

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Terhi Kukkonen ja Niina Laitinen

MUISTISAIRAUTEEN SAIRASTUNEIDEN MIESTEN KOKEMUKSIA VOIMAA
MIEHILLE -KURSSISTA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

KUKKONEN, TERHI	Muistisairauteen sairastuneiden miesten kokemuksia
LAITINEN, NIINA	Voimaa miehille -kurssista
Opinnäytetyö	58 sivua + 29 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori, THM Merja Laitoniemi
Toimeksiantaja	Kouvolan seudun Muisti ry
Joulukuu 2009	
Avainsanat	dementia, muistisairaus, kuntoutus, moniammatillisuus, ratkaisukeskeisyys, rentoutus, toimintakyky, voimaantuminen

Työn tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa alle 70 -vuotiaana muistisairauteen sairastuneiden miesten kerhotoimintamalli osana Kouvolan seudun Muisti ry:n Tule mukaan -hanketta. Aihevalintaan vaikutti se, että vastaavanlaista muistisairaille kohdennettua toimintaa, missä toteutuvat fyysisen toimintakyvyn tukeminen kuntosaliharjoittelulla sekä psyykkisen toimintakyvyn tukeminen voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen avulla, ei ole aikaisemmin järjestetty Pohjois-Kymenlaakson alueella. Opinnäytetyö toteutettiin moniammatillisesti siten, että toteuttajina oli toimijoita julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta.

Työ rakentuu teoreettisesta viitekehystä, suunnittelusta, toteutuksesta sekä Voimaa miehille -kurssin onnistumisen arvioinnista. Teoreettinen viitekehys rakentuu demensiasairauksien ja -tietouden, dementoituneen moniulotteisen toimintakyvyn, kuntoutuksen, ratkaisu- ja voimavarakeskeisen ajattelutavan sekä rentoutuksen ympärille.

Voimaa miehille -kurssi kokosi osallistujat yhteen kahdesti viikossa kahdeksan viikon ajan; kuntosali- ja voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmiin. Osallistujia kannustettiin koko kurssin ajan myös omaehtoiseen liikkumiseen. Toiminnan onnistumista ja tarpeellisuutta mitattiin alku- ja loppukyselyillä, fyysisen toimintakyvyn alku- ja lopputestauksella, ryhmäkeskusteluin ja omien havaintojemme perusteella.

Palaute ja tulokset osoittivat, että tämänkaltaiselle, mutta jatkuvalla ja muistisairaalle kohdennetulle toiminnalle on tarvetta. Kurssin avulla pystyttiin vahvistamaan osallistujan elämänmyönteisyyttä sekä kykyä käsitellä omaa suhdettaan muistisairauteen. Kuntosaliharjoittelu ja omaehtoinen liikunta paransivat kurssilaisten fyysistä toimintakykyä sekä kokonaisvaltaista elämänlaatua ja hyvinvointia.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

KUKKONEN, TERHI

Experiences of Empowerment to Men -Course by Men

LAITINEN, NIINA

Diagnosed with Memory Loss Disease

Bachelor's Thesis

58 pages + 29 pages of appendices

Supervisor

Merja Laitoniemi, MNSc, senior lecturer

Commissioned by

Kouvola seudun Muisti ry / ltd

December 2009

Keywords

dementia, memory loss disease, rehabilitation, multiprofessional, solution-focused, relaxation, ability, empowerment

The purpose of this Bachelor's thesis was to create a functional model of a course to men diagnosed with memory loss disease before the age of 70. The course for these men was part of Tule Mukaan –project by Kouvola seudun Muisti ry / ltd. This course supported both physical and mental abilities by training in the gym and by solution-focused mental training. Such activities for people with memory loss disease have not been organised before in the area of North-Kymenlaakso. The thesis is a multiprofessional one carried out in cooperation with people from the public, the private and the third sectors.

The thesis is built up of the theoretical frame of reference, the planning, the activity and the evaluation of the succeeding Empowerment to Men -course. The theoretical frame consists of facts of dementia and memory loss diseases, the complex functioning abilities of demented people, rehabilitation, solution-focused thinking and relaxation of demented people.

Empowerment to Men -Course gathered the participants twice a week during eight weeks in the gym and in the group of solution-focused mental training. The participants were also encouraged to exercise by themselves. The success and the need of this course were measured by queries at the beginning and at the end, by testing the physical ability at the beginning and at the end, by group discussions and by the observations of the writers.

This thesis reveals that there is a need for this kind of continuous activity aimed at people with memory loss disease. By this course it was possible to strengthen the participant's positive view for life and the ability to handle his own attitude to the memory loss disease. Exercising in the gym and by themselves improved the participants' physical abilities and the comprehensive quality of life and well-being.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	DEMENTIA SAIRAUTENA	8
	2.1 Alzheimerin tauti	9
	2.2 Vaskulaarinen dementia	10
	2.3 Lewyn kappale -tauti	10
	2.4 Otsalohkorappeumista johtuvat muistisairaudet	11
	2.5 Parkinsonin tauti	11
	2.6 Työkäisten dementia	12
3	ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET	13
	3.1 Alzheimerin taudin vaaratila	13
	3.2 Varhainen Alzheimerin tauti	13
	3.3 Lievä Alzheimerin tauti	14
	3.4 Keskivaikea Alzheimerin tauti	14
	3.5 Vaikea Alzheimerin tauti	14
4	DEMENTOITUVAN IHMISEN MONIULOTTEINEN TOIMINTAKYKY	16
5	DEMENTOITUVAN IHMISEN KUNTOUTUS	19
6	DEMENTOITUVAN IHMISEN VOIMAANTUMINEN	22
	6.1 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelutapa voimaantumisen keinona	22
	6.2 Rentoutuminen voimaantumisen keinona	24
7	VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN TAVOITTEET JA TARKOITUS	27
8	VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN TOTEUTUS	28
	8.1 Lähtökohdat	28
	8.2 Osapuolet ja hyödyn saajat	28
	8.3 Riskien kuvaus	29
	8.4 Kustannukset	30
	8.4.1 Kuntosaliryhmän kustannukset	30

8.4.2 Henkisen valmennuksen ryhmän kustannukset	31
8.5 Kurssin suunnitteluvaihe	31
8.6 Voimaa miehille -kurssin toteutus	32
9 VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN OSALLISTUJIEN ANTAMA ARVIOINTI, TULOKSET JA KEHITTÄMISKOHTEET	35
9.1 Osallistujan arvio	35
9.2 Omaisen arvio	38
9.3 Kuntosaliryhmän alku- lopputestaus	40
9.4 Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmän fiilisjanakysely	44
9.5 Kehittämiskohteet	49
10 POHDINTA JA ARVIOINTI	50
LIITTEET	
Liite 1. Tiedote osallistujalle	
Liite 2. Voimaa miehille -kurssin ohjelma ja aikataulu	
Liite 3. Vaitiolovelvollisuuslomake	
Liite 4. Osallistujan alku- ja loppukyselylomakkeet	
Liite 5. Omaisen alku- ja loppukyselylomakkeet	
Liite 6. Fyysisen toimintakyvyn suorituskykytestilomake	
Liite 7. Liikunta-aktiivisuuden seurantakortti	
Liite 8. Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ohjelma	

1 JOHDANTO

Dementoivat sairaudet ja niiden kasvava määrä ovat merkittävä yhteiskunnallinen haaste. Dementoiviin sairauksiin sairastuu maassamme vuosittain 11 000 ihmistä. Yleisin dementoiva sairaus on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa noin 70 % kaikista dementiatapauksista. (Granö & Högström 2007, 43.)

Dementia on pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen syistä yleisin. Mikäli halutaan ehkäistä laitoshoitoon joutuvien iäkkäiden ihmisten määrän kasvua, on välttämätöntä kuntouttaa dementoituvia henkilöitä aktiivisesti. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee keskittyä mm. dementoituvien ihmisten itsenäisen ja ihmisarvoisen elämän turvaamiseen, toimintakyvyn ja liikuntakyvyn ylläpitämiseen sekä kaatumistapaturmien ehkäisemiseen. (Huusko 2001, 24 - 25.)

Edellä mainitut seikat perustelivat myös omaa aihevalintaamme ja ohjasivat ajatuksiimme ideointivaiheesta aina lopulliseen arviointiin ja pohdintaan asti. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarkastella alle 70-vuotiaana muistisairauteen sairastuneiden miesten kokemuksia kerhotoimintamallista, missä keskitytään psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen. Psyykkisen toimintakyvyn tukemista toteutettiin vahvistamalla osallistujien olemassa olevia voimavaroja sekä löytämällä uusia ajattelutapoja suhtautua asioihin muistisairausediagnoosin jälkeen. Muistiliiton kuntoutuskannanotto ottaa kantaa mm. siihen, että erityisesti psyykkisen toimintakyvyn tukeminen muistisairauden alkuvaiheessa on erittäin tärkeää, jotta sairastunut pystyy rakentamaan elämänsä uudelleen sairauden muuttamassa tilanteessa (Muistiliiton kuntoutuskannanotto, 2008). Dementiabarometri 2005:n mukaan varhaisvaiheen kuntoutuspalveluita on saatavissa vain noin puolessa Suomen kunnista. Erityisesti tarvitaan psykologista tukea niin sairastuneelle kuin hänen läheiselleenkin sairauden aiheuttamien tunteiden ja elämänmuutosten käsittelyssä (Kuntoutusmalli - etenevät muistisairaudet, 2006). Pohjois-Kymenlaakson alueella ei ole aikaisemmin vastaavanlaista toimintaa kokeiltu, joten tällaiselle opinnäytetyön aiheelle oli tilaus.

Fyysisen toimintakyvyn kehittämiseen pyrittiin kuntosaliharjoittelulla sekä aktivoimalla osallistujaa omatoimiseen liikunnan harrastamiseen. Pitkälän (2004, 24) mukaan liikunnan vaikutuksista fyysiseen terveyteen ja sitä kautta toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisyyn on varsin vahvaa tieteellistä näyttöä. Näyttöä on ajan saatossa kerätty muun muassa pitkään väestöä seuranneista tutkimuksista. Liikunnan Käypä hoito

-suosituksen mukaan liikunta keskeyttää masennusajatuksia ja kääntää ihmisen huomion pois negatiivisista asioista. Ryhmässä harrastettu liikunta tuo myös sosiaalista tukea. (Liikunnan Käypä hoito -suositus 2008, 2269.)

Vanhustyön opiskelijoina halusimme selvittää, saavatko Voimaa miehille -kurssin osallistujat yllämainittuja tuloksia järjestämämme kuntosali- ja voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmien avulla. Halusimme selvittää, onnistuisimmeko kurssin aikana vahvistamaan osallistujien olemassa olevien voimavaroja sekä sen, löytäisivätkö osallistujat uusia itseensä ja sairautensa kohdistuvia ajattelutapoja. Haimme vastausta myös kysymykseen, toimiiko kuntosaliharjoittelu myönteisten kokemusten lisääjänä sekä siihen, onko koko kurssin sisällöillä vaikutusta osallistujiin sosiaalisen tuen saajina.

Kouvolan seudun Muisti ry:ssä on meneillään Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama liikuntapainotteinen hanke, Tule mukaan -dementiasairaiden toimintakykyä tukeva kerhotoiminta -projekti 2006 - 2010, johon toteuttamamme Voimaa miehille -kurssi oli mahdollista sisällyttää. Opinnäytetyössämme toteutuivat asiakas- ja työelämälähtöisyys sekä moniammatillisten toimijoiden onnistunut yhteistyö. Voimaa miehille -kurssin toimintamuodot soveltuivat erinomaisesti geronomiopintojemme teoriatietouden hyödyntämiseen käytännössä.

Opinnäytetyömme raportti koostuu teoriaosuudesta, Voimaa miehille -kurssin ryhmätoimintojen suunnitteluista ja käytännön toteutuksista sekä saatujen tulosten käsittelyosuudesta. Lopuksi pohdimme ja arvioimme Voimaa miehille -kurssia sekä esitämme opinnäytetyömme aikana ajatuksiimme nousseet kehittämisideat.

2 DEMENTIA SAIRAUTENA

Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan se on oireyhtymä. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikkeneminen henkilön aikaisempaan tasoon verrattuna. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Yleisesti käytetty dementian määritelmä on Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen laatima määritelmä, minkä mukaan dementialla tarkoitetaan useiden älyllisten toimintojen heikentymistä. Dementian oireita ovat muistihäiriöt, uuden oppimisen vaikeutuminen sekä ongelmat aikaisemmin opittujen asioiden mieleen palauttamisessa. Dementian oireisiin sisältyy lisäksi dysfasiaa (kielellinen häiriö), dyspraksiaa (tahdonalaisten liikkeiden hallitsemisen vaikeus), agnosiaa (havaintotoiminnan häiriö) tai toiminnanohjauksen häiriötä tai edellisten yhdistelmiä. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 46.)

Dementiaan liittyvien älyllisten toimintojen muutokset rajoittavat merkittävästi sairastuneen sosiaalista tai ammatillista toimintaa verrattuna toimintatasoon alkuperäisestä tasosta. Dementian oireet kehittyvät pikku hiljaa. Dementian syynä voivat olla erilaiset, laaja-alaisia aivojen toimintahäiriöitä tai vaurioita aiheuttavat tilat. Vauriot tapahtuvat aina korkeampien aivotoimintojen kannalta kriittisissä aivojen rakenteissa. (Erkinjuntti ym. 2006, 46.)

Muisti voi heiketä monesta eri syystä. Kaikissa muistipulmatapauksissa ei suinkaan ole kyse etenevästä muistisairaudesta, vaan usein muistipulmat saadaan ratkaistua selvittämällä syy tai syyt vallitseviin muistiongelmiin. Muistiin, keskittymiseen ja muuhun tietojen käsittelykykyyn voivat vaikuttaa muun muassa henkilön itsensä kokemat kiputilat, masennus tai väsymys. Työikäisillä tavataan usein uupumusta tai stressiä, jotka ovat yleisiä muistipulmien aiheuttajia. Aistipuutokset, esimerkiksi huono kuulo, saattavat johtaa harhaan ja saada epäilemään muistisairautta. Erilaiset jännitystilat voivat myös saada aikaan sen, että henkilön kyky tallentaa asioita muistiin on heikentynyt. Runsaat ja keskenään epäsopivat lääkitykset ja liiallinen alkoholin käyttö ovat myös suuria muistipulmien aiheuttajia. Kaikki edellä mainitut oireet ovat parannettavia oireita. Ongelmat kuntoon laittamalla muistipulmat saadaan ratkaistua, eikä kyseessä ole siis etenevä ja dementoiva muistisairaus. (Erkinjuntti ym. 2006, 28.)

Dementoivat sairaudet heikentävät sairastuneen fyysistä suoriutumista ja päivittäistä toimista selviytymistä. Useimpiin dementoiviin sairauksiin liittyy myös somaattisia

oireita ja muutoksia. Ruumiinpainon ja lihasmassan vähentyessä tuki- ja liikuntaelinten vaivat yleistyvät ja tasapaino heikkenee. Dementoiva sairaus ei suojaa dementoitunutta henkilöä muilta ikääntymiselle tyypillisiltä sairauksilta. Dementoituneilla esiintyykin yleensä yhtä paljon sairauksia kuin dementoitumattomilla henkilöillä. (Viramo 2001, 5.)

Etenevien muistisairauksien kirjo on moninainen. Usein ei tavata yhtä ja ainoaa etenevää muistisairautta ja diagnostisoida sitä, vaan sairastuneella on havaittavissa useampaan eri muistisairauteen liittyviä oireita. Tässä työssä käsittelemme ainoastaan keskeisimmät dementoivien sairauksien lajit.

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin yksittäinen etenevä dementiaan johtava muistisairaus. Etenevää muistisairautta sairastavista noin 70 %:lla on Alzheimerin taudille tyypillisiä aivomuutoksia. (Erkinjuntti ym. 2006, 49.)

”Ihminen rakentaa elämästään talon, jonka jokainen huone on täynnä muistoja. Alzheimerin taudissa ihmiseltä häviävät ensin avaimet näihin muistojen huoneisiin, mutta lopulta osa näistä huoneista tyhjenee kokonaan. Eletystä elämästä syntyy särkyneet mosaiikki, josta yhä useammat palat puuttuvat.” (Pirttilä 2006.)

Alzheimerin taudissa ”ovi muistiin” alkaa vähitellen sulkeutua. ”Oven” hiljalleen sulkeutuessa, voidaan aivojen magneettikuvauksissa havaita rappeumamuutoksia ns. pyramidisoluuissa. Rappeumamuutokset ilmenevät solujen tuhoutumisena. Toinen magneettikuvauksilla varmennettava muutos on hippokampuksen merkittävä pieneneminen. (Erkinjuntti ym. 2006, 83.)

Mitä vanhemmaksi ihminen elää, sitä suurempi vaara hänellä on sairastua jossakin elämänsä vaiheessa itse tautiin. Taudin alkamisajankohtaa ei yleensä tiedetä, koska ensimmäisiä oireita on vaikea tunnistaa. Nykyisin korostetaan Alzheimerin taudin varhaista toteamista, koska nykyajan tiedoilla sairaudesta ja sairauteen kehitetyillä lääkkeillä voidaan hidastaa oireiden etenemistä ja täten parantaa sekä potilaan että läheisten elämänlaatua. (Erkinjuntti ym. 2006, 77.)

2.2 Vaskulaarinen dementia

Aivoverenkiertoperäinen eli vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean dementian syy. Arviolta 12 - 15 % kaikista dementioista aiheutuu aivoverenkiertoperäisistä syistä. Vaskulaarisen dementian taustalla on osoitettu olevan joukon oireyhtymiä, joiden syinä ovat erityyppiset aivoverenkiertohäiriöt ja muutokset aivoissa. Aivoverenkiertohäiriöt johtuvat suurten aivoverisuonten, pienten aivoverisuonten tai sydämen sairauksista. (Erkinjuntti ym. 2006, 108.)

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen lähes 70 %:lla potilaista esiintyy erillisiä tiedon käsittelyn häiriöitä. Yleisiä ongelmia esiintyy toiminnanohjauksessa, tarkkaavaisuudessa, muistitoiminnoissa sekä kielellisissä toiminnoissa. Lähes puolet kokee ongelmia useammalla osa-alueella samanaikaisesti. Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvien muistisairauksien esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Tämän tyyppin muistisairauksia on todettu jonkin verran enemmän miehillä kuin naisilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 109.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiasairaus. Sitä esiintyy arviolta 10 - 15 %:lla sairastuneista. Tauti on saanut nimensä taudissa havaittavien mikrokooppisen pienten muutosten, Lewyn kappaleiden mukaan, joita esiintyy runsaasti aivojen kuorikerroksen alueella, tyypillisesti otsa-, ohimo- ja pääläenlohkojen alueilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 118.)

Lewyn kappale -taudin oireina ovat älyllisen toimintakyvyn heikentyminen tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Potilaalla havaitaan joskus ongelmia puheeseen vastaamisessa, vähitellen lauseet lyhenevät ja sanat katoavat kokonaan. Oireita saattavat olla myös toistuvat näköharhat ja esimerkiksi nähdyt unet saattavat jatkua harhoina. Sairaudessa saattaa ilmetä myös joitakin Parkinsonin taudille tyypillisiä oireita, esimerkiksi lihasten vajaatoimintaa, hitaita tai heikkoja lihasliikkeitä sekä lihasten jäykistymistä. Lewyn kappale -taudissa oppimiskyky ja lähimuisti säilyvät paremmin kuin Alzheimer-potilailla. (Erkinjuntti ym. 2006, 118 - 119.)

2.4 Otsalohkorappeumista johtuvat muistisairaudet

Otsalohkorappeutumista johtuvien muistisairauksien taustalla on ryhmä eteneviä rappeuttavia sairauksia. Sairaudessa rappeutuvat erityisesti aivojen otsalohkot. Frontaali- eli otsalohkot voivat vaurioitua myös aivovamman, aivoverenvuodon tai aivojen etuosan kasvaimen seurauksena. Kaikista muistisairauksista arviolta 5 % muodostuu otsalohkorappeuman seurauksena. Poikkeuksen muodostavat kuitenkin työikäiset, joiden keskuudessa otsalohkorappeuman seurauksena dementoituu noin 10 % kaikista muistisairauksiin sairastuneista. (Erkinjuntti ym. 2006, 121.)

Otsalohkorappeuman oireyhtymässä oireet alkavat hitaasti, minkä johdosta usein lähimmäiset eivät tule edes ajatelleeksi, että oudon käyttäytymisen tai uusien luonteenpiirteiden takana saattaisi olla aivovaurio. Sairaus alkaa Alzheimerin tautia huomattavasti aikaisemmassa vaiheessa, yleensä 45 - 65 ikävuoden välillä. Sairastuneista vain puolella on lähisuvussaan vastaavanlaisia tautitapauksia. Taudin eteneminen havaitaan asteittain persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksina. Oireina saattaa esiintyä esimerkiksi arvostelukyvyn heikkenemistä, estojen katoamista ja tunteiden latistumista. Levottomuus ja apatia sekä puheen väheneminen ja lopulta kokonaan loppuminen ovat myös tunnistettuja oireita. Muistitoiminnot ja hahmottamiskyky säilyvät paremmin kuin Alzheimerin tautia sairastavalla. (Erkinjuntti ym. 2006, 121.)

2.5 Parkinsonin tauti

Parkinsonin taudissa aivoissa olevat tietyt hermosolut häviävät ilman tunnettua tai näkyvää syytä. Tämän seurauksena aivojen välittäjäaineen, dopamiinin tuotanto vähenee. Edellisestä johtuen potilaalla ilmenee liikehäiriöitä, vapinaa, liikkeiden hidastumista sekä lihasten jännittyneisyyttä. Parkinsonin tauti liitetään demenciasairauksiin siitä syystä, että henkisen toimintakyvyn heiketessä myös tiedonkäsittely vaikeutuu, mikä johtaa dementoitumiseen. Keskeisimmät oireet Parkinsonin taudissa ovat heikentynyt toiminnanohjaus, tarkkaavaisuuden ja vireystilojen vaihtelut, muistitoimintojen heikkeneminen ja käytösoireet. Huomattavaa kuitenkin on se, että merkittävät tiedonkäsittelyn ongelmat esiintyvät vasta sairauden myöhäisemmässä vaiheessa. (Erkinjuntti ym. 2006, 124 - 125.)

2.6 Työikäisten dementia

Dementoivat sairaudet jaetaan preseniileihin (vanhuutta edeltävä, ennenaikaisesti vanhentunut) ja seniileihin (vanhuuteen liittyvä) dementiaihin. Raja edellisten välillä kulkee 65 vuoden iässä. Työikäisten dementiaa puhutaan, kun kyseessä ovat alle 65 -vuotiaina sairastuneet henkilöt. Suomessa arvellaan olevan noin 7 000 alle 65 -vuotiaista dementiaa sairastavaa henkilöä. Työikäisten dementoivat sairaudet diagnosoidaan yleisesti ottaen kohtalaisen varhain. Erityisesti Alzheimerin taudin lievät tapahtumamuistin häiriöt ilmenevät jo ennen merkittävää toiminta- ja työkyvyn laskua. Nyky-yhteiskunnan työelämä asettaa suuret vaatimukset työntekijän henkisille kyvyille sekä joustavuudelle. Työelämän hektisyys ja jatkuva muuttuminen vaativat jatkuvaa oppimista, joten muistihäiriöistä johtuvat oppimishäiriöt ilmenevät jo hyvinkin varhaisessa vaiheessa. Useimmiten työntekijä itse huomaa ensimmäiset oireet ja huolestuu asiasta. Muistihäiriön edetessä pidemmälle sairastunut itse alkaa yleensä vähätellä ja peitellä oireitaan. (Juva 2006, 590.)

Alzheimerin tauti voi alkaa myös siten, että sairastunut ei edes tunnista varsinaista muistihäiriötä. Työnteko kuitenkin vaikeutuu ja henkilö uupuu ja masentuu, jonka seurauksena toimintakyky heikkenee entisestään. Alkava dementoiva sairaus peittyy näin masennuksen ja työuupumuksen taakse ja diagnoosin varmistuminen viivästyy. (Juva 2006, 590 - 591.)

Alzheimerin taudin diagnostiikan kehittymisen myötä työikäisten ihmisten Alzheimer diagnosoidaan jo ennen kuin toimintakyky on heikentynyt dementian asteelle. Tällöin voidaan puhua Alzheimer-tyyppisestä lievästä kognitiivisesta heikentymisestä. Suoritettujen testauksen tulokset saattavat olla vielä niin hyviä, että sairastunut pystyy edelleen jatkamaan työelämässään diagnoosistaan huolimatta. Sairastunut henkilö joutuu tässä tilanteessa psyykkisesti koville, koska eteen nousevat mm. kysymykset eläkkeelle siirtymisestä ennen aikaisesti ja mahdolliset tulevaisuuden suunnitelmat romahtavat kerralla. Paitsi, että sairastuminen on suuri stressin aiheuttaja itse sairastuneelle, on se sitä myös koko hänen perheelleen ja lähipiirille. Pelot parisuhteen muuttumisesta ja vaimon tai aviomiehen roolin muuttumisesta hoitajan tai omaishoitajan rooliin tuntuvat usein ahdistavilta. Perilliset pelkäävät usein dementiasairauden mahdollista periytymistä. (Juva 2006, 591- 593.)

3 ALZHEIMERIN TAUDIN VAIHEET

Alzheimerin tauti on aivojen rappeumasairaus, joka etenee tyypillisin vaihein, hitaasti ja tasaisesti. Ihmisen ikääntyminen lisää hänen riskiään sairastua Alzheimerin tautiin. Yleensä ei tiedetä, milloin sairaus varsinaisesti alkaa, koska ensimmäisiä oireita on vaikea tunnistaa. Alzheimerin taudin dementiavaiheen keskimääräinen kesto on 10 - 12 vuotta. Varhaiset muutokset aivoissa ilmaantuvat jo vuosia ennen tunnistettavia muistin ja tiedonkäsittelyn muutoksia. Tyypillisiä varhaisia oireita ovat muistihäiriöt, kielelliset vaikeudet tai hahmottamisongelmat. (Erkinjuntti ym. 2006, 77.)

3.1 Alzheimerin taudin vaaratila

MCI (Mild Cognitive Impairment) eli lievä kognitiivinen heikentyminen on etenevän muistisairauden, yleensä Alzheimerin taudin, vaaratila (kuva 1); (Erkinjuntti ym. 2006, 86.) MCI tulee esiin esimerkiksi silloin, kun henkilö kokee uuden oppimisen työläämmäksi ja unohtaa toistuvasti uudet asiat. Oireita voivat olla myös esimerkiksi alisuoriutuminen toiminnan ohjauksessa ja kielellisissä toiminnoissa. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen, 2007.)

Vaaratekijöiden ilmaantuessa on tärkeää, että tilannetta seurataan säännöllisesti. Ennaltaehkäisyä tärkeitä välineitä, joihin itse pystyy vaikuttamaan, ovat kohonneen kolesterolin ja verenpaineen kuntoon saattaminen sekä sokeriaineenvaihdunnan tasapaino ja normaalipainoon pyrkiminen. Aivoverenkierron häiriöt ovat yksittäinen ja merkittävä riskitekijä Alzheimerin taudin vaaratilan kehittymiselle. (Erkinjuntti ym. 2007.)

3.2 Varhainen Alzheimerin tauti

Todetuista lievän kognitiivisen heikentymän tiloista 12 - 15 % etenee vuodessa Alzheimerin taudin seuraavalle tasolle eli varhaiseksi Alzheimerin taudiksi. Varhainen Alzheimerin taudin vaihe kestää yleensä noin 2 - 4 vuotta (kuva 1); (Erkinjuntti ym. 2006, 77). Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on muistin ja oppimisen heikentyminen. Sairastunut ei muista vastikään tapahtuneita asioita ja uusien asioiden oppiminen heikkenee. Kognitiiviset toiminnot hidastuvat ja puheen sujuvuus sekä toiminnanohjaus heikkenevät. (Viramo & Sulkava 2001, 6 - 7.)

3.3 Lievä Alzheimerin tauti

Alzheimerin taudin alkuvaihe eli lievä muoto saattaa kestää 3 - 7 vuotta (kuva 1). Tänä aikana sairastuneen lähimuisti heikkenee sekä aktiivisuus vähenee. Uusien asioiden oppiminen vaikeutuu, unohtelu lisääntyy ja esimerkiksi luetusta tekstistä sairastunut pystyy muistamaan vain osan. Riski eksyä vieraassa ympäristössä korostuu, koska hahmottamisen vaikeus korostuu. Sairastunut kokee itsensä epävarmaksi ja esimerkiksi vaativammat tehtävät ja uudet tilanteet saattavat tuntua pelottavilta. Alkuvaiheeseen saattaa liittyä alavireisyyttä ja vetäytymistä esimerkiksi harrastustoiminnasta. Vetäytyminen on seurausta epävarmuuden tunteesta sekä itsensä nolaamisen pelosta. Vielä työelämässä mukana olevilla voidaan tässä vaiheessa todeta stressioireita, uupumusta ja alavireisyyttä. (Erkinjuntti ym. 2006, 77, 86 - 87.)

3.4 Keskivaikea Alzheimerin tauti

Alzheimerin taudin keskivaikeassa vaiheessa tapahtuu monia sairastuneen itsenäisen selviytymisen kannalta ratkaisevia muutoksia. Sairastunut saattaa eksyä tutuissakin paikoissa, koska hahmottamisvaikeudet lisääntyvät. Erilaiset harhaluulot, harhanäyt sekä uni-valverytmin häiriöt ovat tavallisia oireita. Potilas oireilee laihtumalla, vaikka söisikin monipuolista ravintoa. Keskivaikeassa vaiheessa sairastunut menettää oman sairaudentunteensa ja kokee elävänsä onnellista elämää. Sairastunut tarvitsee apua paitsi selviytyäkseen päivittäistoiminnoista, niin myös oman turvallisuutensa takia. Tämä sairauden vaihe kestää arviolta 2 - 4 vuotta (kuva 1); (Erkinjuntti ym. 2006, 75, 87 - 88.) Hyvä fyysinen kunto on yksi Alzheimer-potilaan toimintakyvyn ylläpitämisen kulmakivi. Liikunta auttaa ylläpitämään mm. verenpaineen säätelyä, lihaskuntoa ja tasapainokykyä, jolloin kävelyvaikeudet ja kaatuilu vähenevät. (Viramo & Sulkava 2001, 6 - 7.)

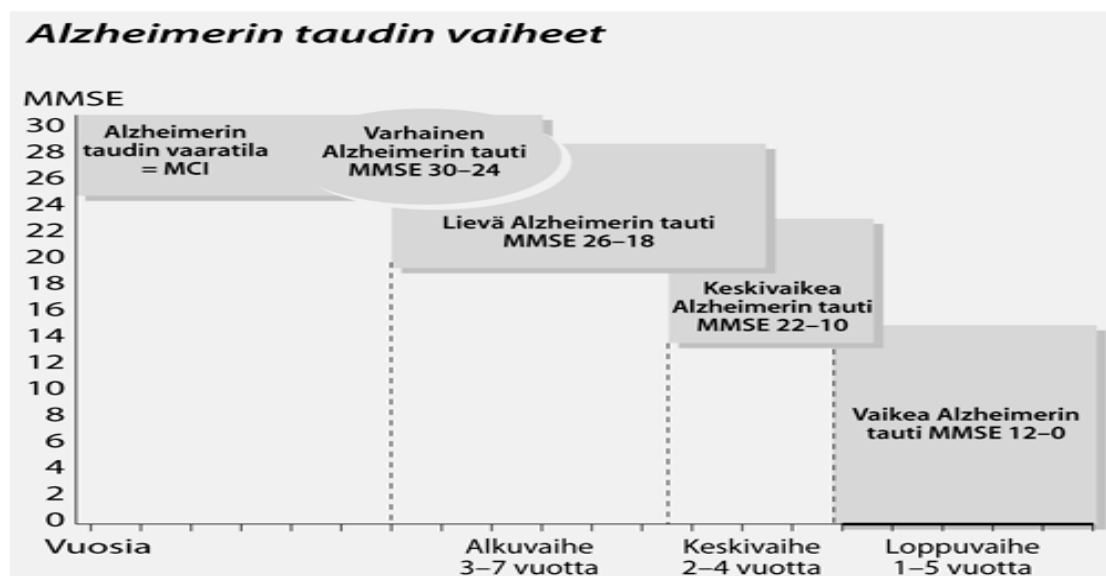
3.5 Vaikea Alzheimerin tauti

Alzheimerin taudin loppuvaihe, vaikea Alzheimerin tauti kestää 1 - 5 vuotta (kuva 1). Tässä vaiheessa potilas tarvitsee jo jatkuvaa apua päivittäisissä toiminnoissa. Esimerkiksi sairastuneen virtsanpidätys- ja ulostuskyvyn säätelyt eivät enää toimi. Potilaan puheen ymmärtäminen vaikeutuu ja hänen kehonsa alkaa jäykistyä ja kävelykyky heikentyä häviten lopulta kokonaan. Omaisille vaikeinta tässä sairauden vaiheessa on se, että sairastunut ei enää kykene tunnistamaan puolisoaan, lapsiaan eikä läheisiään, vaan

saattaa esimerkiksi kutsua puolisoaan pojakseen tai tytärtään äidikseen. (Erkinjuntti ym. 2006, 77, 81, 89.)

Muistisairaahan kyky ilmaista itseään katoaa sairauden edetessä. Kipu, huono olo, suru tai masennus ilmenee usein levottomuutena, mikä tulkitaan usein käytöshäiriöiksi. Tyypillisiä levottomuusoireita ovat mm. eri tavoin ilmenevä aggressiivinen käytös ja vaeltelu, jopa karkailu. Ahdistusoireet ovat muistipotilailla neljä kertaa yleisempiä kuin samanikäisillä ei-dementoituneilla potilailla. Ahdistusoireet tulevat usein esille esimerkiksi lääkärin odottelutilanteessa tai kun omainen poistuu kotoa vaikka vain lyhyeksikin ajaksi. (Vataja 2006, 98 - 103.)

Muistisairauden myötä tapahtuneet muutokset kognitiivisissa toiminnoissa vaikuttavat sairastuneen toimintaan ja käyttäytymiseen. Muistisairas ei ehkä havaintotoiminannan häiriöstä johtuen tunnista omia kasvojaan peilistä, mikä saattaa johtaa siihen, että hän väittää vieraan ihmisen pyrkivän hänen kotiinsa. Peilin poistaminen tällaisissa tapauksissa voi toimia hyvänä hoitokeinona. Muistisairaahan henkilön puhe äidistä tai kaipuudesta kotiin on tarpeiden ja toiveiden ilmaisu henkilön senhetkisinä kyvyillä. Äiti ja koti ovat elämänaikaisina merkityksellisinä asioina jääneet muistiin sanoina ja tunteina. Hoitotyössä tuleekin ymmärtää, että tällaisissa tapauksissa muistisairaalla henkilöllä on pyrkimys oman elämänsä kokemiseen hallitumpana ja turvallisempana. (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2009, 233 - 234.)



Kuva 1. Alzheimerin taudin vaiheet (Erkinjuntti ym. 2006, 77.)

4 DEMENTOITUVAN IHMISEN MONIULOTTEINEN TOIMINTAKYKY

Käsitteenä toimintakyky liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasoina tai todettuina toiminnan vajavuuksina. Ihmisen oma arvio toimintakyvystä on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat hänen suoriutumistaan päivittäisissä perustoiminnoissa ja arjen askareissa. Laajasti määriteltynä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä itseään tyydyttävällä tavalla hänelle merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa elinympäristössään. Toimintakykyä voidaan tarkastella moniulotteisesti neljän osa-alueen avulla, mitkä ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. (Heimonen & Voutilainen 2006, 24.)

Fyysinen toimintakyky määritellään ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista. Perustoimintoja ovat mm. liikkuminen, kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen, koti-askareet, peseytyminen, pukeutuminen, nukkuminen, syöminen ja juominen. Näiden lisäksi fyysiseen toimintakykyyn katsotaan kuuluvan henkilön terveydentila ja erilaiset toiminnan vajavuudet. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.) Fyysisen toimintakyvyn määrittelyssä korostuvat tuki- ja liikuntaelimestön sekä hengitys- ja verenkiertoelimestön toimintakyky. Hyviä fyysisen toimintakyvyn kuvaajia ovat esimerkiksi kävelynopeus, isometrinen lihasvoima ja maksimaalinen hapenotto-kyky. (Lyyra & Pikkarainen 2007, 21.)

Psyykkisen toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvat mm. mieliala, itsearvostus, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Psyykinen toimintakyky on otettava aina huomioon määritettäessä kognitiivista toimintakykyä, sillä motivaatio ja mieliala vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen. Kognitiiviset muutokset voivat olla myös jonkin psyykkisen sairauden oireita. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä toimia ja olla toisten kanssa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät mm. suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, elämän mielekkyys ja harrastukset. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.) Toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja osin myös päällekkäisiä. Esimerkiksi sosiaalinen toi-

mintakyky on yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn sillä heikentynyt liikuntakyky voi hankaloittaa erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. (Lyyra & Pikkarainen, 2007, 21.)

Kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat ihmisen kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat eksekutiiviset eli toiminnanohjaukseen liittyvät tekijät (esim. toimintojen sujuvuus, suunnitelmallisuus ja joustavuus) sekä tarkkaavuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. Toiminnanohjauksen perusluonteinen ominaisuus on kyky toimia tahdonalaisesti. Kaikki dementoivat sairaudet vaikuttavat toiminnanohjaukseen. Kognitiivinen toiminta edellyttää sopivaa vireystasoa ja tarkkaavuutta. Masennus ja väsymys ovat tyypillisiä tekijöitä, jotka voivat väliaikaisesti heikentää tarkkaavaisuutta, ikääntyminen heikentää sitä pysyvämmiin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Edellä kuvattujen neljän toimintakyvyn osa-alueen ja ympäristöulottuvuuden lisäksi dementoituvan henkilön kohdalla on usein tarvetta määrittää oikeudellinen toimintakyky eli ihmisen kyky tehdä oikeudellisesti merkityksellisiä päätöksiä. Oikeudelliseen toimintakykyyn liittyy mm. oikeustoimikelpoisuus (henkilön kyky antaa ja vastaanottaa oikeustoimiksi määriteltyjä tahdonilmaisuja, kuten esim. lahjoittaa omaisuutta tai ottaa velkaa, tehdä kauppvoja), testamenttikelpoisuus, avioliitonsolmimiskelpoisuus sekä hoitosuostumuskelpoisuus eli ihmisen kyky antaa hoitoaan koskeva suostumus. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Kaiken kaikkiaan toimintakyky on moniulotteinen käsite ja kokonaisuus, jonka arviointi edellyttää käsitteen keskeisten sisältöjen konkretisoimista. Seuraavalla sivulla (taulukko 1) on yhteenvedonmaisesti koottu esimerkkejä siitä, mitä kokonaisuuksia toimintakyvyn eri osa-alueille kuuluu. (Heimonen & Voutilainen 2006, 27.)

Taulukko 1. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointi (Heimonen & Voutilainen 2006, 28)

<p>Fyysinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • kyky selviytyä arjen askareista: ruoan laitto, asiointi kaupassa/pankissa/postissa, pyykinpesu, siivoaminen • kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista: ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, wc-käynnit • liikuntakyky: liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella • sairaudet ja niiden vaatima hoito • kyky huolehtia lääkityksestä • aistitoiminnot ja niiden vajavuudet • ihon kunto • kipu • ravitsemustila • suun terveysongelmat 	<p>Psyykinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • persoonallisuus • selviytymisstrategiat • tunteiden ilmaisu ja käsittelemisen • voimavarat • mieliala • mielenterveyden häiriöt, sairaudet • käytösoireet • turvallisuus / turvattomuus
<p>Sosiaalinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • kyky ilmaista itseään • kyky käyttää puhelinta / kommunikoida muita välineitä käyttäen • asumismuoto (yksin vai yhdessä muiden kanssa) • sosiaaliset verkostot • osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella 	<p>Kognitiivinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • päättelytoiminnot • muistitoiminnot, jotka käsittävät eri muistityypit, kuten esim. lyhyt- ja pitkäkestoisen muistin • kielelliset toiminnot, jotka käsittävät puheen tuottamisen ja ymmärtämisen • visuaaliset toiminnot, kuten hahmottaminen • motoriset toiminnot, kuten nopeus ja näppäryys • dementoivat sairaudet ja niiden hoito
<p>Ympäristötekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • asunnon varustetaso, kodin muutostöiden tarve • lähiympäristön esteettömyys ja toimivuus (liikkumista vaikeuttavat tekijät kuten hissittömyys) • asuinympäristön esteettömyys (lähipalveluiden saatavuus kuten kauppa-, pankki-, postipalvelut) 	<p>Oikeudellinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • oikeustoimikelpoisuus; henkilön kyky antaa ja vastaanottaa oikeustoimiksi määriteltyjä tahdonilmaisuja, kuten esim. tehdä kauppoja, lahjoittaa omaisuutta tai ottaa velkaa • testamentintekokelpoisuus • avioliitonsolmimiskelpoisuus • hoitosuostumuskelpoisuus

5 DEMENTOITUVAN IHMISEN KUNTOUTUS

Muistiliiton projektityöntekijöiden Sirpa Granön ja Sari Högströmin laatiman Dementoituvan henkilön kuntoutuspolku -julkaisun mukaan dementoituvan ihmisen kuntoutusmallissa korostuu kuntoutuspalveluja ennakoiva sekä toimintakykyä ylläpitävä luonne. Kuntoutus mahdollistaa sairastuneen henkilön jäljellä olevien voimavarojen mahdollisimman monipuolisen käytön sekä mielekkäisiin toimintoihin osallistumisen. Kuntouttavan toiminnan mahdollistaminen lääkehoidon rinnalla vaikuttaa kohentavasti sairastuneen kokemaan elämänlatuun sekä tukee itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämisestä mahdollisimman pitkään. (Granö & Högström, 2007, 15.)

Lääkehoito on oleellinen osa dementian kokonaisuhoitoa, mutta ei kuitenkaan ainoa hoitomuoto. Psykososiaalinen hoito, dementiaa sairastavan potilaan elämäntunteminen ja käyttäytymisen ymmärtäminen sekä potilaan ja hänen omaisensa tukeminen ovat ainakin yhtä tärkeitä kuin lääkehoidot. Psykososiaalisilla hoidoilla, kuten myös psykologisilla hoidoilla, on saavutettu myönteisiä vaikutuksia dementiapotilaiden hoidossa. Vaikutuksia on ollut havaittavissa neuropsykiatrisissa oireissa sekä sairastuneiden käyttäytymisissä. (Kivelä & Rähä, 2007, 55.)

Liikunnan vaikutuksista fyysiseen terveyteen ja sitä kautta toimintakyvyn heikkene-
misen ehkäisyyn on varsin vahvaa tieteellistä näyttöä. Näyttöä on ajan saatossa kerätty
muun muassa pitkään väestöä seuranneista tutkimuksista. Sen sijaan liikunnan vaiku-
tuksia psyykkiseen hyvinvointiin on tutkittu pienemmillä ja tieteellisiltä menetelmil-
tään heikommilla asetelmilla. Ihmisten arkikäsitys liikunnasta on, että se tuottaa hyvää
oloa, rentouttaa, mahdollistaa sosiaalista kanssakäymistä ja mukavaa yhdessä tekemis-
tä sekä edistää itsehoitoa ja itsetuntoa (Pitkälä 2004, 24). Liikunnan Käypä hoito -
suositus suosittaa käyttämään liikuntaa depression hoidossa. Liikunnan on todettu
keskeyttävän masennusajatuksia ja kääntävän ihmisen huomion pois negatiivisista
asioista. Ryhmässä harrastettu liikunta tuo myös sosiaalista tukea. (Liikunnan Käypä
hoito -suositus 2008, 2269.)

Ikäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu -tutkimuksen mukaan kuntosali-
harjoittelu vaikuttaisi suotuisasti ikäkkäiden ihmisten mielialaan ja mahdollisesti dep-
ressiivisiin oireisiin. Ikäihmisten itsensä antamat arviot harjoittelukokemuksista ovat
olleet erittäin positiivisia. Osallistujat ovat kertoneet esimerkiksi itseluottamuksensa ja
elämään tyytyväisyytensä lisääntyneen. Sakari-Rantala suosittaa tutkimuksessaan har-

rastamaan psyykkisen hyvinvoinnin kannalta liikuntaa, joka tuntuu harjoittelijasta kiinnostavalta ja motivoivalta sekä tuo miellyttäviä kokemuksia. Sosiaaliset tekijät ovat tärkeitä liikuntaharrastuksen aloittamisen ja jatkumisen kannalta. Liikuntaharrastusten tuomat mahdollisuudet sosiaalisiin kontakteihin ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tuntemuksiin ovat tärkeä tekijä iäkkäiden ihmisten elämänlaadun kannalta. (Sakari-Rantala 2003, 56.)

Etenevä muistisairaus aiheuttaa muutoksia ihmisen olemassaolon kokemuksessa. Muutokset aiheuttavat stressiä ja ilmenevät hyvinvoinnin kokemuksen ja elämänhallinnan tunteen vähenemisenä. Onnistunut sopeutuminen sairauteen johtaa parempaan elämänlaatuun. Kuntoutuksen kannalta voidaan ajatella, että sopeutumisprosessin mahdollisimman hyvä tukeminen olisi tärkeää. Ihmisellä on luontainen tarve yrittää selviytyä ja palauttaa tasapaino elämäänsä. Kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että dementoivaan sairauteen sairastunut ihminen pystyisi säilyttämään tai muodostamaan itsestään positiivisen minäkuvan ja näkemään näin tulevaisuudessaan mahdollisuuksia sairastumisestaan huolimatta. Myönteinen minäkuva on mahdollinen ja sen saavuttamista voidaankin pitää dementoituvan ihmisen tavoitteena (Granö & Högström 2007, 13). Elämänhallinnan käsite on laaja. Elämänhallinta tarkoittaa etenevien muistisairauksien kuntoutusmallin yhteydessä luottamusta henkilön mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämäänsä oman toimintansa kautta. Elämänhallinta sisältää elämäntapahtumien ymmärtämisen ja hyväksymisen sekä luottamuksen siihen, että vaikeistakin tilanteista voi selviytyä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 129.)

Dementia on yleisin pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen syy. Dementoituneiden aktiivinen kuntoutus onkin välttämätöntä, jos halutaan ehkäistä laitoshoidossa olevien iäkkäiden ihmisten kasvavaa määrää. Mikä tahansa äkillinen sairaus, esimerkiksi tavalliset infektiosairaudet, kuten virtsatie- tai hengitystietulehdukset voivat johtaa dementoituneella nopeaan yleiskunnon romahtamiseen. Aivoverenkiertohäiriöt, tasapainon ongelmat, kaatumistapaturmat ja murtumat ovat myös yleisiä dementoituneilla henkilöillä. (Huusko 2001, 24 - 25.)

Dementoituvien ihmisten kuntoutus on haaste palvelujärjestelmälle. Dementoivaa sairautta sairastavaa ihmistä ei ole yhteiskunnassamme nähty aktiivisena, kuntoutuvana yksilönä, jolla on vielä useita toimintakykyisiä vuosia elämässään jäljellä. Tästä syystä kuntoutusta ei ole mielletty tärkeäksi osaksi kokonaisuhoitoa. Kuntoutus kuitenkin

kin pidentää sairastuneen kotona asumisen aikaa. Lisäksi jo laitoshoidossa olevan dementoituneen henkilön psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia edistetään määrätietoisella kuntoutuksella. Yksittäiset kuntoutuskurssit eivät riitä tukemaan dementoituvaa ihmistä ja hänen läheisiään, vaan tarvitaan jatkuvuuden periaatteella toimivia kuntoutuspalveluita, mitkä toteutuvat aina meneillään olevan sairauden vaiheen mukaisesti (Granö & Högström 2007, 33). Vuonna 2006 julkaistu Käypähoito -suositus näkee kuntoutuksen tärkeänä osana sairastuneen hoito- ja palveluketjua. Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidon keskeisenä tavoitteena on sairastuneen elämänlaadun turvaaminen, mihin liittyy elämäntavan ja taustan vaaliminen, sosiaalisen arvokkuuden ja verkon ylläpitäminen sekä yksilön autonomian turvaaminen. Kotona vietettävää aikaa voidaan pidentää yksilöllisen kuntoutus- ja palvelusuunnitelman avulla, johon kuuluvat mm. kuntouttavat, kotona selviytymistä ja omatoimisuutta tukevat toimenpiteet. Edelliseen sisältyvät mm. sopeutumisvalmennus, aktiviteetit ja terapiat. (Käypä hoito -suositus 2006, 1537.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ohjaa dementoivaa sairautta sairastavien kanssa työskenteleviä tahoja vahvistamaan kumppanuutta palvelujen tuottamisessa. Vahvalla kumppanuudella turvataan sairastuneille ja heidän perheilleen mahdollisuus ensitietoon ja tukeen, palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja palveluihin sairausprosessin kaikissa vaiheissa. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan kuntien ikääntymispoliittisiin strategioihin on peruteltua sisällyttää erillinen dementiaoireisten palvelukokonaisuuksia koskeva osio (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 28 - 29). Dementoivien sairauksien hoito edellyttää asiantuntemusta ja onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä. Dementoiva sairaus muuttaa sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilannetta ja tulevaisuuden suunnitelmia, joten ohjaus ja neuvonta ovat lähtökohtia elämänhallinnalle. Koska dementoivat sairaudet ovat prosesseja, joissa oireet, toimintakyky ja arkielämän vaikeudet muuttuvat koko ajan, asiantuntevan ja jatkuvan neuvonnan järjestäminen on keskeinen osa dementiapotilaan onnistunutta hoitoa. (Huusko 2004, 102.)

Jokaisella muistisairaalla henkilöllä on oikeus kuntoutukseen. Kuntien tehtävänä on järjestää kaikille asukkailleen yhdenvertaisesti hyvä hoito, hoiva ja kuntoutus. Kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia palvelujen järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnan tai kuntaliiton alueella edellyttää. Kuntoutus on oleellinen osa hyvän hoidon kokonaisuutta kaikissa muistisairauden

vaiheissa, eikä sen järjestymistä voi jättää muistisairaana ihmisen tai hänen läheisensä aktiivisuuden varaan. (Muistiliiton kuntoutuskannanotto 2008.)

Dementiabarometri 2005:n mukaan varhaisvaiheen kuntoutuspalveluita on saatavissa vain noin puolessa Suomen kunnista. Erityisesti tarvitaan psykologista tukea niin sairastuneelle kuin hänen läheiselleenkin sairauden aiheuttamien tunteiden ja elämänmuutosten käsittelyssä. (Kuntoutusmalli - etenevät muistisairaudet, 2006.)

Dementiaoireisen ihmisen toimintakyvyn tukeminen kuntoutuksen keinoin on tärkeää inhimillisestä ja taloudellisesta näkökulmasta. Kuntoutuspalveluiden saatavuuden parantamisessa sekä palveluiden sisällöllisessä kehittämisessä on vielä suuria haasteita. Kuntoutuksen palveluketjun tavoitteellinen ja katkeamaton toteuttaminen edellyttää eri kuntoutuspalveluita järjestävien tahojen tavoitteellista yhteistyötä, vastuukysymysten selkiyttämistä sekä kuntoutuspalveluketjujen tietoista ja tavoitteellista rakentamista. (Heimonen 2008, 81 - 83.)

Vanhustyön keskusliiton vanhempi tutkija, FT Maija Saarenheimo kirjoittaa Muistilehdessä (2008, 28 - 29), että muistisairaille kohdennettujen ryhmien tulee olla kooltaan melko pieniä, riittävän homogeenisia sekä riittävän pitkäkestoisia. Suljettu ryhmä mahdollistaa mm. luottamuksellisuuden syntymisen ryhmäläisten kesken. Ryhmänohjaajille tulee olla tarjolla koulutusta sekä työnohjausta, koska muistisairaiden ryhmien ohjaus on vaativaa ja niissä on mukana usein myös terapeuttisia elementtejä.

6 DEMENTOITUVAN IHMISEN VOIMAANTUMINEN

6.1 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelutapa voimaantumisen keinona

USA:ssa 1950-luvulla alkunsa saanut ratkaisu- ja voimavarakeskeinen menetelmä löysi tiensä Suomeen 1970-luvun puolivälissä. Menetelmälle etsittiin sopivaa nimeä. Vaihtoehtoina olivat ratkaisukeskeisyys, tavoitekeskeisyys ja voimavarakeskeisyys. Kaikki vaihtoehdot ovat sopivia, sillä ne kuvaavat tätä ajattelumallia kukin omalla tavallaan. Kyse on sekä voimavarojen esille nostamisesta että tavoitteiden rakentamisesta. Työskentely pohjaa aina yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin joko yksilöllisesti tai yhteisöllisesti. (Hirvihuhta & Litovaara 2006, 62.)

Nimensä mukaisesti ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelutapa pyrkii ratkaisuihin, tavoitteiden ja päämäärien löytämiseen. On kuitenkin huomattava, että kaikkiin inhimillisen elämän pulmiin ei aina voi löytyä ratkaisua. Uusien näkökulmien avulla voidaan kuitenkin saada aikaan eteenpäin kannustavia muutostoiveita ja muutostavoitteita. Tulevaisuuteen suuntautuminen sekä toiveikkuuden ja voimavarojen etsiminen ja tukeminen kuuluvat olennaisesti tähän ajattelutapaan (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2005, 14). Menetelmä toimii sekä yksilöiden että ryhmien kanssa työskenneltäessä. Työskentelyprosessiin sisältyy arviointia, joka tekee edistymisen seurannan mitattavaksi. Kyse ei ole terapeutin omien ”ratkaisujen” tarjoamisesta keskustelukumppanille, vaan ideoiden ja uusien näkökulmien tarjoamisesta sekä ennen kaikkea keskustelukumppanin omien tavoitteiden ja näkökulmien hakemista. Menetelmän avulla voi päästä hankaluuksista eteenpäin tai kestää niitä paremmin (Hirvihulta & Litovaara 2006, 62.)

Suhtaudumme perinteisesti hankaluuksiin lineaarisella syy- seurauksmallilla, mikä tarkoittaa syiden etsimistä esille tulleeseen ongelmaan. Inhimillisessä tai ihmisten välisissä pulmissa syiden etsimisestä seuraa helposti syyttelyä ja syyllisyyttä. Syiden etsimisen kierre ei edistä asioiden kehittymistä toivottuun suuntaan. Tuloksellisempi tapa onkin pyrkiä tavoitteistamaan havaitut ongelmat, joissa toivottu tilanne ja edistysaskeleet innostavat kohti tavoitetta. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelu- ja työtapana on siis syntynyt mekaanisen syy-seurausmallin rinnalle korvaamaan sitä inhimillisten pulmien ja ongelmien työstämisessä. (Katajainen ym. 2005, 14.)

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelutapa jakautuu seitsemään eri painotusalueeseen. *Tulevaisuuteen suuntautuminen ja tavoitteellisuus* eivät syvenny pohtimaan ongelman syntyä, vaan keskittyvät muuttamaan vaikeuden tavoitteeksi. Keskustelu, ajattelu tai työskentely suunnataan toivottuun tulokseen tai tavoitteeseen sekä edistysaskeliin, jotka vievät tavoitetta kohti. *Voimavarojen ja toiveikkuuden nostaminen keskipisteeksi* suuntaa huomion onnistumisiin ja taitoihin. Muutoksen aikaansaamiseksi etsitään voimanlähdetarina menneisyydestä. Ihmisellä on voimavaroja saada aikaan itselleen tärkeät muutokset. *Edistys tapahtuu pienin askelin*. Huomio kiinnitetään pieniin edistysaskeliin tai liikahduksiin ja sitä kautta etenemiseen kohti unelmaa, tavoitetta tai muutostoivetta. Edistyminen kannustaa ponnistelemaan ja jatkamaan. *Tasaveroisuus ja yhteistyö* nousevat esille vahvalla asiakaslähtöisellä toimintatavalla. Keskustelukumppaneihin suhtaudutaan heidän ideoitaan ja toimintatapojaan kunnioittaen. Vuo-

rovaikutus tähtää yhteistyön syntymiseen. *Arvostaminen* ilmenee toisten ihmisten ajattelutavan, maailmankuvan sekä arvojen kunnioittamisena, mm. hyvänä kuunteluna. Arvostaminen heijastuu myös asiakkaan omien valintojen sekä arvojen kunnioittamisessa. Puutteiden ja hankaluuksien tutkimisen sijaan keskitytään voimavaroja ja piileviä kykyjä kasvattaviin näkökulmiin *myönteisyyttä, luovuutta, leikkillisyyttä ja huumoria keskustelussa ja ajattelussa* apuna käyttäen. Epäonnistumisia tarkastellaan oppimiskokemuksina. Huumorin ja leikin avulla voidaan rikkoa ja muuttaa juuttuneita käsitteitä. Tapahtumien ja kokemusten takana ei ole vaikuttamassa vain yhtä totuutta, vaan *ongelmiin on monia vaihtoehtoisia ratkaisuja*. Asiat tapahtuvat aina yhteydessä muihin ihmisiin ja ympäristöön, mikä tarkoittaa sitä, että tavoitteeseen voi päästä monia, erilaisia polkuja pitkin. (Katajainen ym. 2005, 15.)

6.2 Rentoutuminen voimaantumisen keinona

Katajan (2003, 35) mukaan ”*Rentoutuminen on kokonaisvaltainen tapahtuma ja kokemus. Sen vaikutukset ulottuvat sekä fyysiselle että psyykkiselle puolelle. Eri alueiden yhteisvaikutuksena rentoutuminen avaa monia mahdollisuuksia kehittää ihmisen inhimillisiä voimavaroja.*”

Rentoutusmenetelmät voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: aktiivisiin menetelmiin ja rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiin. Aktiivisissa menetelmissä pyritään jännittämään lihasta ja laukaisemaan jännitys välittömästi. Esimerkiksi liikunta kuuluu tähän ryhmään. Rauhoittumis- ja suggestiorentoutusmenetelmissä rauhoitetaan ihmisen mieltä. Tämä tapahtuu joko hiljentymällä sisäiseen maailmaan tai antamalla erilaisia ärsykeitä (suggestioita), jotka saavat aikaan rentoutumisen. Näitä ärsykeitä voi antaa myös itse itselleen. Rauhoittumismenetelmissä ihmisen tunnealueet ja mielikuva-keskukset aktivoituvat. (Kataja 2003, 52.)

Rentoutuminen on tila, jossa lihasten jännitys vähenee, hengitys tasaantuu ja mieli rauhoittuu. Tässä tilassa ihminen on esimerkiksi juuri ennen nukahtamistaan, joten taidot mielen ja elintoimintojen tynnyttämiseen ovat olemassa. Harjoittelemalla rentoutumista säännöllisesti jokainen voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa (Katajainen ym. 2005, 52). Tärkein edellytys on ihmisen oma suhtautuminen ja motivaatio rentoutukseen. Motivaatiota voidaan lisätä oikealla tiedon jakamisella, esimerkiksi kertomalla rentoutuksen myönteisistä vaikutuksista sekä hyvillä ulkoisilla tekijöillä, esimerkiksi rentoutushetkeen soveltuvilla tilaratkaisuilla. (Kataja 2003, 34). Rentoutumisesta on

apua esimerkiksi mielen sekä lihasten kireyksiä laukaisemisessa, voimien keräämisessä ja nukahtamisen helpottamisessa. Rentoutuessa voi mielikuvaharjoituksilla lisätä luovuuttaan tai parantaa suorituskyykyään. Rentoutusta käytetään esimerkiksi urheiluvalmennuksessa ja suggestopedisessä opetuksessa, missä molemmissa hyödynnetään mielikuvaoppimista (Katajainen ym. 2005, 52). Mielikuvien käyttö terveyden edistämässä perustuu uuden toimintamallin kuvaamiseen mielikuvien avulla sekä väärin mielikuvien vaihtamisen oikeiksi. Mielikuvaoppimisesta on saatu lupaavia tuloksia myös monien sairauksien hoidossa. (Kataja 2003, 37.)

Mielikuvia voi kokea kuvina, sisäisenä puheena, tuntemuksina, tunteina tai ääniä. Mielikuvien rikkaus antaa mahdollisuuksia muunnella ihmisen sisäisiä kokemuksia suuntaan, jota ihminen itse pitää tavoiteltavana. Tavoitteena voi olla esimerkiksi itsensä kehittäminen tai jonkin taidon parantaminen. Rentoutumisessa mielikuvien ohjailua voidaan tehostaa suggestioilla, jotka ovat henkilön tavoitteen mukaisia ohjeita mielen tiedostamattomalle osalle. Rentoutuneessa tilassa aivojen tietoinen, kontrolloiva puoli vaimenee. Tämä antaa ihmiselle mahdollisuuden ottaa vastaan myönteisiä suggestioita. Myönteisten suggestioiden tavoitteena voi olla esimerkiksi voimavarojen tai itsetunnon vahvistaminen, ongelmanratkaisutaitojen ja luovuuden lisääminen. (Katajainen ym. 2005, 57.)

Jokaisella ihmisellä on paljon voimavaroja. Usein voimavaramme ovat hetkittäin vajaaikäytössä tai ne ovat kanavoituneet lopputuloksen kannalta väärin asioihin. Ajankohtaiseksi ja tärkeäksi voimavarat tulevat etenkin silloin, kun ne uhkaavat loppua, niitä ei löydy tai jokin syy estää voimavarojen käyttöön ottoa. Voimaantumisen on aina ihmisestä itsestään lähtevä prosessi. Se on yhteydessä ihmisen omaan haluun ja päämääriin, luottamukseen omista kyvyistä ja mahdollisuuksista. Vaikka voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, siihen vaikuttavat myös toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. Ihmisen toiveikkaus ja positiivinen lataus ovat merkityksellisiä omien voimavarojen vapauttamisessa. Kun ihminen arvioi ympäristönsä mahdollistavaksi ja itsensä kykeneväksi saavuttamaan päämäärän, hän todennäköisesti löytää tarvittavat voimavarat päämäärän saavuttamiseksi. Esimerkiksi rentoutumisen yhteydessä käytettävät vahvistavat suggestiot pyrkivät voimaantumiseen. Rentoutumisen avulla jokainen voi vahvistaa ja voimistaa omia voimavarojaan. Tärkeintä kuitenkin on, että rentoutumisen aikana ihmiselle jäsentyvät hänen omat realistiset tavoitteensa. (Kataja 2003, 45.)

Rentoutustilan syvyyttä on helpoin arvioida itse siten, että arvioidaan, kuinka täydellisesti ja mukavassa tilassa rentoutumisen aikana oli. Arviointi käy helposti esimerkiksi yrittämällä arvioida rentoutumiseen käytettyä aikaa. Mitä enemmän ajan vääristymää rentoutuja kokee, sen syvemmissä tilassa hän on ollut. Myös muistamattomuus on yksi arvioinnin perusta. Eriasteiset muistamattomuusjaksot rentoutumisen aikana voivat toimia arvioinnin lähtökohtana. Mitä vähemmän rentoutujalla on muistikuvia rentoutushetkestä, sitä syvemmissä tilassa hän on ollut. (Kataja 2003, 31.)

Aivojen vireystasoa mitataan EEG-laitteella. EEG kertoo aivokuoren sähköisistä rytmistä, jotka jaetaan jaksolukunsa mukaan neljään luokkaan (kuva 2). Rentoutuessaan ihmisen aivojen sähköinen toiminta muuttuu beetarytmisestä (25 - 16 värähdystä / sekunti) alfarytmiseksi (8 - 15 värähdystä / sekunti). Näissä tiloissa toiminta tapahtuu vielä tietoisella tasolla olotilan ollessa kuitenkin rentoutunut, rauhallinen ja levollinen. Alfa-tilassa ihminen tuntee turvallisuutta ja mielihyvää. Yleensä ihminen herkiytyy tässä vaiheessa myös suggestioiden suhteen. Aivojen taajuuden laskiessa theetarytmiseksi (4 - 7 värähdystä / sekunti) puhutaan transsikokemuksista, syvärentoutumisesta tai hypnoositilasta. Unitilassa ihmisen aivojen vireystaso laskee alle 4 värähdystä / sekunti. (Kataja 2003, 29 - 30.)

26			
	beeta	VALVETILA	tietoinen
13			
	alfa	RENTOUTUMINEN	
8			tiedostomaton
	theeta	SYVÄ RENTOUTUS / TRANSSI	
4	delta	UNITILA	
1	Hertsiä		

Kuva 2. Vireystasojen vaihtelut EEG-mittausten mukaan (Kataja, 2003, 30)

7 VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli muistisairaiden miesten kerhotoimintamallin toteuttaminen osana Kouvolan seudun Muisti ry:n toimintaa.

Voimaa miehille -kurssin tavoitteet ovat:

1. selvittää, miten osallistujat ja heidän omaisensa kokevat järjestetyn kerhotoimintamallin
2. selvittää, soveltuuko käyttämämme kerhotoimintamalli muistisairaiden henkilöiden psyykkisen toimintakyvyn sekä heidän olemassa olevien voimavarojen tukemiseen ja vahvistamiseen
3. tukea ja vahvistaa Voimaa miehille -kurssin osallistujien fyysistä toimintakykyä liikunnasta saatujen myönteisten kokemusten ja hyvän olon kautta
4. kehittää ja tuoda esille omaa ammattitaitoaamme ja innovatiivisuuttamme työelämästä lähtöisesti moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen.

Voimaa miehille -kurssin avulla halusimme selvittää, soveltuuko kerhotoimintamalli muistisairaille miehille. Tavoitteemme oli kurssin aikana kohentaa osallistujien elämänlaatua kuntosaliryhmän ja henkisen valmennuksen ryhmän avulla. Toiminnan suunnittelun ja toteutuksen tärkeänä lähtökohtanamme oli myönteisten kokemusten ja hyvän olon tuottaminen muistisairautta korostamatta. Muistisairaana elämänlaadun kohentuminen on tärkeää, koska se heijastuu myös omaisen jaksamiseen sekä koko perheen hyvinvointiin.

Pidemmän aikavälin tavoitteenamme oli ryhmäläisten tapaamisten jatkuminen jossakin muodossa Voimaa miehille -kurssin päätyttyä. Tärkeänä pidemmän aikavälin tavoitteena oli liikunnalliseen aktiivisuuteen kannustaminen. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen heijastuu mm. arjen sujumisessa ja mielialan kohentumisessa. Molemmat ovat tärkeitä pitkän aikavälin tavoitteita riippumatta siitä, mikä pitkäaikainen tai etenevä sairaus on kysymyksessä. Hyvä fyysisen toimintakyky osana moniulotteista toimintakykyä edesauttaa erityisesti yksilöä itseään ja hänen perhettään, mutta sillä on myös yhteiskunnallisesti merkittävä vaikutus, koska se esimerkiksi siirtää henkilön

palveluiden piiriin tulemista sekä laitoshoitoon joutumista. Tulevaisuuteen tähtäävä tavoite on käyttämämme kerhotoimintamallin ja siitä saatujen tulosten hyödynnettävyys myös muiden sairausryhmien käytössä joko suoraan tai sovelluttuna.

8 VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN TOTEUTUS

8.1 Lähtökohdat

Opinnäytetyössämme käytettyä kerhotoimintamallia, missä yhdistetään voimavaralähtöinen henkinen valmennus sekä kuntosaliharjoittelu, ei ole aikaisemmin toteutettu Kouvolan seudun Muisti ry:n hankkeissa. Käytössämme ei ole ollut yhtään muuallakaan kokeiltua vastaavanlaista toimintamallia. Meillä oli mahdollisuus suunnitella ja järjestää moniammatillisesti uudenlaista ryhmätoimintaa ja sen avulla kerätä kokemuksia toimintamallin toimivuudesta muistisairaiden henkilöiden moniulotteisen toimintakyvyn tukemisessa. Erityisesti psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja sitä kautta voimaantuminen sekä omien voimavarojen ja ajatusten suuntaaminen eteenpäin muistisairaudesta huolimatta tuntuivat mielenkiintoisilta aihealueilta.

8.2 Osapuolet ja hyödyn saajat

Opinnäytetyömme toteutettiin osana Kouvolan seudun Muisti ry:n projektitoimintaa. Sisällöltään työ liittyy suoraan yhdistyksessä meneillään olevaan hankkeeseen ”Tule mukaan - dementoituvan toimintakykyä tukeva kerhotoimintahanke 2006 - 2010”. Tule mukaan -projekti on liikuntapainotteinen, muistisairaille henkilöille suunnattu kerhotoimintahanke, jonka rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Projektissa työskentelee kaksi työntekijää, sosionomi (AMK) Tiina Manninen sekä liikunnanohjaaja, geronomiopiskelija Terhi Kukkonen. Opinnäytetyömme tulee aikanaan sisältymään Raha-automaattiyhdistykselle toimitettavaan hankkeen loppuraporttiin. Opinnäytetyömme työnantajan edustajana on toiminut kehittämisspäällikkö Tiina Köninki, joka työskentelee Kouvolan seudun Muisti ry:ssä meneillään olevassa Muistiluotsi -hankkeessa. Osallistujien tavoittamisessa ja ryhmän kokoamisessa apunamme oli Kouvolan terveysaseman muistipoliklinikan vastaava hoitaja Heidi Uitto.

Opinnäytetyönämme toteutetun Voimaa miehille -kurssin tärkein hyödyn saaja on kurssille osallistuja. Osallistujan kautta hyötyvät myös hänen perheensä ja lähipiirinsä. Uskomme, että toteuttamamme kerhotoimintamalli pystyy tulevaisuudessa olemaan

hyödyksi myös toisille kohderyhmäämme kuuluville tai jopa muihin sairausryhmiin kuuluville henkilöille.

Voimavaralähtöinen henkinen valmennus -osa toteutettiin ostopalveluna psykologi, hypnoositerapeutti, Anne Pälliltä. Ryhmän kokoontumispaikaksi valikoitui Kettumäen palvelukeskuksen viihtyisä takkahuonetila. Kuljetusapua tarvitsevien osallistujien kuljetukset oli sovittu Merin Pirssi Oy:n kanssa.

Kuntosaliryhmien ohjaus ostettiin Kouvolan Fysiotiimi Oy:stä fysioterapeutti Marita Mannoselta. Kuntosaliryhmä kokoontui Kouvolan Lyseon kuntosalissa, jonka tilan vuokrasimme käyttöömme Kouvolan kaupungin liikuntatoimelta. Kuljetukset ryhmään oli sovittu niin ikään Merin Pirssi Oy:n kanssa.

8.3 Riskien kuvaus

Voimaa miehille -kurssin kerhotoimintakokeiluun liittyi riski siitä, onnistummeko koamaan muistisairaiden miesten homogeenisen ryhmän, missä osallistujat ovat kutakuinkin samanikäisiä ja suurin piirtein samassa muistisairauden vaiheessa olevia. Eniten itseämme arvelutti se, tavoitammeko riittävän määrän muistisairauden varhaisessa tai lievässä vaiheessa olevia noin 65 -vuotiaita miehiä. Kouvolan terveysaseman muistipoliklinikan asiakaskunta sekä Kouvolan seudun Muisti ry:n ryhmätoiminnoissa jo mukana olevat muistisairaajat henkilöt ovat pääosin yli 65 -vuotiaita ja sairautensa vaiheessa jo pidemmällä olevia. Riskinä pidettiin myös miesten suhtautumistapaa henkisen valmennuksen ryhmään, avautuisivatko miehet asioistaan psykologille ja toisilleen?

Voimaa miehille -kurssin kokonaiskustannukset osasimme arvioida jo ennalta kohtalaiseksi suuriksi. Kustannuksista johtuen tavoittelimmekin kurssilaisten 100 -prosenttista mukanaoloa jokaisella tapaamiskerralla. Yksi haaste olikin onnistua muistisairaiden kurssilaisten saapumisissa ryhmätoimintoihin aina sovittuun aikaan. Edellä mainitun haasteen toteutumisen tueksi jokaiselle kurssilaiselle oli jaettu kirjallinen kurssiohjelma aikatauluineen, mikä oli myös omaisten tiedossa.

Kuntosaliryhmään vaadittiin lisäksi riittävän hyvä fyysinen toimintakyky, koska ohjelma oli suunniteltu nousujohteisena eteneväksi ja kuntopiirityyppiseksi. Lyseon lukion kuntosalin laitteisto on osittain haasteellinen käyttää, koska laitteisiin asettumi-

nen ja painojen säätöominaisuudet ovat osin vaikeakäyttöiset. Kouvolan lyseon lukion kuntosali oli ensimmäistä kertaa Kouvolan seudun Muisti ry:n ryhmätilana, joten aikaisempaa kokemusta tilan soveltuvuudesta muistisairaille henkilöille ei ollut.

8.4 Kustannukset

Voimaa miehille kurssi toteutettiin osana Tule mukaan - dementiasairaiden toimintakykyä tukeva kerhotoimintahanke 2006 - 2010, joten kaikista aiheutuneista kustannuksista vastasi Tule mukaan -projekti. Projektirahoituksen turvin saatoimme hyödyntää ostopalvelumahdollisuutta, mikä takasi itsellemme erinomaisen mahdollisuuden omien havaintojen keräämiseen ja kirjaamisen. Koko voimaa miehille -kurssin kustannukset olivat 5308,04 € mikä tekee osallistujaa kohti 1061,08 € Kurssilaisilta ei peritty omavastuusuutta. Seuraavalla sivulla taulukossa kaksi on esitetty Voimaa miehille -kurssin kokonaiskustannukset.

Taulukko 2. Voimaa miehille -kurssin kokonaiskustannukset

	Henkinen valmennus	Kuntosali- ryhmä
Ohjaus- palkkiot	2442,48	1080,00
Tilavuokra	160,00	90,00
Kuljetus	973,85	477,76
Muut kulut	78,05	5,90
Yhteensä:	3654,38	1653,66

8.4.1 Kuntosaliyhmän kustannukset

Ostopalveluna toteutetun kuntosaliryhmänkin ohjaajapalkkiot matkakuluineen olivat yhteensä 1080 € Tilavuokraa maksoimme puolentoista tunnin vuorosta aina 11,25 €/kerta eli yhteensä 90 € Kuljetuskustannukset kuntosaliryhmään olivat 477,76 € Puo-

livälissä nautitun juomatauon kustannukset olivat koko kurssin ajalta 5,90 € Kuntosaliryhmissä käytetty musiikki oli fysioterapeutin omaa materiaalia ja käytetty soitin oli tässäkin tapauksessa lainassa Kouvolan seudun Muisti ry:stä. Kuntosaliryhmän kokonaiskustannukset olivat 1653,66 €

8.4.2 Henkisen valmennuksen ryhmän kustannukset

Psykologin ohjaajapalkkiot matkakuluineen henkisen valmennuksen ryhmässä olivat 2442,48 € Kettumäen palvelukeskukseen maksoimme tilavuokrana yhteensä 160 € Materiaalitarvikkeisiin kului 17,80 € tarvittavien työvälineiden ollessa lainassa Tule mukaan -projektilta. Rentoutusharjoituksia varten hankimme jokaiselle osallistujalle tyynyn, tyynynpäällisen sekä kevyen peiton, joiden kulut olivat yhteensä 45,65 € Rentoutusharjoituksissa käytetty soitin oli lainassa Kouvolan seudun Muisti ry:stä ja soitettavat cd-levyt olivat psykologin omia. Koko ryhmätoimintojen aikaiseen tarjoi- luun kului 14,60 € Osallistujien kuljetuskustannukset ryhmään olivat 973,85 € Koko henkisen valmennuksen ryhmän kulut olivat yhteensä 3654,38 €

8.5 Kurssin suunnitteluvaihe

Kouvolan seudun Muisti ry:n toimijoilta saamiemme yhteystietojen ja yhteydenotto- lupien perusteella lähetimme mahdollisille osallistujille tiedotteen alkavasta kurssista (liite 1). Tämä tuotti kurssille 3 osallistujaa. Tämän jälkeen otimme yhteyttä Kuusan- kosken aluesairaalan neurologian poliklinikkaan ja Kouvolan terveystaseman muisti- poliklinikan vastaavaan hoitajaan. Muistipoliklinikan vastaavan hoitajan kautta saim- me kurssille kaksi osallistujaa lisää. Kurssi käynnistyi viidellä osallistujalla poiketen alkuperäisestä kuuden osallistujan tavoitteestamme yhdellä.

Suunnitteluvaiheeseen kuului oleellisesti ryhmätoimintojen tilakartoitukset ja tilavara- ukset. Kettumäen palvelukeskuksen takkatilaa oli aikaisemmin käytetty Kouvolan seudun Muisti ry:n toiminnoissa, joten tilaa oli helppo ehdottaa psykologille, joka to- tesikin tilan soveltuvan suunnitellulle ryhmätoiminnalle. Kuntosalitilan kartoittami- nen oli työläämpää. Yhdessä fysioterapeutin kanssa suoritettuna kartoituksen tuloksena toimivimmaksi kuntosaliksi osoittautui Kouvolan Lyseon kuntosali.

Kurssilaisista osa tarvitsi kuljetusta ryhmätoimintoihin. Kouvolan seudulla on monta palvelutaksiryttäjää, jotka ovat erikoistuneet erityisryhmien kuljetuksiin, joten on-

gelmaa sopivasta palvelutaksista ei päässyt syntymään. Muistisairaiden henkilöiden ollessa kyseessä on ensiarvoisen tärkeää, että kuljetusyrittäjä tiedostaa ryhmän erityispiirteet ja on valmis toimimaan erityispiirteiden vaatimalla tavalla. Tässäkin asiassa oli hyötyä sitä, että Kouvolan seudun Muisti ry on aikaisemminkin käyttänyt alueen palvelutaksiyrittäjiä ryhmätoimintojensa kuljetuspalveluiden tuottajana, eikä erillistä perehdytystä tarvinnut enää tehdä.

Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmän ohjauksesta saimme kirjallisen tarjouksen psykologi Anne Pälliltä. Tarjouksessa oli kerrottu kokoontumisajat ja - hinnat. Tapasimme psykologin kanssa ennen kurssitoiminnan alkua ja kävimme yhdessä läpi muistisairauden mahdollisesti aiheuttamia haasteita ryhmätilanteissa.

Kuntosaliryhmien ohjauksesta ja kustannuksista sovittiin yhteistyötapaamisessa fysioterapeutti Marita Mannosen kanssa. Neurologisiin sairauksiin ja niiden erityispiirteisiin erikoistuneena fysioterapeuttina hänellä oli jo ennalta kokemusta myös muistisairaiden ryhmien ohjauksesta.

Kyselylomakkeiden sisältö laadittiin ajatellen tulevia ryhmätoimintojamme, kuntosaliryhmää sekä voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmää. Alku- ja loppukyselyissä toistuivat osittain samat kysymykset, mikä mahdollisti ryhmätoiminnan merkityksen arvioinnin jokaisen osallistujan sekä hänen omaisensa kohdalla. Kyselylomakkeiden laadinnassa käytettiin osia seuraavista jo olemassa olevista kyselylomakkeista ja mittareista; verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumista arvioiva kyselylomake, mielialakysely II (BDI, lyhyt versio), arjessa selviytymisen profiili; Helsingin kaupunki, kysely muistihäiriöpotilaan läheiselle, muistikysely ja CRD -luokitus. Kaikkien käytettyjen kyselylomakkeiden ja mittareiden saatavuustiedot löytyvät lähdeluettelosta.

8.6 Voimaa miehille -kurssin toteutus

Ennen Voimaa miehille -kurssin käynnistymistä järjestimme kurssille tuleville sekä heidän omaisilleen Kouvolan seudun Muisti ry:n tiloissa informaatiotilaisuuden. Kutsu tilaisuuteen oli mennyt osallistujille postitetun kurssiohjelman ja aikataulun mukana (liite 2). Tilaisuus alkoi tervetuloitovotuksella ja esittäytymisillä. Kerroimme alkavan kurssin sisällöstä ja siitä, että kurssi on osa opinnäytetyötämme ja että siitä tullaan tekemään kirjallinen raportti. Kerroimme kurssin olevan myös osa Kouvolan seudun

Muisti ry:n Tule mukaan -hanketta. Tilaisuudessa jaettiin alkukyselylomakkeet osallistujalle (liite 4) sekä omaiselle (liite 5). Osallistujat allekirjoittivat vaitiolo- ja salassapitolomakkeen (liite 3). Siinä jokainen vahvisti omalla allekirjoituksellaan sitoutumuksensa ehdottomaan vaitioloon ja salassapitoon kaikissa kurssiin liittyvissä henkilökohtaisissa asioissa. Alkukyselyihin vastaaminen tapahtui jokaisen kohdalla itsenäisesti kotona. Osallistujien täyttämät alkukyselylomakkeet toimitettiin psykologille ja fysioterapeutille ennakkoon tutustumista varten. Kyselylomakkeista kumpikin poimi omaa ryhmäänsä varten itselleen oleelliset tiedot.

Kuntosaliryhmä toteutettiin 29.10 - 17.12.2008. Harjoitusvuorot olivat tiistaisin klo 9.30 - 11.00. Itse olimme kuntosalilla jo hyvissä ajoin vastaanottamassa kurssilaiset ja ryhmän päätyttyä varmistimme, että kaikki pääsivät turvallisesti kotimatalle. Päävastuu ryhmänohjauksesta oli aina fysioterapeutilla. Oma roolimme oli toimia apuohjajina.

Jokaisen harjoituskerran alussa lämmiteltiin huolella musiikin tahtiin. Harjoituskerta päättyi aina perusteelliseen ja ohjattuun venyttelyyn. Jokaiseen harjoituskertaan sisältyi myös erilaisia ja eritasoisia tasapaino- ja koordinaatioharjoituksia. Tapaamiskerran aikana ehdittiin suorittaa kaksi kuntopiirikierrosta. Laitekohtaisesti harjoitusta tehtiin 45 - 60 sekunnin ajan ja suoritustavassa huomioitiin mahdolliset henkilökohtaiset rajoitteet. Kierrosten välillä pidettiin aina lyhyt juoma- ja palautustauko.

Kuntosalikertoja oli yhteensä kahdeksan, joista ensimmäinen ja viimeinen sisälsivät fyysisen toimintakyvyn testaukset (liite 6). Invalidisäätöön selän suoritustestistöstä käytettiin viittä eri testiä: toistokyykistys, selän toistosuoritus, vatsan toistosuoritus, yläraajojen dynaaminen nostotesti 5 kg:n käsipainoilla (molemmat kädet erikseen) ja yläraajojen staattinen testi 5 kg:n käsipainoilla suoritettuna. Lisäksi testistön ulkopuolelta mitattiin tasapainoa siten, että testattava seisoi yhdellä jalalla (molemmat jalat erikseen mitattuina) vapaa jalka edessä koukistettuna, 20 cm lattiasta irti (enintään 90 sekuntia) käsien ollessa suorina vartalon vieressä. Ensimmäisen harjoituskerran lopussa jokainen osallistuja sai laatimamme liikunta-aktiivisuuden seurantakortin (liite 7), jonka tavoitteena oli aktivoita miehiä liikkumaan myös kotioloissa ja samalla seurata omaa liikunta-aktiivisuuttaan. Fysioterapeutti laati alkukyselyn ja alkutestausten tulosten perusteella jokaiselle osallistujalle yksilöllisen kotivoimisteluohjelman.

Keskimmäiset kuusi kuntosalikertaa olivat tehokasta kuntosalilaitteilla toteutettua kiertoharjoittelua. Harjoittelukerrat olivat nousujohteisia, suoritusaikaa lisättiin alun 45 sekunnista aina minuutin pituisiin jaksoihin asti. Kuntosaliharjoittelussa korostettiin liikkeiden ja liikeratojen oikeaoppista ja puhdasta suoritustapaa. Harjoitteluvastuksia lisättiin yksilöllisesti fyysisen kunnon edistymisen mukaan.

Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen kokoontumiskertoja oli yhteensä kahdeksan (liite 8). Ryhmä kokoontui kerran viikossa 28.10. - 4.12.2008 sekä 8. ja 15.1.2009 klo 14.00 - 15.30. Alkuperäiseen suunnitelmaamme sisältyi kuusi henkisen valmennuksen tapaamiskertaa, mutta ryhmästä nousseen toiveen perusteella kokoonnuimme vielä kaksi kertaa tammikuussa 2009.

Psykologin vastuulla oli jokaisen ryhmätoimintakerran ohjaus. Oma roolimme oli käytännön asioiden järjestely sekä toimia ryhmätöiden apuohjaajina. Varsinaista ohjausta sivusta seuranneina meillä oli mahdollisuus tehdä ryhmästä huomioita ja kirjata niitä myös muistiin. Ennen ryhmän alkua olimme vastaanottamassa osallistujat palvelukeskuksen aulassa psykologin odottaessa heitä takkahuoneessa. Ryhmän päätyttyä varmistimme, että kaikki pääsevät turvallisesti kotimatalle.

Jokainen tapaaminen aloitettiin ja lopetettiin mielialakyselyllä. Arvioinnit suoritettiin mittarilla, jonka ryhmäläiset itse nimesivät ”fiilisjanaksi”. Mittarilla osallistujat arvioivat aina sen hetkistä mielialaansa numeraalisesti asteikolla 0 - 10 siten, että 0 oli huonoin mahdollinen ja 10 paras mahdollinen koettu sen hetkinen mieliala. Alkukyselyn tulokset eivät olleet näkyvissä vastaajille loppukyselyssä. Jokainen tapaamiskerta oli tarkoitus päättää psykologin ohjaamaan suggestioita sisältävään syvärentoutushetkeen.

Voimaa miehille -kurssin voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen tapaamiskerrat etenivät kurssilaisen alussa asettamien henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Asetetuista tavoitteista jokainen nosti yhden asian päätavoitteekseen. Tavoitteen saavuttamiseksi edettiin pienin askelin. Toimintamuotoina olivat voimavaralähtöiset ryhmäkeskustelut, ryhmätyöt, mielikuvatyöskentelyt sekä syvärentoutus ja sen aikana annetut suggestiot. Keskustelut etenivät psykologin johdolla ratkaisu- ja voimavara-keskeistä menetelmää käyttäen. Keskustelun aiheina olivat paitsi psykologin antamat aiheet niin myös miesten omista tarpeista nousseet aiheet.

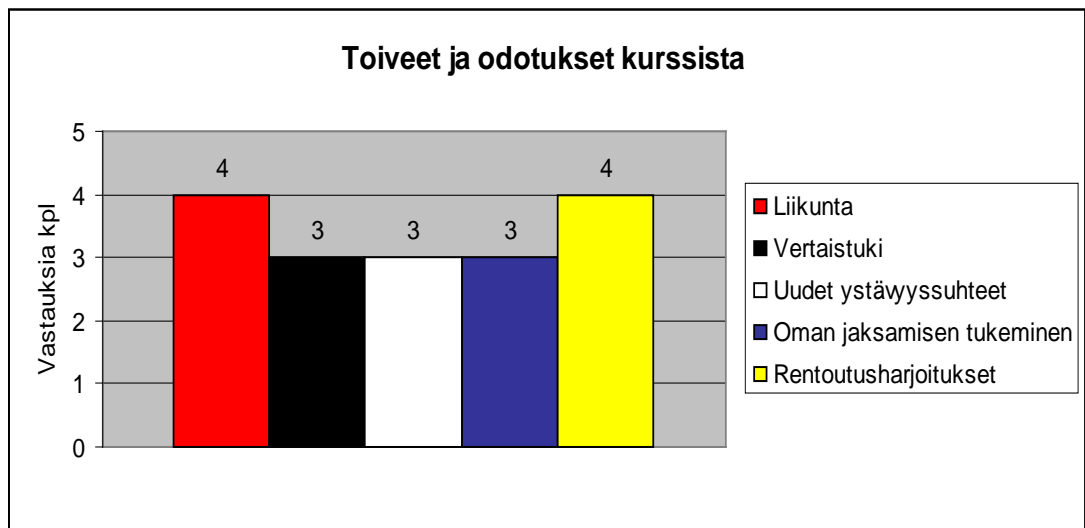
Voimaa miehille -kurssin lähestyessä loppuaan osallistujille jaettiin osallistujan (liite 4) ja omaisen (liite 5) loppukyselylomakkeet. Jokainen täytti henkilökohtaisesti loppukyselylomakkeen itseksensä kotona ja palautti vastaukset meille palautuskuoressa. Loppukyselyssä toistuivat osittain samat kysymykset kuin alkukyselyssäkin, joten ryhmätoiminnan vaikutusten arviointi oli mahdollista toteuttaa. Kaikki vastasivat loppukyselyyn.

9 VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN OSALLISTUJIEN ANTAMA ARVIOINTI, TULOKSET JA KEHITTÄMISKOHTEET

9.1 Osallistujan arvio

Osallistujan toiveet ja odotukset kurssista

Alkukyselyssä kysyttiin osallistujilta toiveita ja odotuksia kurssista. Yksi vastaajista ei ollut löytänyt annetuista vaihtoehtoista haluamaansa. Kolme vastasi toivovansa kaikkia esitettyjä vaihtoehtoja ja yksi vastaajista toivoi kurssilta liikuntaa ja rentoutusta. (Kuva 3.)



Kuva 3. Osallistujan toiveet ja odotukset alkukyselyssä, n = 4

Alkukyselyssä osallistujat vastasivat vapaamuotoisesti kysymykseen: Jos tämä kuuden viikon kurssi täyttäisi kaikki odotuksesi, mikä olisi muuttunut toisin? Osallistujien antamissa vastauksissa oli toiveita erityisesti omien voimavarojen vahvistamiseen, vertaistuen saamiseen sekä fyysisen toimintakyvyn kehittämiseen:

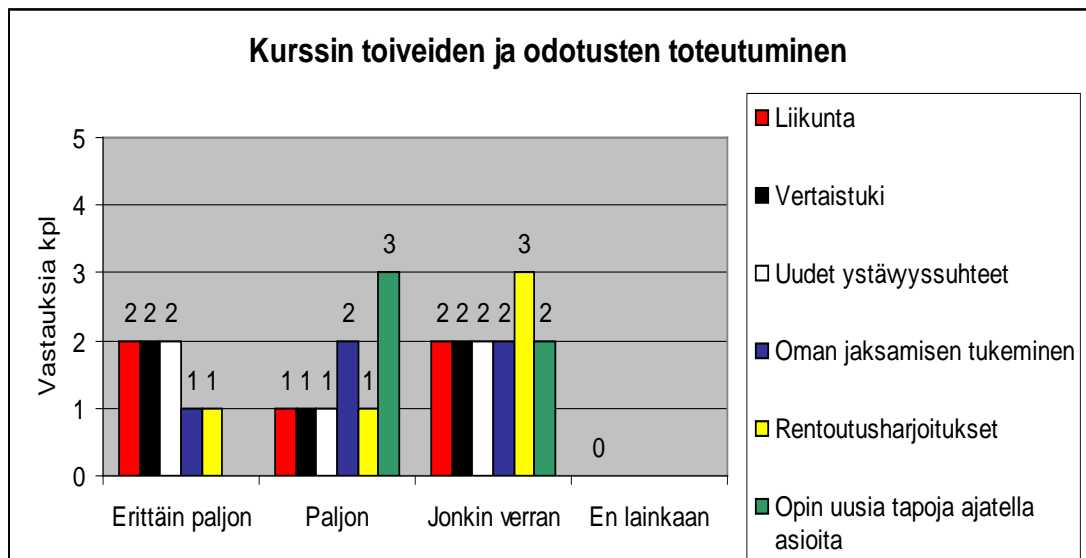
”Toivottavasti löydän kipinän liikuntaan uudelleen, saan vertaistuesta, keskusteluista, rentoutumisesta ym. voimia ja keinoja tämän sairauden kanssa jaksamiseen.”

”Olisin rauhallisempi, paremmissa voimissa ja ajatusmaailma olisi ehkä selkeämpi.”

”Kunto kohenisi, saisin rohkeutta lisää, tutustuisin uusiin ihmisiin, tulevaisuuden usko palaisi takaisin, pystyisin selviytymään jokapäiväisistä velvoitteistani paremmin”

Osallistujan toiveiden ja odotusten toteutuminen

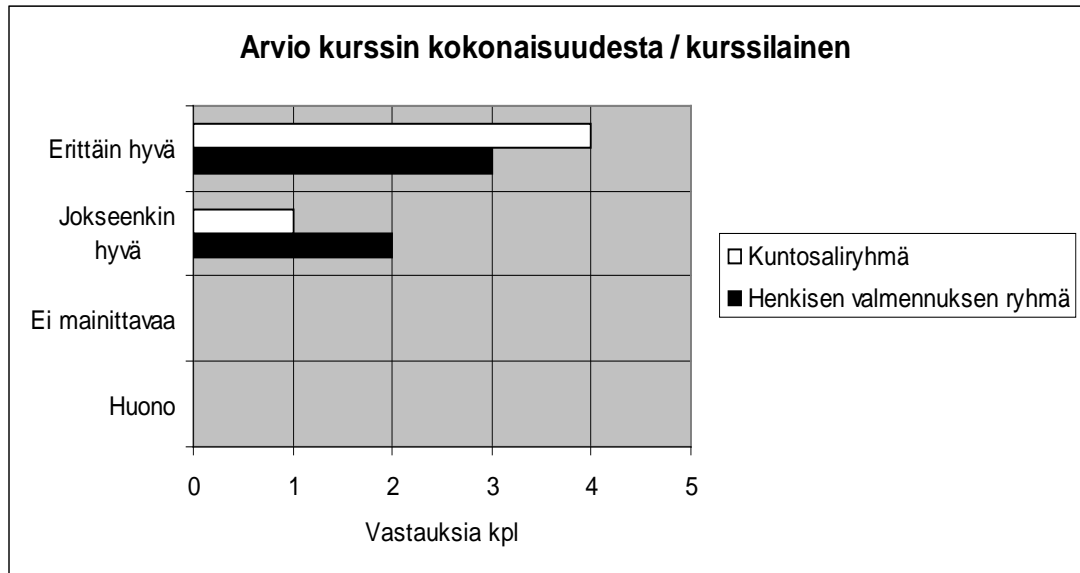
Loppukyselyssä osallistujilta kysyttiin, miten kurssi oli täyttänyt heidän odotuksiaan liikunnan, vertaistuen, uusien ystävyysuhteiden, oman jaksamisen tukemisen, rentoutusharjoitusten ja uuden ajattelutavan oppimisen osalta. Kaikki osallistujat kokivat, että kurssi vastasi heidän toiveitaan ja odotuksiaan. (Kuva 4.)



Kuva 4. Osallistujan toiveiden ja odotusten toteutuminen kurssin loppukyselyssä, n=5

Osallistujan arvio kurssin kokonaisuudesta

Voimaa miehille -kurssin osallistajat arvioivat kurssin kokonaisuuden onnistuneeksi.
(Kuva 5.)



Kuva 5. Osallistujan loppuarvio kurssin kokonaisuudesta, n = 5

Osallistujan kirjallista arviota kuntosaliryhmästä:

”Yhteishenki oli hyvä ja laitteet monipuoliset. Kotiharjoittelu joskus ”takkuili.”

”Kuntosaliryhmässä on ollut hyvä henki ja ohjaajat ovat osanneet minua hyvin ohjata oikeisiin liikkeisiin. Suuri kiitos kaikille ohjaajille, että olen saanut olla ryhmässä mukana.”

Osallistujan kirjallista arviota henkisen valmennuksen ryhmästä:

”Kurssi on ollut mielenkiintoinen kokemus. Olen saanut positiivista ajateltavaa ja olen pitänyt seurasta ja porukasta. Kurssin sisältö oli hyvä.”

”Pinna on alkanut kestää paremmin ja pystyn käsittelemään omia asioitani nyt paremmin ja ymmärrän myös päivien erilaisuuden. Olen saanut mielenrauhaa ja kokenut toiminnan seesteisenä kokonaisuutena. Minulla ei ole parannusehdotuksia ryhmän sisältöön.”

”Altsi saatiin selän taakse, ollut suuri hyöty. En enää hössötä, antoisa kokonaisuus.”

”Tällainen ryhmätoiminta pitäisi olla jatkuvaa ja säännöllistä.”

”Kurssi on ollut mielestäni hyvä, vertaistuki on ollut parasta kurssin antia. Asioista voi avoimesti puhua jännittämättä, että tuntee itsensä erilaiseksi, kun ei muista. Ollaan samanvertaisia ja on helpompi puhua. Minulle ryhmän tuki on ollut tärkeää.”

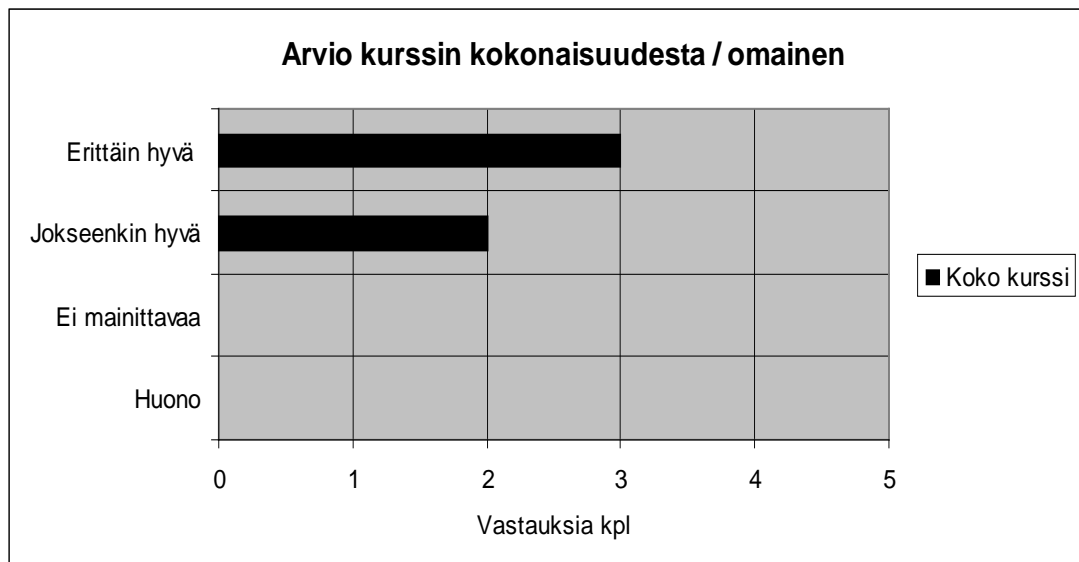
”Olen löytänyt lukemisharrastuksen uudelleen kurssin aikana.”

”Olen oppinut rentoutumisen jujun, on ihana kun voi vaan olla, ajatukset tulevat ja menevät - on kevyt, hyvä olo. Pääsärkyeni hävisi rentoutuksen aikana”

9.2 Omaisen arvio

Omaisen antama arvio kurssin kokonaisuudesta

Omaiset kokivat järjestetyn kurssitoiminnan kokonaisuudessaan onnistuneeksi. (Kuva 6.)



Kuva 6. Omaisen arvio kurssin kokonaisuudesta, n = 5

Omaisien antamaa kirjallista arviota kurssin kokonaisuudesta:

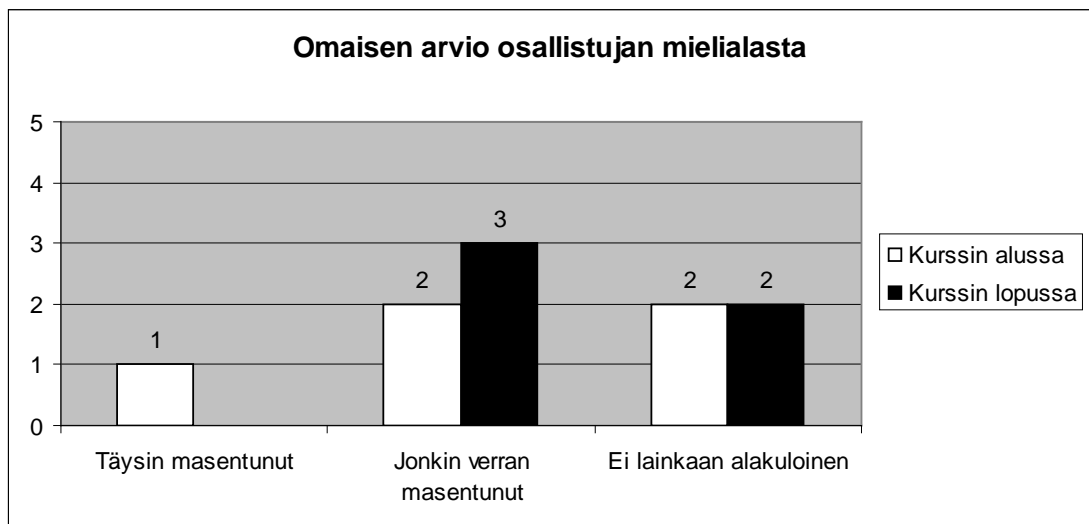
”Kurssi on ollut hyvä, puolisoni on huomannut, että ei ole sairauden kanssa yksin. Kurssilla on saanut jutella ja tavata samaa sairautta sairastavia. Todennut, ettei olekaan huonokuntoinen.”

”Kurssi oli hyvä, siitä sai elämänmyönteisyyttä, olisi hyvä vaikka jatkaakin.”

”Oikein hyvä ja monipuolinen kurssi. Kurssilainen oli varmaan itsekin innostunut ja tyytyväinen. Toivottavasti tulisi jatkossa samantyyppisiä. Kiitos! ”

Omaisien antamaa arviota osallistujan mielialasta

Omaisien mukaan yhden osallistujan mieliala koheni toiminnan aikana. (Kuva 7.)



Kuva 7. Omaisien arvio osallistujan mielialasta kurssin alussa ja kurssin lopussa

Omaisien antamaa kirjallista arviota osallistujan mielialalasta kurssin lopussa:

”On monessa asiassa aktiivisempi, huomaavainen ja reippaampi.”

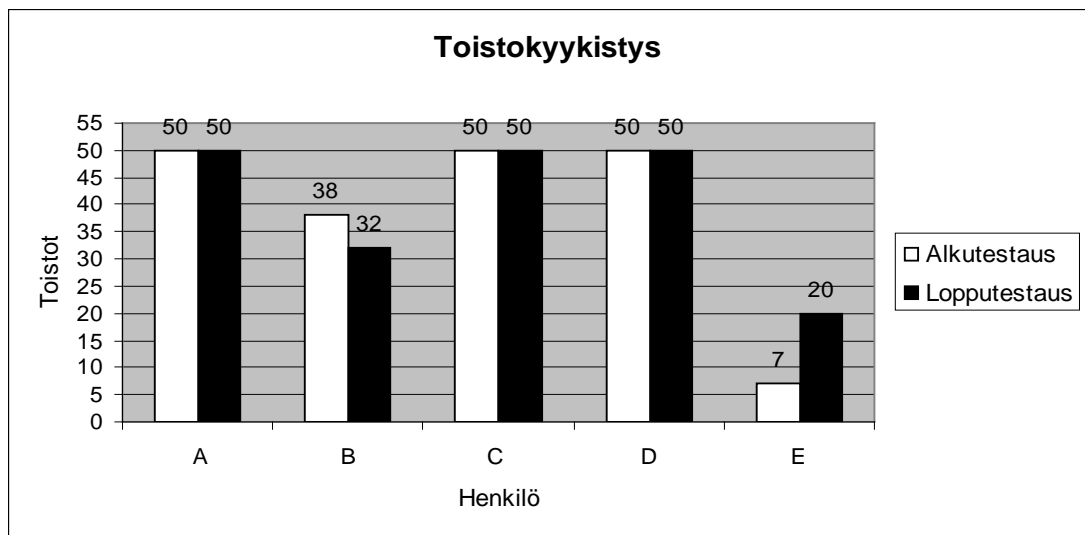
”Hän on elämänmyönteisempi ja halukas lähtemään ryhmiin.”

”Rohkeutta tullut vähän lisää, vastaa puhelimeen reippaasti.”

9.3 Kuntosaliryhmän alku- lopputestaus

Toistokyykistys

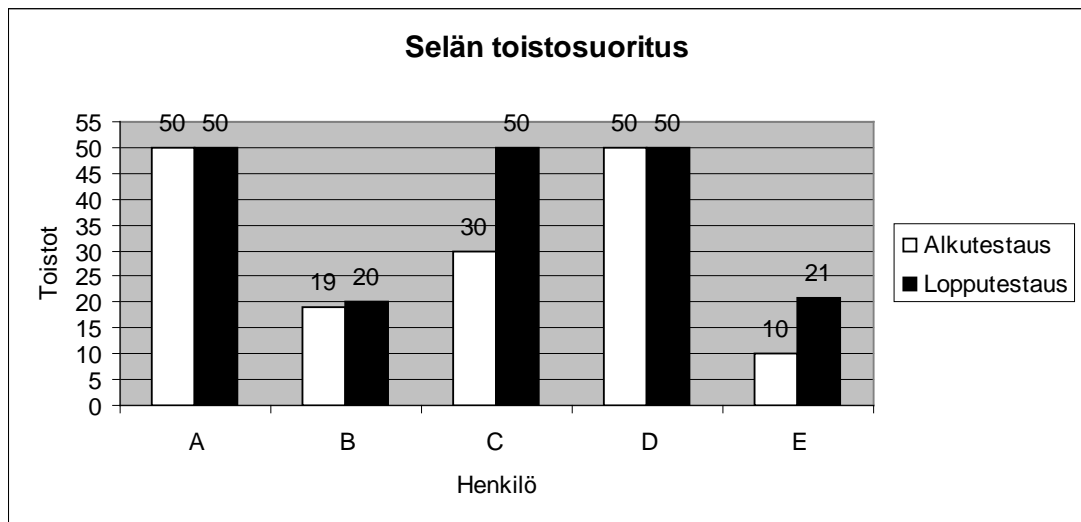
Toistokyykistyksessä maksimisuoritus oli 50 toistoa, jonka osa saavutti jo alkutestauksen yhteydessä. Henkilö B:n testisuorituksia häiritsi polvikipu. (Kuva 8.)



Kuva 8. Toistokyykistyksen alku- ja lopputestaus

Selän toistosuoritus

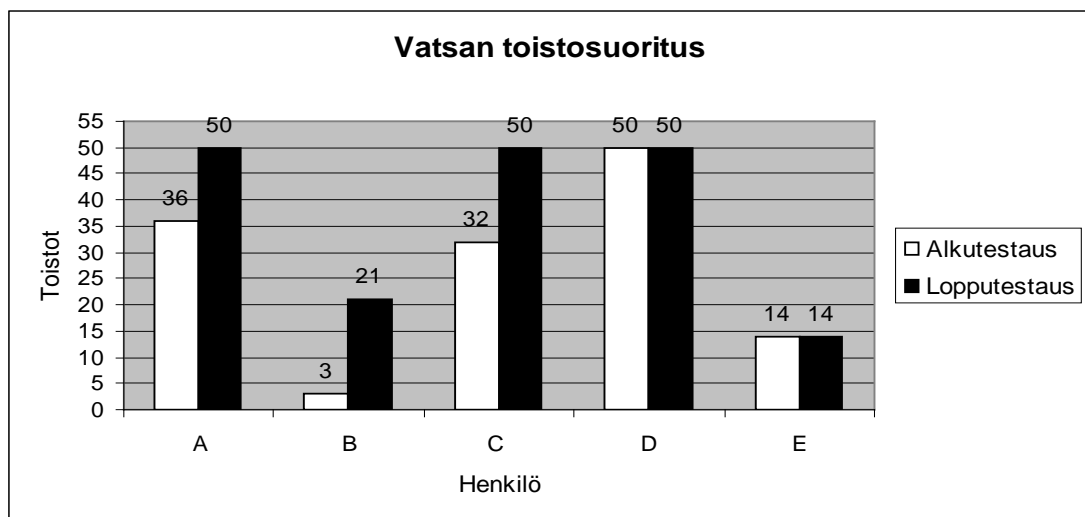
Selän toistosuorituksessa maksimisuoritus oli 50 toistoa, jonka osa saavutti jo alkutestauksen yhteydessä. Harjoittelulla saavutettu selän lihaskunnan kehittyminen näkyy jo kahdeksan viikon kuntosalijakson jälkeen. (Kuva 9.)



Kuva 9. Selän toistosuorituksen alku- ja lopputestaus

Vatsan toistosuoritus

Vatsan toistosuorituksessa maksimisuoritus oli 50 toistoa. Kahdeksan viikon kuntosaliharjoittelun tulokset näkyvät vatsan lihaskunnan selkeänä kehittymisenä. (Kuva 10.)

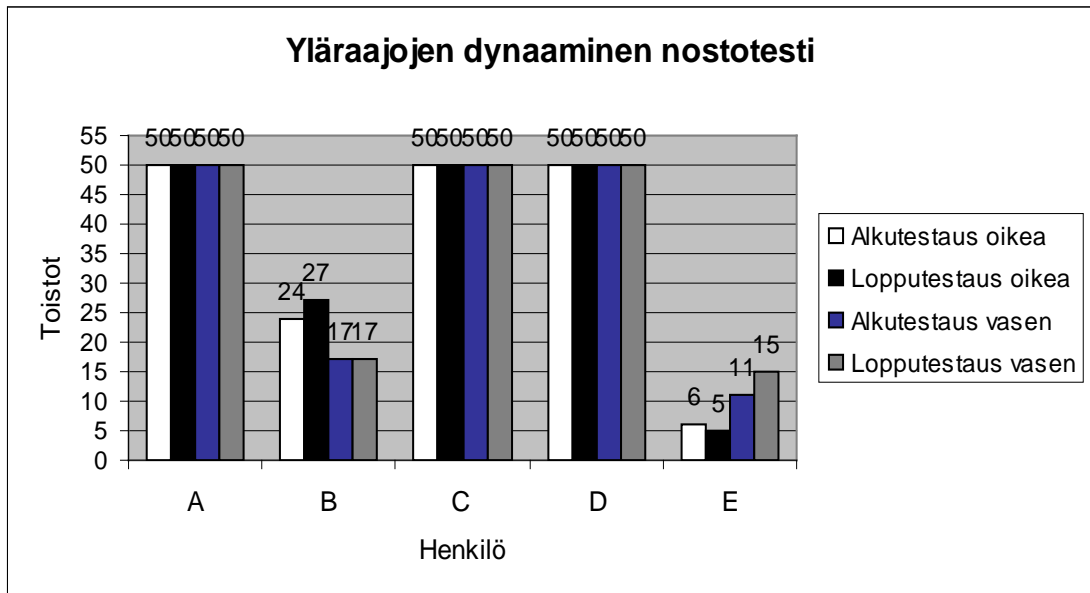


Kuva 10. Vatsan toistosuorituksen alku- ja lopputestaus

Yläraajojen dynaaminen nostotesti

Yläraajojen dynaamisen nostotestin maksimisuoritus oli 50 toistoa. Testi suoritettiin fysioterapeutin päätöksellä 5 kg:n käsipainoilla poiketen Invalidisäätiön ohjeesta

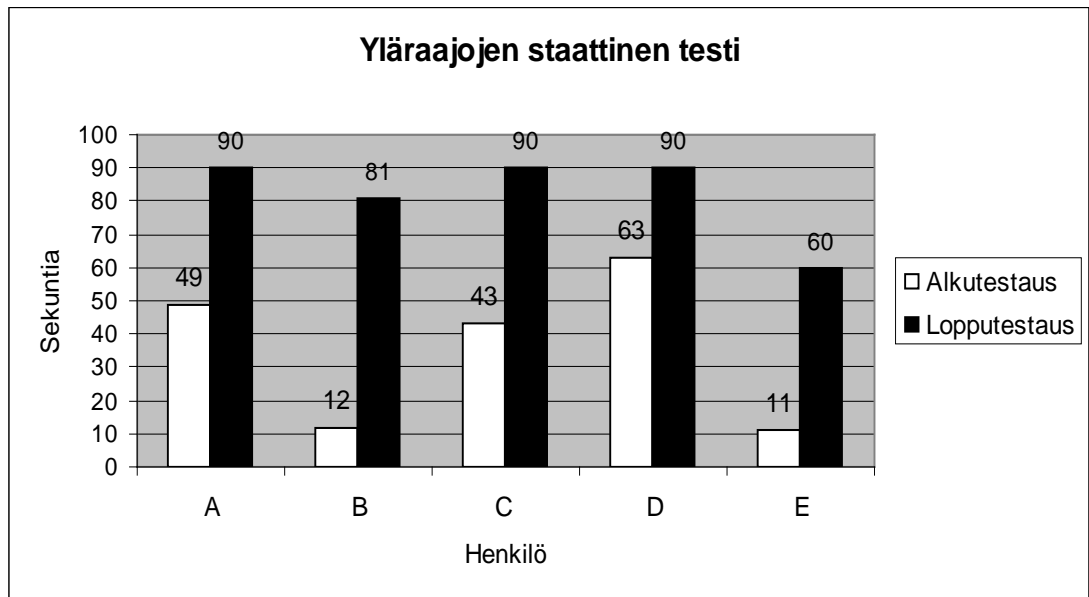
(miehet: 10 kg). Testi suoritettiin käsiä vuorotellen ylös olkapäältä ojentaen. Maksimisuoritus oli 50 toistoa / käsi, jonka kolme osallistujaa saavutti jo alkutestauksen yhteydessä. Kahden osallistujan kohdalla ei tapahtunut merkittävää kehitystä kahdeksan viikon kuntosaliharjoittelun aikana. (Kuva 11.)



Kuva 11. Yläraajojen dynaaminen nostotestaus alussa ja lopussa

Yläraajojen staattinen testi

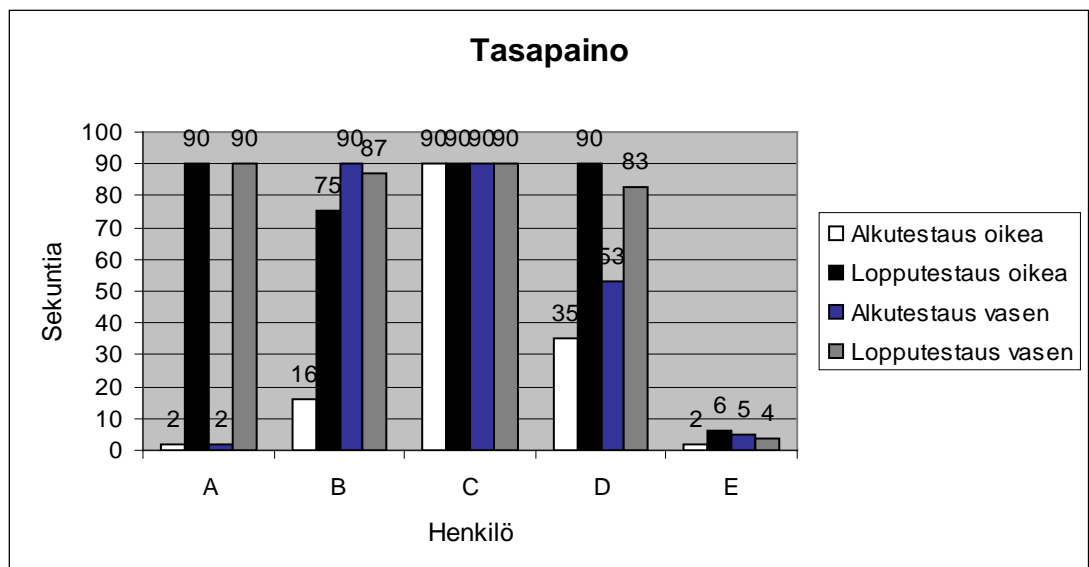
Yläraajojen staattisen testin maksimisuoritus oli 90 sekuntia. Testi suoritettiin fysioterapeutin päätöksellä 5 kg:n käsipainolla, mikä poikkeaa Invalidisäätiön ohjeesta (miehet: 10 kg). Kaikki osallistujat paransivat huomattavasti suorituksiaan lopputestauksessa verrattuna alkutestaukseen. (Kuva 12.)



Kuva 12. Yläraajojen staattinen alku- ja lopputestaus

Tasapainotesti

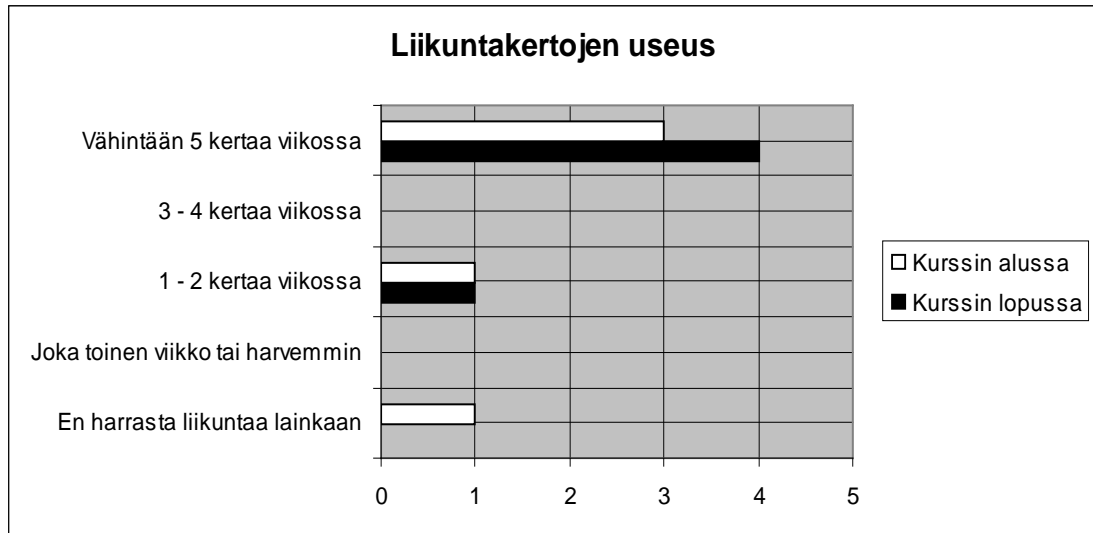
Tasapainossa tapahtui huomattavaa kehitystä kolmen osallistujan kohdalla. Yksi osallistuja saavutti maksimituloksen (90 sekuntia) jo alkutestauksessa. Yhden osallistujan kohdalla tasapaino ei kehittynyt. (Kuva 13.)



Kuva 13. Tasapainon alku- ja lopputestaus

Liikuntakertojen useus kurssin alussa ja lopussa

Alkukyselyssä osallistujista yksi vastasi, että ei harrasta liikuntaa lainkaan. Loppukyselyssä alun passiivinen liikunnan harrastaja vastasi harrastavansa liikuntaa 1 - 2 kertaa viikossa ja alussa 1 - 2 kertaa viikossa liikuntaa harrastanut oli lisännyt liikunta-aktiivisuuttaan vähintään viiteen kertaan viikossa. Kolme henkilöä vastasi liikkuvansa edelleen vähintään viisi kertaa viikossa. (Kuva 14.)



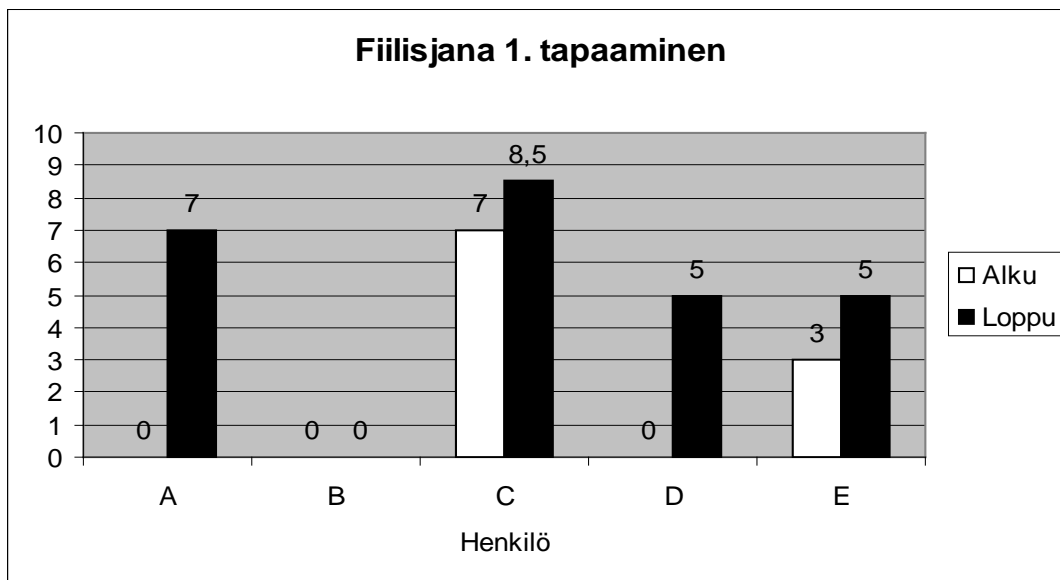
Kuva 14. Liikuntakertojen useus viikossa kurssin alussa ja kurssin lopussa, n = 5

9.4 Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmän fiilisjanakysely

Jokainen henkisen valmennuksen tapaaminen aloitettiin ja päätettiin osallistujan senhetkiseen arvioon omasta mielialastaan. Arviointi suoritettiin fiilisjanan asteikolla 0 - 10 siten, että 0 oli huonoin mahdollinen ja 10 paras mahdollinen koettu sen hetkinen mieliala. Alkukyselyn tulokset eivät olleet näkyvissä vastaajille loppukyselyssä.

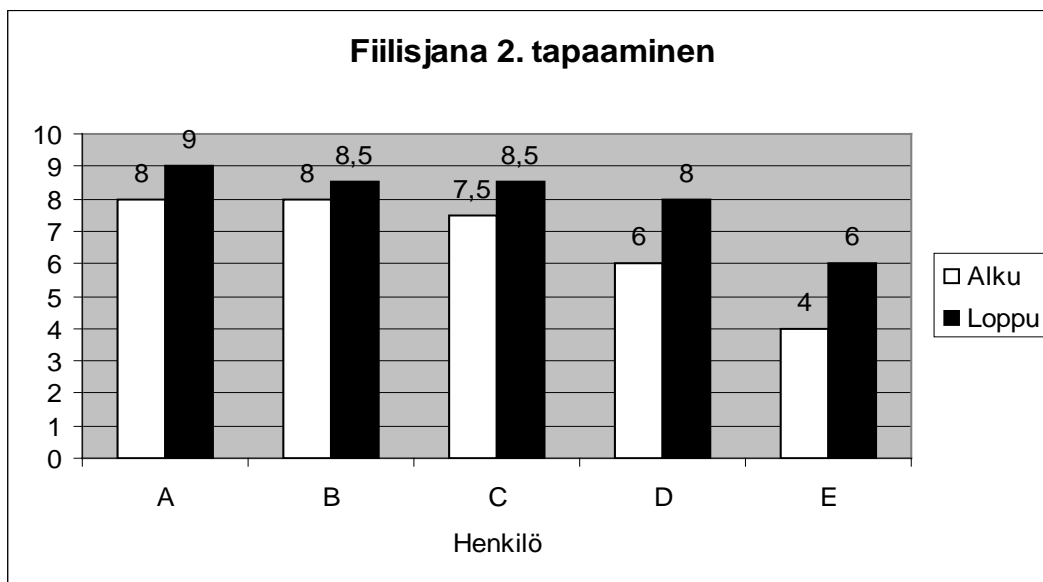
Mielialan alku- ja loppukyselyn tulokset henkisen valmennuksen ryhmässä tapaamiskerroitain

Ensimmäisellä tapaamiskerralla oli havaittavissa myönteistä muutosta mielialassa verrattaessa alku- ja lopputilannetta. Henkilö B oli ilmoittanut jo ennakkoon olevansa poissa ensimmäiseltä tapaamiskerralta. (Kuva 15.)



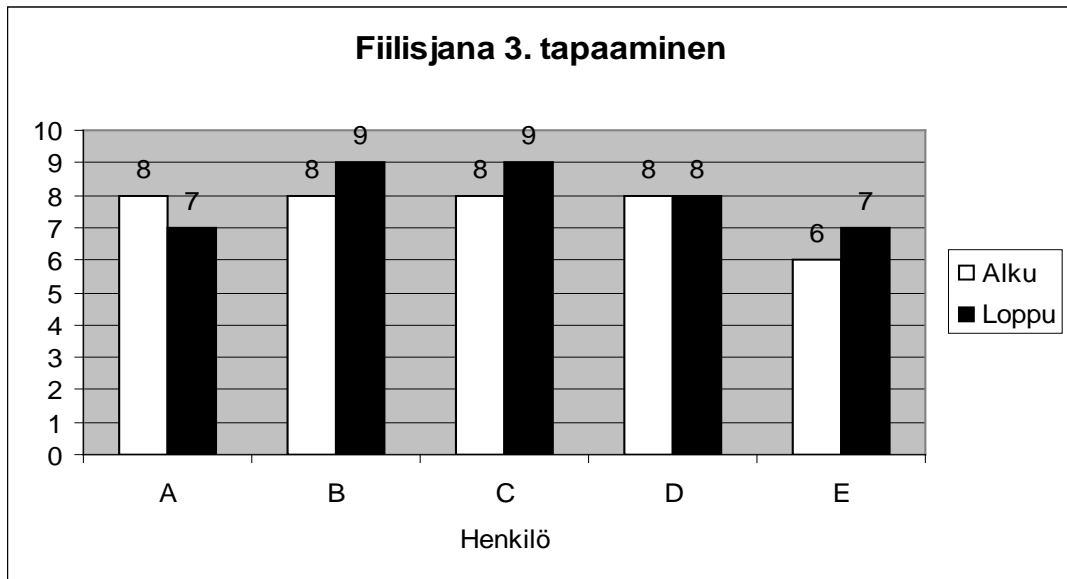
Kuva 15. Ensimmäisen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 4$

Toisella tapaamiskerralla mielialan koheneminen sekä alussa että lopussa näkyivät selvästi ensimmäiseen tapaamiskertaan verrattuna. Vastausten mukaan mielialat kohe-
nivat kaikilla vastaajilla. (Kuva 16.)



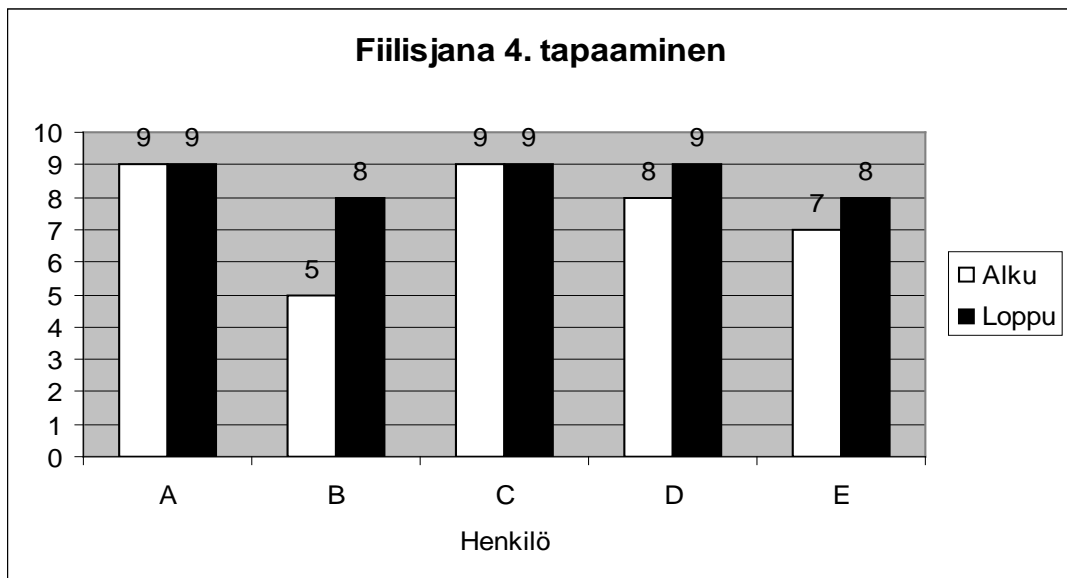
Kuva 16. Toisen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 5$

Kolmannella tapaamiskerralla alun mieliala oli numeraalisesti arvioiden parempi kuin edellisen kerran alussa. (Kuva 17.)



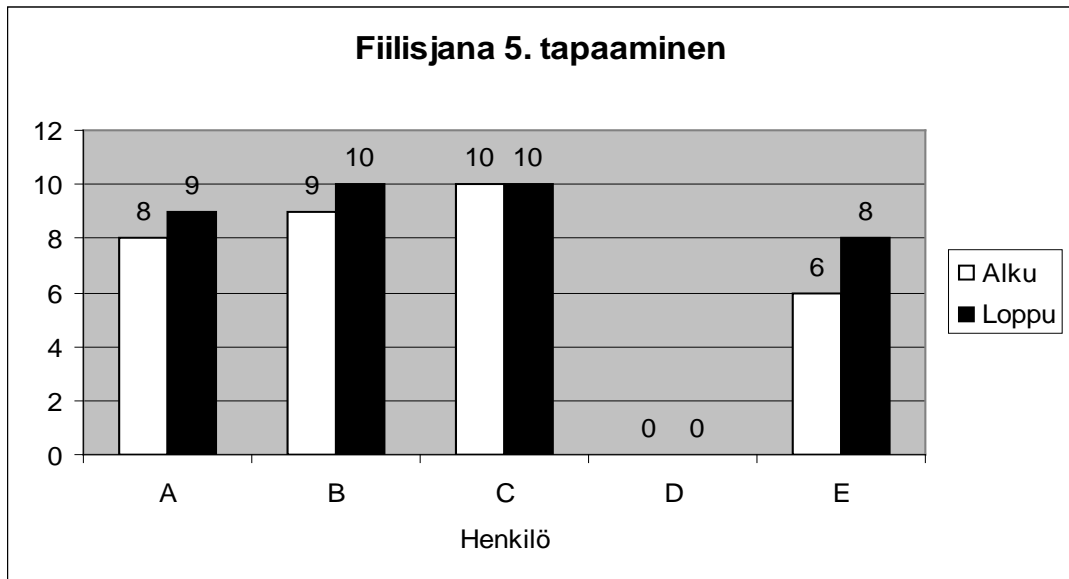
Kuva 17. Kolmannen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 5$

Neljännellä tapaamiskerralla kohentunut mieliala on yleisesti havaittavissa jo alkukyselyssä. (Kuva 18.)



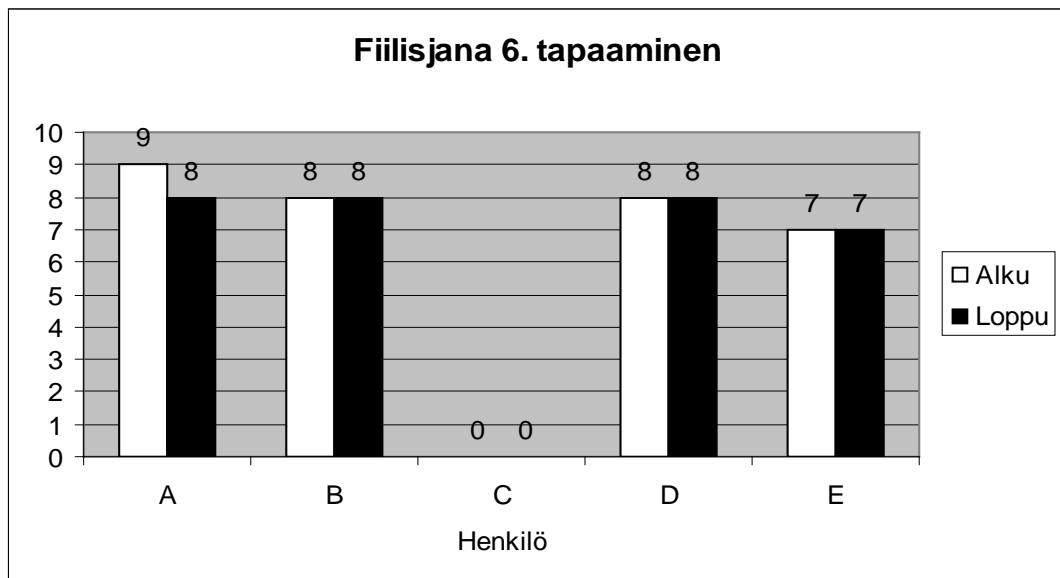
Kuva 18. Neljännen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 5$

Viidennellä tapaamiskerralla henkilö D oli ilmoittanut jo ennakkoon olevansa poissa tältä tapaamiskerralta. (Kuva 19.)



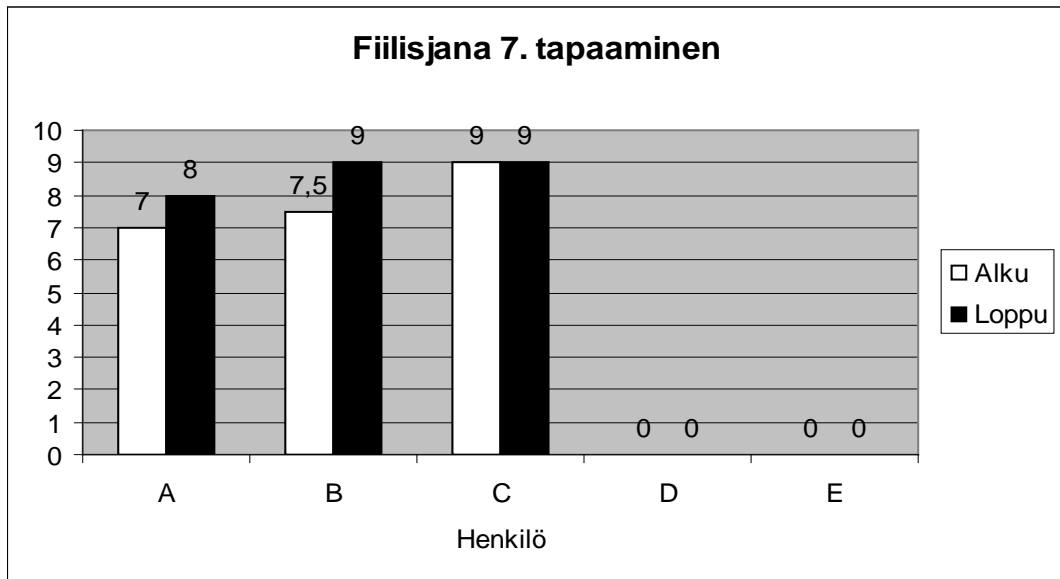
Kuva 19. Viidennen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 4$

Kuudennella tapaamiskerralla miehet halusivat käyttää myös rentoutumiseen varatun ajan keskusteluun. Henkilö C unohti tulla tälle tapaamiskerralle. (Kuva 20.)



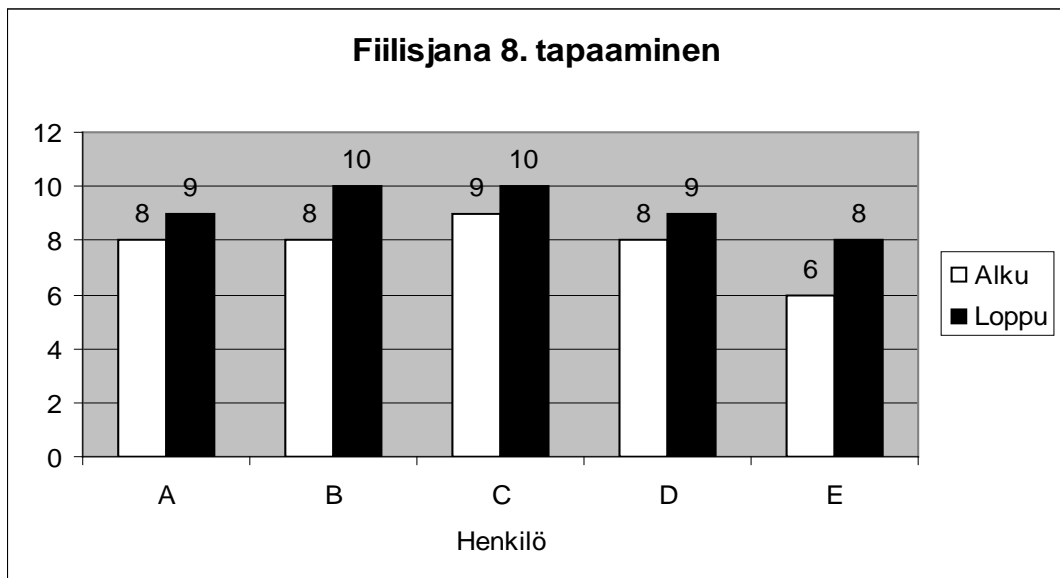
Kuva 20. Kuudennen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 4$

Seitsemännellä tapaamiskerralla paikalla oli ainoastaan kolme ryhmäläistä. Henkilöt D ja E olivat ennakkoon ilmoittaneet olevansa poissa tapaamiskerralta. (Kuva 21.)



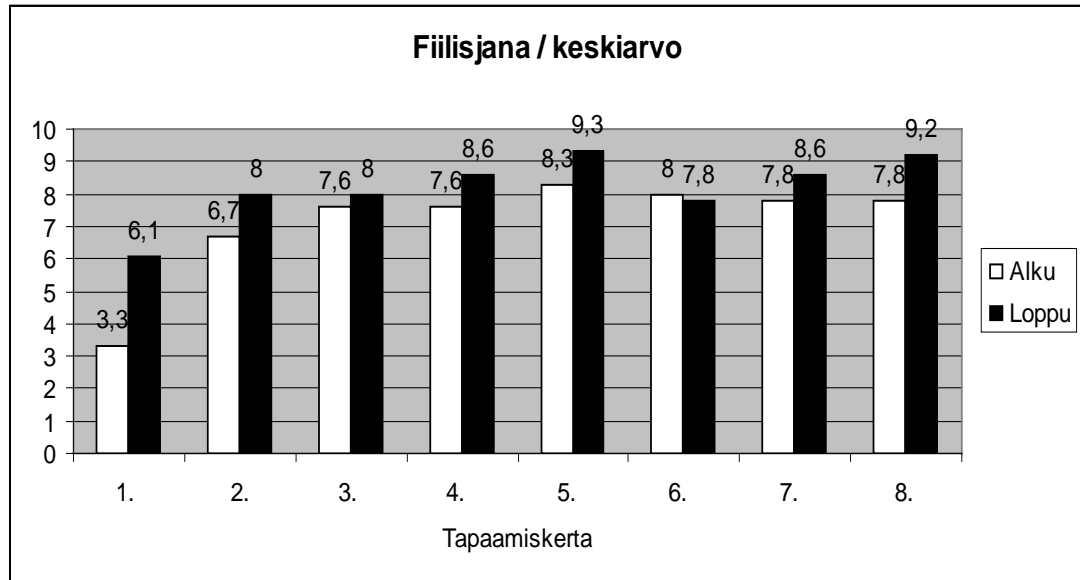
Kuva 21. Seitsemännen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 3$

Kahdeksas tapaamiskerta päättyi osallistujien antamiin erinomaisiin numeraalisiin arvioihin. (Kuva 22.)



Kuva 22. Kahdeksannen tapaamiskerran alun ja lopun mielialat, $n = 5$

Alun ja lopun mielialat ovat nousujohteisia viidenteen tapaamiskertaan asti. Lopun mieliala on aina alun mielialaa korkeampi. Kuudes ryhmäkerta poikkesi aikaisemmista kerroista siten, että rentoutusosio jäi toteutumatta, koska osallistujat halusivat käyttää rentoutukseen varatun ajan keskusteluun. Seitsemäs ja kahdeksas tapaamiskerta sisälsivät jälleen rentoutusosion. (Kuva 23.)



Kuva 23. Kurssilaisten mielialojen alun ja lopun keskiarvot tapaamiskerroittain

9.5 Kehittämiskohteet

Voimaa miehille -kurssin ryhmän kokoaminen oli hidas prosessi. Kurssilaisten kokoamiseen olisikin pitänyt varata enemmän aikaa. Asiakkaille ja omaiselle jaettava esite alkavasta ryhmätoiminnasta olisi voinut toimia hyvänä tiedonlähteenä etenkin, jos se olisi jaettu suoraan muistihoitajan, lääkärin tai muistikoordinaattorin vastaanotoilla tai kotikäynneillä. Kurssimuotoisen toiminnan ongelmana on se, että toiminta alkaa, mutta päättyy aikanaan. Toiminnan tulisikin olla jatkuvaa ja kehittyä aina sairauden etenemisen aiheuttamat toimintakyvyn muutokset huomioiden. Tule mukaan -projektin toimesta pystyttiin jatkamaan kuntosaliryhmän toimintaa, joten jatkuvuus toteutui vain osittain. Voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen säännöllisiin tapaamisiin olisi ollut myös tarvetta sekä osallistujien halukkuutta. Voimaa miehille -kurssin aikana käynnistyi henkilökohtainen prosessi omasta sairauden hyväksymisestä ja sitä kautta elämänlaadun paranemisesta, mutta saavutetut tulokset tarvitsevat pysy-

äkseen ja edelleen kehittyäkseen muistisairauksiin perehtyneen ammatinhenkilöstön ohjaamia säännöllisiä tapaamisia.

Järjestämämme ryhmätoiminnot olivat osallistujille täysin maksuttomia. Osallistumisaktiivisuus kuntosalikerroille oli parempi kuin henkisen valmennuksen kerroille. Mikäli ryhmätoiminnot olisivat jatkuvaa toimintaa, voisi yksi osallistumiseen sitouttava tekijä olla osallistujilta perittävä osallistumismaksu. Osallistumismaksun periminen olisi perusteltua myös toiminnasta aiheutuvien kustannusten osittaiseen peittämiseen.

10 POHDINTA JA ARVIOINTI

Dementia on pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen syistä yleisin. Dementoituvien ihmisten lisääntyvä määrä lisää laitospaikkojen tarvetta tulevaisuudessa radikaalisti. Tästä syystä on aiheellista etsiä tilannetta helpottavia ratkaisuja. Granön ja Högströmin (2007, 33) mukaan dementoivaa sairautta sairastavaa ihmistä ei nähdä yhteiskunnassamme aktiivisena ja kuntoutuvana yksilönä, jolla olisi vielä useita toimintakykyisiä vuosia elämässään jäljellä. Tästä syystä kuntoutusta ei ole mielletty tärkeäksi osaksi kokonaishoitoa. Kuntoutus kuitenkin pidentää sairastuneen kotona asumisen aikaa.

Kuntouttavaa toimintaa tulisikin olla tarjolla muistisairauden kaikissa vaiheissa. Toimiva tapa olisi dementoituvan ihmisen kaikkien toimintakyvyn osa-alueiden määrätietoinen tukeminen ja kuntouttaminen. Opinnäytetyömme tarkasteli kerhotoimintamallia, mikä painottui erityisesti psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen ja vahvistamiseen alle 70-vuotiaana muistisairauteen sairastuneilla miehillä. Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus, mikä näkyi myös Voimaa miehille -kurssin osallistujien kohdalla siten, että osallistujista neljä oli ilmoittanut sairastavansa Alzheimerin tautia. Edellisestä johtuen opinnäytetyömme teoriaosuudessa keskitytään Alzheimerin taudin etenemisen perusteellisempaan kuvaamiseen.

Opinnäytetyömme tulokset vahvistavat jo olemassa olevaa tietoa siitä, että kuntouttavan ryhmätoiminnan merkitys muistisairaiden toimintakyvyn tukemisessa ja sen myötä elämänlaatua nostavana tekijänä on suuri. Fyysisen toimintakyvyn tukeminen määrätietoisella ja riittävän tehokkaalla harjoittelulla sekä henkisten voimavarojen lisääminen parantavat muistisairaana elämänlaatua tukien samalla myös omaisen jaksamista. Myös Granön ja Högströmin (2007, 15) sekä Kivelän ja Rähän (2007, 55) mukaan kuntouttavan toiminnan mahdollistaminen lääkehoidon rinnalla vaikuttaa kohentavasti

sairastuneen kokemaan elämänlatuun sekä tukee itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämistä mahdollisimman pitkään.

Kuntosaliryhmän toteutus onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Osallistujista neljä arvioi kuntosaliryhmän erittäin hyväksi ja yksi jokseenkin hyväksi. Osallistujat olivat toimintakyvyiltään riittävän hyvätasoisia, mikä mahdollisti nousujohtaisen ja määrätietoisen harjoittelun. Joidenkin liikkeiden toteutuksissa jouduttiin tekemään kahden osallistujan kohdalla soveltavia liikkeen suoritustapoja, mutta tavoitteen mukainen eteneminen toteutui jokaisen silti osallistujan kohdalla. Fyysisen toimintakyvyn lähtötason sekä mittaustulosten analysointi henkilökohtaisesti motivoivat osallistujia kuntosaliharjoitteluun. Myös liikunta-aktiivisuuden seurantakortin täyttäminen kannusti neljää osallistujaa viidestä liikkumaan lähes kaikkina viikonpäivinä. Fyysisen toimintakyvyn lopputestauksen tulokset kertoivat jokaisen osallistujan lihaskunnan kehitymisestä. Voimaa miehille -kurssin osallistujien kohdalla kehittyivät eniten tasapaino ja yläraajojen staattinen voima. Fysioterapeutti kävi henkilökohtaisesti jokaisen osallistujan kanssa läpi lopputestauksen tulokset verraten niitä alkutestauksen tuloksiin. Tässä yhteydessä oli havaittavissa viisi itseensä tyytyväistä miestä.

Alun epäilymme Lyseon lukion kuntosalin ja laitteiston toimivuudesta osoittautuivat aiheettomiksi. Osallistujien mielestä kuntosali oli tilana hyvä ja laitteisto monipuolinen. Kolmen ohjaajan läsnäolo varsinkin ensimmäisillä kuntosalikerroilla oli perusteltua, koska osallistujat tarvitsivat henkilökohtaista opastusta. Osallistujien toiveista lähtenyt kuntosaliryhmän jatkuminen Voimaa miehille -kurssin päätyttyä toteutui ja sen toiminta jatkuu edelleen. Ryhmä kokoontuu viikoittain samassa tilassa saman fysioterapeutin ohjaamana. Toiminta toteutetaan ostopalveluna osana Tule mukaan -hankkeen toimintaa.

Opinnäytetyömme kuntosaliosuudesta saamissamme palautteissa sekä omissa havainnoissamme on yhtäläisyyksiä Sakari-Rantalan (2003, 56) ja Pitkälän (2004, 24) tutkimustukoksiin. Kuntosaliharjoittelu vaikutti suotuisasti osallistujien mielialaan. Miesten itsensä antamat arviot harjoittelukokemuksista olivat positiivisia, mikä näkyi mm. miesten sitoutumisena ja motivoitumisena kuntosaliharjoitteluun. Sakari-Rantala suosittaa harrastamaan psyykkisen hyvinvoinnin kannalta liikuntaa, joka tuntuu harjoittelijasta kiinnostavalta ja motivoivalta sekä tuo miellyttäviä kokemuksia. Sosiaaliset tekijät ovat tärkeitä liikuntaharrastuksen aloittamisen ja jatkumisen kannalta. Liikunta-

harrastusten tuomat mahdollisuudet sosiaalisiin kontakteihin ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tuntemuksiin näkyivät myös Voimaa miehille -kurssin kuntosaliryhmässä. On huomattava, että Sakari-Rantalan ja Pitkälän tutkimukset on toteutettu ns. normaaleille ikääntyville, ei erikseen muistisairaille, mutta miksi tulokset eivät olisi aivan samansuuntaisia myös oman opinnäytetyömme kohderyhmän näkökulmasta?

Vanhustyön keskusliitossa on meneillään vuonna 2008 alkanut kuntoutushanke. Kuntoutushankkeesta tullaan aikanaan saamaan tärkeää tietoa siitä, miten muistisairaot ja heidän omaisensa hyötyvät liikunnallisesta kuntoutuksesta ja miten sitä kannattaa tulevaisuudessa kohdentaa. (Vanhustyö 2009, 18 - 21.)

Opinnäytetyömme voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmässä päästiin Granön ja Högströmin (2007, 13) sekä Järvikosken ja Härkäpään (2004, 129) mainitsemiin tuloksiin osallistujien elämänhallinnan ja elämäntapahtumien ymmärtämisessä ja hyväksymisessä. Osallistujien antamissa sanallisissa arvioinneissa tuli ilmi, että ryhmäläisten luottamus omaan tulevaisuuteensa vahvistui muistisairaudesta huolimatta. Loppukyselylomakkeessa osallistujia pyydettiin arvioimaan sitä, miten kurssin toiveet ja odotukset olivat toteutuneet. Kokemus siitä, että samanlaisessa tilanteessa olevia on muitakin, auttoi osallistujia muodostamaan itsestään positiivisemmän minäkuvan ja tätä kautta näkemään tulevaisuudessaan mahdollisuuksia sairastumisestaan huolimatta.

Miesten avoimuus toisiaan, psykologia ja meitä kohtaan oli havaittavissa heti ensimmäisestä tapaamiskerrasta lähtien. Ensimmäistä voimavaralähtöistä henkistä valmennuskertaa edelsivät yhteinen informaatiotilaisuus, mistä johtuen osallistujat olivat jo tutumpia toisilleen. Ryhmätoiminnan jatkuvuus nousi selkeästi esille paitsi ryhmältä itseltään tulleista palautteista niin myös omien huomioidemme ja omaisilta saamamme palautteen kautta. Fiilisjanamittarikysely kuvasi aina osallistujan sen hetkistä kokemusta omasta mielialastaan. Loppumittaus oli yhtä kertaa lukuun ottamatta alkumittausta parempi, mikä kertoo ryhmätoiminnan ja jatkuvuuden tarpeellisuudesta. 100-prosenttisen osallistumisen tavoitteeseen ei päästy.

Opinnäytetyömme kuntosali- ja voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen ryhmissä toteutuivat Saarenheimon Muistilehdessä (2008, 28 - 29) suosittamat ryhmien erityispiirteet muuten, paitsi ryhmätoiminnan keston osalta. Pieni, viiden hengen ryhmä sekä ryhmätoimintojen toteuttaminen suljettuina ryhminä auttoivat paitsi ryhmänohjautu-

misessa, niin myös ohjaajaa huomioimaan osallistujat henkilökohtaisesti. Ryhmän osallistujien ja ohjaajien välille syntyi luottamuksellinen suhde, mikä sitoutti osallistujia. Ryhmän koko tulee luonnollisesti suhteuttaa myös käytettävissä oleviin tilaresursseihin sekä käytössä oleviin toimintamuotoihin. Ryhmänohjaajalta vaaditaan kaikissa muistisairaiden ohjaustilanteissa selkeää ja rauhallista ilmaisutaitoa, riittävän suurta kärsivällisyyttä sekä valmiutta reagoida ja tarvittaessa nopeastikin muuttaa ennalta suunnittelemaansa ryhmäohjelmaa.

Opinnäytetyömme toiminnoissa toteutuivat Käypä hoito suosituksen (2006, 1537) mukaisesti aktiviteetteja ja terapiaa tarjotut ryhmätoiminnot. Kurssimuotoisuudesta johtuen toiminnot jäivät valitettavasti kesken, mikä näkyi myös osallistujien antamista palautteista. Itsekin koimme, että osallistujat jäivät toiminnan päätyttyä voimavaralähtöisen henkisen valmennuksen osalta ”tyhjän päälle”. Tällä hetkellä muistisairaille henkilöille kohdennettuja aktiviteetteja sisältäviä ryhmätoimintoja on tarjolla Kouvolan kaupungin erityisliikuntapalveluiden järjestämää tuolijumppaa lukuun ottamatta ainoastaan kolmannen sektorin toteuttamana.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008, 28 - 29) ohjaa dementoivaa sairautta sairastavien kanssa työskenteleviä tahoja vahvistamaan kumppanuutta palveluiden tuottamisessa. Voimaa miehille -kurssin aikana alkanut kumppanuus jatkuu edelleen Kouvolan seudun Muisti ry:n, fysioterapeutin sekä kuntosaliryhmän osallistujien kanssa. Voimaa miehille -kurssi toteutettiin moniammatillisena yhteistyönä. Yhteistyö toimi saumattomasti eri toimijoiden ja ammattiryhmien välillä. Huuskon (2004, 102) mukaan dementoivien sairauksien hoito edellyttääkin asiantuntemusta ja onnistuu parhaiten juuri moniammatillisena yhteistyönä. Opinnäytetyönämme toteutettu Voimaa miehille -kurssi oli erinomainen geronomikoulutuksessammekin korostettu toimivan moniammatillisen yhteistyön tulos, missä näkyi jokaisen toimijan ammatillinen osaaminen.

Sirkkaliisa Heimosen (2008, 81 - 83) mukaan dementiaoireisen ihmisen toimintakyvyn tukeminen kuntoutuksen keinoin on tärkeää paitsi inhimillisestä, niin myös taloudellisesta näkökulmasta. Kuntoutuspalveluiden saatavuuden parantamisessa sekä palveluiden sisällöllisessä kehittämisessä on vielä suuria haasteita. Kuntoutuksen palveluketjun tavoitteellinen ja katkeamaton toteuttaminen edellyttää eri kuntoutuspalveluita järjestävien tahojen tavoitteellista yhteistyötä, vastuukysymysten selkiyttämistä

sekä kuntoutuspalveluketjujen tietoista ja tavoitteellista rakentamista. Kouvolassa käynnistyt muistikoordinaattoritoiminta osaltaan turvaa sairastuneen asemaa. Omalla roolillaan osana palveluketjua muistikoordinaattori on pysyvä ja turvallinen linkki paitsi sairastuneen ja hänen omaisensa suuntaan, niin myös muistisairaana muuttuvien tarpeiden tulkki toiminnantoteuttajien suuntaan. Kouvolan seudulla voitaisiin hyödyntää nykyistä vielä enemmän kolmannen sektorin ammatillista osaamista ja resursseja osana muistisairaille henkilöille suunnatuissa kuntoutuspalveluissa.

Voimaa miehille -kurssi oli kohdennettu pelkästään miehille. Kokeiltuna ja hyväksi havaittuna toimintakokonaisuutena toimintamalli on suoraan siirrettävissä myös muistisairaille naisille. Toiminta soveltuu erinomaisesti siis molemmille sukupuolille, mutta mielestämme osallistujien on hyvä olla kaikkien saman sukupuolen edustajia.

Opinnäytetyöstämme saatujen arvioiden ja tulosten perusteella syntyneet kehittämisideat:

1. Opinnäytetyönämme toteutetun ryhmätoiminnan järjestäminen jatkuvana kerhotoimintamallina osana muistisairauden varhaisessa tai lievässä vaiheessa olevien henkilöiden kuntoutusta joko kunnallisesti tai yhteistyössä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.
2. Vastaavanlaisen kurssitoiminnan toteuttaminen muistisairaana omaiselle / omaishoitajalle tai jollekin muulle sairausryhmälle.

Haluamme lausua lämpimät kiitokset kaikille, jotka ovat mahdollistaneet tämän opinnäytetyön toteuttamisen - erityisesti niille upeille miehille, jotka lähtivät rohkeasti mukaan toimintaan helpottaen näin mahdollisesti tulevaisuudessa muistisairausediagnoosin saavaa sopeutumaan tai käsittelemään paremmin tapahtunutta. Kiitoksen ansaitsevat myös opinnäytetyötämme ohjannut lehtori Merja Laitoniemi, ryhmätoimintoja ohjanneet ohjaajat, työnantajan edustajana toiminut Kouvolan seudun Muisti ry:n kehittämispäällikkö Tiina Köninki sekä ryhmän kokoamisessa avustaneet Kouvolan terveysaseman muistipoliklinikan vastaava hoitaja Heidi Uitto ja Kouvolan seudun Muisti ry:n projektityöntekijä Anne Heltola.

LÄHTEET

- Alzheimer-keskusliiton kuntoutuskannanotto. 22.9.2008. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista//?nid=49> [viitattu 24.9.2009].
- Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. 2006. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50044> [viitattu 20.9.2009].
- Arjessa selviytymisen profiili. Saatavissa: <http://www.kiuruvesi.fi/?depid=14380> [viitattu 5.10.2008].
- CRD -luokitus. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/ohjeet/cdr.html> [viitattu 5.10.2008].
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Alzheimerin tauti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00013&p_haku=alzheimerin tauti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00013&p_haku=alzheimerin+tauti) [viitattu 20.9.2009].
- Granö, S. & Högström, S. 2007. Dementoituvan henkilön kuntoutuspolku. Alzheimer-keskusliitto julkaisusarja 1/2007.
- Heimonen, S. 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, S., Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutusta edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirvihuhta, H. & Litovaara, A. 2003. Ratkaisun taito. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Huovinen, M. (toim.) 2004. Muistihäiriöt. Muistipulmia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Edessä on hyviä muistoja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Huusko, T. 2001. Kannattaako dementoitunutta kuntouttaa. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Huusko, T. 2004. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus kannattaa. Teoksessa Heimonen, S., Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö -julkaisuja 2008:3.

Juva, K. 2006. Työikäisen dementia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kairisto Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY: Helsinki.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2005. Voimavarat käyttöön. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Edita Prima Oy. Lääkelaitoksen ja Kansaneläkelaitoksen julkaisu.

Kuntoutuskannanotto. 2008. Muistiliitto. Saatavissa:

<http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista//?nid=49> [viitattu 10.10.2009].

Kuntoutusmalli - etenevät muistisairaudet -opas. 2006. Muistiliitto. Paino Polar Oy.

Kysely muistihäiriöpotilaan läheiselle. Saatavissa:

http://www.muisti.com/files/nettitestit/haastattelukaavake/muistikysely_laheiselle091006.pdf [viitattu 5.10.2008].

Kytöharju, H. & Lahtinen, K. 2007. Kuntoutusta tukeva suunnitelma dementoituvan arjessa selviytymisen tukena. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Liikunta depression ehkäisyssä. 2008. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50075#s29> [viitattu 5.10.2009].

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiilikainen, P.(toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Mielialakysely II (BDI, lyhyt versio). Saatavissa: <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/3A4B9C9F-957B-4969-9963-D24766D4E790/0/mieliala.pdf> [viitattu 5.10.2008].

Muistikysely. Saatavissa: http://www.muisti.com/files/nettitestit/1_2_2008_muistikyselypotilaalle.pdf [viitattu 5.10.2008].

Pirttilä, T. 2006. Alzheimerin tauti -opas. Janssen-Cilag.

Pitkälä, K. 2004. Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Teoksessa: Routasalo, P., Pitkälä, K., Karvinen, E. (toim.) Ryhmäliikunta ja keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 7. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pitkälä, K. & Strandberg, T. Liikunnallisella kuntoutuksella hyvinvointia muistisairaille. Vanhustyö. 5 / 2009, s. 18–21.

Saarenheimo, M. 2008. Vertaistuen merkitys muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen. Muisti 3/2008, s. 28–29.

Sakari-Rantala, R. 2003. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Iäkkäiden ihmisten terveystuettujen tutkimustyö tuotteistuksen tukena - hanke. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 142.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava U. Miten tulen toimeen vaikka minulla on Alzheimerin tauti. Käytännön opas potilaalle ja omaiselle. Suomen dementiahoitoyhdistys.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K. Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumista arvioiva kyselylomake. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514267419/html/a1948.html> [viitattu 5.10.2008].

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Hyvää alkusyksyä!

Työskentelen projektityöntekijänä Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistyksessä Työni ohessa opiskelen geronomiksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa. Opintoihini liittyy opin- näytetyön tekeminen, jonka toteutan yhdessä geronomiopiskelija Niina Laitisen kanssa. Opin- näytetyömme aihe on **muistisairauteen sairastuneiden miesten kokemuksia kaksi kertaa viikossa kokoontuvassa ryhmätoimintamallissa**. Opinnäytetyö ”jalostuu valmiiksi” kevään 2009 aikana.

Ryhmätoiminta toteutetaan Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistys ry:n toteuttama- na ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamana yhteistyönä. Toivomme saavamme Sinut mukaan tähän ryhmätoimintaan. Osallistuminen toimintaan on Sinulle täysin maksutonta. Järjestämme mielellämme myös kuljetukset ryhmiin, mikäli olet estynyt käyttämästä omaa autoasi.

Kaikki ryhmissä esille tulevat asiat käsitellään täysin luottamuksellisesti, olemme täysin vaitiolovelvolliset. Loppuraporttiansaakaan kukaan ryhmäläinen ei ole tunnustettavissa, aino- astaan tulokset ja kokemukset tulevat esille. Ryhmään otetaan ainoastaan kuusi miestä, joilla sairaus on varhaisessa tai lievässä vaiheessa.

Ryhmä kokoontuu siis kahdesti viikossa kuuden viikon ajan; tiistaisin klo 14.00 - 15.30 Kuu- sankoskella, Kettumäen palvelukeskuksen takkahuoneessa, ohjaajajana Anne Pälli ja keskiviik- koisin klo 9.30 - 11.00 Kouvolassa, Lyseon lukion kuntosalilla, ohjaajajana Marita Mannonen. Ryhmätoimintojen aloitus lokakuun alkupuolella. Itse olemme molemmissa ryhmissä paikalla apuohjaajina sekä tekemässä havaintoja opinnäytetyötämme varten.

Toivomme lämpimästi, että tulet mukaan tähän tärkeään hankkeeseen, josta on varmasti paitsi iloa ja virkistystä sinulle itsellesi, niin myös tärkeää tietoa muistisairauksiin sairastuneille ja heidän omaisilleen, sekä kaikille kohderyhmäläistemme kanssa työskenteleville tahoille.

Vastaathan tähän kirjeeseen soittamalla allekirjoittaneelle mahdollisimman pian, viimeistään 19.9.2008 eli siis jo tämän viikon perjantaina. Soita vaikka heti, niin voin kertoa lisää...

Parhain terveisin

Terhi Kukkonen
projektityöntekijä, Pohjois-Kymen Muisti-
Dementiayhdistys ry
geronomiopiskelija, KyAMK
Puh: 0400 262 959

Niina Laitinen
geronomiopiskelija, KyAMK



Voimaa miehille -kurssin ohjelma ja aikataulu

Yhteinen aloitus osallistujille ja omaisille torstaina 23.10.2008 klo 17.00

Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistys ry:n toimitilat,
Hallituskatu 7 B (4. krs), Kouvola

- kerromme tarkemmin alkavasta ryhmätoiminnasta ja itsestämme
- mikäli ette molemmat pääse osallistumaan, ilmoittakaa asiasta mahdollisimman ajoissa

Voimavararyhmä

Tiistait 28.10., 4.11., 11.11., 18.11., 25.11. ja torstai 4.12.2008 klo 14.00 - 15.30
Kettumäen Palvelukeskus / alakerran takkahuone (Kettumäentie 2, Kuusankoski)

- pukeutuminen mukaviin ja rentoihin vaatteisiin, kannattaa varata mukaan lämmintä sisävaatetta ja jalkaan vaikkapa villasukat ☺
- ohjaaja Anne Pälli
(Terhi ja Niinakin ovat paikalla apuohjaajina)
- tästä enemmän 23.10. illassa

Kuntosaliryhmä

Keskiviikot 29.10., 5.11., 12.11., 19.11., 26.11., 2.12., 9.12. ja 17.12.2008
klo 9.30 - 11.00

Kouvolan Lyseon lukion kuntosali (Tietotie 2-4, Kouvola)

- pukeutuminen verkkareihin ja sisätossuihin
- ohjaaja Marita Mannonen
(Terhi ja Niinakin ovat paikalla apuohjaajina)
- tästä enemmän 23.10. illassa



Miesten ryhmätoiminta -kokonaisuus toteutetaan osana Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistyksen Tule mukaan -projektia. Ryhmä rahoitetaan Raha-automaattiyhdistyksen tuella.

Yhteystietomme:

Terhi Kukkonen
projektityöntekijä, Tule mukaan -projekti
geronomiopiskelija, KyAMK
p. 0400 262 959

Niina Laitinen
geronomiopiskelija, KyAMK
p. 045 125 6563



Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistys ry
Tule mukaan -projekti
Hallituskatu 7 B, 45100 Kouvola



Voimaa miehille -kurssi 23.10. – 17.12.2008

Me allekirjoittaneet sitoudumme ehdottomaan vaitioloon ja salassapitoon kaikissa kurssin aikana esille nousevissa henkilökohtaisissa asioissa.

Kouvolassa _____ / _____ 2008

osallistuja

Niina Laitinen

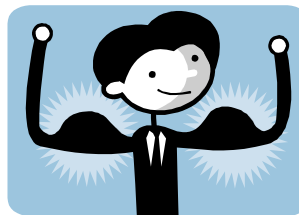
Terhi Kukkonen

Anne Pälli

Marita Mannonen

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta, joista toinen kappale jää kurssilaiselle ja toinen kappale kurssin järjestäjälle.

Hyvä Voimaa miehille -kurssilainen



Olemme geronomiopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä osana Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistyksen Tule mukaan -projektia. Tule mukaan -projekti on muistisairaille suunnattu toimintakykyä ylläpitävä kerhotoimintahanke, jonka rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Opinnäytetyömme tulee olemaan osana Tule mukaan -projektin loppuraporttia.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia Voimaa miehille -kurssin vaikutusta osallistujan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkimus toteutetaan kurssilaiselle ja omaiselle suunnatulla kyselylomakkeilla kurssin alussa ja lopussa.

Kyselylomakkeista saamiamme tietoja käytetään tutkimuksen aineistona opinnäytetyössämme, Teidän henkilöllisyystietonne säilyvät salaisina. Opinnäytetyön tekijät ja kurssin ohjaajat käsittelevät tietoja luottamuksellisesti. Kyselylomakkeiden analysoinnin jälkeen, lomakkeet tuhoaan asianmukaisesti. Opinnäytetyöstä ei voi ulkopuolinen tunnistaa, miten kukin on ryhmätoiminnan kokenut.

Kouvola 23.10.2008

Terhi Kukkonen
 projektityöntekijä, Pohjois-Kymen Muisti-
 ja Dementiayhdistys ry
 geronomiopiskelija, KyAMK
 Puh 0400 262 959

Niina Laitinen
 geronomiopiskelija, KyAMK
 Puh 045 125 6563



Osallistujan tekemä arvio- / seurantalomake

Kurssin alussa

Henkilötiedot

1. Nimi: _____

2. Ikä: _____ vuotta

Rengasta oikea vaihtoehto, voit rengastaa myös useamman kuin yhden kohdan

3. Siviilisäätty

1 avio- /avoliitossa

2 naimaton

3 asumuserossa / eronnut

4 leski

5 muu, mikä _____

4. Asun

1 kerrostalossa

2 omakotitalossa

3 rivitalossa

Terveydentila

5. Muistisairaus todettu vuonna: _____

6. Diagnoosi: _____

7. Muut sairaudet: _____

8. Tämän hetkiset käytössä olevat lääkkeet:

9. Muut huomioon otettavat terveydelliset seikat esim. huimausta, kuulon- tai näön ongelmia tms.

10. Tupakointi, myös sikari ja piippu

- 1 En tupakoi lainkaan
- 2 Tupakoin satunnaisesti, savukkeita / kuukausi _____
- 3 Tupakoin säännöllisesti, savukkeita / päivä _____

11. Alkoholin käyttö

Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Huomio myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä

- 1 Ei koskaan
- 2 Noin kerran kuussa tai harvemmin
- 3 2 - 4 kertaa kuussa
- 4 2 - 3 kertaa viikossa
- 5 4 kertaa viikossa tai useammin

Arjen sujuminen

12. Miten käytännön taidot sujuvat, esim. kodinkoneiden käyttö, ruoan laitto, pienet korjaustyöt jne.

- 1 Käytännön taidot sujuvat ongelmitta
- 2 Käytännön taidot ovat jonkin verran heikentyneet
- 3 Käytännön taidot ovat selvästi heikentyneet

Missä asioissa käytännön taitojen heikkeneminen ilmenee?

13. Oletko oma-aloitteinen toimiin ryhtymisessä?

- 1 Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on hyvä.
- 2 Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on jonkin verran heikentynyt
- 3 Oma-aloitteisuus on vähäistä, olen usein aloitekyvytön

14. Missä muissa asioissa muistisairaus ilmenee kohdallasi?

Liikuntatottumukset

15. Harrastamani liikuntamuodot

16. Harrastan liikuntaa

- 1 Vähintään 5 kertaa viikossa, ainakin puoli tuntia kerralla
- 2 3 – 4 kertaa viikossa, ainakin puoli tuntia kerrallaan
- 3 1 – 2 kertaa viikossa, vähintään puoli tuntia kerrallaan
- 4 Joka toinen viikko tai harvemmin, vähintään puoli tuntia
- 5 En harrasta liikuntaa lainkaan

17. Liikkuessani hikoilen ja hengästyn

- 1 Aina
- 2 Lähes aina
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

18. Liikkumistani haittaavat tai rajoittavat tekijät

19. Muut harrastukseni

Kodin ilmapiiri

20. Kodin ilmapiiri on

- 1 Hyvä ja vapautunut.
- 2 Jonkin verran jännittynyt.
- 3 Erittäin jännittynyt ja vaikea

Miten jonkin verran jännittynyt tai erittäin jännittynyt ilmapiiri ilmenee kodissanne?

Ihmissuhteet / sosiaalinen verkostosi

21. Olen

- 1 Sosiaalisesti aktiivinen
- 2 Jonkin verran vetäytynyt / eristäytynyt
- 3 Täysin vetäytynyt / eristäytynyt aikaisemmista sosiaalisista suhteistaan

Mieliala

22. Minkälainen mielialasi on?

- 1 Mielialani on melko valoisa ja hyvä
- 2 En ole alakuloinen tai surullinen
- 3 Tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
- 4 Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
- 5 Olen niin masentunut ja alavireinen, etten kestä enää

23. Miten suhtaudut tulevaisuuteesi?

- 1 Suhtaudun tulevaisuuteeni toiveikkaasti
- 2 En suhtaudu tulevaisuuteeni toivottomasti
- 3 Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- 4 Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- 5 Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

24. Minkälaisena pidät itseäsi?

- 1 Tunnen itseni melko hyväksi
- 2 En tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
- 3 Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- 4 Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- 5 Olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono

25. Minkälaista nukkumisesi on?

- 1 Minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia
- 2 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- 3 Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- 4 Minua häiritsee unettomuus
- 5 Kärsin nukahtamisvaikeuksista
- 6 Kärsin liian aikaisin kesken unien heräämisistä

26. Minkälainen ruokahalusi on?

- 1 Ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia
- 2 Ruokahaluni on ennallaan
- 3 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- 4 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- 5 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

Toiveet ja odotukset kurssista

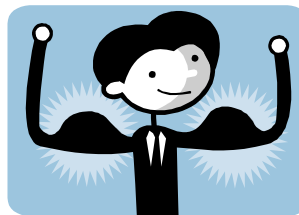
27. Toiveeni ja odotukseni kurssista

1. Liikunta
- 2 Vertaistuki
- 3 Uudet ystävyysuhteet
- 4 Oman jaksamisen tukeminen
- 5 Rentoutusharjoitukset
- 6 Jotakin muuta, mitä?

28. Jos tämä 6 viikon kurssi täyttäisi kaikki odotuksesi, mikä olisi muuttunut tai toisin?

Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti.

Voimaa miehille -kurssin loppuarviointi



Ryhmätoiminta alkaa hiljalleen päättyä ja on aika kerätä yhteen kokemuksia ja palautetta.

Tässä teille arviointikaavakkeet, oma kaavake osallistujalle ja oma kaavake omaiselle.

Halutessanne voitte palauttaa arviointikaavakkeet meille myös postitse tai toimittamalla ne vaikka henkilökohtaisesti Pohjois-Kymen Muisti- ja Dementiayhdistyksen toimistolle, osoite Hallituskatu 7 B (4. krs), 45100 Kouvola.

Kaikki arviot, palautteet ja kehittämisideat ovat erittäin tervetulleita. Sen perusteella saamme luotettavaa ja arvokasta tietoa siitä, miten olette ryhmätoiminnan kokeneet. Tulokset jalostuvat sitten aikanaan opintoihimme liittyväksi opinnäytetyöksi ☺

Sovimme viimeksi Kettumäen ryhmän yhteydessä, että ryhmä kokoontuu Kettumäen palvelukeskuksen alakerran takkatilassa ensi vuoden puolella kaksi kertaa, 8.1. ja 15.1.2009 klo 14.00 - 15.30. Vastuuohjaajana toimii Anne Pälli. Merkatkaa päivämäärät jo nyt kalentereihinne. Muistuttelemme asiasta heti alkuvuodesta ja varmistelemme samalla mahdolliset kyytitarpeet.

Kuntosaliryhmä jatkuu omana ja uutena yhdistyksen ryhmänä Marita Mannosen ja Terhi Kukkonen ohjaamana 4.2.2009 - 29.4.2009 klo 9.30 - 11.00 - paikka jo tutuksi tullut Lyseon lukion kuntosali. Tästä ryhmästä saatte tietoa heti alkuvuodesta, samalla kartoitan kyytitarpenne.

Intoa arviointikaavakkeiden täyttämiseen

Rauhallista Joulun aikaa ja tapaamisiin

Terhi Kukkonen
projektityöntekijä, Pohjois-Kymen Muisti-
ja Dementiayhdistys ry
geronomiopiskelija, KyAMK
Puh 0400 262 959

Niina Laitinen
geronomiopiskelija, KyAMK
Puh 045 125 6563



Osallistujan tekemä arvio- / seurantalomake

Kurssin lopussa

Henkilötiedot

1. Nimi: _____

Rengasta oikea vaihtoehto, voit rengastaa myös useamman kuin yhden kohdan

Terveydentila

2. Tupakointi, myös sikari ja piippu

- 1 En tupakoi lainkaan
- 2 Tupakoin satunnaisesti, savukkeita / kuukausi _____
- 3 Tupakoin säännöllisesti, savukkeita / päivä _____

3. Alkoholin käyttö

Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Huomio myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä

- 1 Ei koskaan
- 2 Noin kerran kuussa tai harvemmin
- 3 *2 - 4 kertaa kuussa*
- 4 *2 - 3 kertaa viikossa*
- 5 *4 kertaa viikossa* tai useammin

Arjen sujuminen

4. Miten käytännön taidot sujuvat, esim. kodinkoneiden käyttö, ruoan laitto, pienet korjaustyöt jne.

- 1 Käytännön taidot sujuvat ongelmitta
- 2 Käytännön taidot ovat jonkin verran heikentyneet
- 3 Käytännön taidot ovat selvästi heikentyneet

Missä asioissa käytännön taitojen heikkeneminen ilmenee?

5. Oletko oma-aloitteinen toimiin ryhtymisessä?

- 1 Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on hyvä.
- 2 Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on jonkin verran heikentynyt
- 3 Oma-aloitteisuus on vähäistä, olen usein aloitekyvytön

6. Missä muissa asioissa muistisairaus ilmenee kohdallasi?

Liikuntatottumukset

7. Harrastamani liikuntamuodot

8. Harrastan liikuntaa

- 1 Vähintään 5 kertaa viikossa, ainakin puoli tuntia kerralla
- 2 3 – 4 kertaa viikossa, ainakin puoli tuntia kerrallaan
- 3 1 – 2 kertaa viikossa, vähintään puoli tuntia kerrallaan
- 4 Joka toinen viikko tai harvemmin, vähintään puoli tuntia
- 5 En harrasta liikuntaa lainkaan

9. Liikkuessani hikoilen ja hengästyn

- 1 Aina
- 2 Lähes aina
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

10. Muut harrastukseni

Kodin ilmapiiri

11. Kodin ilmapiiri on

- 1 Hyvä ja vapautunut.
- 2 Jonkin verran jännittynyt.
- 3 Erittäin jännittynyt ja vaikea

Miten jonkin verran jännittynyt tai erittäin jännittynyt ilmapiiri ilmenee kodissanne?

Ihmissuhteet / sosiaalinen verkosto

12. Olen

- 1 Sosiaalisesti aktiivinen
- 2 Jonkin verran vetäytynyt / eristäytynyt
- 3 Täysin vetäytynyt / eristäytynyt aikaisemmista sosiaalisista suhteistaan

Mieliala

13. Minkälainen mielialasi on?

- 1 Mielialani on melko valoisa ja hyvä
- 2 En ole alakuloinen tai surullinen
- 3 Tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
- 4 Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
- 5 Olen niin masentunut ja alavireinen, etten kestä enää

14. Miten suhtaudut tulevaisuuteesi?

- 1 Suhtaudun tulevaisuuteeni toiveikkaasti
- 2 En suhtaudu tulevaisuuteeni toivottomasti
- 3 Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- 4 Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- 5 Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

15. Minkälaisena pidät itseäsi?

- 1 Tunnen itseni melko hyväksi
- 2 En tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
- 3 Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- 4 Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- 5 Olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono

16. Minkälaista nukkumisesi on?

- 1 Minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia
- 2 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- 3 Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- 4 Minua häiritsee unettomuus
- 5 Kärsin nukahtamisvaikeuksista
- 6 Kärsin liian aikaisin kesken unien heräämisistä

17. Minkälainen ruokahalusi on?

- 1 Ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia
- 2 Ruokahaluni on ennallaan
- 3 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- 4 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- 5 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

Kurssin toiveiden ja odotusten toteutuminen

18. Kurssin päätyttyä olen saanut itselleni uutta sisältöä seuraavista asioista

Liikunta

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Vertaistuki

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Uudet ystävyysuhteet

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Oman jaksamisen tukeminen

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Rentoutusharjoitukset

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Opin uusia tapoja ajatella asioita

- 1 Erittäin paljon
- 2 Paljon
- 3 Jonkin verran
- 4 En lainkaan

Jotakin muuta, mitä?

Kokemus kurssin kokonaisuudesta

19. Kokemukseni kurssin voimavararyhmästä on

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Jokseenkin hyvä
- 3 Ei mainittavaa
- 4 Huono

Perustelut arviolle:

20. Kokemukseni kurssin kuntosaliryhmästä on

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Jokseenkin hyvä
- 3 Ei mainittavaa
- 4 Huono

Perustelut arviolle:

Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti.

Omaisien tekemä arvio- / seurantalomake

Kurssin alussa

Taustatiedot

1. Kurssille osallistuvan puolisoni / läheiseni nimi: _____

Rengasta oikea vaihtoehto, voit rengastaa myös useamman kuin yhden kohdan

2. Olen

1 Avio- / avopuoliso

2 Lapsi

3 Muu läheinen, mikä? _____

Mieliala

3. Puolisoni / läheiseni mieliala

1 Ei lainkaan alakuloinen

2 Jonkin verran masentunut

3 Täysin masentunut

Jos on jonkin verran masentunut tai täysin masentunut, miten masennus ilmenee?

Ulkoinen elämänhallinta

4. Puolisoni / läheiseni on

- 1 Aktiivinen elämäntilanteessaan, esim. harrastuksia ja sosiaalisia suhteita
- 2 Passiivisen oloinen, muttei erityisiä ongelmiakaan
- 3 Ajoittain ongelmia
 - a huonon muistin takia
 - b päihteiden käytön
 - c masentuneisuuden takia.

Ongelmia esiintyy keskimäärin _____ päivänä viikossa

4 Päivittäin ongelmia

- a huonon muistin takia
- b päihteiden käytön
- c masentuneisuuden takia.

Turvallisuuden tunteen kokeminen

5. Puolisoni / läheiseni turvallisuuden tunteen kokeminen

- 1 Elämäänsä tyytyväinen positiivinen suhtautuminen
- 2 Ajoittaista turvattomuutta
- 3 Ajoittain ahdistusta
- 4 Ajoittain levottomuutta
- 5 Ajoittain alakuloa
- 6 Pelokas
- 7 Ahdistunut
- 8 Masentunut

Kodin ilmapiiri

6. Oma kokemukseni kotimme ilmapiiristä

- 1 Hyvä ja vapautunut.
- 2 Jonkin verran jännittynyt.
- 3 Erittäin jännittynyt ja vaikea

Miten jonkin verran jännittynyt tai erittäin jännittynyt ilmapiiri ilmenee kodissanne?

Ihmissuhteet / sosiaalinen verkosto

7. Puolisoni / läheiseni on

- 1 Sosiaalisesti aktiivinen
- 2 Jonkin verran vetäytynyt / eristäytynyt
- 3 Täysin vetäytynyt / eristäytynyt aikaisemmista sosiaalisista suhteistaan

Toiveet / odotukset

8. Omat toiveeni / odotukseni alkavasta kurssista

Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti

Omaisien tekemä arvio- / seurantalomake

Kurssin lopussa

Taustatiedot

1. Kurssille osallistuvan puolisoni / läheiseni nimi: _____

Rengasta oikea vaihtoehto, voit rengastaa myös useamman kuin yhden kohdan

Mieliala

2. Puolisoni / läheiseni mieliala

- 1 Ei lainkaan alakuloinen
- 2 Jonkin verran masentunut
- 3 Täysin masentunut

Jos mielialassa on tapahtunut muutosta verrattuna ryhmän alkuun, miten muutos ilmenee?

Ulkoinen elämäntilanne

3. Puolisoni / läheiseni on

- 1 Aktiivinen elämäntilanteessaan, esim. harrastuksia ja sosiaalisia suhteita
- 2 Passiivisen oloinen, muttei erityisiä ongelmiakaan
- 3 Ajoittain ongelmia
 - a huonon muistin takia
 - b päihteiden käytön
 - c masentuneisuuden takia.

Ongelmia esiintyy keskimäärin _____ päivänä viikossa

4 Päivittäin ongelmia

- a huonon muistin takia
- b päihteiden käytön
- c masentuneisuuden takia.

Havaitut muutokset verrattuna ryhmän alkuun

Turvallisuuden tunteen kokeminen

4. Puolisoni / läheiseni turvallisuuden tunteen kokeminen

- 1 Elämäänsä tyytyväinen positiivinen suhtautuminen
- 2 Ajoittaista turvattomuutta
- 3 Ajoittain ahdistusta
- 4 Ajoittain levottomuutta
- 5 Ajoittain alakuloa
- 6 Pelokas
- 7 Ahdistunut
- 8 Masentunut

Havaitut muutokset verrattuna ryhmän alkuun

Kodin ilmapiiri

5. Oma kokemukseni kotimme ilmapiiristä

- 1 Hyvä ja vapautunut.
- 2 Jonkin verran jännittynyt.
- 3 Erittäin jännittynyt ja vaikea

Havaitut muutokset verrattuna ryhmän alkuun

Ihmissuhteet / sosiaalinen verkosto

6. Puolisoni / läheiseni on

- 1 Sosiaalisesti aktiivinen
- 2 Jonkin verran vetäytynyt / eristäytynyt
- 3 Täysin vetäytynyt / eristäytynyt aikaisemmista sosiaalisista suhteistaan

Havaitut muutokset verrattuna ryhmän alkuun

Kokemus kurssin kokonaisuudesta

7. Omaisen kokemus kurssin kokonaisuudesta

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Jokseenkin hyvä
- 3 Ei mainittavaa
- 4 Huono

Perustelut arviolle:

Palaute

Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti

Fyysisen toimintakyvyn suorituskykytestilomake

Nimi _____ Ikä _____

Alkutestaus pvm. _____

Lopputestaus pvm. _____

Toistokyykistys _____ krt. _____ krt.

1. _____

2. _____

Selän toistosuoritus _____ krt. _____ krt.

1. _____

2. _____

Vatsan toistosuoritus _____ krt. _____ krt.

1. _____

2. _____

Yläraajojen toistosuoritus oik. _____ vas. _____ oik. _____ vas. _____

1. _____

2. _____

Yläraajojen staattinen testi _____ sek. _____ sek.

1. _____

2. _____

Tasapaino sek. oik. _____ vas. _____ oik. _____ vas. _____

1. _____

2. _____

Liikunta-aktiivisuuden seurantakortti
Viikko 1 27.10 - 2.11.2008

Nimi _____

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Viikko 2 3.11. – 9.11.2008

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Viikko 3 10.11. – 16.11.2008

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Liikunta-aktiivisuuden seurantakortti
Viikko 4 17.11. – 23.11.2008

Nimi _____

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Viikko 5 24.11. – 30.11.2008

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Viikko 6 1.12. – 7.12.2008

Viikonpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

Liikunta-aktiivisuuden seurantakortti
Viikko 7 8.12. – 14.12.2008

Nimi _____

Viikontpäivä	liikuntalaji	kesto minuutteina	fiilis / innokkuus 1-10
ma			
ti			
ke			
to			
pe			
la			
su			

**VOIMAA MIEHILLE -KURSSIN VOIMAVARALÄHTÖISEN HENKISEN
VALMENNUKSEN OHJELMA**

28.10.2008 – 15.1.2009 klo 14.00 - 15.30

<p>Ensimmäinen tapaaminen 28.10.2008</p> <p>Tervetuloa Esittäytymiset Fiilisjana Kurssin esittely ja osallistujien omat toiveet Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>	<p>Toinen tapaaminen 4.11.2008</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Henkilökohtaiset tavoitetaulut Keskustelua Fiilisjana</p>
<p>Kolmas tapaaminen 11.11.2008</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Keskustelua mm. tavoitetauluista Ryhmätyö kuvakorteilla Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>	<p>Neljäs tapaaminen 18.11.2008</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Henkilökohtaiset tavoiteportaati Keskustelua mm. muistin tukemisen keinoista Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>
<p>Viides tapaaminen 25.11.2008</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Keskustelua Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>	<p>Kuudes tapaaminen 4.12.2008</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Keskustelua Fiilisjana</p>
<p>Seitsemäs tapaaminen 8.1.2009</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Keskustelua Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>	<p>Kahdeksas tapaaminen 15.1.2009</p> <p>Tervetuloa Fiilisjana Keskustelua Rentoutus Keskustelua Fiilisjana</p>