idag i gruppen?					
15.2.2012	Inte alls tokigt. Lämpliga vänner.	Riktigt bra grupp.	(inget svar)	-	-
17.2.2012	Riktigt bra, flunsan tar på.	Det var riktigt trevligt.	Det gick riktigt bra	Fastän det var första gången jag var med så gick det bra.	-
22.2.2012	Bra gick det.	Det var trevligt	Svårt att säga	Bra	Det var så trevligt
24.2.2012	Bra gick det och trevligt var det.	Bra gick det.	Roligt var det.	Riktigt bra.	Det gick rimligt.
29.2.2012 ledaren sjuk	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp
2.3.2012	Bra	Det var trevligt	Hur det nu sen var	Bra gick det	Trevligt var det
7.3.2012	Det var trevligt	Bra gick det väll	Helt okej	-	Bra gick det
9.3.2012	Riktigt bra	Allt var bra	Riktigt trevligt	Bra gick det	Bra gick det tillsammans med gruppen

Bilaga 2. Innehållsanalys för fråga om hur det gick i gruppen vecka 5-8.

Kategori	A	B	C	D	E
14.3.2012	Bra	Bra	Bra	Bra	Bra
16.3.2012	Det gick riktigt bra	Det var trevligt	-	Inget svar	Bra gick det
21.3.2012	Tack, det gick riktigt bra	Det gick nog, nu är jag trött och toa nödig.	Nu blev jag lat.	Inget svar	Det gick annars bra förutom att jag blev lite sen
23.3.2012	Riktigt bra tack	Det gick bra och nu är jag trött	Det gick bra tillsammans med gruppen	Inget svar	Nog gick det ju
28.3.2012	Det var trevligt i gruppen	Det gick som det gick	Inget att hurra för	Helt okej	Det gick rimligt.
30.3.2012	Det var lika trevligt som tidigare	Sii, det gick bra	Bra gick det.	Tack bra	Tack bra

Bilaga 3. Innehållsanalys, samtalsämnen gällande kaffe vecka 1-4

Kategori	A	B	C	D	E
Samtalsämnen gällande kaffe					
15.2.2012	Grekiskt kaffe, olika sätt att rosta kaffe, kaffekokare	Kaffedopp	Ingen diskussion	-	-
17.2.2012	Ingen diskussion	Köpte sitt kaffe från butiken, behövde inte koka själv	Kokade med maskin och köpte kaffe på erbjudande	Drack förut mycket kaffe. Frågade efter kilopris	-
22.2.2012	Kafferost	Hur man sålde kaffe	Kokade tidigare dagligen och drack kaffet svart.	Kokade sitt kaffe med en vanlig kaffekokare.	Kaffeclairning
24.2.2012	Mjölkkade kossan för att få mjölk till kaffet.	Kaffe tillreddes med en brenner	Inget svar	Dricker sitt kaffe svart.	Kaffeponna blev på botten, då man kokade kaffe.

29.2.2012 ledaren sjuk	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp	Ingen grupp
2.3.2012	Man åt kex till kaffet.	Jag har både sålt och druckit kaffe	Ingen diskussion	Ingen diskussion	Kaffetanden värker
7.3.2012	Kaffeklarning	Olika kvalitet av kaffe	Dricker sitt kaffe två gånger om dagen och gärna svart	-	Olika kaffe sorter
9.3.2012	Först malde man kaffet i en kvarn och sedan kokade man kaffe på pannan	Kaffe är till för att säljas	Tycker om nykokat kaffe	Ingen diskussion	Kokade sitt kaffe förut på spisen.

Bilaga 4. Innehållsanalys, samtalsämnen gällande kaffe vecka

5-8

Kategori	A	B	C	D	E
14.3.2012	Kaffetermosar	Kvaliteten av kaffe	Kaffe blir gott om man kokar med en bra kaffekokare	Man var tvungen att koka mycket kaffe	Kaffe är gott
16.3.2012	Olika sorters pannor	Man sålde kaffe och drack kaffe	-	Ingen diskussion	Kaffeklarning
21.3.2012	Juhlamokka är det bästa kaffet	Då var jag ju ett barn, men kaffe drack jag	Del av måltid	Det ger kraft åt människan.	På morgonen så man vaknar behöver man en kopp kaffe
23.3.2012	Kaffe gör en pigg	Lagade kaffe tre gånger om dagen	Olika kaffepaket och burkar.	Ej diskussion	Kokade kaffe på spisen.
28.3.2012	Juhlamokka är mitt favorit kaffe	Kaffe sätter man i koppen och dricker	Trevlig dryck	Varje dag vill man ha kaffe och gott kaffe är en bra dryck	Man snurrade om i kaffe kvarnen med en spake.
30.3.2012	Tycker om att servera kaffe till andra och dricka kaffe tillsammans	Dricker gärna kaffe	Vet inte vad hon skall svara	Kaffe är bra för man blir pigg av	Tycker samma som vid de tidigare tillfällena

	med trevligt sällskap			kaffe	
--	--------------------------	--	--	-------	--

Bilaga 5. Sammanställning av kvantitativt data utgående från den tillämpade versionen av VQ-s formuläret vecka 1-4

A		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar				6	1
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet				1	6
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				3	4
	Visar målmedvetenhet				7	
Uppnående	Prövar nya uppgifter				7	
	Påbörjar en funktion /uppgift				2	5

Datum för deltagande: 15.2, 17.2, 22.2, 24.2, 2.3,7.3, 9.3.

B		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar				7	
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet			2	5	
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation			1	6	
	Visar målmedvetenhet			2	5	
Uppnående	Prövar nya uppgifter				7	
	Påbörjar en funktion /uppgift				6	1

Datum för deltagande: 15.2, 17.2, 22.2, 24.2, 2.3, 7.3, 9.3.

C		E/O	P	O	B	E / I
Undersökande	Söker utmaningar			2	5	
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet			1	6	
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation			6	1	
	Visar målmedvetenhet		1	3	3	
Uppnående	Prövar nya uppgifter			2	5	
	Påbörjar en funktion /uppgift			2	5	

Datum för deltagande: 15.2, 17.2, 22.2, 24.2, 2.3, 7.3, 9.3.

D		E/O	P	O	B	E / I
Undersökande	Söker utmaningar				5	
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet					5
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				5	
	Visar målmedvetenhet				5	
Uppnående	Prövar nya uppgifter					5
	Påbörjar en funktion /uppgift					5

Datum för deltagande: 17.2, 22.2, 24.2, 2.3, 9.3.

E		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar				1	4
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet				1	4
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				1	4
	Visar målmedvetenhet				5	
Uppnående	Prövar nya uppgifter					5
	Påbörjar en funktion /uppgift					5

Datum för deltagande: 22.2, 24.2, 2.3, 7.3, 9.3.

Bilaga 6. Sammanställning av kvantitativt data utgående från den tillämpade versionen av VQ-s formuläret vecka 5-8

A		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar				3	3
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet					6
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				2	4
	Visar målmedvetenhet				3	3
Uppnående	Prövar nya uppgifter				4	2
	Påbörjar en funktion /uppgift					6

Datum för deltagande: 14.3, 16.3, 21.3, 23.3, 28.3, 30.3.

B		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar				3	3
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet				3	3
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				4	2
	Visar målmedvetenhet				3	3
Uppnående	Prövar nya uppgifter				4	2
	Påbörjar en funktion /uppgift				4	2

Datum för deltagande: 14.3, 16.3, 21.3, 23.3, 28.3, 30.3.

C		E/O	P	O	B	E / I
Undersökande	Söker utmaningar				4	2
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet				6	
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation			1	3	2
	Visar målmedvetenhet				6	
Uppnående	Prövar nya uppgifter				3	3
	Påbörjar en funktion /uppgift				3	3

Datum för deltagande: 9.3, 14.3, 21.3, 23.3, 28.3, 30.3.

D		E/O	P	O	B	E / I
Undersökande	Söker utmaningar				3	3
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet				2	4
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation				4	2
	Visar målmedvetenhet				3	3
Uppnående	Prövar nya uppgifter					6
	Påbörjar en funktion /uppgift					6

Datum för deltagande: 9.3, 14.3, 21.3, 23.3, 28.3, 30.3.

E		E/O	P	O	B	E /I
Undersökande	Söker utmaningar					6
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet					6
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation					6
	Visar målmedvetenhet					6
Uppnående	Prövar nya uppgifter					6
	Påbörjar en funktion /uppgift					6

Datum för deltagande: 9.3, 14.3, 16.3, 21.3, 23.3, 28.3, 30.3.

Bilaga 7: Gruppträningsmodell (vecka 1-4, utan redskap)

Välkomstord, diskussion, höra hur alla har det	
Töjning utan musik	
	
Töjning av baklåren	Lyft båda armarna främre vägen upp mot taket för ned. Rörelse för att upprätthålla ROM och flexion av axelleden.
	
Sidoböj/lateralflexion. Rörelse för att upprätthålla rörligheten av ryggraden och töja ut spända muskler.	Lyft armen främre vägen upp och för ner från sidan. Rörelse för att upprätthålla ROM av axelleden, flexion och abduktion.
Käymme yhdessä ain, Tapani Kansa	



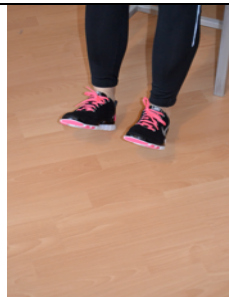
Marchering på plats. För att sätta igång blodcirkulationen.

Skaka hand med bredvid sittande deltagare. Social interaktion och socialt bemötande av andra gruppmedlemmar. Rotation av bröstryggraden, adduktion av axelleden.



Räck händerna till deltagaren bredvid dig. Lyft händerna främre vägen mot taket och sänk till ursprungsläge. Flexion/ extension för armarna. Öppnande övning för bröstkorgen.

Kuin silloin ennen: Jarkko ja Laura



Utgångsläge


Böj och sträck vristerna för att förbättra perifert blodflöde och aktivera vristernas muskulatur.

	
<p>Sträck armarna tur vis framför kroppen. Ökar cirkulationen i övre kroppen, rotation för ryggraden.</p>	<p>För motsatt arm bakom kroppen böj arm-bågsleden.</p>
<p>Lyssna till text om att brygga kaffe / diskussion</p>	
<p>Jauhan kahvia: Koivunen Brita</p>	
	
<p>Föreställ dig en kaffekvarn och mal kaffebönorna. Träning för axelledens samt armarnas muskulatur.</p>	<p>För handen ut mot sidan och därifrån inåt, samtidigt som du tänker dig att du mal kaffe</p>
	
<p>Byt rörelseriktning. Lyft handen nära bröstkorgen.</p>	<p>Och sträck därefter armen långt fram.</p>


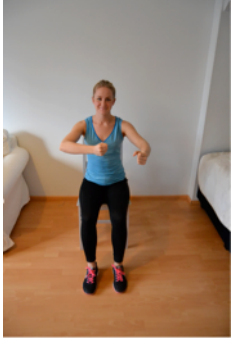
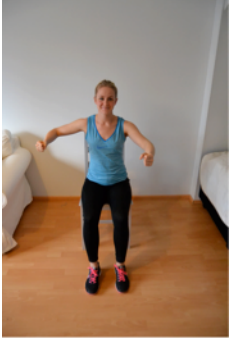
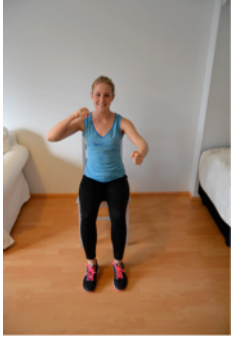

		
<p>Skaka om kaffebönorna. Rörelseriktning höger och vänster.</p>	<p>Lite tyngdöverföring utmana balansen.</p>	
<p>Utan musik</p>		
		
<p>Utgångsläge</p>	<p>Sträck och böj knäleden för att stärka muskelstyrkan i nedre extremiteterna. 2 x 10 repetitioner/ben.</p>	
<p>On lautalla pienoinen kahvila: Kipparikvartetti</p>		
		
<p>Böj ner med båda händerna mot höger vrist. Kom upp och sitta och böj sedan ner mot vänster vrist.</p>	<p>Tyngdöverföring sittande från höger till vänster. Gunga från sida till sida. Utmana sittbalansen.</p>	

		
	<p>Korsa armarna, luta framåt med överkroppen och böj fram. Byt plats på armarna och repetera. Korsrörelsen är bra träning för hjärnfunktionen.</p>	
<p>Vanhat toverit: Kipparikvartetti</p>		
		
	<p>Stigupp övningar. Assisterat eller utan assistans x 6.</p>	
<p>The Quiet earth: Kamal</p>		
<p>Avslappning</p>		

Bilaga 8: Gruppträningsmodell (vecka 5-8, med redskap)

Välkomsord, diskussion, höra hur alla har det	
Käymme yhdessä ain, Tapani Kansa	
	
Marchering på plats	Räck händerna till deltagaren breved dig. Lyft händerna främre vägen mot taket och sänk till ursprungsläge.
	
Utgångsläge.	Lyft sedan foten till sidan och tillbaka till mitten. 10 x höger 10 x vänster
Kuin silloin ennen: Jarkko ja Laura	

	
<p>Utgångsläge</p>	<p>Böj och sträck på vristerna</p>
	
	<p>För en ärtpåse under knäet, samtidigt som du lyfter foten från marken och för handen under knäet.</p>
	
<p>Ta tag i ärtpåsen med motsatt hand och börja om rörelsen i motsatt riktning.</p>	<p>För sedan ärtpåsen i en formation av en åtta under knäet, över knäet och så vidare.</p>

	
<p>Placera båda fötterna stadigt på golvet. Luta framåt med överkroppen och för ärtpåsen bakom ryggen</p>	<p>Ta fast ärtpåsen med andra handen. Repe- tera 3-5 gånger. Gör sedan samma rörelse åt andra hållet</p>
<p>Text om att brygga kaffe / diskussion</p>	
<p>Jauhan kahvia: Koivunen Brita</p>	
	
<p>Föreställ dig en kaffekvarn och mal kaffebönorna</p>	
	

	
<p>Skaka om kaffebönorna. Rörelseriktning höger och vänster</p>	
<p>Utan musik</p>	
	
<p>Utgångsläge</p>	<p>Sträck och böj knäleden för att stärka muskelstyrkan i nedre extremiteterna. 2 x 10 repetitioner / sida</p>
<p>On lautalla pienoinen kahvila: Kipparikvartetti</p>	
	

<p>Lyft ärtpåsen högt över huvudet</p>	<p>Stäck med raka armar ned mot marken och böj överkroppen ner mot främre låren.</p>
	
<p>Försök nå golvet med ärtpåsen. Upprepa rörelsen 10 ggr.</p>	<p>För ärtpåsen från höger till vänster med raka armar</p>
	
<p>Och kom tillbaka till mitten.</p>	<p>Rotera sedan till höger för att få rotation av övre brösttryggraden.</p>
	
<p>Kasta ärtpåsen upp i luften och försök fånga ärtpåsen</p>	
<p>Vanhat toverit: Kipparikvartetti</p>	

		
<p>Stigupp övningar. Assisterat eller utan assistans x 6.</p>		
<p>The Quiet earth: Kamal</p>		
		<p>Avslappning</p>

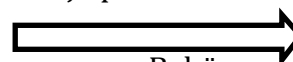
Bilaga 9: Observationsblankett

Blankett för observation

Datum: _____

Deltagare: _____

Behöver mycket
hjälp



Behöver
lite hjälp



Ökad kompetens och känsla av kontroll

		E/O	P	O	B	E/I
Undersökande	Söker utmaningar					
	Går in för att lägga till extra energi /känsla / uppmärksamhet					
Kompetens	Visar tillfredsställelse med sin prestation					
	Visar målmedvetenhet					
Uppnående	Prövar nya uppgifter					
	Påbörjar en funktion/uppgift					

E/O= Ej observerbart. Funktionen kan ej observeras.
P= Passiv. Den observerade utför ej önskad funktion.
O= Osäker. Personen tvekar och fungerar med maximalt stöd, uppmuntran och hjälp.
B= Bunden. Personen binder sig till att fungera med minimalt stöd, uppmuntran och hjälp.
E/I= Eget initiativtagande. Personen agerar med eget initiativ, utan stöd uppmuntran eller hjälp.

Hur gick det idag för dig i gruppen?

Samtalsämnen gällande kaffe:

Övrigt: