

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Fysioterapian koulutusohjelma

Hanne Hämäläinen  
Elina Nevalainen  
Aino-Kaisa Piironen

KUNTOUTTAVAN RYHMÄTOIMINNAN KEHITTÄMINEN KOTONA  
ASUVILLE MUISTISAIRAUTTA SAIRASTAVILLE JA HEIDÄN  
PUOLISOILLEEN

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2015



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2015**  
**Fysioterapian koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**

Hanne Hämäläinen, Elina Nevalainen, Aino-Kaisa Piironen

**Nimeke**

Kuntouttavan ryhmätoiminnan kehittäminen kotona asuville muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen

Toimeksiantaja

Karelia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan keskus

**Tiivistelmä**

Etenevät muistisairaudet ovat maailmanlaajuisesti merkittävä kansanterveydellinen haaste, sillä muistisairautta sairastavien määrä lisääntyy väestön ikääntyessä jatkuvasti. Nykyistä monipuolisemmalla kuntoutuksella voidaan tukea muistisairautta sairastavien kotona asumista ja näin vähentää yhteiskunnallisia kustannuksia. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotona asuville muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen. Työn tarkoituksena oli tukea ikääntyneiden muistisairautta sairastavien toimintakykyä ja kotona asumista.

Opinnäytetyö koostui Joensuussa asuvien kohderyhmään kuuluvien pariskuntien ryhmätoimintaan liittyvien tarpeiden ja toiveiden kartoituksesta, pilottiryhmän moniammatillisesta suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tämän pohjalta kehitettiin ryhmätoiminnan malli. Toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan keskuksen Voimala-oppimis- ja palveluympäristö. Tarkoituksena on, että ryhmätoiminnan malli vakiintuu osaksi Voimalan toimintaa. Yhteistyökumppanina toimi Pohjois-Karjalan Muisti Ry.

Kehitetty ryhmätoiminta koettiin toimivaksi ja hyödylliseksi, ja toiminnalla on edellytykset jatkaa. Ryhmätoiminnan lähtökohtina olivat luontoteemaisuus, ihmisen kokonaisvaltainen huomioiminen sekä moniammatillisuus. Kehitetyn mallin toimivuutta voidaan testata muissa vastaavissa toimintaympäristöissä sekä työikäisillä muistisairautta sairastavilla. Lisäksi ryhmäläisten kokemuksia ryhmästä saaduista hyödyistä voisi kartoittaa jonkin aikaa ryhmän päättymisen jälkeen.

Kieli  
suomi

Sivuja 74  
Liitteet 10  
Liitesivumäärä 17

**Asiasanat**

muistisairaudet, ikääntyneet, moniammatillisuus, kuntoutus, kehittäminen



**THESIS**  
**May 2015**  
**Degree Programme in Physiotherapy**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel +35850 405 4816

**Authors**

Hanne Hämäläinen, Elina Nevalainen, Aino-Kaisa Piironen

**Title**

Development of Rehabilitative Group Activities for Home-Living People with Memory Disorders and Their Spouses

Commissioned by

Karelia University of Applied Sciences, Centre for Social Services and Health Care

**Abstract**

Progressive memory disorders constitute globally a significant public health challenge, because the number of people with a memory disorder increases as the population ages. With more versatile rehabilitation practices compared to present ones, home-living of people with memory disorders can be supported, and thus public expenses can be reduced. The aim of this practise-based study was to develop rehabilitative group activities for home-living people with memory disorders and their spouses. The purpose of this study was to support functional ability and living at home among older people with memory disorders.

In this study, the needs and wishes of couples belonging to the target group in Joensuu were explored and rehabilitative activities for a pilot group were planned, implemented and evaluated by a multidisciplinary team. Based on the pilot, a group activity model was developed. The study was commissioned by Karelia University of Applied Sciences, Centre for Social Services and Health Care, and carried out in co-operation with Pohjois-Karjalan Muisti Ry. The group activity model will be established as part of the learning and service environment Voimala of Karelia University of Applied Sciences.

The type of group activity developed in this pilot study was considered functional and useful. Group activities were based on nature theme, comprehensive consideration of well-being and multi-disciplinary co-operation. Functionality of the model can be evaluated in other similar operational environments and among working-age people with memory disorders. Additionally, the experiences of participants on the benefits of the group activities could be examined later after the cessation of group activities.

Language

Finnish

Pages 74

Appendices 10

Pages of Appendices 17

Keywords

Memory Disorders, Elderly People, Multi-disciplinarism, Rehabilitation, Development

# Sisältö

Tiivistelmä	
Abstract	
1 Johdanto .....	6
2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja lähtökohdat .....	7
2.1 Työn tarkoitus ja tavoite .....	7
2.2 Työn lähtökohdat ja toimintaympäristö .....	7
3 Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn .....	9
3.1 Toimintakyvyn käsite .....	9
3.2 Ikääntymiseen liittyvät muutokset .....	10
4 Muistisairaudet.....	11
4.1 Muistisairaudet yhteiskunnassa .....	11
4.2 Alzheimerin tauti .....	12
4.3 Muut dementiaa aiheuttavat sairaudet.....	13
4.4 Muistisairauden vaikutus toimintakykyyn .....	15
4.5 Kotona asumiseen vaikuttavat tekijät.....	18
5 Muistisairautta sairastavien kuntoutus .....	19
5.1 Kuntoutuksen yleiset periaatteet.....	19
5.2 Fysioterapia muistisairautta sairastavien kuntoutuksessa .....	20
5.3 Ryhmätoiminta terapiamuotona .....	22
6 Green Care kuntoutusmenetelmänä .....	24
6.1 Green Caren määrittely .....	24
6.2 Green Caren hyödyt .....	26
6.3 Green Care -menetelmät kuntoutuksessa .....	27
7 Psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet.....	29
7.1 Psykofyysinen fysioterapia ja muistisairaudet.....	29
7.2 Psykofyysisyyden elementit .....	30
8 Kehittämistyö .....	31
8.1 Kehittämistyön käsitteitä .....	31
8.2 Moniammatillisuus kehittämistyössä .....	33
8.3 Kehittämistyön vaiheet ja tehtävät .....	34
8.4 Eettisyys kehittämistyössä .....	35
9 Ryhmätoiminnan kehittäminen.....	36
9.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe.....	36
9.1.1 Omaisten haastattelun tulokset.....	39
9.1.2 Sairastuneiden haastattelun tulokset .....	42
9.1.3 Yhteenveto haastatteluista .....	43
9.2 Suunnitteluvaihe .....	43
9.3 Käynnistämis- ja toteutusvaihe .....	45
9.4 Päätätamis- ja arviointivaihe .....	49
9.5 Seuranta- ja käyttöönottovaihe .....	55
10 Ryhmätoiminnan malli.....	55
11 Pohdinta.....	58
11.1 Muistin virrassa -ryhmätoiminnan kehittämisprosessin tarkastelu ....	58
11.2 Yhteistyön merkitys kehittämistyössä .....	62
11.3 Eettisyys ja luotettavuus .....	63
11.4 Oma oppiminen .....	66
11.5 Jatkokehittämisideat .....	68
Lähteet.....	69

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opinnäytetyöprosessin eteneminen
Liite 3	Kutsukirje ryhmähaastatteluun
Liite 4	Muistin virrassa -pilottiryhmän infokirje
Liite 5	Kuvauslupalomake
Liite 6	Aloituskysely
Liite 7	Muistin virrassa -ryhmän sisältö, kevät 2015
Liite 8	Opiskelijapalaute Muistin virrassa -ryhmästä
Liite 9	Muistin virrassa -ryhmän loppukysely
Liite 10	Yhteistyökumppanin palautekyselylomake

# 1 Johdanto

Väestön ikääntyessä muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä tulee lisääntymään Suomessa. Vuoteen 2050 mennessä muistisairautta sairastavien määrä on arvioitu nelinkertaistuvan nykyisestä. Etenevät muistisairaudet ovatkin niin Suomessa kuin maailmanlaajuisestikin merkittävä ja nopeasti kasvava haaste kansanterveydelle. (Hallikainen & Nukari 2014, 15.)

Muistisairautta sairastavien hoitoon ja kuntoutukseen on laadittu tutkimuksiin perustuen lukuisia ohjeita, ja yhteiskunnallisella tasolla asiaan pyritään vaikuttamaan muun muassa Kansallisella muistiohjelmalla 2012–2020. Ammattihenkilöstön osalta ohjelmassa painotetaan sairauden varhaista tunnistamista, muistisairautta sairastavan toimintakyvyn ja kotona asumisen monipuolista tukemista sekä organisaatioiden moniammatillista yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 115, 126.) Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan lain, ns. vanhuspalvelulain (980/2012), tarkoituksena on muun muassa ”tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista” (1. §). Laki velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman toimenpiteistään edellä mainittujen tavoitteiden toteuttamiseksi. ”Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.” (5. §.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tukea kotona asuvien ikääntyneiden muistisairautta sairastavien henkilöiden toimintakykyä ryhmätoiminnan avulla. Tässä työssä ikääntyneillä tarkoitetaan eläkkeellä olevia. Rajasimme kohderyhmän ikääntyneisiin, koska he edustavat enemmistöä muistisairautta sairastavista. Lisäksi riski sairastua muistisairauksiin kasvaa iän myötä. (Hallikainen 2014a, 14.) Opinnäytetyömme idea syntyi omasta mielenkiinnostamme aiheeseen. Aihe on kuitenkin myös hyvin ajankohtainen ja tarpeellinen. Muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön (2012, 122) mukaan kuntoutuksen vaikuttavuutta ei vielä hyödynnetä tarpeeksi. Kuntoutuksen lisäämisellä ja monipuolistamisella luodaan pa-

remmat edellytykset myös kotona asumiselle. Kuntoutuksen keinot voivat olla toimintakykyä parantavia, ylläpitäviä tai toimintakyvyn heikkenemistä hidastavia. Tavoitteena on sairastuneen mahdollisimman hyvä elämänlaatu.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Joensuuhun kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotona asuville muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen. Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa toimiva Voimala-oppimis- ja palveluympäristö. Yhteistyökumppanina toimii Pohjois-Karjalan Muisti ry, entinen Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry. Tässä työssä käytämme yhdistyksen uutta nimeä.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja lähtökohdat**

### **2.1 Työn tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kotona asuvien ikääntyneiden muistisairautta sairastavien henkilöiden toimintakykyä ryhmätoiminnan avulla, jotta he pystyisivät asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Työn tavoitteena on suunnitella ja toteuttaa kuntouttavan ryhmätoiminnan pilotti kotona asuville muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen Joensuun alueelle. Pilotti suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, jonka toimintaa organisoimme ja olemme myös itse mukana siinä. Tavoitteena on kehittää pilotoituneen ryhmätoiminnan arvioinnin pohjalta ryhmätoiminnan malli.

### **2.2 Työn lähtökohdat ja toimintaympäristö**

Opinnäytetyömme lähtökohtina ovat Green Care -ajattelumallin ja psykofyysisen fysioterapian näkökulmat. Työmme sisältää ryhmätoiminnan suunnittelun, pilotoinnin ja arvioinnin sekä ryhmätoiminnan mallin kehittämisen, ja on siten toiminnallinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tekijänsä ammatillaa käytännönläheisesti tukevaa materiaalia tai toimintaa (Vilkkä & Airaksinen

2008, 9). Opinnäytetyön toimeksiantajana on Karelia-ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan keskuksen oppimis- ja palveluympäristö Voimala. Toimeksiantosopimus on liitteessä 1. Yhteistyökumppanina toimii Pohjois-Karjalan Muisti Ry. Lisäksi teemme yhteistyötä Suomen Karva-Kaverit ry:n, Pohjois-Karjalan Marttojen, Mataran Kukatukku Oy:n sekä vossikkakuski Vilma Romppasen kanssa.

Syksyllä 2014 Pohjois-Karjalan Muisti Ry sekä Joensuun kaupunki tarjosivat erilaisia ryhmiä ja päivätoimintaa alueella asuville muistisairautta sairastaville ja heidän omaisilleen. Muistiyhdistys järjesti muistisairautta sairastaville ohjattua kuntopiiriä ja allasjumppaa sekä omaisille kuvataidepainotteisia ryhmiä sekä kuoro-toimintaa (Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry 2014). Joensuun kaupungin kautta muistisairautta sairastavien oli mahdollista päästä kuntouttavaan päivätoimintaan. Lisäksi kaupunki tarjosi kuntoutus- ja vertaistukiryhmiä omaishoitopariskunnille. (Joensuun kaupunki 2013.)

Karelia-ammattikorkeakoulun yhtenä keskeisenä strategisena tehtävänä on opetukseen ja painoaloihin kytkeytyvä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio- (TKI) toiminta. Karelia-ammattikorkeakoulun yksi kuudesta painoalasta on ikäosaaminen, jossa tavoitteena on muun muassa uusien palvelurakenteiden ja -mallien luominen yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa. (Auvinen, Elsinen, Ilvonen, Kukkonen, Moilanen, Neuvonen, Peltonen, Penttinen, Raivo 2013, 15, 17.) Toimeksiantajamme Voimala on Karelia-ammattikorkeakoulun ikäosaamiseen pohjautuva oppimis- ja palveluyhteisö, jossa toiminnan lähtökohtina ovat ikäihmisten ja työelämäkumppaneiden tarpeet. Toimintaa ohjaavia periaatteita ovat lisäksi käyttäjälähtöisyys, moniammatillisuus, prosessikehittäminen sekä uusien pedagogisten ratkaisujen kehittäminen. Voimalassa yhdistyvät siten tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta. Keskeisinä toimijoina Voimalassa ovat opiskelijat, jotka kiinnittyvät osaksi erilaisiin projekteihin ja kehittämisspilotteihin ja näin kehittävät moniammatillisesti omaa ammatillista osaamistaan. Toiminnassa on vahvasti esillä moniammatillisuus ja erilaiset yhteistyöverkostot. Opiskelijat saavat tukea toimintaansa työelämäkumppaneilta, opettajilta, hanketoimijoilta sekä muilta kumppaneilta. (Kukkonen 2014, 13–14.)



## 3 Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn

### 3.1 Toimintakyvyn käsite

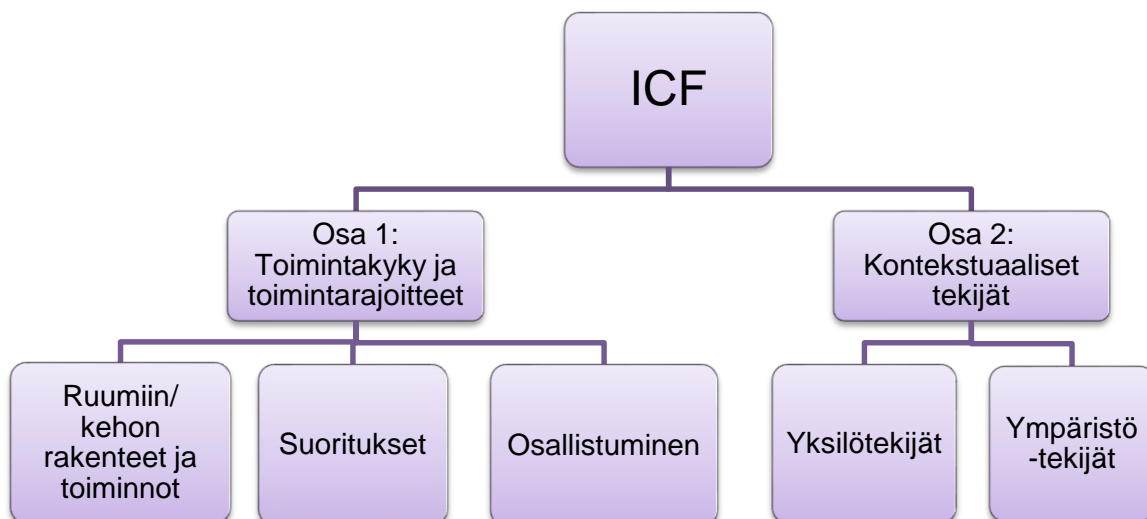
Toimintakyky kuvaa laaja-alaisesti ihmisen hyvinvointia. Sitä voidaan tarkastella joko voimavaralähtöisesti jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnanvajauksina. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti ihmisen selviytymistä itseään tyydyttävällä tavalla itselle merkityksellisistä päivittäisistä toimista omassa elinympäristössään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4.)

Yleistetysti toimintakyvyllä tarkoitetaan toimintakykyä kokonaisuutena sekä sen eri ulottuvuuksia. Ikääntyneiden kohdalla toimintakyky jaotellaan usein fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksiin. Toimintakykyä voidaan tarkastella myös päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (activities of daily living, ADL) näkökulmasta. ADL-toiminnoilla tarkoitetaan päivittäisiä perustoimintoja, kuten pukeutumista ja peseytymistä. Niiden lisäksi voidaan tarkastella ja arvioida myös välineellisiä päivittäisiä toimintoja (instrumental activities of daily living, iADL), jotka edellyttävät ADL-toimintoihin verrattuna parempaa toimintakykyä. IADL-toiminnot sisältävät siten kyvyn hoitaa asioita myös kodin ulkopuolella. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278–279.)

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 kehittämänsä ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen. Luokituksen tavoitteena on muun muassa auttaa hahmottamaan toimintakyvyn käsitettä laaja-alaisesti sekä tarjota yhteinen kieli eri käyttäjätahoille, kuten terveydenhuollon työntekijöille, tutkijoille, päättäjille ja luokituksen ”kohdehenkilöille”, sekä parantaa heidän välistään viestintää. Luokitus onkin suunniteltu moniammatilliseen ja -alaiseen käyttöön. ICF-luokituksen ensimmäinen suomennos julkaistiin vuonna 2004. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 5.)

ICF-luokitus koostuu kahdesta osasta, joissa molemmissa on kaksi osa-aluetta. Osan 1, Toimintakyky ja toimintarajoitteet, osa-alueita ovat ruumis/keho sekä

suoritukset ja osallistuminen. Ruumis/keho-osa-alue sisältää ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet -luokitukset. Suoritukset ja osallistuminen -osa-alue sisältää toimintakyvyn kuvaukset sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Osan 2, Kontekstuaaliset tekijät, osa-alueita ovat puolestaan yksilö- sekä ympäristötekijät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 7–8.) Luokituksen osat ja osa-alueet on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. ICF-luokituksen osat ja osa-alueet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 7–8).

### 3.2 Ikääntymiseen liittyvät muutokset

Muutokset ikääntyessä voidaan jakaa luonnollisiin, normaalista vanhenemisesta johtuviin muutoksiin sekä sairauksien aiheuttamiin muutoksiin. Tässä luvussa käsitellään ikääntymisen luonnollisia muutoksia. Vanheneminen ja siihen liittyvät muutokset tapahtuvat elimistön eri osissa ja toiminnoissa erilaisilla nopeuksilla ja yksilöllisesti. Muutosten alkamisajankohdissa ja vaikutuksessa toimintakykyyn on myös eroja. On huomioitava lisäksi, että luonnollisen vanhenemisen ja sairauksien aiheuttamien muutosten erottaminen toisistaan voi olla joissakin tilanteissa hankalaa. (Heikkinen 2013, 393.)

Solutasolla tarkasteltuna vanhenemisilmiöt ovat seurausta yksittäisten solujen muutoksista, solujen metabolian eli aineenvaihdunnan hidastumisesta sekä solujen jakaantumisen loppumisesta, jolloin solun molekyyleissä, soluissa ja kudoksissa tapahtuvat vauriot eivät enää korjaannu (Majamaa 2013, 125). Keskeiset ikääntymisen muutokset kohdistuvat kehon rakenteeseen ja koostumukseen, luustoon, lihaksistoon, kestävyYTEEN ja nopeuteen, asennon hallintaan ja havaintomotoriikkaan, aisteihin (etenkin kuulo ja näkö), kognitiivisiin toimintoihin sekä hormonaaliseen toimintaan. Näiden lisäksi ikääntyminen muuttaa muun muassa unen rakennetta ja usein myös kokemusta omasta terveydestä, vanhenemisesta sekä elämän tarkoituksellisuudesta. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 129–274, 364, 381.)

## **4 Muistisairaudet**

### **4.1 Muistisairaudet yhteiskunnassa**

Oirekuvaltaan lieväästeista muistisairautta sairastavia henkilöitä on Suomessa 35 000 ja vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia 85 000 henkilöä. Näiden lisäksi jopa 120 000 henkilöllä kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt. (Hallikainen 2014a, 14.) Puolet sairastavista on arvioitu olevan ilman diagnoosia (Hallikainen & Nukari 2014, 15). Uusia muistisairausdiagnooseja tehdään Suomessa vuosittain noin 13 000. Muistisairauksiin sairastumisen riski kasvaa merkittävästi ikääntymisen myötä. Joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on jonkinlaisia muistioireita, keskivaikea tai vaikea dementiaoireisto on 65–74-vuotiaista 4 %:lla, 75–84-vuotiaista 11 %:lla ja yli 85-vuotiaista 35 %:lla. (Hallikainen 2014a, 14.)

Muistisairaudet ovat yhteiskunnalle merkittävä yksittäinen kustannusmeno. Arviolta muistisairauksiin liittyvät kustannukset ovat sydän- ja verisuonisairauksiin ja syöpään liittyviä kustannuksia suuremmat. Ympäri vuorokautisessa pitkäaikais-

hoidossa olevista suurimmalla osalla on etenevä muistisairaus. Tällaisessa hoidossa olevasta henkilöstä aiheutuvat hoidon kustannukset ovat 46 000 € vuodessa. Vastaavasti kotihoidossa olevien henkilöiden kustannukset ovat 19 000 € vuodessa. Siten yhteiskunnalle tulee merkittävät säästöt, mitä pidempään muistisairautta sairastavat pystyvät asumaan kotona. (Hallikainen & Nukari 2014, 15.)

## 4.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Dementian asteista muistisairautta sairastavista yli puolet sairastaa Alzheimerin tautia. Se jaetaan syntyperänsä mukaan familiaaliseen muotoon ja sporadiseen eli monitekijäiseen muotoon. Familiaalista muotoa sairastaa 1–2 % kaikista Alzheimerin tauti -potilaista. Sairauden syyksi on tällä hetkellä tunnistettu kolme eri geenivirhettä. Sporadisen Alzheimerin taudin syntyyn vaikuttavia tekijöitä on löydetty paljon. Selviä riskitekijöitä ovat ikä, suvussa esiintyvä dementia, Downin syndrooma ja apolipoproteiini E:n (ApoE) geenimuoto E4. Arvioiden mukaan yli 65-vuotiailla Alzheimerin tautia sairastavien määrä kaksinkertaistuu viiden vuoden aikavälillä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–122). Todennäköisiä ja mahdollisia riskitekijöitä ovat lisäksi perinteiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät, kuten korkea verenpaine ja kolesterolipitoisuus sekä diabetes, tupakointi, vakava kallovamma ja aiemmin sairastettu depressio. Sairaudelta mahdollisesti suojaavia tekijöitä ovat muun muassa koulutus, ApoE2-geenimuoto, kalaa ja kasviksia sisältävä ravinto, antioksidantit, toimiva sosiaalinen verkosto sekä älyllinen ja fyysinen aktiivisuus. (Soininen & Kivipelto 2010, 449–450.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että diabetes ja Alzheimerin tauti liittyvät vahvasti toisiinsa ja ovat syntymekanismeiltaan samantyyllisiä. Tämän perusteella Alzheimerin tautia onkin alettu kutsua tyyppin 3 diabetekseksi. (Li, Song & Leng 2015, 549–550, 556–557; de la Monte & Wands 2008, 1103.)

Alzheimerin tauti on etenevä hermokudosta vaurioittava sairaus, joka etenee tyypillisin vaihein hitaasti ja tasaisesti. Taudin neuropatologisia muutoksia ovat hermosolujen häviäminen etenkin mediaalisen ohimolohkon alueelta, isoaiukuoren

amyloidiplakit (hermosolujen ulkoiset valkuaisainekasaumat) sekä neurofibrilivyyhdit (hermosolujen sisäiset valkuaisainekasaumat). Neuropatologiset muutokset alkavat yleisimmin ohimolohkon sisäosista, entorinaaliselta kuorikerrokselta ja hippokampuksesta, jotka ovat keskeisiä alueita muistitoimintojen kannalta. Muutokset johtavat siten muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen hermotojen ja aivosolujen vaurioituessa. (Hallikainen 2014b, 264.) Muisti- ja oppimisvaikeudet ovatkin taudin varhaisimpia kliinisiä oireita. Ensioireiden ilmaantuessa on entorinaalisen kuoren toisen kerroksen soluista hävinnyt tutkimusten mukaan jo 57 %. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121–124.)

Tautimuodoltaan Alzheimerin tauti jaotellaan tyypilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypilliseen tautiin. Tyypillinen tauti alkaa oppimisen ja lähimuistin ongelmilla, kun taas epätyypillinen taudin muoto hahmottamisen, puheen ja toiminnan ohjauksen häiriöillä. Sekatyypillisessä muodossa mukana on jokin muu rappeuttava aivo- tai aivoverenkiertosairus. (Hallikainen 2014b, 264.) Tyypillinen Alzheimerin tauti jaetaan lisäksi oirekuvan perusteella neljään vaiheeseen, joita ovat varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti (Hallikainen 2014c, 265). Näitä edeltää oireeton, eli prekliininen vaihe, jossa joillakin voi esiintyä jo lievää kognitiivista heikkenemistä (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 124).

### **4.3 Muut dementiaa aiheuttavat sairaudet**

Alzheimerin taudin lisäksi on myös muita etenevää muistisairautta aiheuttavia sairauksia, kuten aivoverenkiertosairaudet. Aivoverenkiertosairauksista voidaan todeta kaksi muotoa, jotka ovat vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI) sekä sen alatyypeiksi luokiteltavat suurten ja pienten aivoverisuonten taudit. VCI:hin liittyy laaja-alainen dementia-asteinen oireisto, ja se luokitellaan oireyhtymäksi, ei varsinaiseksi sairaudeksi. Riskitekijöinä VCI:hin liittyvät perinteiset aivoverenkiertohäiriön riskitekijät, kuten kohonnut verenpaine, diabetes ja rasvaaineenvaihdunnan häiriöt. Myös korkea ikä ja geneettinen alttius esimerkiksi aivohalvauksiin lisäävät riskiä sairastua. Usein oireet alkavat toiminnanohjauksen häiriöinä, jotka ilmenevät arjessa heikentyneenä suunnittelukykyinä ja järjestelmällisen käytöksen puutteena. Liikkeiden hahmotuksessa ja koordinaatiokyvyssä

voi ilmetä puutteita, ja vaikeuksia voi esiintyä myös puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä. Lisäksi oppimisen tehokkuus voi laskea, mutta muistihäiriöitä esiintyy vain harvoin. Asioiden tunnistamiskyky säilyy, ja muistaminen onnistuu varsinkin hakuvihteitä käyttämällä. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 276–279.)

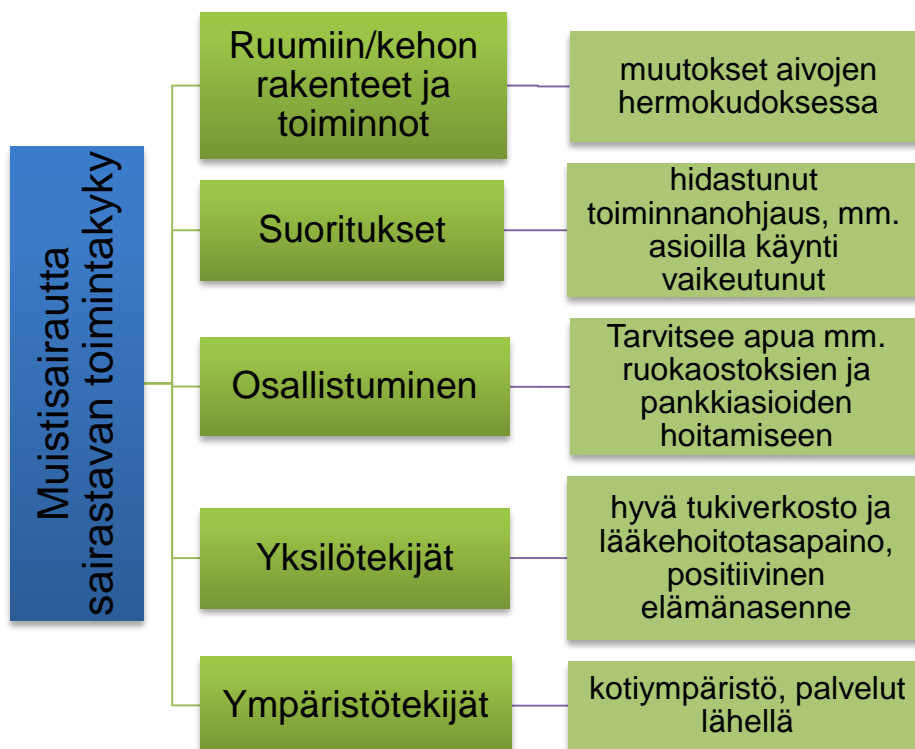
Suurten aivoverisuonten taudeissa verisuonet kalkkeutuvat, ja kalkkeumat aiheuttavat taudissa infarktin isoivojen kuorikerroksen aivoaltimoiden alueelle. Pienten suonten taudissa aivojen pienten suonten alueet ahtautuvat ja aiheuttavat suurelle osalle sairastuneista ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä ennen sairauden toteamista. Toiminnanohjauksen häiriöt ja muistihäiriöt ovat suurten suonten taudissa yleisiä. Oireet suurten suonten infarkteissa pahenevat asteittain, kun taas pienten suonien taudissa sairauden eteneminen on tasaista tai yksilöllistä. Suurten suonien taudissa tilojen ja eri suuntien hahmottamisessa ja ymmärryksessä voi esiintyä vaikeuksia, kun pienten suonien taudissa häiriöt keskittyvät pääosin toiminnanohjaukseen ja kognition heikentymään. Varsinkin sairauden varhaisvaiheessa voi ilmetä paljon oppimisen sekä käytöksen häiriöitä. Lisäksi oireena voi olla tietojenkäsittelyn hidastuminen. Suurten suonten taudissa ilmaantuu myös neglectiä, toisen puolen huomiotta jättämistä. Lisäksi tahdonalaisten liikkeiden häiriöt (apraksia) ja havaitsemishäiriöt (agnosia) luetaan suurten aivoverisuonten tautien oireisiin. (Erkinjuntti ym. 2014, 277–278.)

Lewyn kappale -taudin osuus muistisairauksissa on 10–15 prosenttia. Lewyn kappale -tauti on alidiagnosoitu ja yleisesti suurin osa sairastuneista on saanut ensin jonkin muun diagnoosin. Hermosolujen sisäiset patologiset muutokset aivokuorella saavat aikaan Lewyn kappale -taudin. Dopamiinin kuljettajaproteiinin heikentynyt sitoutuminen tyvitumakkeisiin on yleinen patologinen löydös. Lewyn kappale -taudin diagnostiikka perustuu havainnoitaviin diagnoosin kriteereihin, jotka jaotellaan ydinpiirteisiin, viittaaviin ja tukeviin piirteisiin sekä muihin kuin Lewyn kappale -taudille ominaisiin piirteisiin. Diagnoosi on sitä todennäköisempi, mitä enemmän ydinpiirteisiin kuuluvia oireita esiintyy. Jos kaksi kolmasosaa kriteereistä täyttyy, on diagnoosin mahdollisuus todennäköinen. Pääsääntöisesti diagnoosin varmistumiseen menee 1–3 vuotta. Ydinpiirteiden mukaisia oireita ovat parkinsonmainen vapina, sekä muut Parkinsonin taudille ominaiset piirteet,

kuten näköharhat ja kognitiivinen alentuma. Erittäin tyypillinen ensioire on myös Caprasin ilmiö, jossa sairastunut ei usko henkilön olevan se, kuka hänen sanotaan olevan. Muistiin vaikuttavat muutokset näkyvät sairauden kulussa vasta myöhemmin. Lewyn kappale -taudissa esiintyy myös unihäiriöitä, jotka ilmenevät varsinkin aggressiivisena käytöksenä REM-unen aikana. Myös vireystilan muutokset päivän aikana voivat sairastuneella olla merkittäviä. (Hartikainen 2014, 287–291.)

#### **4.4 Muistisairauden vaikutus toimintakykyyn**

Muistisairaudet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti toimintakykyyn ja siten päivittäisiin toimintoihin ja niistä suoriutumiseen (Hallikainen 2014a, 13–14). Psykkinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttavat vahvasti toisiinsa. Sairauden hyväksyminen, tunteiden käsittely ja lähipiirin tuki edistävät psyykkistä toimintakykyä ja vaikuttavat samalla esimerkiksi sosiaaliseen kanssakäymiseen ja arjen toimintoihin osallistumiseen. (Mönkäre 2014, 102–103.) Toimintakykyyn vaikuttaa oleellisesti muistisairauden aste (Hallikainen 2014c, 265–266), psykososiaaliset tekijät (Mönkäre 2014, 102–103) ja elinympäristö (Hurnasti, Topo & Nukari 2014, 149). ICF-mallin avulla voidaan hahmottaa ja arvioida muistisairauden vaikutusta toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. Esimerkki tästä on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Esimerkki muistisairautta sairastavan toimintakyvystä ICF-mallin mukaan.

Kaikilla muistisairauksilla on pääosin samankaltaisia vaikutuksia sairastuneen toimintakykyyn. Lisäksi jokaiseen muistisairaustyyppiin liittyy juuri sille ominaisia vaikutuksia toimintakykyyn. Toimintakyvyn taso Alzheimerin taudissa heikkenee asteittain, kuten taulukoissa 1a-d on kuvattu. Lievässä Alzheimerin taudissa heikkenevät muun muassa työkykyisyys, ajokyky, suunnitelmallinen rahankäyttö sekä taloudesta huolehtiminen. Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa toimintakyvyn muutokset ovat lisääntyneet. Ongelmia ilmenee sekä ruuanlaitossa, että pukeutumisessa. Yksin kotona selviytyminen ei onnistu, eksymisriski on kasvanut ja ADL-perustoiminnot tarvitsevat muistuttelua. Vaikeassa dementiassa perustoiminnot kuten peseytyminen, virtsarakon hallinta ja suolentoiminnan hallinta on menetetty. Myöhäisimmässä vaiheessa myös puhuminen heikkenee kokonaan ja toiminnot hymyilemisestä pään kannatteluun häviävät. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 128–129.)



Taulukko 1a. Varhainen Alzheimerin tauti. (Mukaiillen Hallikainen 2014c, 265.)

<b>Kognitiiviset oireet</b>	Uuden oppiminen vaikeutuu Toiminnanohjaus hidastuu Keskittymiskyky heikkenee
<b>Toimintakyvyn muutokset</b>	Tavaroiden unohtelu/kadottelu Kiinnostus ympäristöön ja harrastuksiin heikkenee Rahankäytön ja päätöksenteon ongelmat
<b>Käyttäytymisen muutokset</b>	Uupumus, stressioireet, univaikeudet, ärtyneisyys, ahdistuneisuus, masennus
<b>Somaattiset oireet</b>	-

Taulukko 1b. Lievä Alzheimerin tauti. (Mukaiillen Hallikainen 2014c, 266.)

<b>Kognitiiviset oireet</b>	Oppiminen vaikeutuu, unohtelu lisääntyy, Toiminnanohjaus hidastuu, Päätely-, keskittymis- ja laskemiskyky heikkenee, Sanojen löytäminen vaikeutuu
<b>Toimintakyvyn muutokset</b>	Keskustelun seuraaminen vaikeutuu Lukeminen vähentyy Monimutkaisten harrastusten poisjäänti Talouden suunnittelu vaikeutuu Rahankäytön, asioinnin, lääkityksestä huolehtimisen vaikeutuminen Työ- ja ajokyvyn heikkeneminen Muistitukien käyttäminen
<b>Käyttäytymisen muutokset</b>	Apatia, vetäytyminen, lisääntynyt ärtyvyys, ahdistuneisuus, masennus harhaluuloisuus
<b>Somaattiset oireet</b>	laihtuminen

Taulukko 1c. Keskivaikea Alzheimerin tauti. (Mukaiillen Hallikainen 2014c, 266.)

<b>Kognitiiviset oireet</b>	Heikko lähimuisti Puheen tuottamisen ja hahmottamisen vaikeudet Orientaatiohäiriöt, visuospatiaaliset vaikeudet, Heikentynyt sairaudentunto, kätevyysongelmat
<b>Toimintakyvyn muutokset</b>	Välineelliset toiminnat (IADL) ja ruuanlaitto eivät onnistu, Vaikeudet asianmukaisessa pukeutumisessa, Tavaroiden kadottaminen, eksyminen Muistuttelun tarve perustoiminnoissa (ADL)
<b>Käyttäytymisen muutokset</b>	Harhaluuloisuus/harhat, levottomuus, vaeltelu uni-valverytmin häiriöt, masennus, pinnalliset sosiaaliset taidot tallella
<b>Somaattiset oireet</b>	laihtuminen

Taulukko 1d. Vaikea Alzheimerin tauti. (Mukaillen Hallikainen 2014c, 266.)

<b>Kognitiiviset oireet</b>	Puheentuotto rajoittunut, puheen ymmärtämisessä huomattavia vaikeuksia, Keskittymiskyvyttömyys Vaikea apraksia (kyvyttömyys toteuttaa liikkeitä)
<b>Toimintakyvyn muutokset</b>	Perustoiminnot (ADL) eivät onnistu ilman apua, Inkontinenssi
<b>Käyttäytymisen muutokset</b>	Levottomuus, aggressiivisuus Poikkeava motorinen käytös ja karkailu Uni-valverytmin häiriöt Masennus/apatia
<b>Somaattiset oireet</b>	Apraktinen kävely ("töpöttely") Primaariheijasteet (tarttuminen, imemisheijaste) Ekstrapyramidaalioireet, esim. jäykkyys, vapina, ilmeettömyys Hauraus-raihnausoireyhtymä

#### 4.5 Kotona asumiseen vaikuttavat tekijät

Noin 60 % muistisairautta sairastavista asuu kotonaan, ja heistä yli puolet, eli noin 40 000, asuu yksin (Sulkava 2010, 136). Suurin osa muistisairautta sairastavista haluaa asua kotonaan, mitä voidaan pyrkiä mahdollistamaan erilaisilla tukitoimilla (Sulkava & Eloniemi–Sulkava. 2008, 108). Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi siivous-, aterian- ja kauppapalvelut. Lisäksi esimerkiksi fysioterapeutit ja kampaajat voivat tehdä kotikäyntejä. (Lotvonen, Rosenvall & Nukari 2014, 209.)

Kodilla on ihmiselle monta merkitystä. Muistisairautta sairastavien kohdalla kodin keskeisimmät merkitykset ovat tuttuus ja pysyvyys. Nämä tekijät vaikuttavat muistisairautta sairastavan arjessa selviytymiseen. Arjessa samoina toistuvat rutiinit aikaansaavat pysyvyyden tunnetta, mikä tutun toimintaympäristön ohella usein helpottaa muistisairautta sairastavan arjesta ja sen vaatimuksista selviytymistä. (Eloniemi–Sulkava, Saarenheimo, Savikko & Pitkälä 2007, 29.)

Muistisairautta sairastavan kotona selviytymistä hankaloittavia tekijöitä ovat muun muassa muistisairauslääkkeiden käyttämättä jättäminen, yksin asuminen,

käytösoireet, vaikeudet kävelyssä ja muissa päivittäisissä toimissa sekä muistisairauden vaikeusaste. Myös muistisairautta sairastavan ja tämän perheenjäsenten väliset suhteet vaikuttavat kotona selviytymiseen. Jos suhteet ovat huonot, heikkenee ennuste kotona pärjäämisestä. Omaishoitajan ja omaishoidettavan välisellä suhteella on myös merkitystä. Ennusteen on havaittu olevan heikompi, jos omaishoitajana on joku muu kuin puoliso. Ennuste heikkenee myös, jos omaishoitajalla on omia terveysongelmia, hän kokee itsensä kuormittuneeksi tai hoitosuhteen liian sitovaksi. Myös hoito- ja palvelujärjestelmillä voidaan hankaloittaa muistisairautta sairastavan kotona selviytymistä. Palveluita voi olla tarjolla liian vähän tai ne eivät vastaa tarpeisiin. Epäonnistuneella lyhytaikaishoidolla, jolloin seurauksena on yleensä ollut hoidettavan kunnan romahtaminen, on myös negatiivisia seurauksia kotona asumiseen. Hoito- ja palvelujärjestelmän liiallinen byrokraattisuus voi myös tuoda eteen esteitä. (Sulkava & Eloniemi–Sulkava 2008, 108–109.)

Muistisairauden varhainen diagnosointi parantaa henkilön mahdollisuuksia asua kotona. Lisäksi on tärkeä tunnistaa laitoshoitoon siirtymistä ennustavat tekijät ja reagoida niihin nopeasti. Yhteistyö muistisairautta sairastavan ja tämän perheen kanssa on tärkeää. Yhteyshenkilön nimeämisen on havaittu olevan käyttökelpoinen järjestely muistisairautta sairastavien hoidossa. Yhteyshenkilöllä on muistisairautta sairastavan perheen kanssa vastuu kotona asumisen mahdollistamisesta. Kotona annetulla fysioterapialla voidaan tukea liikuntakyvyn säilymistä ja mahdollistaa näin kotona asuminen. (Sulkava & Eloniemi–Sulkava 2008, 110–111.)

## **5 Muistisairautta sairastavien kuntoutus**

### **5.1 Kuntoutuksen yleiset periaatteet**

Muistisairautta sairastavien kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä. Hoitoketjuun voivat kuulua esimerkiksi lääkäri, muistihoitaja, muistikoordinaattori, sosiaalityöntekijä sekä fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutti. (Duodecim

2010.) Hoito- ja hoivatyön ammattilaisten lisäksi dementiaa sairastavan ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen osallistuvat myös tämän läheiset ja ystävät sekä mahdollisesti viranomaisia ja muita ammattilaisia. Kaikkien verkostoon kuuluvien yhteistyötahojen on ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen kannalta oleellista toimia yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti, jotta tukitoimissa ei synny ristiriitaisuuksia. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 224.)

Kuntoutuksella pyritään muistisairautta sairastavan toimintakyvyn parantumiseen, ylläpysymiseen tai ainakin toimintakyvyn heikkenemisen hidastumiseen (Pitkälä 2010). Kuntoutuksen tavoitteet ja käytettävät keinot riippuvat sairauden vaikeusasteesta (Atula 2013). Laadukkaalla hoidolla ja aktiivisella elämällä voidaan hidastaa sairauden etenemistä (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014, 8). Muistisairautta sairastavan toimintakyvyn säilymiseksi mahdollisimman pitkään tulee oheissairauksien hoidon ja ravitsemuksen olla kunnossa (Sulkava 2010, 136).

## **5.2 Fysioterapia muistisairautta sairastavien kuntoutuksessa**

Aktiivisella, ennalta ehkäisevällä sekä oikea-aikaisella fysioterapialla voidaan tukea muistisairautta sairastavan toimintakyvyn säilymistä (Sulkava 2010, 136). Muistisairautta sairastavan fysioterapian tavoitteena on toiminnallisuuden ja laadukkaan elämän säilyminen tai parantuminen. Fysioterapian tulee olla suunnitelmallista, tavoitteellista, yksilöllistä sekä intensiivistä. Kuntoutuksessa tulee huomioida sen kokonaisvaltaisuus, ja hyödyntää asiakkaan omia jäljellä olevia voimavaroja. Lisäksi on tärkeää, että fysioterapia on ajoitettu ja kohdennettu oikein. (Forder 2014, 112.) Kävely, tasapaino-, ja lihasvoimaharjoitteilla voidaan parantaa muistisairautta sairastavien toimintakykyä (Rolland, Pillard, Klapouszczak, Reynish, Thomas, Andrieu, Rivière & Vellas. 2007, 160, 163–164). Tärkeitä harjoitteita ovat myös toiminnalliset harjoitteet, kuten porraskävely ja tuolilta ylösnousu sekä dual task -harjoitteet eli kahden erilaisen toiminnon yhdistäminen (Päivänsalo, Kindstedt, Vertainen, Valvanne, Lähde, Ollila & Käyhty. 2013, 12–13). Edellä mainittujen lisäksi yläraajan koordinaatioharjoitteet ovat tavallisesti tärkeä osa fysioterapiaa. Harjoitteiden toteutuksessa voidaan hyödyntää monia

erilaisia tapoja, keinoja ja välineitä. Fysioterapia voi sisältää esimerkiksi arjen toimintojen harjoittelua sekä ulkoilua. Harjoitteiden ohjaamisen lisäksi olennainen osa muistisairautta sairastavan fysioterapiaa ovat elinympäristöön tehtävät muutokset ja apuvälinearvioiden tekeminen. (Forder 2014, 112.)

Arkielämän toiminta ylläpitää toimintakykyä. Puolesta tekemistä tulee välttää, jotta harjoituksista saavutettaisiin paras mahdollinen hyöty. Samoja harjoitteita kannattaa jatkaa vain niin kauan, kuin niiden tekeminen haasteista huolimatta vielä tuottaa iloa. Jos harjoite aiheuttaa toistuvasti epäonnistumisen tunteita, kannattaa harjoitetta vaihtaa toiseen. Toimintakyvyn muuttuessa sairauden edetessä sairastunut saattaa myös löytää itsestään uusia kykyjä ja ominaisuuksia, jotka eivät ole aiemmin tulleet esiin. (Nukari 2014, 152–153.)

Muistisairautta sairastavien liikunnallinen kuntoutus on todettu intensiivisesti toteutettuna (vähintään 2 krt/vko) parantavan muistisairautta sairastavien liikuntakykyä (Hauer, Schwenk, Zieschang, Essig, Becker & Oster 2012; Teri, Gibbons, McCurry, Logsdon, Buchner, Barlow, Kukull, LaCroix, McCormick & Larson 2003) sekä intensiivisesti ja pitkäkestoisesti (kesto 12 kk) toteutettuna myös toimintakykyä. (Rolland ym. 2007, 163–164.) Spesifisti ja asiakaslähtöisesti toteutettuna toiminnallinen sekä lihasvoimaharjoittelu parantavat liikkumis- ja toimintakykyä, kuten asennonhallintaa, tasapainoa ja kävelyä, vaikeusasteeltaan lievää ja keskivaikeaa muistisairautta sairastavilla (Hauer ym. 2012). Liikunnallisella kuntoutuksella, joka sisältää aerobista, voima- ja/tai tasapainoharjoittelua, on mahdollisesti positiivisia vaikutuksia myös muistisairautta sairastavien kognitioon sekä päivittäistoiminnoista suoriutumiseen. Sen sijaan haastavaan käytökseen ja mäsennukseen sillä ei havaittu olevan merkittävää vaikutusta. (Forbes, Thiessen, Blake, Forbes & Forbes 2013.)

Omaishoitajille kohdennetulla ohjauksella ja neuvonnalla voidaan mahdollisesti lisätä omaishoitajien tietoa sekä parantaa elämänlaatua. Interventioiden vaikuttavuus on osoittautunut tutkimuksissa kuitenkin ristiriitaiseksi ja melko vähäiseksi. Parhaimmat tulokset on saatu sekä omaishoitajaan että hoidettavaan kohdennetuissa sekä monitekijäisissä interventioissa. (Eloniemi–Sulkava ym.

2007, 31–40.) Yhteistyö omaishoitajien kanssa ja tämän ohjaaminen muistisairautta sairastavan auttamiseen päivittäisissä toiminnoissa onkin nostettu yhdeksi elementiksi interventioissa. (Eloniemi–Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä, Savikko, Kautiainen, Tilvis & Pitkälä 2009; Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels & Rikkert 2006; Teri ym. 2003). Kuntoutuksessa opitut taidot saadaan omaisten avulla välitettyä muistisairautta sairastavan arkeen (Forder 2014, 112).

Monitekijäiset interventiot sekä muistisairautta sairastaville että heidän omaishoitajilleen on todettu olevan hyödyllisiä ja monipuolisia terapiamuotoja. Muistisairautta sairastavilla ne parantavat sairastavien kognitiota, ADL-toiminnoista selviytymistä sekä neuropsykologisia oireita. Omaishoitajille toteutetut monitekijäiset interventiot ovat vaikuttavia omaisten psyykkisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamiseen. Omaisten neuvonnan ja ohjauksen sekä tukemisen vaikutuksesta omaishoitajien mielialan paranemiseen on myös näyttöä (Olazarán, Reisberg, Clare, Cruz, Peña-Casanova, del Ser, Woods, Beck, Auer, Lai, Spector, Fazio, Bond, Kivipelto, Brodaty, Rojo, Collins, Teri, Mittelman, Orrell, Feldman & Muñiz 2010.) Monitekijäisten interventioiden tulisi olla asiakaslähtöisiä sekä perheen itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja yhteistyöhön perustuvia (Eloniemi–Sulkava ym. 2009, 2206).

### **5.3 Ryhmätoiminta terapiamuotona**

Ryhmien kestoissa ja muodoissa on eroja. Ryhmä voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen ja muodoltaan avoin tai suljettu. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 147.) Ryhmän selkeät rakenteet ja yhteiset pelisäännöt mahdollistavat ryhmän onnistumisen. (Pitkälä, Routasalo & Karvinen 2004, 147). Suljettu ryhmä on sellainen, jossa ryhmän jäsenissä ei tapahdu muutoksia (Pitkälä & Routasalo 2004, 112). Suljetun ryhmän ryhmädynamiikka mahdollistaa ryhmäläisille tunteiden osoitukset ja kokemusten jaot ryhmän kesken. Ryhmän ilmapiiriin tulisi olla turvallinen, motivoiva ja ryhmäläisten ryhmään saapumisen tulisi perustua vapaaehtoisuuteen. (Pitkälä ym. 2004, 145, 147.) Ohjaajien tehtävänä on määrittää

ryhmätoiminnalle selkeä tavoite ja päämäärä. Myös ryhmän elinkaaren muutokset tulisi huomioida onnistuneessa ryhmän ohjauksessa. Ohjaajien tulisi pystyä myös refleктоimaan omaa toimintaansa ryhmän ohjaajina. (Pitkälä & Routasalo 2004, 112, 118–119.) Ohjaajien rooli on merkittävä ryhmän onnistumisen kannalta. Kannustus ja ryhmädynamiikan tuntemus kuuluvat hyvän ryhmänohjaajan ominaisuuksiin. (Pitkälä ym. 2004, 145, 147.)

Ryhmän elinkaaren muutokset ovat jaettavissa eri vaiheisiin. Ennen ryhmäytymistä voidaan havaita alkukaaos, jolloin roolit ryhmän sisällä eivät ole ryhmäläisille tarkentuneet. Ryhmäytymisen voi huomata ryhmän vertaistuen korostuneisuutena, ryhmähengen kasvuna, yhteisten pelisääntöjen selkiintymisenä sekä ryhmän sisäisenä huumorina. Ryhmäläiset löytävät omat roolinsa ryhmän jäseninä ja ryhmän sisällä voi paikoin havaita pienempiä ryhmittymiä. Yksi ryhmän elinkaaren vaihe on sen itsenäistyminen, jolloin ryhmän jäsenten on mahdollista toimia ryhmässä itseohjautuvasti. Itseohjautuvuuden mahdollistaa ryhmän ohjaaja joka omalla toiminnallaan voi tukea ja rohkaista ryhmäläisiä tässä itsenäistymisen vaiheessa. Loppua kohden ryhmässä pyritään oma-aloitteisuuteen, esimerkiksi yhteisten tapaamisten järjestämiseen ryhmän loppumisen jälkeen. Loppusurun aika on ryhmän elinkaaren viimeisin vaihe, jolloin voidaan koeta haikeutta ja tyhjyyttä ryhmän lopetuksesta. (Pitkälä & Routasalo 2004, 114, 116, 118–119, 126–127.)

Muistisairautta sairastavien kuntoutuksessa ryhmämuotoiset interventiot on todettu vaikuttaviksi (Hauer ym 2012; Olazarán ym. 2010; Rolland ym 2007). Ryhmämuotoinen päivä kuntoutus edistää kotona asuvien muistisairautta sairastavien psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. Päiväkuntoutus virkistää ja parantaa kuntoutujien mielialaa sekä lisää aktiivisuutta arjessa. (Päivänsalo ym. 2013, 13.) Vertaistuella on suuri merkitys sekä muistisairautta sairastaville että heidän omaisilleen. Ryhmästä saatu vertaistuki auttaa sairastuneita hyväksymään sairautensa. (Willis, Chan, Murray, Matthews & Banerjee 2009, 34–35.) Omaisten kohdalla vertaistuki puolestaan parantaa psyykkistä hyvinvointia, elämänlaatua sekä tukee jaksamista omaishoitajan roolissa (Wang, Chien & Lee 2012, 220). Vaikka ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta muistisairautta sairastavien kuntoutuksessa

on runsaasti näyttöä, on kuitenkin vielä epäselvää, onko vaikuttavuudelle oleellisempaa ryhmätoiminta terapiamuotona vai ryhmätoiminnan sisältö. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013, 55.)

Kotona-asuville muistisairautta sairastaville on kehitetty Suomessa ryhmätoimintaa. Esimerkiksi Lapin Muistiyhdistys ry järjestää Muistitupa-ryhmätoimintaa sellaisille kotona asuville muistisairautta sairastaville, jotka eivät ole vielä muiden säännöllisten tukipalveluiden piirissä. Muistitupa-toiminnan on havaittu parantavan sekä sairastuneiden että omaisten psyykkistä hyvinvointia. (Suni 2013, 11, 22, 29.) Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry puolestaan kehitti vuosina 2009–2014 Aktiivinen arki -ryhmätoiminnan mallin muistisairautta sairastaville ja heidän omaishoitajilleen. Kehittämishankkeeseen liittyen toteutettiin useita ryhmiä, joihin osallistui 4–7 pariskuntaa. Ryhmien sisältö muodostui keskusteluista, ajattelua aktivoivista harjoitteista sekä erityisesti tasapainoa ja alaraajojen voimaa ylläpitävästä liikunnasta. Osalla ryhmäkerroista sairastavilla ja omaishoitajilla oli erilliset ohjelmat. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa 8–15 kokoontumiskerran jaksossa kaksi kertaa vuodessa. Yhden ryhmäkerran kesto oli 1,5 tuntia. Ohjaajina toimi kaksi sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöä. Ryhmätoiminnan havaittiin täyttäneen tavoitteensa eli tukeneen sekä sairastavan että omaishoitajan toimintakyvyn eri osa-alueita, antaneen vertaistukea ja aktivoineen yhteiseen tekemiseen. (Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry 2014, 8-9, 11, 16.)

## **6 Green Care kuntoutusmenetelmänä**

### **6.1 Green Caren määrittely**

Green Care on kuntoutusmenetelmä, jossa ihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua pyritään parantamaan luontoon liittyvän tai luontoympäristössä tapahtuvan toiminnan avulla (Green Care Finland ry 2014). Lisäksi positiiviset tunteet sekä ilon ja onnistumisen kokemukset ovat merkittäviä tekijöitä Green Care -ajattelussa



(Salovuori 2014, 84). Green Care on yhdistänyt toimijoita, jotka ovat jo aikaisemmin osanneet hyödyntää luonnon ja eläinten positiivisia vaikutuksia. Uuden yhteisen käsitteen ansiosta tietoisuus menetelmistä on lisääntynyt ja niiden käyttö kasvanut, laajentunut ja monipuolistunut. (Yli-Viikari & Haapasaari 2013, 99–100.) Käsitteen tarkassa määrittelyssä on kuitenkin maakohtaista vaihtelua. Suomalaisen Green Care -käsitteen mukaan toiminnan peruselementit ovat luonto, toiminta ja yhteisö. Mitä tahansa yhteisöllistä luontoon liittyvää hyvinvoinnin edistämiseen pyrkivää toimintaa ei kuitenkaan voi kutsua Green Care -toiminnaksi, vaan toiminnan on tällöin oltava myös tavoitteellista, vastuullista ja ammatillista. (Soini & Vehmasto 2014, 10, 12–13.)

Myös muunlaista luontoon liittyvää toimintaa voidaan hyödyntää kuntoutuksessa (Salovuori 2014, 22). Esimerkiksi viherympäristön on todettu tukevan muita kuntoutusmenetelmiä myös silloin, kun luontoa ei ole tarkoituksenmukaisesti hyödynnetty (Rappe 2013, 5). Tutkimuksissa on havaittu myös lintujen katselun ikkunasta olevan vaikuttava passiivinen luontokokemus (Bossen 2010, 2). Toimintaa ei kuitenkaan voida kutsua Green Careksi, jos edellä kuvatut ehdot eivät täyty. (Soini & Vehmasto 2014, 13).

Suomessa Green Care -toiminta on usein jaettu luontohoivaan ja luontovoimaan. Luontohoivalla tarkoitetaan hoivaan ja kuntoutukseen liittyviä Green Care -toimintaa hyödyntäviä palveluja, joiden järjestämisvastuu on julkisella sektorilla. Asiakkaat kuuluvat yleensä niin kutsuttuihin haavoittuviin asiakasryhmiin. Luontohoivan toteuttamista ohjaavat monet säädökset. Esimerkiksi palveluntuottajalla on oltava sosiaali- ja terveysalan koulutus. Luontovoimalla puolestaan tarkoitetaan lähinnä Green Care -toimintaan liittyviä hyvinvointi- ja harrastepalveluja, joita julkinen sektori ei kustanna. Poikkeuksellisesti kasvatus- ja opetuspalvelut luetaan kuuluvaksi luontovoiman piiriin, vaikka ne ovatkin julkisen puolen tarjoamia. Luontovoiman asiakaskunta on luontohoivaa laajempi. Yhtenä luontovoiman tavoitteena voi olla esimerkiksi erilaisten kuntoutustarpeiden ennaltaehkäisy. Samanlaista ohjaajien koulutusvaatimusta kuin luontohoivan kohdalla ei ole lukuun ottamatta opetus- ja kasvatusalaa. (Soini & Vehmasto 2014, 15.)

## 6.2 Green Caren hyödyt

Luontoympäristöllä on havaittu olevan ihmisen terveyttä edistäviä vaikutuksia. Luonnolla on positiivisia vaikutuksia niin tunne-elämään, fyysisen aktiivisuuden tasoon kuin keskittymiskykyynkin. Lisäksi luonnossa oleminen vähentää negatiivisia tunteita ja aggressiivisuutta. Luonnossa oleminen parantaa stressistä toipumista ja unen laatua sekä vaikuttaa positiivisesti sosiaaliseen kanssakäymiseen (Bossen 2010, 2.) Luontoympäristössä syke, verenpaine sekä stressihormonipitoisuudet elimistössä alenevat ja lihaskireydet vähenevät (Tyrväinen 2014, 18). Positiiviset vaikutukset alkavat ilmetä jo viiden minuutin luonnossa oleskelun jälkeen (Clark 2014, 336). Luonnon terveyttä edistäviä vaikutuksia on viime vuosina alettu tutkia enemmän. Myös kiinnostus luonnon parantavia vaikutuksia kohtaan on kasvanut. Luonnon terveystaikutuksista on olemassa myös kokemukseen perustuvaa tietoa. (Salovuori 2014, 8.)

Green Care -toiminnassa vallalla eivät ole perinteiset ohjaaja- ja ohjattava-roolit. Eteen tulee tilanteita, joissa ohjattava voikin neuvoa ohjaajaa. Yhteinen tekeminen ja toiminta luovat uudenlaista luottamusta ja arvostusta osapuolten välille sekä mahdollistavat erilaisen kohtaamisen. Tätä kautta omien kokemusten ja tunteiden kuvaaminen voi luontoympäristössä ja tekemisen ohessa olla helpompaa. Toiminta mahdollistaa omien ajatusten julki tuomisen myös silloin, kun sanoja ei ole käytettävissä. Lisäksi toiminta konkretisoi omaa osaamista ja pystymistä paremmin ja uskottavammin kuin pelkät sanat. (Salovuori 2014, 85–87.)

Rakennettu ympäristö uuvuttaa ihmistä, koska ihmisen luomassa ympäristössä vaaditaan suuren ärsykemäärän vuoksi jatkuvaa suunnatun eli valikoivan tarkkaavaisuuden käyttöä (Rappe 2013, 9). Luonnossa vallitsee monimuotoisuudeltaan huolimatta tietty järjestys ja selkeys, jotka tasapainottavat rakennetun ympäristön kaoottisuutta (Salovuori 2014, 83). Green Care -ajattelua on kuitenkin mahdollista soveltaa myös rakennetussa ympäristössä (Green Care Finland ry 2014). Varsinaisen luontoympäristönkään ei tarvitse olla täysin luonnontilainen, vaan ihmisen toiminta saa näkyä. Ihmisen tekemät muutokset ovat hyödyllisiä erityisesti silloin, kun niillä saadaan ympäristöstä turvallisempi. (Salovuori 2014, 76.)

Edellä kuvatut Green Caren hyödyt koskevat myös muistisairautta sairastavia. Luonto tarjoaa aistimuksia monien aistikanavien kautta, mutta niiden käsittely ei vaadi monimutkaista ajattelutoimintaa. (Rappe 2013, 14.) Luontoympäristössä sairaus ei myöskään määritä henkilöä niin vahvasti (Salovuori 2014, 86). Esimerkiksi puutarhatöiden kautta muistisairautta sairastava saa kokea itsensä tarpeelliseksi. Lisäksi luontoympäristö on useimmille sairastuneille tuttu jo ajalta ennen sairastumista. Luontoon liittyvien töiden tuttuus tuo turvallisuutta ja luo hallinnan tunnetta. (Rappe 2013, 14, 17, 19.) Muistisairautta sairastava pääsee kokemaan uudelleen samoja asioita, joita teki nuoruudessaan sekä esittelemään aikaisempaa elämäkokemustaan luonnosta esimerkiksi ammattinsa kautta (Salovuori 2014, 86). Toiminta luontoympäristössä rauhoittaa ja ylläpitää toimintakykyä. Toimintakyvyn ja pitkäkestoisen muistin tukemisella mahdollistetaan yksilön itsetietoisuus ja vuorovaikutus ympäristön kanssa. (Rappe 2013, 6, 17, 19.)

### **6.3 Green Care -menetelmät kuntoutuksessa**

Green Care -ajattelua voidaan hyödyntää kuntoutuksessa monella tavalla. Vaikiintuneita ja eniten käytettyjä menetelmiä ovat ekoterapia, terapeutin puutarhanhoito, viherympäristöjen kuntouttava käyttö, eläinavusteinen työskentely, kalastus, retkeily, eräily, hoivamaatalous, metsäympäristön käyttö, ympäristökasvatus sekä luontoon liittyvät kädentaidot. Green Care -ajattelun käyttö kuntoutuksessa ei välttämättä vaadi suuria tekoja. Pienilläkin yksityiskohdilla voidaan hyödyntää luontoympäristön voimaa kuntoutuksessa. Esimerkiksi jo luontoaiheisten kuvien ja viherkasvien käytöllä sisustuksessa on hyötyä. Lisäksi voidaan hyödyntää luontoaiheisia lehtiä tai kirjoja sekä äänitallenteita. Kehittynyt tekniikka mahdollistaa myös reaaliaikaisen luontokuvan välittämisen. (Salovuori 2014, 22, 42–43.)

Green Care -toimintaan liittyy vahvasti ulkona tapahtuva tekeminen. Muun muassa sääolosuhteista johtuen ulos meneminen ei kuitenkaan aina ole mahdollista. Sisätiloissakin on mahdollista tehdä kuntoutustyötä luontonäkökulmasta. Hyvä esimerkki tästä on erilaiset luontoon liittyvät kädentaidot kuten käsitöiden

tekeminen luontomateriaaleista. (Salovuori 2014, 49). Kasveihin liittyviä toimintoja voidaan käyttää monipuolisesti apuna kuntoutuksessa. (Rappe 2013, 5). Viherympäristön terveyttä edistävät vaikutukset ilmenevät sekä terapeuttisen puutarhassa työskentelyn että jo viherympäristössä oleilun kautta (Salovuori 2014, 23). Käsiä ei siis välttämättä tarvitse edes upottaa multaan, pelkkä kasvien katselukin riittää. (Rappe 2013, 5.)

Monissa Euroopan maissa toiminta on keskittynyt maatilaympäristöjen hyödyntämiseen. Tällaisia maita ovat muun muassa Norja, Hollanti ja Italia. Terapeuttinen puutarhanhoito sekä viherympäristöjen kuntouttava käyttö ovat puolestaan vahvassa asemassa Isossa-Britanniassa, Saksassa ja Itävallassa. Suomessa Green Care -toiminta on painottunut eläinavusteiseen työskentelyyn. (Salovuori 2014, 16–17.)

Eläinavusteinen työskentely on eläinten hyödyntämistä hoidon tukena (Salovuori 2014, 53). Se on menetelmänä varsin uusi, joten vakiintunutta käsitteistöä ei vielä ole muodostunut. Tästä johtuen alaan liittyvien termien käyttö voi eri yhteyksissä olla hyvinkin vaihtelevaa. Tässä työssä käytetään Ikäheimon käyttämiä käsitteitä. Eläinavusteinen työskentely (AAI, Animal-Assisted Interventions) jaetaan eläinavusteiseen toimintaan (AAA, Animal-Assisted Activity), eläinavusteiseen terapiaan (AAT, Animal-Assisted Therapy) sekä eläinavusteiseen (erityis)opetukseen (AAP, Animal-Assisted (Special) Pedagogy). Ensin mainitulla tarkoitetaan toimintaa, joka on yleensä vapaaehtoisten toteuttamaa eikä vaadi tavoitteiden laatimista toiminnalle. Tällöinkin eläimen ja ohjaajan tulee kuitenkin olla perehtyneitä tehtäviinsä. Eläinavusteinen terapia on puolestaan tavoitteellista kuntoutusta, jossa eläimellä on määritelty tehtävä. Tällöin eläimen ohjaajan tulee olla sosiaali-, terveys- tai kasvatusalan ammattilainen. Lisäksi hänellä tulee olla asiantuntijuutta ja tutkinto eläinavusteisesta terapiasta. Eläinavusteinen opetus voi olla näitä molempia, mutta pääpaino on oppimisen tukemisessa. (Ikäheimo 2013a, 10–11.)

Eläinavusteisessa työskentelyssä eläin on työtoveri, ei terapiaväline (Salovuori 2014, 54). Eläinavusteisessa työskentelyssä toimitaan yleensä koirien, kissojen

tai hevosten kanssa. Harvinaisempia eläimiä ovat kanat, aasit, alpakat ja laamat. (Ikäheimo 2013b, 3.) Myös kaneja, sikoja ja lampaita on ollut mukana toiminnassa (Salovuori 2014, 55, 61). Eläinavusteisuuden vahvuuksia on, että eläimet kohtelevat ihmisiä tasavertaisesti eivätkä välitä virheistä. Lisäksi eläinten kanssa toimiminen on mahdollista ympäri vuoden. (Salovuori 2014, 53–54.)

Eläimet voivat olla mukana monen eri asiakasryhmän kanssa tehtävässä työssä: eri ikäryhmissä sekä sairaus- ja vammaryhmissä. Eläimiä on hyödynnetty muun muassa vanhusten aktivoimisessa liikuntaan ja ystävyystoiminnassa sekä muistisairautta sairastavien apuna. Osallistujien määrällä ei ole väliä, vaan eläimen voi ottaa mukaan sekä yksilö- että ryhmätilanteisiin. (Ikäheimo 2013c, 7–8.) Ryhmän kanssa toimittaessa on kuitenkin suositeltavaa, että ohjaajia olisi vähintään kaksi, jotta toinen voisi keskittyä osallistujien ja toinen eläimen ohjaamiseen (Salovuori 2014, 92). Eläinten ollessa mukana toiminnassa on huomioitava, että joillakin voi olla eläimistä huonoja kokemuksia tai he eivät muuten vain pidä niistä (Salovuori 2014, 84). Jos henkilöllä on negatiivisia mielikuvia tai muistoja esimerkiksi koirista, voi koiran sijasta kokeilla muita eläimiä, kuten kissaa. Eläinlajin lisäksi myös eläimen koolla on merkitystä. Joku vaikuttuu enemmän pienistä syliin otettavista eläimistä, kun taas toiselle isojen eläinten seura on miellyttävämpää. (Laukkanen 2013, 33.) Osalla taas allergiat rajoittavat toimimista eläinten kanssa. Myös eläinten hyvinvointi on huomioitava toiminnan aikana. (Salovuori 2014, 54, 84.)

## **7 Psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet**

### **7.1 Psykofyysinen fysioterapia ja muistisairaudet**

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian suuntaus, jonka lähtökohtana on ihmisen kokonaisvaltainen huomioiminen. Fysioterapia keskittyy pääasiassa ihmiskehon fyysisiin ominaisuuksiin. Käytännössä fysioterapiassa ei kuitenkaan ole

mahdollista erottaa fyysistä puolta henkisestä puolesta. Kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan kuuluvat myös sosiaalisen verkoston ja elinympäristön huomiointi. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 5, 11.)

Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään muun muassa masennuksen, jännittyneisyyden ja unettomuuden hoidossa (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014). Nämä oireet ovat tyypillisiä myös muistisairautta sairastavilla (Hallikainen 2014c, 265–266). Muistisairautta sairastavien kohdalla psykofyysisen fysioterapian kuntoutusmenetelminä on käytetty muun muassa tanssi- ja liiketerepaa, sensomotorisen järjestelmän aktivointia, musiikkiterapiaa sekä luovia toimintoja. Näistä menetelmistä luovilla toiminnoilla, sensomotorisen järjestelmän aktivoinnilla sekä musiikkiterapialla on todettu olevan mahdollisesti edullisia vaikutuksia muistisairautta sairastavien kognitioon ja käytöshäiriöihin (Hokkanen, Rantala, Remes, Härkönen, Viramo & Windblad. 2008, 771).

## **7.2 Psykofyysisyyden elementit**

Kosketus on oleellinen osa ihmisten välistä vuorovaikutusta kaikissa ikäryhmissä. Sen käyttäminen korostuu erityisesti lasten ja ikääntyneiden kohdalla. Kosketus voi olla neutraalia tai läheistä. Miellyttäväksi koettu kosketus saa aikaan turvallisuuden ja rentoutumisen tunteita. Kosketuksen puute voi johtaa moniin häiriöihin, esimerkiksi aloittekyvyttömyyteen, unettomuuteen ja turvallisuuden tunteen häiriöihin. Kosketuksella on positiivisia vaikutuksia muun muassa fyysiselle ja emotionaalaiselle terveydelle. Samalla on kuitenkin muistettava, että kaikki eivät koe koskettamista miellyttävänä. (Herrala ym. 2008, 71–74.)

Hengitys on pääosin tahdosta riippumatonta, mutta esimerkiksi sen rytmiä ja syvyyttä on mahdollista muuttaa ja säädellä tahdonalaisesti. Yksilön tapa hengittää kertoo tämän mielialasta. Liikkumaton rintakehä hengityksen aikana voi viitata esimerkiksi suojautumisen tarpeen tai aggressiivisuuteen. Jännittynyt hengitys voi aiheuttaa myös lihaskireyksistä johtuvaa päänsärkyä. Syvä ja rauhallinen hengitys lisää puolestaan turvallisuuden tunnetta ja rauhoittaa. Hengitysharjoituksilla voidaan varsin yksinkertaisten tapojen kautta parantaa yksilön tietoa ja

ymmärrystä omaan hengitykseensä ja hengitystapaansa vaikuttamisesta ja näin parantaa yksilön koettua terveyttä. (Herrala ym. 2008, 77, 83, 85.)

Kaikenlaiset äänet herättävät tunteita. Niillä voidaan ilmaista yksilön mielen ja kehon sisäisiä viestejä. Puhuesssa äänensävyn ja -painon vaikutuksesta äänellä on vaikeaa huijata. Se paljastaa mielialan ja sanoman ristiriitaisuuden. (Herrala ym. 2008, 86–87.) Musiikin on havaittu vähentävän aggressiivisuutta, levottomuutta ja käytöshäiriöitä muistisairautta sairastavilla (Doody, Stevens & Beck 2001, 7). Musiikin ja liikkeen yhdistämisellä on todettu myös olevan suotuisia vaikutusta ryhmässä toimivien muistisairaiden kognitioon (Van del Winckel, Feys, Weerdts & Dom 2004).

Liike määritellään yleensä paikan tai asennon muutoksena, jotka ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Liikkeet vahvistavat yksilön kokemusta itsestään. Liikkumiskyky luo itsenäisyyden ja vapauden tunteen sekä mahdollistaa laajemman sosiaalisen vuorovaikutuksen ja elinympäristön. Rajoittunut liikuntakyky taas kaventaa näitä kokemuksia. Sanallinen vuorovaikutus muodostaa varsin kapean osan ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, kehonkieli kertoo enemmän. Kehonkieli on kuitenkin kulttuurisidonnaista. Yksilö viestittää ja elää tunnemaailmaansa kehollaan, jolloin muotoutuvat vähitellen hänelle tyypilliset asennot ja tapansa liikkua. Esimerkiksi liikkeiden nopeudessa on eroja. Eletty elämä vaikuttaa niin asento- ja liikemalleihin kuin hengitys- ja puhetapaan sekä rentoutumisen ja jännityksen säätelyyn. Elämänhistoria näkyy myös ajattelussa, ymmärryksessä ja vuorovaikutuksessa. (Herrala ym. 2008, 98, 102, 126–127.)

## **8 Kehittämistyö**

### **8.1 Kehittämistyön käsitteitä**

Kehittämistyö on toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustuloksiin perustuen uusien tai entistä parempien palveluiden, menetelmien tai tuotteiden luominen. Kehittämisellä tarkoitetaan aktiivista toimintaa, jolla tavoitellaan kehittämiskohteen

kehittymistä positiiviseen suuntaan. Tutkimuksella voidaan puolestaan tarkoittaa esimerkiksi omien tai ympäristössä tapahtuvien toimintojen ja asioiden pohdintaa ja tarkastelua, asennetta tai uuden tieteellisen tiedon ja sovelluksien tavoittelua. Kehittäminen ei vaadi välttämättä tutkimusta, mutta tutkimus tarjoaa usein perusteita toiminnalle, ja kasvattaa siten onnistuneen lopputuloksen mahdollisuutta. Tämän vuoksi tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaiten yhdessä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22.)

Tutkimukseen liittyvät myös vahvasti tieteellinen ajattelu sekä käsite ”tutkiva”, joka viittaa tietynlaiseen tapaan, asennoitumisen tai toimintaan. Tutkiva asennoituminen voi olla henkilön luontainen piirre tai opittu yksilön tai yhteisön tapa, joka ilmenee käytännön tilanteissa. Käsite ”tutkiva kehittäminen” yhdistää kehittämisen ja tutkimuksen käsitteet. Se liittyy yksilön tai yhteisön toiminta- ja työskentelytapaan, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai sen tavoittelulla on kehittämisen rinnalla merkittävä rooli. Tutkivassa kehittämisessä oleellista on kehittämistoiminnan, -tavan, -kohteen sekä tekijöiden ja muiden kehittämistoimintaan osallistuvien tutkiva ja kriittinen arviointi. Laadukkuutta tutkivaan kehittämiseen tuovat edellisten lisäksi myös suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, järjestelmällisyys sekä aikaisemman kokemus- ja tutkimustiedon hyödyntäminen. Perusajatuksena on myös se, ettei yhtä oikeaa tutkivaa kehittämistapaa ole. (Heikkilä ym. 2008, 22–23, 25, 57.)

Terveystieteiden kehittäminen ja kehittämistyön tavoitteena on uusien palveluiden ja menetelmien lisäksi myös uusien järjestelmien luominen tai jo olemassa olevien parantaminen. Kehittämistyötä käytetään apuna uusien realististen toimintamuotojen ja -tapojen käyttöönotossa. Kehittäminen voi kohdistua niin palvelujärjestelmällä tuotettaviin palveluihin, organisaatioon ja sen rakenteisiin, toimintatapoihin ja -prosesseihin kuin henkilöstöön ja sen osaamiseen. Terveystieteiden kehittämisessä tärkeänä tekijänä on tutkimustiedon ohella myös terveystieteiden henkilöstön tietotaito ja vuosien työkokemus. (Heikkilä ym. 2008, 55.)



## 8.2 Moniammatillisuus kehittämistyössä

Terveydenhuoltoalalla kehittäminen tapahtuu usein moniammatillisena yhteistyönä (Heikkilä ym. 2008, 55). Sillä tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien henkilöiden yhdessä tekemää työtä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi (Isoherranen 2008a, 33). Moniammatillisuus mahdollistaa kokonaisuuden paremman ja laajemman hahmottamisen (Rekola 2008, 16) sekä kunkin toimijan ammatillisen osaamisen optimaalisen hyödyntämisen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi (Heikkilä ym. 2008, 55). Moniammatillisen työryhmän kokoonpano muodostetaan työryhmän tavoitteiden ja tarpeiden mukaan. Ydinjäseniä ovat vastuutehtävissä tai kokoaikaisesti työryhmässä mukana olevat henkilöt. Työryhmään voi kuulua myös avustavia tai osa-aikaisia henkilöitä. (Isoherranen 2008b, 140–141.)

Moniammatillisen työryhmän toimivuus edellyttää jäseniltään oman alansa ammattitiedon hyvää hallintaa, soveltamista ja jakamista muille (Rekola 2008, 16–17) sekä halua osallistua toimintaan (Isoherranen 2008c, 170). Toimivan moniammatillisen yhteistyön kannalta on myös tärkeää, että kaikki osapuolet arvostavat ja luottavat toistensa ammattitaitoon (Rekola 2008, 17). Luottamuksellista ilmapiiriä tulee pyrkiä pitämään myös tietoisesti yllä (Isoherranen 2008c, 171). On tärkeää, että kaikilla työryhmässä on yhteinen käsitys siitä, mitä on tapahtumassa ja mitä kukin tulee tekemään (Isoherranen 2008d, 73). Virheitä ei korosteta vaan ne nähdään oppimismahdollisuuksina (Isoherranen 2008c, 170). Moniammatillisessa kehittämistyössä oppivat niin yksittäiset työntekijät ja ryhmät kuten myös työyhteisö ja mahdollisesti koko organisaatio (Heikkilä ym. 2008, 55). Moniammatillisessa yhteistyössä ongelmaksi voi kuitenkin muodostua yhteisen käsitteistön puuttuminen. Myös asenteet toisia ammattiryhmiä kohtaan voivat vaikeuttaa yhteistyötä. (Isoherranen 2008d, 73.) Täydellisesti toimivia työryhmiä ei liene olemassa (Isoherranen 2008c, 171) eikä myöskään yhtä oikeaa tiimityöskentelyn mallia (Isoherranen 2008b, 133).

Arvioidakseen ja kehittääkseen toimintaansa moniammatillisen työryhmän on saatava palautetta toiminnastaan sekä kohdeympäristöltään että työryhmän jäseniltä. Esimerkiksi reflektoinnin kautta yksilö pystyy arvioimaan omaa toimintaansa suhteessa ryhmään. Oppimisen tiedetään olevan tehokasta silloin, kun

omaa oppimiskokemusta seuraa arviointi. Jotta positiivinen kehitys olisi jatkuvaa, arvioinnin tulisi tapahtua sovitulla tavalla ja olla säännöllistä. (Isoherranen 2008c, 161–163.)

### **8.3 Kehittämistyön vaiheet ja tehtävät**

Kehittämistyön vaiheet ovat Heikkilän ym. (2008, 58) mukaan ideointi- ja esisuunnittelu, suunnittelu, käynnistys, toteutus, päättäminen, arviointi ja seuranta. Tässä opinnäytetyössä käytämme tätä luokittelua ryhmätoiminnan kehittämisvaiheiden jäsentämisessä. Jokaisen vaiheen lopussa tulee arvioida siihen mennessä tehtyä työtä ennen kuin voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. Pääperiaate on se, että edellinen vaihe on saatettava loppuun ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (Heikkilä ym. 2008, 58–60.) Kehittämisprosessin etenemistä voidaan havainnollistaa esimerkiksi spiraalimallin avulla, jossa prosessi etenee jatkuvana syklinä eli spiraalina. Jokaiseen sykliin sisältyy havainnointi, pohtiva tarkastelu, suunnittelu ja toiminta. Tällainen sykli toistuu uudelleen ja uudelleen, jolloin prosessin eteneminen muodostaa spiraalin. (Toikko & Rantanen 2009, 66.)

Projekti eli hanke on nykyisin yhä enemmän käytetty kehittämistoiminnan tapa. Projekti on ajallisesti määritelty tavoitteellinen prosessi, jonka toteuttamiseksi muodostetaan organisaatio. Tämä organisaatio vastaa projektin toteuttamisesta. Hankkeella on sovittu päämäärä, joka pyritään saavuttamaan tarkalla etukäteissuunnittelulla ja suunnitelmallisella toiminnalla. Hankkeella on siten alku, suunnitelma ja toteuttajat sekä lopetus tietyssä ajankohtana ja tietyllä tavalla. (Heikkilä ym. 2008, 25.)

Arviointia tulisi tehdä koko kehittämisprosessin aikana, ei vain työn loppuvaiheessa, sillä se parantaa kehittämistyön laatua. Kun arviointia tehdään jatkuvasti, voidaan kehittämistyötä ja toimintaa suunnata oikeisiin asioihin tavoitteen näkökulmasta. Arviointi nostaa esille ne toimet, joilla hanketta saadaan vietyä haluttuun suuntaan. Arvioinnilla voidaan siten ohjata hanketta tehokkaasti koko toteutuksen ajan ja se toimii myös oppimisen ja kehittämisen välineenä. Virheiden vält-

tämiseksi arviointiin tulee valmistautua hyvin, koska virheiden korjaaminen myöhemmässä vaiheessa voi olla hyvin hankalaa tai mahdotonta. (Heikkilä ym. 2008, 59, 88.)

Kehittämistyöhön sisältyy viisi tehtävää. Ne ovat toiminnan perustelu, organisointi, kehitettävä toiminta, sen arviointi sekä kehitetyn palvelun tai tuotteen levittäminen. Perusteluissa tuodaan esille, miksi jotain pitää kehittää ja juuri nyt. Organisointiin kuuluu toimijoiden ja heidän rooliensa sekä käytettävissä olevien ja tarvittavien resurssien määrittely. Varsinainen kehitettävä toiminta on luonnollinen osa kehittämistyötä. Kehittäminen vaatii myös toiminnan arviointia sekä lopputuloksena syntyvän palvelun tai tuotteen levittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 56–57.)

#### **8.4 Eettisyys kehittämistyössä**

Kehittämistyötä koskien on olemassa monia sitä sääteleviä ja ohjaavia lakeja sekä eettisiä ohjeita. Lait ovat velvoittavia, kun taas eettisiä ohjeita pidetään enemmän suuntaa antavina. Eettisyyden näkökulmaa ei tästä huolimatta kuitenkaan voida ohittaa, vaan luotettavan kehittämistyön kriteereihin kuuluu eettisten kysymysten huomiointi. Niille onkin muodostunut tietty eettisten arvojen normisto. Tieteellinen ja toimintakäytäntö sekä ammattieettiset ohjeet ohjaavat kehittämistoiminnan kulkua. Eettiset ohjeet perustuvat yhteiskunnan arvoihin ja moraaliin täydentäen siten lain tuomaa suojaa. (Heikkilä ym. 2008, 43–44.)

Eettinen näkökulma tulee huomioida koko kehittämistyön ajan. Eettisyys liittyy vahvasti jo aiheenvalintavaiheeseen. Tekijöiden on oltava varmoja, että työn tavoite kestää tarkastelun eettisestä näkökulmasta. Se ei esimerkiksi halvenna tai väheksy tiettyä ihmisryhmää. Terveystieteillä kiinnitetään lisäksi huomiota siihen, että kehittämistoiminta on asiakaskunnan parhaaksi. Tässä vaiheessa tekijöiden on hyvä pohtia, voivatko he omien arvopohjiensa perusteella sitoutua työhön. (Heikkilä ym. 2008, 44.)

Lähdekriittisyys parantaa kehittämistyön luotettavuutta. Väärillä perusteilla valitut lähdeaineistot voivat vääristää tuloksia. Eettisen toiminnan noudattamiseen velvoittaa erityisesti lakiin kirjattu salassapitovelvollisuus. Kehittäjiä on noudatettava myös ihmisarvoisen kohtelun ja kunnioituksen, oikeudenmukaisuuden sekä hyvien tarkoitusten periaatteita. Kehittämistyöhön liittyviä henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa. Lisäksi kehittämistyöhön osallistuvien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja osallistumisen on oltava vapaaehtoista. Kehittämistyöhön osallistuvilla on oikeuksia ja velvollisuuksia, joista heille on tiedotettava. Osallistujilla on oikeus jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa, oikeus tiedonsaantiin sekä saada perustelut toiminnalle. Lisäksi heille on annettava tietoa heidän toimintaan osallistumisen mahdollisista seurauksista, kuten esimerkiksi kustannuksista. Haavoittuvien asiakasryhmien ollessa kehittämisen kohteena eettisiin kysymyksiin on kiinnitettävä vielä tarkempaa huomiota. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.)

Eettisyyttä arvioidaan myös aineiston analyysissä, johtopäätöksissä ja raportoinnissa. Tämä tarkoittaa muun muassa huolellisuutta ja rehellisyyttä kaikissa tulosten koonnin vaiheissa. Eettisten ohjeiden huolellinen noudattaminen tekee tuloksista tulevaisuudessa käyttökelpoisempia muiden kehittämistyötä hyödyntävien näkökulmasta. (Heikkilä ym. 2008, 45.)

## **9 Ryhmätoiminnan kehittäminen**

### **9.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe**

Ideointi- ja esisuunnitteluvaiheessa valitaan kehittämiskohde, sekä määritellään kehittämisiongelma. Perustelut kehittämiselle ovat tarpeen, mitä ja miksi kehitetään. Organisointi tarkoittaa kehittämistoiminnan käytännön toteutuksen suunnittelua ja esivalmisteluja. Kehittämistoiminnan tavoite määrittää organisoinnin lähtökohdan. Organisointi, työryhmien luominen alkuperäisistä toimijoista ja vastuu-

alueiden jakaminen kuuluvat osaksi ideointi- ja esisuunnitteluvaihetta. Työryhmän järjestäytyminen riippuu ryhmän koosta. Isoissa ryhmissä on mielekästä valita vastuuhenkilöt. (Toikko & Rantanen 2009, 56–59.)

Opinnäytetyömme idea pohjautui omaan kiinnostukseemme muistisairautta sairastavien kanssa työskentelemiseen. Keväällä 2014 olleet opintojaksomme psykofyysisestä fysioterapiasta ja ikääntyneiden toimintakyvystä herättivät kiinnostuksen aiheeseen, ja halusimme hyödyntää niitä opinnäytetyössämme. Ikääntyneiden toimintakyvyn opintojaksolla vierailimme yksityisessä hoitokodissa, jossa oli käytössä Green Care -kuntoutusmenetelmä. Halusimme ottaa tämän vielä melko tuntemattoman, mutta mielenkiintoisen kuntoutusmenetelmän lähtökohdaksi työhömmme. Loppukeväällä 2014 pidetyssä opinnäytetyöpajassa saimme neuvoja ja kannustusta aihevalintaan opettajaltamme, ja siten työn idea lopulta syntyi. Opinnäytetyöprosessimme eteneminen on kuvattu liitteessä 2.

Heti ideointivaiheen alussa opettajamme ehdotti meille opinnäytetyömme toteuttamista Voimala-ympäristössä. Pidimme ensimmäinen palaverin tulevan toimeksiantajamme kanssa toukokuussa 2014. Mahdollisia yhteistyökumppaneita miettiessämme tuntui Pohjois-Karjalan Muisti Ry sopivimmalta vaihtoehdolta. Yhteistyökumppanuus Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n kanssa varmistui elokuussa 2014 pidetyssä palaverissa, johon osallistuivat opinnäytetyön tekijät, ohjaava opettaja, toimeksiantajan sekä yhdistyksen edustajat.

Kesän ja syksyn 2014 aikana tutustuimme aiheeseen liittyvään teorian tietoon ja tutkimuksiin sekä kirjoitimme tietoperustaasiota sekä erikseen että yhdessä. Ja oimme tietoperustan vastualueet, joihin kukin perehtyi syvemmin. Syksyllä teimme toimeksiantosopimuksen Voimalan kanssa sekä kävimme tutustumassa Muisti Ry:n toimintaan. Yhteistyökumppanimme Pohjois-Karjalan Muisti Ry:stä kokosivat jäsentensä joukosta tulevaa ryhmätoiminnan pilottia ajatellen potentiaalisia pariskuntia, joille pidimme infotilaisuuden tulevasta pilottiryhmästä. Infotilaisuudessa pariskuntia oli viisi. Osallistuimme syksyn aikana myös Karelia-ammattikorkeakoulun moniammatilliseen ikäosaamisen opinnäytetyöryhmään.

Rajasimme kohderyhmän ikääntyneisiin, koska he edustavat enemmistöä muistisairautta sairastavista. Lisäksi riski sairastua muistisairauksiin kasvaa iän myötä. (Hallikainen 2014a, 14.) Ikääntyneillä tarkoitamme tässä työssä eläkkeellä olevia. Valitsimme kohderyhmäksi pariskunnat, koska yhteistyökumppanimme Pohjois-Karjalan Muisti Ry:stä suosittelivat myös muistisairautta sairastavan puolison mukaan ottamista ryhmään. Tämä siksi, että ryhmästä saadut hyödyt, tiedot ja tietotaidot siirtyisivät ryhmästä myös arkeen. Lisäksi monitekijäisten interventiotutkimusten mukaan vaikuttavissa interventioissa on huomioitu kohdeperhe kokonaisuutena, ja interventio on kohdistunut sekä sairastavaan että hoitajana toimivaan puolisoon. (Eloniemi-Sulkava ym. 2009; Graff ym. 2006). Ryhmässämme toimintaa kohdennetaan sekä muistisairautta sairastaville että heidän puolisoilleen, koska omaisten henkinen ja fyysinen jaksaminen vaikuttaa myös sairastavan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen (kts. Kalliomaa 2012). Pyrimme ohjaamaan omaisia toimimaan tiedon välittäjinä, jotta ryhmästä saadut hyödyt ja opit siirtyisivät kotiympäristöön. Omaiset luovat ryhmässä myös turvaa sairastaville puolisoilleen.

Lähtötilanteen kartoitukseksi suunnittelimme ja toteutimme kohderyhmälle ryhmämuotoiset teemahaastattelut. Haastateltavat olivat infotilaisuudessa olleita pariskuntia. Yhteistyökumppanimme Pohjois-Karjalan Muisti Ry:stä suosittelivat meille lähtötilanteen kartoitukseen ryhmähaastattelua perustuen heidän omiin kokemuksiinsa työskentelystä kohderyhmään kuuluvien kanssa. Ryhmähaastattelussa haastateltavien on mahdollista hyödyntää vertaistukea keskustelun ja mahdollisesti arkaluontoisista asioista puhumisen helpottamiseksi. (Knuuttila & ViHAVAINEN 2014.) Teemahaastattelujen tavoitteena oli saada tietoa kotona asumiseen ja sen haasteisiin liittyvistä tekijöistä sekä niiden syy-seuraussuhteista. Lisäksi halusimme selvittää kohdehenkilöiden toiveita ryhmätoiminnalle. Toteutimme teemahaastattelut kahtena samanaikaisesti toteutettuna ryhmähaastatteluna, erikseen muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen. Teimme kutsukirjeen haastatteluun ja lähetimme sen Pohjois-Karjalan Muisti Ry:lle. He välittivät kutsut eteenpäin sellaisille yhdistyksen jäseninä oleville pariskunnille, jotka olivat heidän mielestään potentiaalisia ehdokkaita osallistumaan tulevaan ryhmäämme. Haastatteluihin osallistui neljä pariskuntaa, jotka olivat jo tuttuja toisilleen Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n ryhmistä. Äänitimme molemmat haastattelut ja

lisäksi videoimme sairastuneiden haastattelun haastateltavien kirjallisella suostumuksella, joka lähetettiin kutsukirjeen liitteenä (liite 3). Haastattelun teemat sairastuneille olivat: arki, puolison merkitys, oma toimintakyky sekä odotukset ja toiveet ryhmätoiminnalle. Omaisten haastatteluteemat olivat: arki, puolison sairastuminen, puolison toimintakyky, oma toimintakyky sekä odotukset ja toiveet ryhmätoiminnalle.

Litteroimme haastattelut ja analysoimme ne sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysillä voidaan saada selville tutkittavan ilmiön ydinsisältö sekä eritellä sitä (Kananen 2012,116). Kirjasimme jokaisen teeman alle siihen liittyvät ilmaukset, joita yhdistelemällä muodostimme kategorioita. Haastatteluiden jälkeen pohdimme saamamme tiedon luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä. Haastatteluiden tuloksia vertailemalla ilmeni, miten muistisairaus käytännössä vaikuttaa arkisten asioiden ymmärtämiseen ja muistamiseen. Havaitsimme myös aikasuhteiden vääristymiä muistisairautta sairastavilla. He eivät myöskään kyenneet tarkastelemaan ja käsittelemään haastattelun teemoja laaja-alaisesti, vaan esille nousi usein vain yksi näkökulma asiasta. Näihin seikkoihin perustuen päätimme keskittyä enemmän omaisten haastattelun tuloksiin. Sairastavien haastattelu antoi meille kuitenkin lisävahvistusta omaisten haastattelun tuloksille.

### **9.1.1 Omaisten haastattelun tulokset**

Omaisten haastattelussa teemasta arki muodostimme kolme kategoriaa: haasteet, voimavarat sekä kotiaskareet ja asiointi. Arjen haasteista nousivat esille omaisen lisääntynyt vastuu, muistisairaudelle tyypilliset oireet, elämänpiirin supistuminen kotiympäristöön sekä epävarmuus siitä, voiko sairastavan puolison sanomisiin ja tekemisiin luottaa. *”En mä uskalla jättää häntä yksin.”* Voimavaroiksi omaiset kokivat arjessaan ulkopuolisen avun, luontoympäristön sekä selkeän päiväohjelman. Moni omainen esimerkiksi mainitsi, että puoliso viihtyy luonnossa. Kotiaskareiden ja asiointien hoitaminen oli kaikilla lähes kokonaan omaisen tai muun lähimpiin jäsenen vastuulla. Haastattelusta välittyi myös sellainen kuva, että sairastavan puolison passiivisuus kotitöiden teossa ja asioiden hoitamisessa, kuten kaupassa käymisessä, liittyy myös omaisen asennoitumiseen.

Sairastavaa ei usein kannusteta ja oteta mukaan arjen toimiin, koska asiat hoituvat helpommin ja nopeammin ilman sairastavan mukaan osallistumista. Eräästä maksamistilanteesta kaupassa omainen kertoi, että *"mä jo hermostun, et miten kauan se kestää"*. Sairastavan puolison osallistumisessa arjen toimintoihin oli myös eroavaisuuksia pariskuntien välillä. Eräs omaisista kertoi, että *"vaimo pysyy itsekin käymään tutussa kaupassa asioilla"* kun taas toisella *"vaimo ei koskaan lähde kauppaan"*.

Puolison toimintakyky -teemasta muodostimme neljä kategoriaa toimintakyvyn ulottuvuuksien mukaan. Omaisat toivat esille asioita sekä puolison fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta että kognitiivisesta toimintakyvystä. Fyysiseen toimintakykyyn liittyen esille nousi vahvasti puolison toimintakyvyn heikkeneminen, fyysiset oireet sekä huoli riittämättömästä ravinnon saannista. Omaisat kertoivat esimerkiksi, että puolisollla on *"aika heikot lihakset"*, *"vaimon ravinnon saanti on vähäisen näköistä"* ja *"vaimo valittaa huimausta ja pyöräytystä"*. Omaisat kokivat myös, että *"kunto-ohjelma ei auta, jos ei ole muita virikkeitä"* ja *"vaimo tekee suunnitelmia kuntoilusta, mutta ne ei toteudu"*. Eräs puoliso mainitsi pariskunnan yhteiseksi harrastukseksi allasjumpan ja asioilla käymisen yhdessä pyöräillen.

Puolison psyykkisestä toimintakyvystä mainittiin epäluuloisuus, harhat ja *"jäähätäminen"*. Sairastavalla oli havaittu myös epävarmuutta ja pelkoa oman persoonan säilymisestä. Puolisollla *"piti olla pankkikortti, vaikka hän ei sitä itse käyttänyt"*. Sosiaalisessa toimintakyvyssäkin koettiin tapahtuneen taantumaa. Keskustelunaiheet puolison kanssa olivat yksinkertaistuneet. *"Älyllinen keskustelu mun kanssa madaltuu koko ajan. Että ei hänestä ole semmoiseksi keskustelijaksi."* Lisäksi *"vähitellen tuli se, että sosiaalinen kanssakäyminen kaventui"*. Puolison kognitiivisesta toimintakyvystä ilmeni muistisairauden tyyppioireet, kuten heikko lähimuisti, uuden oppimisen vaikeus, suunnitelmien teko ja niiden toteuttamisen vaikeus sekä vaikeudet päätöksenteossa ja harkintakyvyssä.

Omaisien omasta toimintakyvystä keskusteltaessa esille nousivat omaisen fyysinen ja psyykinen toimintakyky. Omaisat olivat myös huomanneen oman fyysisen kuntosaa heikentyneen. Osalla muutokset olivat *"kaikenlaista normaaliin"*



*vanhenemiseen liittyvää*”, mutta yhdellä omaisista oli lisäksi sydän- ja verisuonisairaus. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyi huoli puolisosista sekä henkinen jaksaminen. *”Jos omainen ei jaksa, ei sairastunutkaan voi olla kotona.”*

Teemasta puolison sairastuminen syntyi runsaasti keskustelua. Kategorioiksi muodostimme voimavarat, muutos sekä pelko. Vertaistuki koettiin erityisen tärkeäksi voimavaraksi. HavaitSIMME myös sairauden hyväksymisen sekä positiivinen elämänasenteen voimavaroiksi. Omaisets kertoivat, että *”Elämä menee miten menee.”* ja *”Tämä on siitä hyvä sairaus, kun siihen ei liity kipua.”*

Muutos -kategoria jakaantui muutokseen arjen elämässä sekä muutokseen sairastuneen persoonassa. Arki koettiin muuttuneen merkittävästi puolison sairastumisen jälkeen. Eläkkeelle tehdyt suunnitelmat olivat menneen uusiksi ja monista suunnitelmista oli jouduttu luopumaan kokonaan. Sairastuneen toiminnan hidastuminen koettiin myös ärsyttävän ajoittain omaista. Puolison persoonallisuuden muuttumiseen sairauden myötä liittyi menettämisen tunne. *”Omainen tuntee tästä, että ihminen on häipymässä pois. Siis se entinen elävä, ajatteleva persoona.”* Mainittiin myös, että sairastuneelle vaikuttaa olevan *”tärkeää oman persoonan säilyttäminen, vaikka persoonallisuus muuttuukin”*. Omaisets olivat myös havainneet, että sairastuneen suhtautuminen sairauteen on erilainen kuin heillä itsellään. Esille nousi yhden pariskunnan kohdalla sairastavan henkilön halu sallilla sairautta. Kerrottiin, että sairastava puoliso *”pelkää sen paljastumista. Koska hän ei halua vielääkään, että siitä puhutaan”*. Toisaalta sairastuneet olivat itse selkeästi tiedostamattomia omasta muistisairaudestaan. Puolison sairastuminen oli herättänyt omaisissa myös pelkoa ja järkytystä. Puolison sairastuminen oli eräästä tuntunut *”inhottavalta”*, *”laitan vähän vastaan”*. Toiselle puolison sairastuminen oli ollut aluksi sokki. Tilanteen huonontuminen, sairauden eteneminen koettiin askarruttavan ja pelottavan. *”Tietämättömyys tulevasta pelottaa.”* Piilottiryhmän suhteen omaisilta tulleet ehdotukset koskivat lähinnä käytännön järjestelyitä koskevia asioita. Ryhmän kokoontumispäiväksi ehdotettiin tiistaipäivää ja ryhmän alkamisajaksi kello 10.00. Omaisets toivoivat saavansa ryhmästä lisää tietoa sairauden kanssa selviytymisestä arjessa, mieluiten pienissä osissa.

## 9.1.2 Sairastuneiden haastattelun tulokset

Muistisairautta sairastavien haastattelun arki-teemasta muodostimme kategoriat asuminen, vastuu arkitoimista sekä normaali arki. Haastateltavat kertoivat kaikki asuvansa yhdessä puolison kanssa. Vastuu arkitoimista oli selvästi sairastavien puolisoilla tai muilla lähipiirin jäsenillä. Haastateltavien osallistuminen arkitoimintoihin oli vaihtelevaa. Osa teki itse keittiöpuuhia, tiskasi, täytti astianpesukonetta ja pesi pyykkiä. Toiset kertoivat, että *”mies hoitaa kaiken”*, *”mies laittaa ruokaa”*, *”lapsenlapsi hoitaa huushollia, me miehen kanssa autetaan”* ja *”pääsen helpolla kotiaskareista”*. Arjen kerrottiin sujuvan rutiininomaisesti. Tietyt askareet, kuten aamupala ja lehdenluku, toistuivat päivittäin samassa järjestyksessä. Arjessa ei koettu tapahtuneen suuria muutoksia, arjen koettiin olevan *”mukavaa”* ja *”normaalia”*.

Keskustelussa teemasta oma toimintakyky haastateltavat nostivat esille ainoastaan fyysisen toimintakyvyn näkökulman. Haastateltavat eivät kertoneet varsinaisesti, millaiseksi kokivat nykyisen toimintakykynsä. Kerrottiin enemmän aiemmasta fyysisestä aktiivisuudesta ja harrastuksista, kuten *”Aiemmin olin kova uimaan”*. Nykyiseen toimintakykyyn liittyen haastateltavat kertoivat fyysisistä aktiiviteeteistä arjessa sekä liikkumiseen liittyvistä rajoitteista. Yksi haastateltava kertoi käyttävänsä ajoittain keppiä apuna kävelylenkeillä, kahdelta oli kielletty pyörällä ajaminen ja yksi kertoi pyöräilevänsä ja kävelevänsä paljon, *”useampia kilometrejä”*, puolisonsa kanssa. Puolison vastuu liikunnan harrastamisessa tuli myös esille. *Mies huolehtii, että lenkille lähdetään.”*

Puolison ja läheisten merkityksestä muodostimme kategoriat henkinen tuki ja konkreettinen apu. Puolison merkitys koettiin hyvin tärkeäksi. Sairastavat pitivät tärkeänä pariskunnan välistä luottamusta sekä puolison luonteenpiirteitä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että puoliso jaksaa kuunnella. *”Mies on ystävällinen ja ymmärtäväinen”* ja *”tuntee toisen kuin takin taskut”*. Puoliso ja läheiset olivat myös konkreettisena apuna, ja sairastavilla ei ollut itsellään vastuuta arjen sujumisesta. Kerrottiin, että *”mies hoitaa kaiken”* ja *”tytär hoitaa lääkkeet”*. Haastateltavat kertoivat, että ryhmätoiminnassa olisi mukavaa keskustella ja myös jonkinlaista *”jumppaa”* voisi olla. Laulamista haastateltavat eivät ryhmään halunneet.

### 9.1.3 Yhteenveto haastatteluista

Haastatteluista saatua tietoa kohderyhmän tarpeista ja toiveista käytettiin ryhmätoiminnan sisältöjen suunnittelussa, jotta toiminta olisi asiakaslähtöistä. Suurimpia haasteita kotona asumisessa olivat haastatteluiden perusteella omaisten lisääntynyt vastuu, muistisairauden tyypilliset oireet, sosiaalisen toimintaympäristön kaventuminen sekä epävarmuus, voiko sairastavaan puolisoon luottaa. Keskeisenä haastatteluista esille nousi puolison merkittävä rooli päivittäisissä toiminnoissa ja sairastuneen passiivisuus niihin osallistumisessa. Sekä omaisten että sairastuneiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky olivat heikentyneet.

Luontoympäristö koettiin yhteisenä voimavarana. Lisäksi omaiset mainitsivat voimavaroikseen ulkopuolisen avun, vertaistuen ja positiivisen elämänasenteen. Sairastuneet puolestaan kokivat puolisoiltaan saamansa tuen hyvin tärkeäksi. Oman jaksamisensa tueksi omaiset toivoivat saavansa tietoa siitä, miten selviytyä muistisairaudesta arjessa. Ryhmätoimintaan toivottiin keskustelua ja liikuntaa. Huomioimme suunnittelussa myös toiveet ryhmän ajankohdasta.

## 9.2 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa rajataan kehittämistoiminta käytännössä pariin tavoitteeseen. Tavoitteet määritellään sen mukaan, mitkä osa-alueet vaativat erityisiä kehittämistoimenpiteitä muihin konkreettisiin tavoitteisiin nähden. Suunnitteluvaiheessa luodaan kehittämistoiminnan toimintasuunnitelma, jossa konkretisoidaan ja määritellään tavoite ja kohde. (Toikko & Rantanen 2009, 58.)

Kokosimme loppusyksyn 2014 aikana Voimalassa moniammatillisen opiskelijaryhmän suunnittelemaan kuntouttavan ryhmätoiminnan pilottia. Moniammatilliseen työryhmään kuului yksi vastuuopiskelija opinnäytetyön tekijöistä, kaksi sosionomiopiskelijaa sekä terveydenhoitaja- ja musiikin opiskelija. Moniammatillisen työryhmän kokoamisen haasteena oli alussa eri alojen opiskelijoiden mukaan saaminen työryhmään. Saimme moniammatillisen työryhmän lopulta kokoon, ja perehdytimme työryhmän jäsenet opinnäytetyömme lähtökohtiin ja tavoitteisiin.

Opiskelijoista koostuva työryhmä aloitti pilottiryhmän ideoinnin ja ryhmäkertojen suunnittelun. Suunnittelun vastuualueet jaettiin työryhmän kesken. Ohjeistimme moniammatillisen opiskelijaryhmän suunnitteluun siten, että jokainen ryhmän jäsen pystyi tuomaan suunnitteluun oman ammattikuntansa näkemyksiä.

Jokaiselle ryhmäkerralle valittiin oma teema. Teemojen valinta perustui ryhmähaastatteluista saamaamme tietoon kohderyhmän tarpeista ja toiveista sekä opinnäytetyömme lähtökohtiin. Moniammatillinen suunnittelutyö mahdollisti hyvin ihmisen kokonaisvaltaisen huomioinnin teemoja valittaessa. Ryhmätoimintakertojen runko muodostui lopulta opiskelijoiden suunnitelmien sekä tutkimustiedon pohjalta.

Pidimme pilottiryhmän suunnitteluun osallistuneille opiskelijoille suullisen palauttekeskustelun. Keskustelusta nousi esille, että opiskelijat olivat tyytyväisiä saamaansa perehdytykseen. Suunnitteluryhmän koko sekä opiskelijoiden saama vapaus ja vastuu suunnitteluun koettiin sopiviksi ja mielekkäiksi työskentelyn kannalta. Opiskelijat saivat suunnitella ryhmäkertoja melko vapaasti tiettyjen teemojen ympärille, minkä koettiin helpottavan työskentelyä. Haasteena esiin nousi Green Care -ajattelutavan hyödyntäminen, sillä se oli käsitteenä opiskelijoille uusi. Opiskelijat olivat tyytyväisiä suunnittelemaansa ryhmärunkoon.

Suunnittelimme tutkimustietoon pohjautuen ryhmäkertojen lukumäärän, ajallisen keston ja tiheyden. Tutkimuksien mukaan vaikuttavuutta vastaavalle kohderyhmälle on ollut interventioiden lukumäärän ollessa vähintään kaksi kertaa viikossa (Pitkälä ym. 2013, 29). Tämä pilottiryhmä koostuu 11 interventiosta, joista kuusi (6) on ohjattuja ryhmätoimintakertoja ja loput viisi (5) muodostuvat kotiin annettavista tehtävistä ja harjoitteista. Nämä kotiharjoitteet ohjeistetaan ryhmäkerroilla. Kotiharjoittelun toteutumista seurataan viikko-ohjelmalla, jota pariskunnat täyttävät yhdessä. Ryhmäinterventioiden tiheyden suhteen päädyimme yhteen kertaan viikossa, jotta ryhmäläiset sitoutuisivat ja motivoituisivat ryhmätoimintaan. Koska ryhmään osallistuvat pariskunnat osallistuvat säännöllisesti myös Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n järjestämiin ryhmätapaamisiin, pilottiryhmämme toteutus kahdesti viikossa olisi voinut vähentää sitoutumista pilottiryhmään. Koska tutkimusten (Pitkälä ym. 2013) mukaan vastaavanlaisilla ryhmätoiminnoilla on vaikuttavuutta,

kun interventioita on vähintään kaksi kertaa viikossa, ryhmäkertojen lisäksi pilot-tiimme kuuluvat myös kotona tehtävät harjoitteet. Näin interventioita pilottiryh-mässä tulee kaksi kertaa viikossa.

Tarkoituksenamme oli aloittaa pilottiryhmän toteutus joulukuun alussa 2014, mutta opiskelijaresurssien puutteesta sekä kuukauden mittaisen joululomasta ai-heutuvan tauon takia siirsimme ryhmän aloitusta tammikuun lopulle 2015. Koko-naisuudessaan interventiot ajoittuvat 6 viikon jaksolle tammi-maaliskuussa 2015. Resurssien puitteissa mahdollisuutta pitempikestoiseen interventioon ei ollut. Vii- konpäivän ja ryhmän alkamisen kellonajan päätimme haastatteluiden perusteella osallistujien toiveiden pohjalta. Näin ryhmän toteutuspäiväksi valittiin tiistai ja al- kamisajankohdaksi kello 10.00.

Päätimme ryhmätapaamisten kestoksi kolme (3) tuntia. Tutkimuksissa ryhmäin- terventiot kotona asuville muistisairautta sairastaville ovat olleet kestoltaan 30 minuutista neljään tuntiin, yleisimmin 30–90 minuuttia (Pitkälä ym. 2013, 25, 75). Päädyimme melko pitkäkestoiisiin ryhmäkertoihin, jotta saisimme mahdollisesti interventioista intensiivisemmät. Ryhmärunko muodostuu 15–20 minuutin aloi- tuksesta ja lopetuksesta, 50 ja 60 minuutin ryhmätuokioista sekä 30 minuutin kahvitauosta. Jaoimme ryhmäkerrat pienempiin osioihin, jotta yhdellä kerralla voi- daan käsitellä useampaa asiaa, eikä kolme tuntia tuntuisi liian pitkältä ajalta. Yleensä ensimmäisessä ryhmätuokiossa sairastavat ja omaiset ovat yhdessä ja toisessa omissa ryhmissään. Kaikille yhteisellä ryhmätuokiolla pyrimme etenkin pariskuntien keskinäisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja erillisillä ryhmätuoki- oilla vastaamaan sairastavien ja omaisten erilaisiin tarpeisiin ja tarjoamaan ver- taistukea.

### **9.3 Käynnistämisen- ja toteutusvaihe**

Käynnistämisenvaiheessa suoritetaan toimintaan liittyvien osa-alueiden työnjako. Vastuuryhmä johtaa kehitystoiminnan etenemistä ja vastaa päätösten teosta. Käynnistämisenvaiheessa päätetään myös siitä, kuka kehittämistoimintaan osallis- tuvista vastaa mistäkin tehtävästä, sekä muodostetaan tarvittavat työryhmät. Eri

tehtävien toteuttajat, kokonaisuudet, aikataulutukset ja resurssit määritellään tarkasti. Käynnistämisvaihe on hyvä aloittaa erityisellä käynnistämistilaisuudella, jossa varmistetaan kaikkien osapuolten olevan tietoisia hankkeen periaatteista sekä siitä, mitä hankkeessa on tarkoitus tehdä sekä miten, miksi ja milloin tehdään. (Heikkilä ym. 2008, 91–92.)

Saimme joulukuussa 2014 Pohjois-Karjalan Muisti Ry:ltä listan pilottiryhmästä kiinnostuneista pariskunnista yhteystietoineen. Tammikuussa teimme alustavat versiot infokirjeestä, kuvausluvasta sekä alkukyselystä tuleville ryhmäläisille. Yhteispalaverissa toimeksiantajan, yhteistyökumppaneiden sekä ohjaavan opettajan kanssa kävimme nämä yhdessä läpi ja teimme niihin tarvittavia muutoksia. Palaverissa esittelimme myös ryhmärungon ja sisällön yleispiirteittäin sekä keskustelimme oman muisteluskokoonpanon kokoamisesta, ryhmän kahvitusjärjestelyistä sekä tarvike- ja välineasioista. Palaverissa esille nousseiden ehdotusten perusteella teimme lehdistötiedotteen sekä otimme yhteyttä Karelia-ammattikorkeakoulun graafiseen suunnittelijaan kuvausasioihin liittyen. Lähetimme infokirjeet (liite 4) Pohjois-Karjalan Muisti Ry:ltä saamamme listan mukaan kahdeksalle pariskunnalle. Kaksi pariskunnista ilmoitti ennen ryhmän alkua, etteivät he pysty elämäntilanteestaan johtuen osallistumaan ryhmäämme.

Käynnistämisvaiheessa teimme käytännön järjestelyitä, kuten tila- ja tarvikevarauksia sekä varmistimme pysäköintiasiaa. Valmistimme ryhmää varten nimilaput sekä ryhmävihkot. Pohjois-Karjalan Muisti Ry:ltä saimme ryhmäläisille jaettavat viikko-ohjelmat. Kahvituksesta sovimme Tikkarinteellä olevan Amican Solina-ravintolan kanssa. Lisäksi järjestelimme toteutusasioita eläinvierailuun, rekiajeluun, leipomiseen ja kasvinistutukseen liittyen. Kahteen viimeiseksi mainittuihin liittyvissä tila- ja tarvikeasioissa teimme yhteistyötä Pohjois-Karjalan Marttojen ja Martan Kukkatukku Oy:n kanssa.

Kokosimme toteutusryhmän, johon kuului yhteensä 12 opiskelijaa. Meidän lisäksemme pilottiryhmän toteutuksessa oli mukana neljä sosionomi-, kaksi musiikki-pedagogiikan, kaksi sairaanhoitaja- sekä yksi fysioterapeuttiopiskelija. Järjestimme viikkoa ennen ryhmän alkua yhteisen perehdytystilaisuuden, jossa pereh-

dytimme opiskelijat työmme tavoitteisiin ja lähtökohtiin sekä suunniteltuun ryhmätoiminnan sisältöön. Opiskelijoille, jotka eivät tuolloin päässeet paikalle, pidimme perehdytykset myöhemmin heille sopivina ajankohtina. Sovimme opiskelijatyöryhmässä kunkin tehtävistä ja työnjaosta. Vastasimme itse yhden muun fysioterapeuttiopiskelijan kanssa ryhmätoiminnan liikunnallisista osuuksista. Sosionomiopiskelijoiden vastuualueena oli sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuus (muun muassa omien voimavarojen löytäminen, voimaantumisen), musiikkipedagogiikan opiskelijat vastasivat musiikillisista osuuksista ja sairaanhoitajaopiskelijat ravitsemus- ja lääketietousosioista. Sovimme myös kunkin tehtävistä ja työnjaosta. Toteutustyöryhmästä kaksi sosionomiopiskelijaa sekä toinen musiikinopiskelijoista olivat mukana myös syksyllä suunnittelutyöryhmässä. Opiskelijatyöryhmän lisäksi toteutuksessa olivat mukana Suomen Karva-Kaverit ry ja Karelia-ammattikorkeakoulun graafinen suunnittelija, joka oli kuvaamassa ryhmätoimintaa kahdella ryhmäkerralla.

Toteutusvaihe on kehittämistoiminnan varsinainen työskentelyvaihe. Tässä vaiheessa tehtyjä suunnitelmia aletaan toteuttaa käytännössä. On tärkeää, että vastuuryhmä pitää toiminnan tavoitteet koko ajan selkeänä mielessään ja johtaa toimintaa niiden suuntaisesti. Vastuuryhmän on koko ajan tiedettävä, mitä seuraavaksi on tapahtumassa ja miksi. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheen aikana tehtävää työtä on dokumentoitava, organisoitava sekä huolehdittava tiedonkulusta osapuolten välillä. Kaikki toteuttajat on saatava sitoutumaan toimintaan, ja tietoa on hankittava tarpeen mukaan lisää. Vaiheeseen kuuluu tavoitteellinen ja järjestelmällinen työskentely. (Heikkilä ym. 2008, 99.)

Muistin virrassa -ryhmätoiminta käynnistyi suunnitellusti 27.1.2015. Pilottiryhmän osallistujajoukko koostui Joensuun alueella asuvista eläkkeellä olevista pariskunnista, joista toinen sairastaa jotakin muistisairautta. Työmme tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta ei ollut oleellista rajata osallistujajoukkoa muistisairaustyypin ja asteen perusteella. Ryhmään osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujajoukoksi muodostui kolme pariskuntaa, jotka olivat mukana kaikilla ryhmäkerroilla. Olimme ryhmän toteutusjakson aikana kaksi kertaa puhelimitse yhteyttä kolmeen muuhun pariskuntaan, jotka eivät olleet peruuttaneet osallistumisestaan etukäteen. Lisäksi kävimme yhden pariskunnan kotona. Kannustimme pariskuntia mukaan

ryhmään, mutta sairastavan kotoa lähtemisen vaikeus sekä päällekkäiset menot muodostuivat esteeksi heidän osallistumiselleen. Näistä pariskunnista kuitenkin yksi omainen oli mukana neljännellä ja viidennellä ryhmäkerralla, ja viidennellä kerralla mukana oli myös sairastava puoliso.

Ryhmäläiset täyttivät kuvauslupalomakkeen (liite 5) ja aloituskyselyn (liite 6) ensimmäisellä ryhmäkerralla. Alkukyselyllä kartoitimme ryhmäläisten senhetkistä arjessa jaksamista, mielipiteitä ryhmän teemoista ja rungosta, terveydentilaan liittyviä tekijöitä sekä toiveita ryhmän toteutusta varten. Arjessa jaksamisella tarkoitamme tässä yhteydessä päivittäisistä toiminnoista suoriutumista huomioiden niihin vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Alkukyselyn tarkoituksena oli muokata suunnitellusta ryhmätoiminnasta osallistujien yksilöllisiä tarpeita ja toiveita vastaava. Alkukyselyn perusteella ryhmäläiset olivat tyytyväisiä ryhmän teemoihin ja ryhmärunkoon. Kenelläkään ryhmäläisistä ei ollut sellaisia terveydentilaan liittyviä tekijöitä, jotka olisivat aiheuttaneet muutoksia ryhmän sisältöihin. Kaikki ryhmäläiset odottivat ryhmästä eniten tiedonsaantia, ja lisäksi osa odotti myös keskustelua ja liikuntaa. Erityisiä toiveita ei ryhmäläisillä ollut. Koke-  
musta arjessa jaksamisesta arvioitiin 10 cm:n pituisella VAS-janalla. Alkukyselyn tulosten perusteella ei mielestämme ollut tarvetta tehdä muutoksia ryhmäsuunnitelmaan. Ryhmätoiminnan sisältö on esitetty liitteessä 7.

Käynnistämisen- ja toteutusvaihe etenivät työssämme osittain rinnakkain, sillä ryhmäkertojen yksityiskohtaisempia sisältöjä suunniteltiin myös toteutusvaiheen aikana. Tällä pyrimme ryhmätoiminnan jatkuvaan kehittämiseen siten, että toiminta olisi jo pilottiryhmässä mahdollisimman sujuvaa. Toteutusvaiheen aikana teimme arviointia pilottiryhmän toiminnasta ja sen etenemisestä keräämällä toimintaan osallistuneilta opiskelijoilta palautetta. Tässä kirjallisessa reflektoinnissa opiskelijat pohtivat, mikä kullakin ryhmäkerralla onnistui hyvin ja mitä olisi voinut tehdä toisin. Teimme vastaavaa reflektiota myös itse.

Toteutusvaihe eteni kokonaisuudessaan sujuvasti. Teimme valmistelut ryhmäkertoja varten hyvissä ajoin ja huolellisesti, joten turhalta kiireeltä vältyttiin. Teimme jokaiselle ryhmäkerralle taulukot ryhmän sisällöstä, aikataulusta, tiloista, välineistä ja vastuun jaosta opiskelijoiden kesken. Tämä auttoi hahmottamaan ja



hallitsemaan ryhmätoiminnan kokonaisuutta. Kaikille kullakin ryhmäkerralla toteutukseen osallistuneille opiskelijoille oli siten selvää, mitä, missä ja milloin tapahtuu sekä kuka vastaa mistäkin. Lisäksi yhteistyö toteutusryhmän opiskelijoiden sekä ulkopuolisten toteuttajien kanssa oli sujuvaa. Pidimme opiskelijoiden kanssa yhteisiä suunnittelupalavereja. Opiskelijat lähettivät suunnitelmansa omista vastuutuokioistaan meille ennen toteutusta. Näin pystyimme vastaamaan siitä, että toiminta oli työmme lähtökohtien ja tavoitteiden mukaista. Tiedonkulku opiskelijoiden kanssa toteutettiin sähköpostitse sekä Moodle-oppimisympäristöä ja WatchApp-mobiilisovellusta hyödyntäen. Muihin toteuttajatahoihin olimme yhteydessä puhelimitse ja sähköpostitse.

Ryhmärunko oli toimiva, eikä siihen ollut tarvetta tehdä suurempia muutoksia. Ainoastaan siirtymisiin paikasta ja tilasta toiseen piti varata hieman suunniteltua enemmän aikaa. Huomioimme tämän tiivistämällä tuokioita sekä aloitusta ja lopetusta. Tämä ei vaikuttanut kuitenkaan merkittävästi tuokioiden sisältöihin. Ryhmäkertojen sisältöihin jouduimme tekemään joitakin muutoksia ympäristö- ja aikataulutekijöistä johtuen. Eläinvierailun osalta haasteeksi nousi aikataulujen yhteensovittaminen. Lopulta vierailu toteutui suunnitelman mukaisesti. Viimeiselle kerralle suunniteltu rekiajelu jouduttiin perumaan lumen puuteen ja hiekoitustilanteen takia. Lisäksi jouduimme tekemään ohjaajavaihdoksia viimeiselle ryhmäkerralle, koska kyseiselle kerralle suunnitellut ohjaajat eivät päässeet tuolloin osallistumaan ryhmään.

#### **9.4 Päätämisen- ja arviointivaihe**

Kehittämistoiminta jatkuu vielä hankkeelle asetetun tavoitteen tai tehtävän saavuttamisen jälkeen. Päätämisen vaihe on yhtä tärkeä osa kehittämistyötä kuin sitä edeltäneet vaiheet ja prosessit. Päätämisen vaiheeseen kuuluvat olennaisina osina kehittämistyön tuotoksen luovuttaminen toimeksiantajalle tai asiakkaalle ja tämän hyväksynnän varmistaminen, työn arviointi, dokumentoinnin loppuun saattaminen sekä lopullisen raportin kirjoittaminen. Kehittämistyön viimeistelyyn päätämisen vaiheessa tulee varata tarpeeksi aikaa loppuvaiheen kiireen välttämiseksi. Kehittämistyön aikana saatujen kokemusten kerääminen ja dokumentointi on

työn päätösvaiheessa tärkeää, sillä niiden avulla voidaan esittää kehittämisssessä ilmenneitä ongelmatilanteita ratkaisuihin, parannusehdotuksia sekä jatkokehittämissuunnitelmia myöhempien kehittämissuunnitelmien tueksi. (Heikkilä ym. 2008, 121–122.)

Ryhmätoiminnan kehittämissuunnitelman ja pilottiryhmän arvioimiseksi toteutimme kirjalliset palautekyselyt toteutuksessa mukana olleille opiskelijoille sekä ryhmäläisille. Opiskelijoiden palautekysely on liitteessä 8 ja ryhmäläisten palautekysely liitteessä 9. Opiskelijoiden palautekyselyt toteutettiin sähköisesti ja ryhmäläisten kyselyt paperiversiona. Testasimme opiskelijoiden palautekyselyä kahdella ryhmätoiminnassa mukana olleella opiskelijalla ennen varsinaista palautteen keräämistä. Testikyselyiden perusteella muutoksiin ei ollut tarvetta. Ryhmäläisten kyselyn annoimme etukäteen kommentoitavaksi ohjaajallemme. Kirjallisten palautteiden sekä toteutusvaiheessa kerättyjen reflektioiden pohjalta teimme alustavan ryhmätoiminnan mallin, jonka esittelimme toimeksiantajallemme. Toimeksiantaja oli tyytyväinen tuotokseen, eikä muutosehdotuksia tullut esille. Kävimme esittelemässä myös Pohjois-Karjalan Muisti Ry:lle pilottiryhmän toimintaa ja toteutusta sekä alustavan ryhmätoiminnan mallin. Keskustelimme heidän kanssaan ryhmän toteutuksesta. Yhteistyökumppanimme olivat tämän keskustelun perusteella tyytyväisiä pilottiryhmän toteutukseen. Keräsimme heiltä myös sähköisesti kirjallista palautetta kyselylomakkeella (liite 10). Tämän pohjalta arvioimme kehittämissuunnitelman ja pilottiryhmän lisäksi myös opinnäytetyön alustavaa tuotosta.

Kehittämistyötä tulisi arvioida koko työn toteutuksen ajan. Toteutuksen aikana arvioinnin kohteena on työn eteneminen, kun taas päätösvaiheessa arvioidaan kaikkea toimintaa ja tuloksia. Päätösvaiheen arvioinnissa pyritään saamaan vastauksia siihen, onko kehittämistyöllä saavutettu sille asetetut tavoitteet ja ovatko tulokset luotettavia. Arviointia tehdään usein myös kehittämistyön yhteiskunnallisista sekä hyvinvointiin liittyvistä vaikutuksista. Kehittämissuunnitelman onnistumista arvioitaessa tarkastellaan lisäksi hankkeen organisointia ja käytännön toteutusta, lopputulosta ja sisältöä, aikataulua ja resurssien käyttöä, ammatillista hyödynnettävyyttä, siirrettävyyttä sekä kehittämiskohteita ja jatkotoimenpide-ehdotuksia. Arviointia hankkeesta ja sen tuloksista olisi hyödyllistä tehdä myös hieman myö-

hemmin hankkeen päättymisestä, jolloin todelliset tulokset ja niiden käyttökelpoisuus alkavat vasta näkyä selvemmin. Tämä on usein kuitenkin hankalaa, sillä hankkeeseen osallistuneet ovat siirtyneet muihin tehtäviin, eikä resursseja arviointitutkimuksen tekemiseen siten ole. (Heikkilä ym. 2008, 127–130.)

Opiskelijapalautteiden mukaan toteutuksessa mukana olleet opiskelijat kokivat saaneensa riittävästi perehdytystä omiin tehtäviinsä. Yhteinen perehdytyspalaveri koettiin toimivaksi ja tarpeelliseksi. Se selkeytti työnjakoa ja tehtäviä sekä auttoi ryhmätoiminnan kokonaisuuden hahmottamisessa. Opiskelijat olivat tyytyväisiä saamaansa vastuun määrään ja pääosin myös mahdollisuuteen vaikuttaa sisältöihin. Viimeisen kerran sisällöt oli jo suunniteltu ennen ohjaajavaihdosta. Tämän vuoksi tilalle tullut opiskelija ei päässyt osallistumaan ryhmän sisällön suunnitteluun. Työmäärää pidettiin sopivana suhteessa siihen varattuun aikaan. Työilmapiiri koettiin myös hyväksi ja tukea vastuuprosesseilta (muun muassa neuvoja) oli saatavissa tarpeen mukaan. Tiedonsaanti ja -kulku oli sujuvaa ja reaaliaikaista kasvotusten keskustellen sekä sähköpostin, puhelimen (WhatsApp-sovelluksen) sekä Moodlen välityksellä toteutettuna.

Usealla opiskelijalla ei ollut aiempaa kokemusta moniammatillisesta työskentelestä, ja sitä pidettiin siten mielenkiintoisena sekä uusia näkökulmia avaavana. Moniammatillinen yhteistyö koettiin helpoksi ja luontevaksi. Moniammatillisen osaamisen hyödyntämistä opinnäytetyössä pidettiin myös hyvänä ideana. Opiskelijat kuvailivat ryhmätoiminnan kehittäneen omaa ammatillista osaamistaan muun muassa vastuun jakamisen, tiimityöskentelyn sekä ryhmänohjaus- ja vuorovaikutustaitojen osalta. Lisäksi opiskelijat kertoivat saaneensa uusia näkökulmia muistisairausta sairastavien sekä heidän omaistensa kanssa työskentelyyn. Ryhmätoiminnan arvioitiin tukevan etenkin omaisten jaksamista puolison rinnalla. Tiedonsaantia ja vertaistukea pidettiin omaisille tärkeänä. Myös virikkeellisen toiminnan merkitys nostettiin esille. Ryhmätoiminnalla arvioitiin olevan merkitystä sairastaville päivittäisiin toimintoihin osallistumisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn kannalta. Kehittämisideana palautteista nousi esille se, että etenkin toimintaan sairastavien kanssa voisi varata enemmän aikaa.

Pilottiryhmään osallistuneista palautekyselyyn täyttivät kolme (3) pariskuntaa. Palautekyselyn mukaan kaikki ryhmäläiset kokivat ryhmän hyödylliseksi. Ryhmäläiset kokivat saaneensa ryhmästä uusia tuttavuuksia ja ideoita pienten ja yksinkertaisten asioiden tekemiseen puolison kanssa. Ryhmän koettiin vaikuttaneen päivittäisiin toimintoihin ja niistä suoriutumiseen. Ryhmä toi piristystä ja vaihtelua arkeen sekä aktivoi pariskuntia yhteisiin päivittäisiin toimintoihin. Arjessa jaksaminen parantui ryhmän aikana kaikilla ryhmäläisillä VAS-janalla mitattuna. Tulokset on esitetty taulukossa 2. Pariskunnat pitivät ryhmätoiminnassa hyödyllisimpinä keskustelua ja vertaistukea. Myös tiedonsaanti ja liikunnalliset tuokit koettiin tärkeiksi. Yksi pariskunta piti lisäksi leipomista, kasvin istuttamista sekä eläinvierailua hyödyllisinä toimintoina. Erityisen hyvänä ryhmässä pidettiin monipuolista toimintaa, yhteishenkeä ja yhteistä toimintaa nuorten kanssa. Luontoteemat ja ihmisen kokonaisvaltainen huomiointi näkyivät ryhmäläisten mielestä liikunta-tuokioissa, musiikissa ja musiikista maalauksessa, tanssissa, kasvin istutuksessa, eläinvierailussa sekä luontokuvissa.

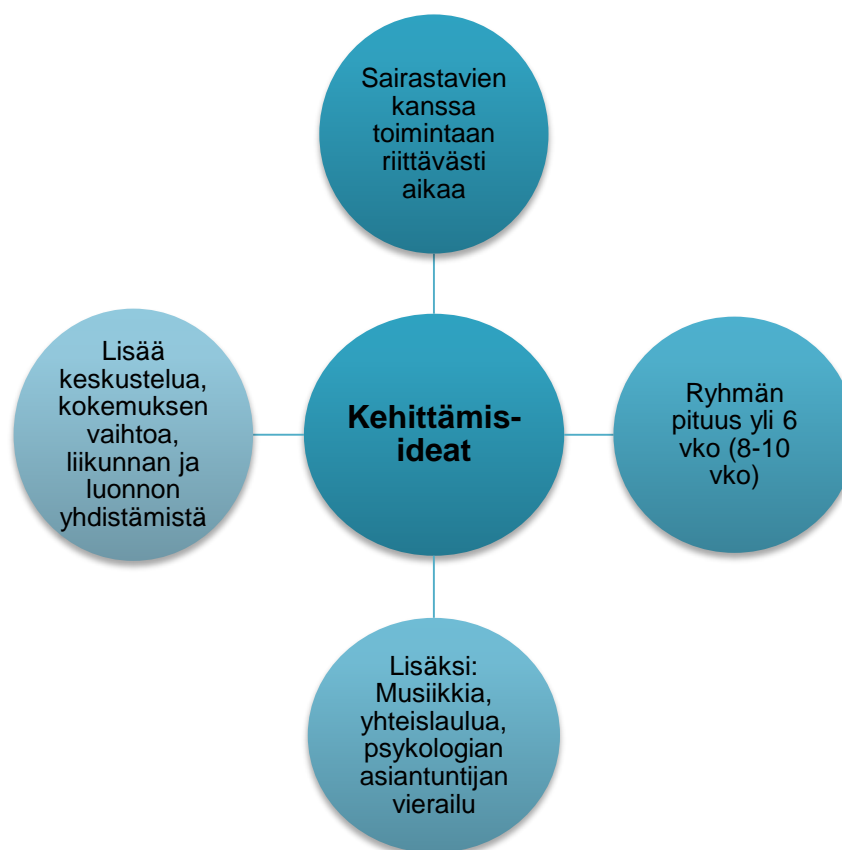
Taulukko 2. Ryhmäläisten kokemukset arjessa jaksamisestaan asteikolla 0-10 (0 = heikoin mahdollinen, 10 = erinomainen).

Sairastuneiden arjessa jaksaminen	Arvioija	Alku	Loppu
Sairastunut 1	sairastunut	6	8
	omainen	4	8,5
Sairastunut 2	sairastunut	6	8
	omainen	3,5	6
Sairastunut 3	sairastunut	3	5
	omainen	5	6
<b>Omaisten arjessa jaksaminen</b>			
Omainen 1	omainen	7	8
	sairastunut	9,5	9
Omainen 2	omainen	2,5	6
	sairastunut	3,5	8
Omainen 3	omainen	2,5	6
	sairastunut	3	5

Ryhmäläisten mielestä ryhmärunko sekä ryhmän kesto, pituus ja kokoontumistiheys olivat sopivat. Yhden pariskunnan mielestä ryhmä olisi voinut kuitenkin olla pidempikestoisen, 8-10 viikkoa. Jako yhteisiin ja vertaistukioihin koettiin erityisen hyväksi. Ryhmärungoltaan erilaista neljättä ryhmäkertaa pidettiin myös toimivana ja onnistuneena. Se toi ryhmään mukavaa vaihtelua. Vastuuohjaajien toimintaan ja osaamiseen sekä muiden ohjaajien vaihtuvuuteen oltiin tyytyväisiä. Ryhmäläiset pitivät vaihtuvien ohjaajien mukanaoloa hyvänä lisänä ryhmässä, mutta he toivat esille myös sen, että liiallinen ohjaajien vaihtuvuus ei kuitenkaan olisi toimivaa. Kokonaisuudessaan ryhmätoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen oltiin tyytyväisiä. Kaikki pariskunnat ilmaisivat halukkuutensa osallistua vastaavaan ryhmätoimintaan myös jatkossa. Kehittämisideoina ryhmäläiset nostivat esille luontoretken sekä liikunnan ja luonnon yhdistämistä vieläkin enemmän, yhteislaulua ja musiikin kuuntelua, lisää vertailevaa keskustelua ja kokemusten vaihtoa sekä psykologian asiantuntijan vierailua.

Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n palautekyselyn perusteella yhteistyökumppanimme kokivat oman roolinsa kehittämisprosessissa näkyvän verkostoyhteistyönä, ryhmäläisten valinnassa sekä kokemustiedon, käytännön vinkkien ja rahoituksen antamisena. Lisäksi he kannustivat ja antoivat palautetta arviointikeskusteluissa. Yhteistyökumppanimme kokivat, että heidän ammatillinen osaamisensa tuli huomioiduksi kehittämisprosessissa sekä arvioivat yhteistyön sujuneen kanssamme hyvin. Suunnittelua ja ryhmätoiminnan valmisteluita pidettiin hyvinä ja yksityiskohtaisina sekä omaa toimintaamme itsenäisenä ja luotettavana. Yhteistyökumppanimme kokivat Muistin virrassa -ryhmätoiminnan vaikuttavan ryhmäläisten päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ryhmästä saatujen voimavarojen ja uusien vinkkien kautta. Ryhmäläiset saivat ryhmästä lisäksi innostusta yhdessä tekemiseen. Muistin virrassa -ryhmätoiminnan mallia kuvailtiin toimivaksi ja selkeäksi. Ryhmätoiminnan malli koettiin myös tarpeelliseksi ja ryhmätoiminnan toivottiin jatkuvan. Yhteistyökumppanimme arvioivat jatkossa ryhmätoimintaa toteuttavien opiskelijoiden ja ryhmäläisten tuovan uusia mahdollisuuksia ryhmätoiminnan kehittämiseen. Pohjois-Karjalan Muisti Ry ilmaisi halukkuutensa jatkaa yhteistyötä Muistin virrassa-ryhmätoiminnan järjestämisessä myös jatkossa.

Ryhmäläisiltä, opiskelijatyöryhmältä ja yhteistyökumppanilta saatujen palautteiden perusteella Muistin virrassa -ryhmätoiminta saavutti tarkoituksensa ikääntyneen muistisairautta sairastavan kotona asumisen tukemisessa. Ryhmätoiminnan suurimpana hyötynä koettiin olevan ryhmäläisten aktivoituminen päivittäisessä elämässään ryhmästä saatujen vinkkien ja voimavarojen myötä. Vertaisuella oli lisäksi suuri merkitys etenkin omaisille. Palautteiden perusteella ryhmätoiminnalla on tarve ja mahdollisuudet jatkua. Fyysistä aktiivisuutta ja harjoittelua yhdistettynä luontoon sekä luontoteemoihin tulisi lisätä ryhmätoiminnassa. Sairastaville suunniteltava toiminnan sisältö on suhteutettava käytössä oleviin ajallisiin resursseihin siten, että toimintaan on riittävästi aikaa. Lisäksi muistisairautta sairastavien erityistarpeet on tärkeää pitää kirkkaana mielessään koko suunnittelun ja toteutuksen ajan, myös pienissä yksityiskohdissa. Opiskelijoiden ja ryhmäläisten palautteista nousi esiin neljä ryhmätoiminnan rakenteeseen ja sisältöön liittyvää kehittämiskohtaa, jotka on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Muistin virrassa -ryhmätoiminnan kehittämiskieat.

## 9.5 Seuranta- ja käyttöönotto vaihe

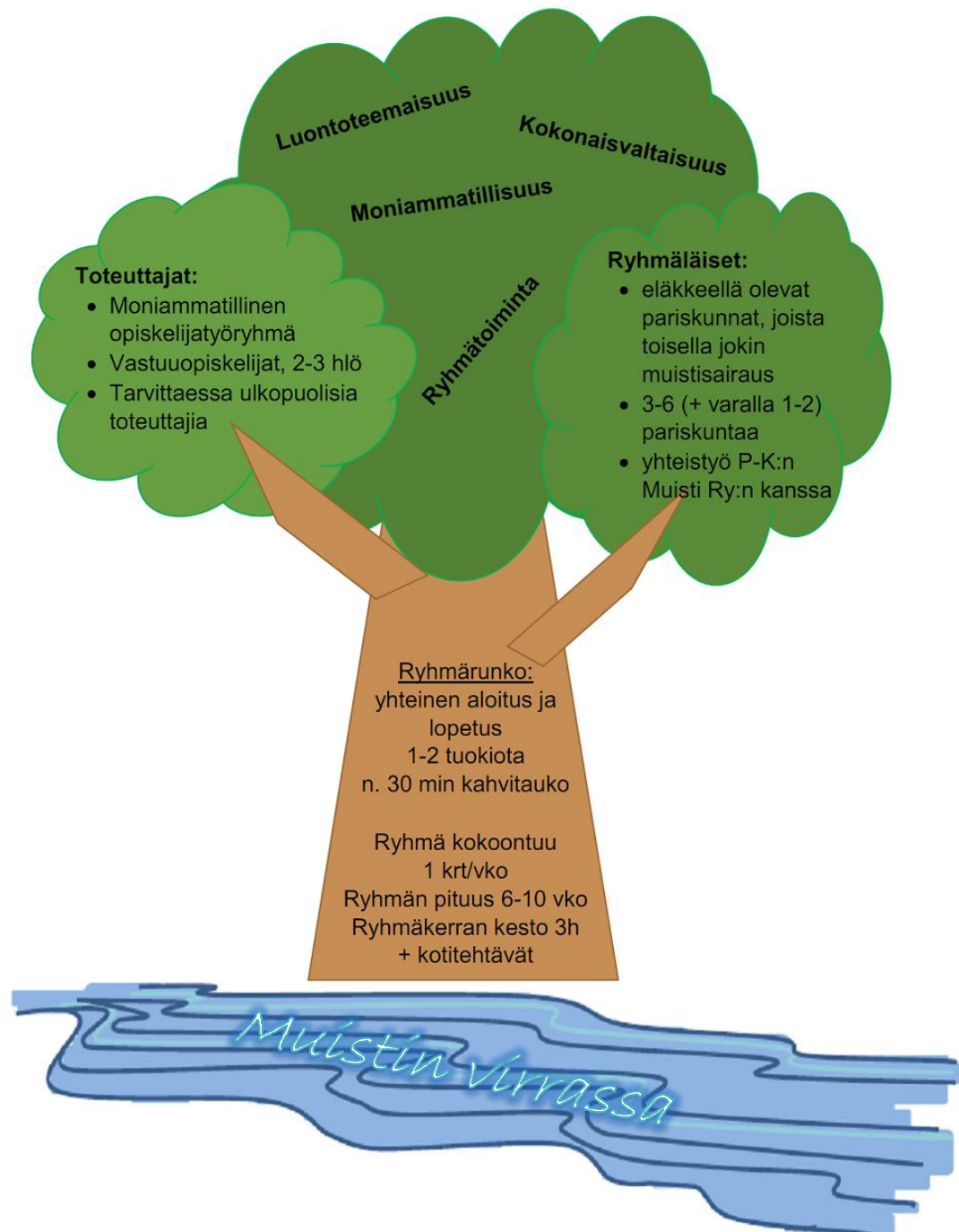
Tutkivan kehittämisen periaatteiden mukaisesti tavoitteena on, että tutkimustuloksien pohjalta kehitetty toimintamalli otetaan käyttöön siinä ympäristössä, jossa se on kehitetty. Tarkoituksena on luoda pysyviä ja edelleen kehitettäviä toimintakäytäntöjä. Ongelmana on se, että usein kehittämishankkeiden tulokset jäävät lyhytaikaisiksi muutoksiksi, mikä turhauttaa niin henkilöstöä kuin esimiehiä. Tämä voi johtaa työyhteisössä ilmenevään tyytymättömyyteen ja väsymiseen jatkuvaan kehittämiseen. Hankkeen päätyttyä lopputuotos ja tulokset luovutetaan asiakkaalle tai toimeksiantajalle, joka on tämän jälkeen vastuussa niiden käyttöönotosta ja edelleen kehittämisestä. (Heikkilä ym. 2008, 132–133.)

Ryhmätoiminnan malli jää toimeksiantajamme käyttöön. Tarkoitus on, että Muistin virrassa -ryhmätoiminta vakiintuisi osaksi Voimalan toimintaa ja sitä toteutettaisiin mahdollisuuksien mukaan puolivuositain tai vähintään vuosittain. Ryhmätoimintaa tulisi testata ja kehittää edelleen pilottiryhmästä ja tulevista ryhmistä saatujen kokemusten ja kehittämisideoiden perusteella. Palautteen kerääminen toimintaan osallistuvilta ja yhteistyökumppaneilta on jatkossakin keskeinen osa toimintaa. Myös opiskelijoiden ja opettajien tietoisuutta Muistin virrassa -ryhmätoiminnasta on tarkoitus lisätä. Tätä varten kirjoitamme artikkelin opinnäytetyöstämme, joka on tarkoitus julkaista Voimalan julkaisussa, sekä tiedotamme opiskelijoita asiasta Voimalan yhteisessä palaverissa. Teemme Voimalaan myös perehdytysaineistoa seuraaville opiskelijoille toiminnan tueksi. Pilottiryhmää varten tehdyt materiaalit, kuten infokirje, kuvauslupalomakkeet sekä palautekyselyt ovat lisäksi seuraavien opiskelijoiden hyödynnettävissä. Näihin materiaaleihin on kuitenkin hyvä tehdä tarvittavia muutoksia ja parannuksia pohdinnassa esitettyjen ajatusten ja ehdotusten perusteella.

## 10 Ryhmätoiminnan malli

Kehittämällemme ryhmätoiminnan mallille tyypillisiä piirteitä ovat Green Care -ajattelumalli, psykofyysisyyden elementit, moniammatillisuus, verkostoyhteistyö

ja toiminnan kohdentuminen sekä sairastavalle että tämän puolisolle. Aiemmin kehitetyissä ryhmätoiminnan malleissa ei ole käytetty ja yhdistelty näitä piirteitä vastaavalla tavalla. Tämän mallin etuina ovat maksuttomuus, moniammatillisuuden mahdollistama toiminnan sisällön monipuolisuus sekä toiminnan järjestäminen pienillä resursseilla verkostoyhteistyön myötä. Eri toimijoiden pienet resurssit saadaan verkostoyhteistyössä hyödynnettyä tehokkaammin verrattuna kunkin toimijan itsenäiseen toimintaan. Ryhmätoiminnan malli on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4. Muistin virrassa -ryhmätoiminnan malli.



Ryhmätoimintaa toteuttavat Karelia-ammattikorkeakoulun Voimala-oppimis- ja palveluympäristössä toimivat opiskelijat eri koulutusohjelmista. Ryhmän suunnittelu ja toteutus tapahtuu moniammatillisessa opiskelijatyöryhmässä. Työryhmän kokoamisesta ja ryhmätoiminnan kokonaisuudesta vastaa kaksi tai kolme vastuupöskelijää. Etenkin muistisairautta sairastavien kannalta on tärkeää, että ryhmässä on pysyviä ohjaajia, joten vastuupöskelijöiden tulee lähtökohtaisesti olla mukana jokaisella ryhmäkerralla. Opiskelijöiden lisäksi ryhmässä voi olla ulkopuolisia toteuttajia. Vastuupöskelijöiden tehtäviin kuuluvat muiden opiskelijöiden perehdytys toimintaan, tehtävien jako opiskelijatyöryhmän kesken, ryhmätoiminnan etenemisestä huolehtiminen sekä palautteiden kerääminen, analysointi ja yhteenveto. Lisäksi vastuupöskelijat ovat päävastuussa yhteydenpidosta yhteistyökumppaniin sekä muihin yhteistyötahoihin. Muut opiskelijat suunnittelevat ja toteuttavat ryhmätoimintakertoja omien tehtäviensä mukaisesti sekä tekevät reflektointia. Pohjois-Karjalan Muisti Ry on halukas jatkamaan yhteistyötä ryhmätoiminnan järjestämisessä. He valitsevat ryhmään osallistuvat pariskunnat käytännön kokemuksensa ja tietotaitonsa perusteella.

Muistin virrassa -ryhmätoiminnan tarkoituksena on tukea ikääntyneen muistisairautta sairastavan toimintakykyä ja kotona asumista. Tärkeimmät lähtökohdat ovat luontoteemaisuus, kokonaisvaltaisuus, moniammatillisuus sekä ryhmätoiminta. Ryhmätoiminnan sisältö suunnitellaan ryhmän tarkoituksen ja lähtökohtien mukaisesti innovatiivisella ja luovalla asenteella. Ryhmätoiminta ei ole sidottu tiettyyn tilaan, mutta Voimalan tilat ja muut luokkatilat Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinne-kampuksella ovat ryhmän käytettävissä. Pidempikestoinen ryhmäjakso (yli 6 viikkoa) mahdollistaisi fyysisten aktiviteettien ja vertaistuen lisäämisen ryhmäsisällöissä. Yhteisillä aloituksilla ja lopetuksilla luodaan turvallisuuden ja tuttuuden tunnetta sekä tuetaan muistisairautta sairastavien aikaan ja paikkaan orientoitumista. Erillisillä tuokioilla voidaan vastata paremmin sairastavien ja omaisten erilaisiin tarpeisiin ja yhteisillä tukea pariskuntien keskinäistä vuorovaiikutusta. Kotitehtävien tarkoitus on siirtää ryhmästä saatuja neuvoja ja oppeja kotiympäristöön sekä tehdä ryhmäjäksosta intensiivisempi.

## 11 Pohdinta

### 11.1 Muistin virrassa -ryhmätoiminnan kehittämisprosessin tarkastelu

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää kuntouttavan ryhmätoiminnan malli ikääntyneille muistisairautta sairastaville ja heidän puolisoilleen. Suunnittelimme ja toteutimme pilottiryhmän ja kehitimme tämän pohjalta kuntouttavan ryhmätoiminnan mallin, joten pääsimme tavoitteeseemme. Mielestämme ryhmätoiminnan malli on tarpeellinen, sillä saamamme palautteen perusteella kehittämämme toiminta koettiin hyödylliseksi ja sillä voidaan tukea muistisairautta sairastavien ja heidän puolisoitensa kotona asumista. Koska Hallikaisen ja Nukarin (2014, 15) mukaan ikääntyneiden ja muistisairautta sairastavien määrä lisääntyy, on mallimme ajankohtainen ja sille on tarvetta myös jatkossa. Ryhmätoiminta koettiin tarpeelliseksi myös palautekyselyiden perusteella ja sille on myös edellytykset jatkaa. Työllämme onnistuimme tuottamaan Joensuun alueelle uudenlaisen toimintamallin osana muistisairautta sairastavien kuntoutusta, mikä kuuluu myös Karelia-ammattikorkeakoulun ikäosaamisen painoalan tavoitteisiin (Kts. Auvinen ym. 2013, 17).

Muistin virrassa -pilottiryhmä ja siten kehittämämme ryhmätoiminnan malli vastaa monilta osin aiemmista tutkimuksista saatuja tuloksia. Muistin virrassa -pilottiryhmässä vertaistuellalla oli suuri merkitys etenkin omaisille (vrt. Willis ym. 2012, 34–35; Wang ym. 2009, 220), ja se tuki heidän psyykkistä hyvinvointiaan. Lisäksi ryhmä kannusti aktiivisuuteen ja yhdessä tekemiseen arjessa. (vrt. Päivänsalo ym. 2013, 13.) Vastaavanlaisia kokemuksia saatiin myös Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry:n (2014, 11, 16) Aktiivinen arki -ryhmätoiminnasta.

Muistin virrassa -toimintamalli sisältää tekijöitä ja menetelmiä, jotka ovat tutkimuksissa todettu vaikuttaviksi muistisairautta sairastavien kuntoutuksessa. Näitä ovat esimerkiksi monitekijäinen ryhmätoiminta, toiminnan kohdentuminen sekä sairastaville että lähiomaisille (vrt. Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 31–40) ja yhteistyö omaisten kanssa (vrt. Eloniemi-Sulkava ym. 2009). Toimintamallissa yhteisillä

ryhmätuokioilla pyritään tukemaan pariskuntien keskinäistä suhdetta, sillä muistisairautta sairastavan suhteet perheenjäseniinsä vaikuttavat kotona selviytymiseen (kts. Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 108–109). Muistin virrassa -ryhmätoiminnassa tärkeinä lähtökohtina ovat moniammatillisuus ja kokonaisvaltaisuus, joiden tulisi kuulua yleisesti muistisairautta sairastavien kuntoutukseen (kts. Duodecim 2010; Forder 2014, 112). Kehitettyyn toimintamalliin liittyy lisäksi toiminnalliset harjoitteet, päivittäisten toimintojen harjoittaminen ja ulkoilu, jotka ovat tärkeitä muistisairautta sairastavien fysioterapiassa (kts. Päivänsalo ym. 2013, 12–13; Forder 2014, 112). Muistin virrassa -toimintamallin yhtenä lähtökohtana on luontoteemaisuus. Luontoympäristöllä on lukuisia ihmisen terveyttä edistäviä vaikutuksia (Bossen 2010, 2). Esimerkiksi toiminta luontoympäristössä rauhoittaa ja ylläpitää muistisairautta sairastavan toimintakykyä (Rappe 2013, 6).

Tutkimusten mukaan vaikuttavien kuntoutusinterventioiden tulisi olla intensiivisiä (Hauer ym. 2012; Teri ym. 2003) ja pitkäkestoisia (kts. Rolland ym. 2007, 163–164). Toimintaympäristöstä johtuen Muistin virrassa -ryhmätoimintaa on hyvin haastavaa toteuttaa pitkäkestoisesti (yli 3 kuukautta). Myös osallistujien sitouttaminen pitkäkestoiseen ja intensiiviseen, kahdesti viikossa tapahtuvaan, ryhmätoimintaan on haastavaa. Tämän vuoksi tässä toimintamallissa ryhmän kesto on vain kuudesta kymmeneen viikkoa, ja ryhmä kokoontuu kerran viikossa. Intensiivisyyden lisäämiseksi toimintamalli sisältää kotitehtävät jokaiselta ryhmäkerralta.

Green Care -ajattelumalli näkyi ryhmätoiminnassamme eläinvierailuna, kasvin istuttamisena ja ulkona järjestettävänä toimintoina. Lisäksi huomioimme luontoteemaisuutta ryhmätilan sisustuksessa ja taustamusiikissa. Psykofyysisen fysioterapian lähtökohta näkyi psykofyysisyyden elementtien hyödyntämisenä, joita yhdistimme luontoteemaisuuteen. Käytimme ryhmätoiminnassa luontoaiheisia ääniä, liikkeen ja elävän musiikin yhdistämistä kansantanssissa sekä kosketusta muun muassa rentoutustuokiossa ja leipomisessa. Lisäksi kokonaisvaltainen huomiointi näkyi puolison mukana olossa sekä moniammatillisessa suunnittelussa ja toteutuksessa.

Palautteiden perusteella kaikki ryhmäläiset eivät kokeneet luontoteemaisuutta ja kokonaisvaltaista huomiointia niin näkyväksi osaksi ryhmätoimintaa, kuin olimme

itse ajatelleet. Suunnittelemamme luontoteemaiset toiminnot koettiin kuitenkin mielekkäiksi. Luontoteemaisuuden kokemukseen voivat vaikuttaa erot sukupolvien välillä. Luontoympäristön merkitys voi olla ikääntyneille aivan erilainen kuin edustamallamme nuoremmalla ikäpolvella. Luonnossa olemisen ja luontoympäristö ovat ikääntyneille ehkä niin luonnollinen asia, etteivät he kiinnitä siihen erityistä huomiota. Pilottiryhmässä käytimme niukasti luontoon liittyviä hajuaistiärsykeitä. Näillä voisi lisätä Green Caren -näkökulmaa ryhmätoimintaan. Haasteena pilottiryhmässä oli vuodenajan vaikutus Green Care -ajattelun esiin tuomiseen. Suomessa talviaika rajoittaa tietyltä osin toiminnan mahdollisuuksia ulkona luontoympäristössä. Keväästä alkusyksyyn olisi siten otollisinta aikaa Green Care -näkökulmien monipuoliseen hyödyntämiseen. Ihmiset voivat myös ymmärtää eri tavoin, mitä kokonaisvaltaisella huomioinnilla tarkoitetaan. Psykofyysisyyden elementeistä hengitystä olisi voinut korostaa ryhmätoiminnassa enemmän, esimerkiksi tekemällä hengitysharjoituksia.

Ryhmätoiminnan jatkuvuutta tukevia tekijöitä ovat Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n halukkuus jatkaa yhteistyötä sekä se, että kiinnostuneita ryhmään osallistujia löytyy yhteistyökumppanimme mukaan jatkossakin. Myös opiskelijoiden positiiviset kokemukset ryhmätoiminnasta voivat edistää toiminnan jatkuvuutta lisäämällä tietoisuutta Muistin virrassa -toiminnasta muiden opiskelijoiden keskuudessa. Lisäksi Voimalassa on kiinnostusta toiminnan jatkamisesta, ja toimintaympäristönä se mahdollistaa toiminnan jatkuvuuden. Emme voi kuitenkaan olla varmoja siitä, miten ryhmätoiminta jatkuu ja vakiintuuko se osaksi Voimalan käytäntöjä. Tuuleeko Voimalan toiminta ehkä muuttumaan jatkossa ja miten se vaikuttaisi Muistin virrassa -ryhmän jatkumiseen? Haasteeksi voivat muodostua taloudelliset ja opiskelijaresurssit. Toimintaa ei tällä mallilla voida toteuttaa ilman riittävää opiskelijamäärää sekä heidän kiinnostustaan toiminnan jatkamiseen. Myös opettajilla on tässä merkittävä rooli.

Kehittämisprosessia tuki se, että työskentelymme oli jatkuvaa, eikä suurempia keskeytyksiä prosessin aikana ollut. Käytännön harjoittelujaksot mahdollistivat vastuun jaon tekijöiden kesken ja prosessin sujuvan etenemisen keskeytyksettä. Kehittämisprosessissa yhtenä toimintaa ohjaavana tekijänä oli asiakaslähtöisyys,

sillä ryhmäläiset tietävät itse parhaiten, millaista tukea he eniten tarvitsevat. Tämän pyrimme huomioimaan koko prosessin ajan. Kohdensimme ryhmätoimintaa ensisijaisesti muistisairautta sairastaville. HavaitSIMME kuitenkin sen, miten suuri merkitys puolisoilla oli sairastavien toimintakyvyn tukemisessa. Puolison mukanaolo ryhmässä mahdollisti sen, että myös sairastavat hyötyivät enemmän ryhmästä. Puolisot kannustivat sairastuneita toimintaan ja toivat turvallisuuden tunnetta uusiin tilanteisiin. Vaikka painopiste oli sairastavien toimintakyvyn tukemisessä, ryhmätoiminta oli kuitenkin hyvin tärkeää myös puolisoitten jaksamisen ja toimintakyvyn kannalta.

Kehittämisprosessi eteni ilman suurempia ongelmia, mutta erilaisia haasteita tuli kuitenkin vastaan. Näistä kuitenkin selvittiin yhteistyöllä ja asioiden uudelleen organisoinnilla. Haasteeksi nousi esimerkiksi ryhmäläisten motivointi ryhmään osallistumiseen. Pilottiryhmän kohdalla tähän saattoi vaikuttaa toteutuksen aloituksen viivästyminen alkuperäisestä suunnitelmasta. Ryhmäläisten kokoamisesta ryhmän aloitukseen kului suunniteltua enemmän aikaa ja tämä on osaltaan voinut vaikuttaa osallistumismotivaation laskuun. Suurimmaksi esteeksi ryhmään osallistumiselle nousi kotoa lähtemisen vaikeus. Voisiko esimerkiksi kuljetusten järjestämisellä helpottaa ryhmään tulemistä? Toisaalta sellaiseen ei välttämättä ole resursseja. Olisiko opiskelijoiden mahdollista vieraila ryhmästä kiinnostuneiden pariskuntien kotona ennen ryhmän alkamista, mikä ehkä tukisi orientoitumista ryhmätoimintaan?

Pilottiryhmän koko jäi suunniteltua pienemmäksi. Se ei kuitenkaan ollut esteenä ryhmän toimivuudelle, ja joissakin ryhmätoiminnoissa, kuten leikekarttoja tehdessä ja keskustelutuokiossa, se oli jopa etu. Pieni ryhmäkoko mahdollisti yksilöllisemmän ohjauksen, ja kukin ryhmäläisistä sai siten enemmän mahdollisuuksia omien ajatusten esille tuomiseen. Lisäksi se toi joustavuutta ryhmärunkoon ja aikataulutukseen. Pilottiryhmää hieman suurempi ryhmäkoko olisi kuitenkin jatkossa toivottavaa. Huomioita tulee kiinnittää siirtymisiin ja selkeisiin tauotuksiin, joihin tulee varata riittävästi aikaa ja huolehtia niiden aikataulutuksista. Ryhmän toimivuutta edisti se, että pariskunnat tunsivat toisensa jo etukäteen.

## 11.2 Yhteistyön merkitys kehittämistyössä

Opinnäytetyössämme yhteistyöllä oli suuri merkitys sille, että saavutimme työmme tavoitteen. Toimeksiantajamme sekä yhteistyökumppanimme mahdollistivat työmme perustan, kuten toimintaympäristön ja kehittämistoiminnan kohdejoukon. Ilman yhteistyökumppaniltamme saamaamme taloudellista tukea emme olisi pystyneet toteuttamaan kaikkia pilottiryhmään liittyviä käytännön järjestelyitä, kuten kahvituksia ja tarvikehankintoja. Lisäksi saamamme kannustus ja henkinen tuki niin toimeksiantajaltamme kuin yhteistyökumppaniltamme oli tärkeää tavoitteeseen pääsemiseksi. Tämä loi ja ylläpiti uskoa työmme merkityksellisyydestä ja tärkeydestä. Yhteistyö toimeksiantajan ja yhteistyökumppanin kanssa oli sujuvaa molemmin puolin.

Toimeksiantajamme ja yhteistyökumppanimme antoivat meille edellytykset opinnäytetyömme toteuttamiseen. Työmme ei olisi ollut kuitenkaan mahdollinen tässä laajuudessaan ilman yhteistyötä muiden Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kanssa. Tavoitteeseen pääsemisen kannalta oli tärkeää pystyä jakamaan vastuuta ja työtehtäviä muiden opiskelijoiden kanssa. Moniammatillinen työskentely mahdollisti aiheen laaja-alaisen tarkastelun eri ammattialojen näkökulmista. Näin pystyimme työssämme huomioimaan toimintakyvyn kokonaisvaltaisesti. Työmme ei olisi ollut mahdollinen tässä laajuudessaan ilman vastuun ja työtehtävien jakamista muille opiskelijoille. Yhteistyö oli sujuvaa, ja eteen tulleet haasteet ratkaistiin yhdessä. Suurimpana haasteena oli suunnittelutyöryhmän kokoaminen johtuen opiskelijoiden työhömmme käytettävissä olevista rajallisista resursseista. Tähän vaikutti keskeisesti se, että eri alojen opiskelijat tekevät opintojaan Voimalassa eri aikoina. Opiskelijoilta vaadittiin siten joustavuutta omissa aikatauluissaan ja työskentelyssään. Opiskelijaryhmän perehdyttäminen ja tehtävien jako vaati meiltä suunnitelmallisuutta ja järjestelmällisyyttä. Olimme erittäin tyytyväisiä opiskelijoiden motivoituneisuuteen ja sitoutumiseen työhömmme.

Keskinäinen yhteistyömme oli sujuvaa koko prosessin ajan. Yhdessä työskenteleminen oli alusta lähtien helppoa, sillä tunsimme toisemme jo melko hyvin ennuudesta. Yhteistyötämme helpottivat myös selkeät työllemme asetetut yhteiset tavoitteet ja toimintatavat. Tärkeää oli myös se, että kaikki sitoutuivat työhön

ja olivat siitä aidosti kiinnostuneita. Erilaiset persoonallisuudet toivat omat haasteensa, mutta antoivat työskentelyyn myös lisäarvoa. Pyrimme hyödyntämään kunkin omia vahvuusalueita työskentelyssä ja oppimaan toisiltamme. Sovimme jo prosessin alussa vastuualueiden jaosta, mikä mahdollisti sujuvan ja aikataulussa etenevän työskentelyn. Työskentelimme sekä yksin että yhdessä. Kesällä 2014 kirjoitimme pääasiassa itsenäisesti tietoperustaa, jossa jokaisella oli omat vastuualueensa. Tietoperustan viimeistelyn sekä muut osiot kirjoitimme suurimmaksi osaksi yhdessä. Työskentelyalustana käytimme Google Drive -sovellusta, joka helpotti kokonaisuuden hahmottamista ja yhteistyötä myös itsenäisen työskentelyn aikana.

Työmäärä välillämme jakautui kokonaisuudessaan tasaisesti. Työn eri vaiheissa ja osissa oli kuitenkin vaihtelevuutta työmäärän jakautumisessa. Yhdellä meistä vahvuutena oli esimerkiksi kirjoittaminen, joten kirjallisen osuuden työmäärä muodostui tämän vuoksi muiden tekijöiden työmäärää suuremmaksi. Tämä koski pääasiassa tekstin viimeistelyä. Suunnitteluvaiheessa vastuu työn etenemisestä oli meistä yhdellä, ja toteutusvaiheessa meistä kaksi muuta oli päävastuussa. Yksin vastuuhenkilönä toimiminen toi omat haasteensa, sillä suuriakin päätöksiä täytyi uskaltaa tehdä yksin. Lisäksi näkökulmien vaihtamiseen muiden vastuup opiskelijoiden kanssa ei ollut samanlaisia mahdollisuuksia kuin yhdessä työskennellessä olisi ollut. Teimme kuitenkin mahdollisuuksien mukaan yhteistyötä opin- näytetyöprosessin eri vaiheissa koko prosessin ajan.

### **11.3 Eettisyys ja luotettavuus**

Noudatimme työssämme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita (2012, 6–7) hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Pyrimme koko työn ajan sen kaikilta osin huolelliseen ja rehelliseen työskentelyyn. Noudatimme salassapitovelvollisuutta henkilötietojen sekä työhön liittyvien aineistojen (haastattelut, kuvat) käsittelyssä. Lähetimme infokirjeet Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n kautta, joten yhteystietojen käsittelyltä vältyttiin tässä vaiheessa. Kehittämisprosessin aikana käsitelimme vain tarvitsemiamme ryhmään osallistuneiden yhteystietoja ja säilytimme näitä huolel-

lisesti lukitussa kaapissa. Pilottiryhmään osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastatteluiden äänittämiseen, videoimiseen sekä kuvien ottamiseen pilottiryhmässä pyydettiin kirjalliset luvat haastateltavilta ja ryhmään osallistuneilta. Kuvausluvut pyydettiin myös opiskelijoilta sekä ulkopuolisilta toteuttajilta. Näin noudatimme henkilöiden yksityisyyden suojaa. Haastatteluiden äänitteet sekä video tuhottiin työn päätyttyä.

Kuvauslupalomakkeessa olisi ollut hyvä olla erillinen kohta kuvien julkaisemisesta internetissä, sillä kukaan ryhmäläisistä ei halunnut kuviaan julkaistavan siellä. Tämä maininta lisättiin lupaan käsin sitä täytettäessä. Annoimme graafiselle suunnittelijalle luvan laittaa hänen ottamiaan kuvia Karelia-ammattikorkeakoulun facebook-sivuille edellyttäen, että ryhmäläiset eivät ole kuvista tunnistettavissa (kasvojen sumentaminen), jolloin salassapitovelvollisuutta ei rikottaisi. Mielestämme yksi kuvista oli kuitenkin sellainen, että osan ryhmäläisistä olisi voinut mahdollisesti tunnistaa. Tämän vuoksi pyysimme kuvan poistettavaksi sivuilta. Tiedostamme kuitenkin sen, että kuva ei välttämättä koskaan poistu internetistä, joten otimme kyseisiin ryhmäläisiin yhteyttä ja kerroimme tapahtuneesta.

Erytyisesti terveydenhuoltoalalla kehittämistoimintaa tulee suunnata aina asiakaskunnan etujen mukaisesti (Heikkilä ym. 2008,44). Olemme toimineet työssämme asiakaslähtöisesti ja pyrkineet vastaamaan kohderyhmän tarpeisiin ja toiveisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Kartoitimme esimerkiksi teemahaastatteluilla ja aloituskyselyllä kohderyhmän tarpeita ja toiveita sekä teimme moniammatillista yhteistyötä eri tahojen kanssa. Noudatimme työssämme fysioterapeuttien eettisiä ohjeita, joiden mukaan fysioterapeutti muun muassa vastaa työyhteisön muiden jäsenten kanssa siitä, että tarjottava palvelu on mahdollisimman laadukasta. Lisäksi fysioterapeutti kunnioittaa omaa osaamistaan sekä muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntijuutta toimiessaan yhteistyössä heidän kanssaan. (Suomen Fysioterapeutit 2014.)

Opinnäytetyömme aihe sisältää itsessään paljon eettisiä kysymyksiä. Ikääntyneet yleisesti, ja heistä erityisesti muistisairautta sairastavat, kuuluvat haavoittuviin asiakasryhmiin, joiden kohdalla eettiset kysymykset tulee huomioida tar-



kasti (Heikkilä ym. 2008, 44–45). Muistisairautta sairastavaa on kohdeltava aikuisena, vaikka avun tarve onkin lisääntynyt. Itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, mutta haasteena tässä on sen rajan hahmottaminen, jossa muistisairautta sairastava ei enää kykene tekemään itseään koskevia päätöksiä. Toiminnan hyvien tarkoitusten periaatteisiin tulee kiinnittää huomiota, ettei tahattomasti tai tahallisesti tule rikkoneeksi oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen normeja. Työmme kohderyhmänä olivat pariskunnat, joten meidän tuli huomioida myös parisuhteen merkitys toiminnassamme. Jouduimme pohtimaan sitä, kuinka paljon meillä on ulkopuolisina henkilöinä oikeuksia puuttua pariskunnan keskinäiseen vuorovaikutukseen. On hahmotettava omaisen oma reviiri ja kunnioitettava hänen toimintatapojaan puolisonsa kanssa toimiessa. Tarkoituksenamme oli antaa vinkkejä ja työkaluja päivittäisiin toimintoihin ja välttää liikaa neuvomista siitä, kuinka omaisen sekä pariskunnan yhdessä tulisi arjessaan toimia.

Käytimme työssämme runsaasti sekä suomalaisia että kansainvälisiä lähteitä. Pyrimme käyttämään mahdollisimman uusia, luotettavia ja ensisijaisia lähteitä. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kaikki lähteemme oli korkeintaan 10 vuotta vanhoja, joista suurin osa oli 2010-luvulta. Lähteiden luotettavuuden arvioinnissa oli aluksi haasteita, mutta kehityimme siinä työmme aikana. Osassa tieteellisistä tutkimuksista ei lähdeluettelossa ole internetosoitteita, joista me olemme ne lukeneet. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksia ei saa auki ilman sisäänkirjautumista Nelli-portaaliin.

Palautekyselyt olivat mielestämme pääosin luotettavia ja ne vastasivat siihen, mitä niillä halusimme selvittää. Opiskelijoiden palautekyselyä testasimme kahdella mukana olleella opiskelijalla ja kysely todettiin selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Aloituskyselyn annoimme ennen sen käyttöä kommentoivaksi toimeksiantajalle, yhteistyökumppanille sekä ohjaavalle opettajalle, joka kommentoi tämän lisäksi myös ryhmäläisten palautekyselyä. Yhteistyökumppanimme palautekyselyn toimivuutta emme aikataulullisten tekijöiden vuoksi testanneet. Tämänkin testaaminen olisi lisännyt tulosten luotettavuutta ja kyselylomakkeen pätevyyttä. Yhteistyökumppanimme palautteessa osa vastauksista oli melko suppeita.

Ryhmäläisten aloitus- ja palautekyselyissä oli kysymys liittyen sairastuneen sekä puolison arjessa jaksamiseen (liitteet 6 ja 9). Arjessa jaksaminen -termin käyttö voi vaikuttaa vastausten luotettavuuteen, koska ihmiset voivat ymmärtää termin eri tavoin. Päätimme kuitenkin pitää tämän kysymyksen sanamuodon samanlaisena myös palautekyselyssä, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisempia. On mahdollista, että ryhmäläiset eivät ymmärtäneet tarkentavista suullisista ohjeistamme huolimatta viimeisen kysymyksen tehtävänantoa oikein, eivätkä siten vastanneet oikeille janoille kysymyksissä tarkoitetut asiat. Epäily tehtävänannon epäselvyydestä syntyi tuloksista, joissa omaiset arvioivat oman jaksamisensa heikommaksi kuin puolisonsa jaksamisen. Kyselytulosten luotettavuutta saattaa heikentää myös se, että pariskunnat täyttivät kyselyt yhdessä. Millä tavoin puolison läsnäolo vaikutti vastaamiseen?

Viikko-ohjelmien ja kotitehtävien hyödyllisyys osana ryhmätoimintaa jäi hieman epäselväksi. Emme kokeneet tarpeelliseksi seurata viikko-ohjelman täyttämistä ja kotitehtävien tekemistä, vaan tarkoituksena oli tarjota uusia neuvoja kotona toimimisen ja aktiivisuuden lisäämisen tueksi. Palautekyselyssä olisimme voineet kuitenkin kysyä näiden hyödyllisyydestä ja käytettävyydestä. Näin olisimme voineet paremmin arvioida, kannattaako niitä käyttää jatkossakin. Keskusteluissa kävi kuitenkin ilmi, ettei niitä koettu ainakaan haitaksi tai rasitteeksi.

#### **11.4 Oma oppiminen**

Työmme ei ollut perinteinen fysioterapian opinnäytetyö, mutta taustalla oli kuitenkin vahva fysioterapian näkökulma. Kliinisellä osaamisella ei ollut niin suurta roolia kuin fysioterapiassa yleensä, mikä johtui työmme kohderyhmästä ja sen erityispiirteistä. Näiden vuoksi moniammatillisuudella oli sen sijaan merkittävä rooli työssämme. Fysioterapian näkökulmassa painotimme erilaisia luovia toimintoja, kuten kansantansseja ja leipomista, tarkoituksena ryhmäläisten mahdollisimman suuri aktivoituminen. Pehdyimme työssämme syvemmin muistisairautta sairastavien fysioterapiaan ja opimme, mitä se käytännössä voi olla. Muistisairautta sairastavien kohdalla perinteisillä fysioterapian menetelmillä ei välttämättä saada parhainta mahdollista hyötyä. Heille tehokkaampaa kuntoutuksen kannalta on

omaan elämään liittyvien tuttujen päivittäisten toimintojen harjoittaminen ja sen myötä aivojen eri osien aktivoituminen. Mielestämme tärkeänä tavoitteena muistisairautta sairastavien fysioterapiassa on sairastavan aktivoituminen päivittäisiin toimintoihin omassa elinympäristössään. Nukarin (2014, 152–153) mukaan päivittäisillä arkielämän toiminnoilla voidaan ylläpitää toimintakykyä. Muistisairautta sairastavien fysioterapian tavoitteena on yleisesti toiminnallisuuden ja laadukkaan elämän säilyminen (Forder 2014, 112).

Opimme lisäksi, miten laaja-alaisesti muistisairaus vaikuttaa sairastuneen ja tämän lähipiirin elämään. Sairaus vaikuttaa myös sellaisiin päivittäisiin asioihin, esimerkiksi pukeutumiseen, joihin ei normaalisti kiinnitä erityistä huomiota. Näistä kokemuksista opimme arvostamaan pieniä ja yksinkertaisia asioita sekä ymmärtämään hetkessä elämisen tärkeyden. Puolisoiden toiminnan ja tuen merkitys sairastuneen rinnalla konkretisoitui ryhmän myötä. Havaitimme, kuinka puolisot joutuvat tasapainottelemaan oman hyvinvointinsa ja sairastuneen toimintakyvyn tukemisen välillä sekä kuinka sairaus muuttaa vähitellen parisuhdetta kohti hoitaja-hoidettava-suhdetta. Tämä voi synnyttää monenlaisia ja ristiriitaisiakin tunteita puolisossa.

Kehittämistyömme vaati innovatiivisuutta koko prosessin ajan. Innovatiivinen toiminta edellytti meiltä rohkeutta toimia omassa ammatillisessa roolissamme sekä oman osaamisemme hyödyntämistä ja kehittämistä. Kehittämisprosessin aikana itsevarmuutemme toimia fysioterapian asiantuntijaroolissa lisääntyi, mikä mahdollisti myös innovatiivisuuden ja soveltamistaitojen kehittymisen.

Opinnäytetyöprosessissamme opimme, millaista projektityöskentely on. Vastuuhenkilöinä toimiessamme suunnittelu-, organisointi- ja tiimityöskentelytaitomme kehittyivät. Ryhmätoiminnan kehittämisprosessin aikana epävarmuuden sietokyky, kärsivällisyys, pitkäjänteisyys, joustaminen ja ryhmänohjaustaitomme kehittyivät. Lisäksi koko prosessi kehitti verkostoyhteistyötä, moniammatillista ja tavoitteellista työskentelyä sekä tiedonhankinta- ja lähdekriittisyystaitojamme. Kehityimme etenkin kansainvälisten tutkimusten etsimisessä, hyödyntämisessä ja niiden luotettavuuden arvioinnissa. Opinnäytetyön tekeminen kolmen hengen

ryhmässä toi sekä haasteita että mahdollisuuksia. Koska jokainen meistä oli tottunut hieman erilaisiin työskentelytapoihin, jouduimme tekemään kompromisseja työn sujuvuuden varmistamiseksi. Toisaalta saimme toisiltamme uusia näkökulmia ja pystyimme oppimaan niistä. Opinnäytetyöprosessimme kehitti siten ammatillista osaamistamme monipuolisesti fysioterapian kompetenssien mukaisesti.

### **11.5 Jatkokehittämisideat**

Mikäli Muistin virrassa -ryhmätoiminta vakiintuu osaksi Voimalan toimintaa, voisi myöhemmin kartoittaa ryhmäläisten kokemuksia ryhmästä saaduista hyödyistä jonkin aikaa ryhmän päättymisen jälkeen. Esimerkiksi voisi selvittää, onko ryhmätoimintaan osallistuminen saanut aikaan konkreettisia muutoksia ryhmäläisten päivittäisissä toiminnoissa ja toimintakyvyssä sen eri ulottuvuudet huomioiden, ja millaisia nämä muutokset ovat olleet.

Muistin virrassa -ryhmätoiminta on todettu toimivaksi ammattikorkeakoulun ja kolmannen sektorin toimijoiden välisenä yhteistyönä näiden tahojen mahdollistamassa toimintaympäristössä. Ryhmätoimintaa voisi laajentaa myös muihin kaupunkeihin vastaavanlaisiin ympäristöihin. Lisäksi voisi selvittää yhteistyömahdollisuuksia Muistin virrassa -ryhmätoiminnan järjestämiseksi osana julkisen sektorin (kaupungit, kunnat) palveluita.

Jatkossa voisi myös kartoittaa sitä, olisiko vastaavanlaiselle ryhmätoiminnalle tarvetta muistisairautta sairastaville työikäisille. Muistin virrassa -malli voisi toimia pohjana tälle kohderyhmälle kehitettävässä ryhmätoiminnassa. Toimintaa voisi kohdentaa muistisairauksien varhaiseen vaiheeseen ja tutkia, pystyisikö tällaisella ryhmätoiminnalla intensiivisesti ja pitkäkestoisesti toteutettuna hidastamaan sairauden etenemistä.

## Lähteet

- Atula, S. 2013. Kuntoutus muistisairauksissa. Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=alzheimerin%20tauti&p\\_artikkeli=dlk00860](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=alzheimerin%20tauti&p_artikkeli=dlk00860). 26.3.2015.
- Auvinen, P., Elsinen, E., Ilvonen, A., Kukkonen, T., Moilanen, R., Neuvonen, L., Peltonen, J., Penttinen, M. & Raivo, P. 2013. Karelia-ammattikorkeakoulu. Strategia 2013–2017. Aluetta palveleva, laadukas ja työelämäläheinen. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 2013: 5. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://issuu.com/karelia-amk/docs/karelia-amk-strategia-2013-2017>. 13.4.2015.
- Bossen, A. 2010. The Importance of Getting Back to Nature for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 36 (2), 17–22.
- Clark, P. 2014. Nature and the outdoors: stimulating those with dementia. *Nursing & Residential care* 16 (6), 336–339.
- de la Monte, S. & Wands, J. 2008. Alzheimers disease is type 3 diabetes evidence reviewed. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2 (6), 1101–1113. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769828/pdf/dst-02-1101.pdf>. 19.4.2015.
- Doody, R.S., Stevens, J.C. & Beck, C. 2001. Practice parameter. Management of Dementia (an Evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology 56 (9), 1154–1166. <http://www.neurology.org/content/56/9/1154.full.pdf+html>. 13.5.2014.
- Duodecim. 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. 2.2.2015.
- Eloniemi–Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M.-L., Pietilä, M., Savikko, N., Kautiainen, H., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2009. Family Care as Collaboration: Effectiveness of a Multicomponent Support Program for Elderly Couples with Dementia. Randomized Controlled Intervention Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (12), 2200–2208.
- Eloniemi–Sulkava, U., Saarenheimo, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. 2007. Kotona asuminen ja sen tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa Eloniemi–Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M.-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.). Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 27–45.
- Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 275–280.
- Forbes, D., Thiessen, E., Blake, C., Forbes S.C. & Forbes, S. 2013. Exercise programs for people with dementia. Systematic Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library (12), <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub3/pdf>. 2.2.2015.

- Forder, M. 2014. Muistisairaahan fysioterapia. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 112–113.
- Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. & Rikkert, M. 2006. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 333 (7580), 1196–1199.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693594/>. 2.2.2015.
- Green Care Finland ry. 2014. Luonnon hyvinvointivaikutukset. <http://www.gcfinland.fi/luonto?parent=MitaOnGreenCarePaavalikko>. 23.9.2014.
- Hallikainen, M. 2014a. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 13–14.
- Hallikainen, M. 2014b. Alzheimerin tauti - yleisin muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 264–265.
- Hallikainen, M. 2014c. Tyypillisen Alzheimerin taudin oireet ja kulku. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 265–268.
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muistisairaudet kansanterveydellisenä ja inhimillisenä haasteena. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 15.
- Hartikainen, P. 2014. Lewynkappaletauti. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 287–292.
- Hauer, K., Schwenk, M., Zieschang, T., Essig, M., Becker, C. & Oster, P. 2012. Physical training improves motor performance in people with dementia. A randomized controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society* 60 (1), 8–15.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 393–406.
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 2013 *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim.
- Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 278–283.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A.M., Härkönen, B., Viramo, P. & Windblad, I. 2008. Dance and movement therapeutic methods in management of dementia. A randomized, controlled study. *Journal of American Geriatric Society*. 56 (4), 771–772. 13.5.2014.
- Hurnasti, T., Topo, P. & Nukari, T. 2014. Kotiympäristön merkitys muistisairaille. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 149–150.

- Ikäheimo, K. 2013a. Eläinavusteisen työskentelyn määritelmiä ja termejä (AAA ja AAT). Teoksessa Ikäheimo, K. (toim.). Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely Suomessa. Helsinki: Solution Models House, 10–13.
- Ikäheimo, K. 2013b. Johdanto. Teoksessa Ikäheimo, K. (toim.). Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely Suomessa. Helsinki: Solution Models House, 2–3.
- Ikäheimo, K. 2013c. Eläimen ja ihmisen suhde. Teoksessa Ikäheimo, K. (toim.). Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely Suomessa. Helsinki: Solution Models House, 5–9.
- Isoherranen, K. 2008a. Yhteistyön uusi haaste. Moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä -moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 26–48.
- Isoherranen, K. 2008b. Moniammatillinen toiminta ryhmäilmionä. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 84–144.
- Isoherranen, K. 2008c. Toiminnan arviointi ja kehittäminen. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 161–172.
- Isoherranen, K. 2008d. Vuorovaikutuskulttuuri muutoksessa. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 49–83.
- Joensuun kaupunki. 2013. Päivätoiminta. Ikäihmisten palvelut. <http://www.joensuu.fi/paivakuntoutus>. 3.9.2014.
- Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaahan tukeminen. Ohjeita läheisille. Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00899#s5](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899#s5). 30.3.2015.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 2012: 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Knuuttila, L. & Vihavainen, R. 2014. Toiminnanjohtaja ja vertaisvalmentaja. Pohjois-Karjalan Muisti Ry. Henkilökohtainen tiedonanto. 12.8.2014.
- Kukkonen, T. 2014. Ikäosaamista Voimalasta. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://issuu.com/karelia-amk/docs/ikaosaamista-voimalasta>. 13.4.2015.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Laukkanen, S. 2013. Eläinten läheisyys tunne-elämämme säätelykeinona. Teoksessa Ikäheimo, K. Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely Suomessa. Helsinki: Solution Models House, 22–35.
- Li, X., Song, D. & Leng, S. 2015. Link between type 2 diabetes and Alzheimers disease: from epidemiology to mechanism and treatment. *Clinical interventions in Aging* (10), 549–560. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4360697/pdf/cia-10-549.pdf>. 19.4.2015.
- Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2014. Tukipalvelut muistisairaahan kotona-asumiseen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 208–210.

- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Majamaa, K. 2013. Solun vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 2013. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 125–128.
- Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A. & Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 102–103.
- Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 8–9.
- Nukari, T. 2014. Toimintakykyä tukevat harjoitteet muistisairaana arjessa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 152–153.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.H., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H. & Muñoz, R. 2010. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 30 (2), 161–178. 8.1.2015.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 121–141.
- Pitkälä, K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa. Käypä-hoito. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01641>. 26.3.2015.
- Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2004. Ryhmäilmiöitä ikääntyneiden liikuntaryhmissä. Teoksessa Routasalo, P., Pitkälä, K. & Karvinen, E. (toim.). Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 7. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 111–129.
- Pitkälä, K., Routasalo, P. & Karvinen, E. 2004. Liikunta välineenä. Onnistuneen psykososiaalisen kuntoutuksen edellytyksiä. Teoksessa Routasalo, P., Pitkälä, K. & Karvinen, E. (toim.). Ryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 7. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 143–148.
- Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2013:125. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence=1>. 30.1.2015.
- Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys Ry. 2014. Toimintakalenteri. <http://www.dementiayhdistys.fi/3>. 3.9.2014.



- Päivänsalo, E., Kindstedt, T., Vertainen, K., Valvanne, P., Lähde, H., Ollila, S. & Käyhty, M. 2013. Muistisairaat hyötyvät fysioterapiasta. *Fysioterapia* 60 (2), 10–13.
- Rappe, E. 2013. Vireyttä vihreästä. EEE-hanke. Oulun ammattikorkeakoulu. [http://www.oamk.fi/hankkeet/eee/docs/ikaihminen/erja\\_rappe.pdf](http://www.oamk.fi/hankkeet/eee/docs/ikaihminen/erja_rappe.pdf). 2.9.2014.
- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehitysuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 9–25.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Rivière, D. & Vellas, B. 2007. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society* 55 (2), 158–165.
- Salovuori, T. 2014. Luonto kuntoutumisen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Soini, K. & Vehmasto, E. 2014. Käsitteen suomalainen sovellus. Kohti suomalaista Green Care -toimintatapaa. Teoksessa Vehmasto, E. (toim.). Green Care -toimintatavan suuntaviivat Suomessa. MTT Kasvu 20. VoiMaa!-hanke. MTT, 9–28. <http://www.mtt.fi/mttkasvu/pdf/mttkasvu20.pdf>. 9.3.2015.
- Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 448–456.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote. Kuntainfo 5/2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>. 9.6.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Taavoitteena muistiystävällinen Suomi. *Gerontologia* 26 (2), 114–130.
- Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120–138.
- Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 108–111.
- Suni, S. 2013. Muistitupa. Muistisairauden ja omaisten kokemuksia Muistituvan toiminnasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69188/Suni%20Saila.pdf?sequence=1>. 30.9.2014.
- Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Helsinki: Suomen Fysioterapeutit.
- Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. 2014. Monipuolinen terapia-muoto. <http://www.psyfy.net>. 13.5.2014.
- Teri, L., Gibbons, L., McCurry, S., Logsdon, R., Buchner, D., Barlow, W., Kukull, W., LaCroix, A., McCormick, W. & Larson, E. 2003. Exercise Plus Behavioral Management in Patients with Alzheimer Disease. A Randomized controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association* 290 (15), 2015–2022. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197483>. 5.2.2015.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>. 10.6.2014.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 1.4.2015.
- Tyrväinen, L. 2014. Luontoalueilta terveyttä: onko ympäristön laadulla väliä? Teoksessa Jäppinen, J.-P., Tyrväinen, L., Reinikainen, M. & Ojala, A. (toim.) Luonto lähelle ja terveydeksi. Ekosysteemipalvelut ja ihmisen terveys Argumenta-hankkeen (2013–2014) tulokset ja toimenpidesuosituksat. Suomen Ympäristökeskuksen raportteja 2014:35. Ympäristökeskus, 18–19. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153461>. 25.3.2015.
- van de Winckel, A. Feys, H., De Weerd, W. & Dom, R 2004. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* 18 (3), 253–260. 5.2.2015.
- Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry. 2014. Aktiivinen arki 2009–2013 (2014). Loppuraportti. Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry. [http://www.muistiturku.fi/aktiivinen\\_arki\\_\\_\\_loppuraportti.pdf](http://www.muistiturku.fi/aktiivinen_arki___loppuraportti.pdf). 30.3.2015.
- Vilkkä, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Wang, L.-Q., Chien, W.-T. & Lee, I. 2012. An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse* 40 (2), 210–224. 31.3.2015.
- Willis, R., Chan, J., Murray, J., Matthews, D. & Banerjee, S. 2009. People with dementia and their family carers' satisfaction with a memory service: A qualitative evaluation generating quality indicators for dementia care. *Journal of Mental Health* 18 (1), 26–37. 31.3.2015.
- Yli-Viikari, A. & Haapasaari, M. 2013. Eläinavusteinen työskentely ja Green Care. Teoksessa Ikäheimo, K. Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely Suomessa. Helsinki: Solution Models House, 99–100.

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Karelia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan keskus, Voimala
Toimeksiantajan edustaja:	Tuula Kukkonen
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	050 467 5923
Sähköposti:	██████████@karelia.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1201249 Aino-Kaisa Piironen 1201255 Hanne Hämäläinen 1001936 Elina Nevalainen
Puhelinnumero:	Aino-Kaisa: ██████████, Hanne: ██████████, Elina: ██████████
Sähköposti:	██████████@edu.karelia.fi, ██████████@edu.karelia.fi, ██████████@edu.karelia.fi
Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotona asuville muistisairautta sairastaville Joensuuhun
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	Suunnitelma 8.10.2014, valmistumistavoite huhtikuu 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Mahdollisista materiaalikustannuksista neuvotellaan erikseen yhteistyökumppanin Pohjois-Karjalan dementiayhdistys ry ja Voimalan kanssa.

**Toimeksiantajan sitoumukset**

Voimalan opiskelijatilat käytössä. Voimalan tilat ryhmäkäytössä. Kustannusten (materiaalit, postitus) jaosta neuvotellaan Dementiayhdistyksen kanssa. Tekijänoikeudet ovat opiskelijoilla, käyttöoikeus opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin jää Voimalalle.

**Opiskelijan sitoumukset**

Opinnäytetyö tehdään opinnäytetyön ohjeiden ja eettisten periaatteiden mukaan.

**Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa**

Ohjaaja(t): yliopettaja Liisa Suhonen

**Opinnäytetyön julkisuus**

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset	
Päiväys 23.9.2014	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Aino-Kaisa Piironen Hanne Hämäläinen Elina Nevalainen
Päiväys Joensuu 23.9.2014	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Tuula Kukkonen
Päiväys 30.9.2014	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys LIISA SUHONEN

## Opinnäytetyöprosessin eteneminen



**Kutsukirje ryhmähaastatteluun****Karelia**
**Muistiluotsi**  
 asiantuntija- ja tukikeskus  
 Pohjois-Karjala
**KUTSU HAASTATTELUUN**

Olemme fysioterapiaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kehittää kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotona asuville muistisairautta sairastaville Joensuuhun. Tähän liittyen pidimme Teille infotilaisuuden 4.9. Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry:n tiloissa.

Kutsumme Teidät ryhmähaastatteluun opinnäytetyöhömmme liittyen. Haastattelulla keräämme aineistoa ryhmätoiminnan kehittämistä varten. Haastatteluun liittyen pyytäisimme jokaiselta Teiltä suostumusta haastatteluiden äänittämiseen ja kuvaamiseen. Materiaali tulee ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden käyttöön. Pyydämme Teitä tuomaan liitteenä olevan suostumuslomakkeen mukanaan haastatteluun.

**Aika:** Torstai 2.10.2014, klo 10–11:30

**Paikka:** Karelia-ammattikorkeakoulu, Tikkarinne 9, 80200 Joensuu  
Kokoontuminen E-talon aulassa

Ilmainen pysäköintimahdollisuus Pielisensuun kirkon isolla parkkipaikalla (käynti Huvilakadun puolelta).

Yleistä opinnäytetyöstämme:

- Tarkoituksena tukea muistisairautta sairastavien kotona jaksamista
- Lähtökohtina luontoavusteinen kuntoutus ja ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen
- Ryhmän toteutusajankohtana alustavasti marras-joulukuun vaihe 2014 – helmikuu 2015
- Ryhmäkertoja on alustavan suunnitelman mukaan kahdeksan (8)

Halutessanne lisätietoa ryhmään tai haastatteluun liittyen, voitte ottaa yhteyttä puhelimitse.

Aino-Kaisa Piironen 040 xxxxxxx  
 Hanne Hämäläinen 040 xxxxxxx  
 Elina Nevalainen 050 xxxxxxx


**KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU**  
**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**  
 Sosiaali- ja terveysalan keskus  
 Centre for Social Services and Health Care  
 Tikkarinne 9, FI-80200 Joensuu | [www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)



## LUPA HAASTATTELUN VIDEOINTIIN JA ÄÄNITTÄMISEEN

Nimi \_\_\_\_\_

Annan Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijoille (Hanne Hämäläinen, Elina Nevalainen ja Aino-Kaisa Piironen) luvan korvauksetta videoida ja äänittää haastattelua (2.10.2014), johon osallistun, sekä tämän materiaalin käyttöön ko. opiskelijoiden opinnäytetyössä.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2014  
Paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

## Muistin virrassa -ryhmän infokirje

# Karelia



### TERVETULOA MUISTIN VIRRASSA -RYHMÄÄN

Karelia-ammattikorkeakoulun Voimalan opiskelijoiden toteuttama Muistin virrassa -ryhmä alkaa tiistaina 27.1. klo 10.00. Ryhmä kokoontuu kuusi (6) kertaa tiistaisin klo 10-13. Ryhmän toiminnasta vastaavat fysioterapeuttiopiskelijat. Toteutukseen osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu fysioterapeutti-, sosionomi-, sairaanhoitaja- ja musiikkiin opiskelijoita.

Paikka: Karelia-amk, Tikkarinne 9, E-talon aula.

#### RYHMÄKERRAT

##### Ryhmärunko:

- Aloitustunti, 20min
- 1. Tuokio, 60 min
- Kahvitauko, 30 min
- 2. Tuokio, 50 min
- Lopetus, 20 min

##### 1. Ryhmäkerta ti 27.1.

- Teema: Psykkinen hyvinvointi
- Paikka: Tikkarinne

##### 2. Ryhmäkerta ti 3.2.

- Teema: Fyysinen toimintakyky
- Paikka: Tikkarinne

##### 3. Ryhmäkerta ti 10.2.

- Teema: Muistelu
- Paikka: Tikkarinne

##### 4. Ryhmäkerta ti 17.2.

- Teema: Ravinto
- Paikka: Kauppakatu 23, 5 krs. Marttojen tilat

##### 5. Ryhmäkerta ti 24.2.

- Teema: Arkeen osallistuminen
- Paikka: Tikkarinne

##### 6. Ryhmäkerta ti 3.3.

- Teema: Katseet tulevaan
- Paikka: Tikkarinne

Pysäköintimahdollisuus pääoven edessä olevilla vieraspaikoilla (8 kpl).

Ilmoitathan, jos et pääse tulemaan.

Halutessanne lisätietoa ryhmään liittyen, voitte ottaa yhteyttä puhelimitse.

Aino-Kaisa Piironen 040 xxxxxxx  
Hanne Hämäläinen 040 xxxxxxx  
Elina Nevalainen 050 xxxxxxx



KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Sosiaali- ja terveysalan keskus  
Centre for Social Services and Health Care  
Tikkarinne 9, FI-80200 Joensuu | [www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)

## Kuvauslupalomake



### LUPA KUVAAMISEEN JA KUVIEN KÄYTTÖÖN

Nimi \_\_\_\_\_

Annan Muistin virrassa -ryhmää toteuttaville Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijoille sekä graafiselle suunnittelijalle luvan korvauksetta

- kuvata minua ryhmässä, joka toteutetaan viikkojen 5-10 aikana keväällä 2015. Kuvia saa käyttää ryhmän toteutuksessa.
- Kuvia saa käyttää opinnäytetyön esitystilaisuuksissa ja opinnäytetyöhön liittyvissä julkaisuissa.
- Kuvia saa käyttää Karelia-amk:n (sis. Voimalan) julkaisuissa.
- Pohjois-Karjalan Muisti Ry saa käyttää kuvia.

Kuvien käyttöajan rajausta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2015  
Paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus



## Aloituskysely

# Karelia

**Muistin virrassa -ryhmän aloituskysely, kevät 2015**

Vastatkaa kysymyksiin yhdessä.

- 1) Mitä mieltä olette ryhmän teemoista (fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, muistelu, ravinto, arkeen osallistuminen, katseet tulevaan)?

---

---

---

- 2) Mitä mieltä olette ryhmän toteutusajasta, kestosta ja ryhmärungosta?

---

---

---

- 3) Onko Teillä jotakin terveyteenne tai elämäntilanteeseenne liittyviä tekijöitä, joita ohjaajien tulisi huomioida? Mainitkaa myös mahdolliset allergiat (mm. eläimet ja ruoka-aineet)

---

---

---

- 4) Mitä odotatte eniten ryhmältä? Valitkaa yksi.

vertaistuki

tiedonsaanti

keskustelu

liikunta

muu, mikä? \_\_\_\_\_

5) Toiveita, odotuksia ja ehdotuksia ryhmään:

---

---

---

6) Vapaa sana:

---

---

---

---

7)

a) Millaiseksi koette oman arjessa jaksamisenne tällä hetkellä?

b) Entä puolisososi arjessa jaksamisen?

Merkittäkää rasti janalle.

Sairastunut vastaa:

a) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

b) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

Omainen vastaa:

a) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

b) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

Kiitos!



KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Sosiaali- ja terveysalan keskus  
Centre for Social Services and Health Care  
Tikkariinne 9, FI-80200 Joensuu | [www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)

**Muistin virrassa -ryhmän sisältö, kevät 2015****27.1. Teema: Psyykkinen hyvinvointi**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Orientoituminen ryhmään  
Aloituskysely  
Musiikista maalausta (omaiset ja sairastavat eri tiloissa)  
Kahvitauko  
Lehtileikekarttojen teko (omaiset ja sairastavat eri tiloissa)
- 13.00 Yhteinen lopetus

**3.2. Teema: Fyysinen hyvinvointi**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Sauvakävelyä, koordinaation ja kehon hahmottamisen harjoitteita  
Kahvitauko  
Omaiset: Tietoa ja keskustelua fyysisen toimintakyvyn harjoittamisesta  
Sairastavat: Keskustelua fyysisen toimintakyvyn harjoittamisesta, tasapainoharjoittelua
- klo 13.00 Yhteinen lopetus

**10.2. Teema: Muistelu**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Kehon hahmottamisen ja koordinaation harjoitteita  
Kansantansseja  
Kahvitauko  
Sairastavat: Muistelusalkku  
Omaiset: Keskustelua aiheesta terve itsekkyyys
- klo 13.00 Yhteinen lopetus

**17.2. Teema: Ravinto**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Laskiaispullien leipominen  
Pullakahvit  
Tietoa ravitsemuksesta
- klo 13.00 Yhteinen lopetus

**24.2. Teema: Arkeen osallistuminen**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Eläinvierailu  
Kahvitauko  
Sairastavat: Kasvin istutus  
Omaiset: Keskustelua kotitöistä ja sairastavan puolison osallistamisesta niihin
- klo 13.00 Yhteinen lopetus

**3.3. Teema: Katseet tulevaan**

- klo 10.00 Ryhmän aloitus, nimikierrros  
Liikunnallinen tuokio ulkona  
Kahvitauko  
Sairastavat: Kuvien avulla keskustelua ryhmäkerroista  
Omaiset: Keskustelua ja palautetta ryhmästä kuvien avulla  
Loppukysely, viikko-ohjelmien läpikäyminen
- 13.00 Yhteinen lopetus, diplomien jako

**OPIKELIJAPALAUTE MUISTIN VIRRASSA -RYHMÄSTÄ****Ryhmän toteutuksessa mukana olleiden opiskelijoiden arviointilomake.**

1. Koetko saaneesi riittävästi perehdytystä tehtäviisi Muistin virrassa -toiminnassa? Kyllä / Ei (alleviivaa)

Perustele vastauksesi.

Esim. mikä oli toimivaa/mitä olisi voinut tehdä toisin?

---

---

---

2. Koetko saaneesi tarpeeksi vastuuta ja mahdollisuuksia vaikuttaa ryhmäkertojen sisältöihin? Kyllä / Ei (alleviivaa)

Perustele vastauksesi.

---

---

---

3. Saitko tarvitsemaasi tukea vastuuopiskelijoilta liittyen tehtäviisi ryhmätöinnassa?

Olisitko tarvinnut enemmän tukea, millaista?

---

---

---

---

4. Millaiseksi koit tiedonsaannin vastuuopiskelijoilta sekä tiedonkulun sujuvuuden?

---

---

---

---

5. Millaiseksi koit työskentelysi moniammatillisessa opiskelijaryhmässä?

---

---

---

6. Miten ryhmätoimintaan osallistuminen kehitti omaa ammatillista osaamistasi?

---

---

---

7. Miten arvioit Muistin virrassa -ryhmätoiminnan tukevan muistisairautta sairastavan ja tämän läheisen arjessa jaksamista?

---

---

---

---

8. Oliko työmäärä sopiva suhteessa työskentelyyn varattuun aikaan?

---

---

---

9. Muita kommentteja (esim. kehittämisideoita, neuvoja seuraaville toteuttajille...)

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos!

**Muistin virrassa -ryhmän loppukysely**

# Karelia



1(3)

**Muistin virrassa -ryhmän loppukysely, kevät 2015**

Palautekysely ryhmään osallistuneille

Vastatkaa kysymyksiin yhdessä.

1) Koittako ryhmän teille hyödylliseksi?  Kyllä  Ei

Jos vastasitte kyllä, millä tavoin ryhmä oli teille hyödyllinen? Kuvailkaa omin sanoin.

---



---



---

2) Mistä ryhmän toiminnoista koette saaneenne eniten hyötyä tämänhetkistä elämäntilannettanne ajatellen? Merkitkää rastilla. Voitte valita useamman.

 keskustelu/vertaistuki tiedonsaanti liikunnalliset tuokiot eläinvierailut leipominen muu, mikä? \_\_\_\_\_

3) Vaikuttiko ryhmä päivittäisiin toimintoihinne ja niistä suoriutumiseen?

Sairastava:  Kyllä  EiOmainen:  Kyllä  Ei

4) Millä tavoin ryhmä vaikutti päivittäisiin toimintoihinne ja niistä suoriutumiseen? Kuvailkaa omin sanoin.

---



---



---



---

2(3)

5) Näkyivätkö luontoteemat ja ihmisen kokonaisvaltainen huomiointi mielestänne ryhmän sisällössä ja toteutuksessa? Millä tavoin?

---

---

---

6) Puuttuiko ryhmän sisällöstä jotain, mitä olisitte kaivannut tai halunnut olevan ryhmässä enemmän? Mitä?

---

---

---

7)

a) Oliko ryhmäkertojen ajallinen kesto (3h) mielestänne sopiva?

Kyllä     Ei

b) Oliko ryhmän pituus (6 vko) mielestänne sopiva?

Kyllä     Ei

c) Voisiko ryhmä kokoontua useamman kerran viikossa?

Kyllä     Ei

d) Ehdotuksenne ryhmän kestosta, pituudesta ja kokoontumistiheydestä.

\_\_\_\_\_ h    \_\_\_\_\_ vko    \_\_\_\_\_ krt/vko

8) Haluaisitteko osallistua samankaltaiseen ryhmätoimintaan jatkossa?

Kyllä     Ei

9) Arvioikaa vastuuhjaajien toimintaa ja ohjaamista.

---

---

---

10) Mitä mieltä olitte muiden ohjaajien vaihtuvuudesta?

---

---

---



3(3)

11) Vapaa sana (esim. kehittämideoita):

---

---

---

---

12)

a) Millaiseksi koette oman arjessa jaksamisenne tällä hetkellä?

b) Entä puolisoasi arjessa jaksamisen?

Merkitkää rasti janalle.

Sairastunut vastaa:

a) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

b) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

Omainen vastaa:

a) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

b) Heikko jaksaminen |-----| Erinomainen jaksaminen

Kiitos!



KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Sosiaali- ja terveysalan keskus  
Centre for Social Services and Health Care  
Tikkariinne 9, FI-80200 Joensuu | [www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)

**Yhteistyökumppanin palautekyselylomake****Karelia****Muistiluotsi**  
asiantuntija- ja tukikeskus  
Pohjois-Karjala

1(2)

**Palautekysely yhteistyökumppanille**  
**Muistin virrassa -ryhmätoiminnan kehittäminen 2014-2015**

- 1) Millaiseksi koitte oman/P-K Muisti ry:n roolin Muistin virrassa -ryhmätoiminnan kehittämisprosessissa?

---

---

---

- 2) Koittekko, että ammatillinen osaamisenne tuli huomioiduksi kehittämisprosessissa?

---

---

---

- 3) Arvioikaa ryhmätoiminnan kehittämisestä vastanneiden opiskelijoiden toimintaa sekä yhteistyön sujuvuutta heidän kanssaan.

---

---

---

- 4) Oletteko halukkaita jatkamaan yhteistyötä Muistin virrassa -ryhmätoiminnan järjestämisessä?

---

---

- 5) Miten arvioisitte Muistin virrassa -ryhmätoiminnan tukevan muistisairautta sairastavan ja tämän läheisen päivittäisistä toiminnoista suoriutumista?

---

---

---

---

2(2)

6) Arvioi Muistin virrassa -ryhmätoiminnan mallia seuraavista näkökulmista.

a) käytettävyys, selkeys ja toiminnan jatkumisen mahdollisuudet

---

---

---

b) tarpeellisuus

---

---

---

c) odotuksenne ryhmätoiminnasta

---

---

---

d) muu arviointi

---

---

---

7) Millä tavoin Muistin virrassa -ryhmätoimintaa voisi mielestänne kehittää?

---

---

---

---

8) Mitä muuta haluatte sanoa?

---

---

---

---

Kiitos!

