



SAVONIA

”MIELEN JA KEHON HARMONIAA”

Masennuspotilaiden kehotietoisuuskokemuksia
psykofyysisestä fysioterapiasta

**Korhonen Panu
Mehnert Suvi
Pitkäniemi Sirpa**

Opinnäytetyö



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Panu Korhonen, Suvi Mehnert, Sirpa Pitkäniemi	
Työn nimi "MIELEN JA KEHON HARMONIAA" -Masennuspotilaiden kehotietoisuuskokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta	
Päiväys	25.10.2012
Sivumäärä/Liitteet	53/7
Ohjaaja(t) Marita Huovinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion psykiatrian keskus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata keskivaikeaa masennusta sairastavien potilaiden kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta ryhmässä toteutettuna. Masennus eli depressio luetaan kansantauteihin ja depressiota sairastaa joka vuosi noin 5 prosenttia suomalaisista. Maailman terveysjärjestön (WHO) tutkimuksessa on ennustettu, että masennus on vuonna 2030 eniten toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Opinnäytetyön tavoitteena oli ryhmäläisten tuleminen tietoiseksi kehonsa tuntemuksista masennuksen aikana ja kuinka he voivat näihin tuntemuksiin vaikuttaa antamallaan psykofyysisen fysioterapian harjoitteilla. Opinnäytetyön kautta toivomme lisäävämmme Pohjois-Savon alueella tietoisuutta psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudesta osana mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, jonka keskeinen piirre on induktiivinen päättely. Siinä havainnoidaan yksittäisiä tapahtumia, jotka yhdistetään kokonaisuudeksi. Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen nähdään kokonaisuutena, jossa ihmisen ajattelu, keho ja mieli ovat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Psykofyysisen fysioterapian keinoilla tuetaan ihmisen voimavaroja ja liikunta- ja toimintakykyisyyttä. Psykofyysisessä fysioterapiassa vaikuttavuuden mittaamisessa henkilön oma kokemus ja kuvailu omista kokemuksistaan ovat tärkeässä asemassa.</p> <p>Tutkimukseen osallistui viisi potilasta, joista kolme olivat tutkimuksessa loppuun asti. Tutkimuspotilaat valittiin yhteistyössä työn toimeksiantajan Kuopion psykiatrian keskuksen kanssa. Tutkimusinterventiona toteutettiin ryhmäterapia Kuopion psykiatrian keskuksella kuuden viikon ajan, jonka lisäksi oli yksilökäynti alussa ja lopussa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin ja jokaisen terapiakerran päätteeksi kerätyllä kirjallisella palautteella.</p> <p>Ryhmäläisten kokemukset psykofyysisestä fysioterapiaryhmästä olivat myönteisiä. Ryhmäläiset kokivat tulleen tietoisemmaksi omasta kehostaan ja suhde omaan kehoon muuttui sallivammaksi. Hengityksen tiedostamisesta, tietoisesta läsnäolosta ja meditaatioharjoitteista ryhmäläiset kuvasivat saaneensa työkaluja omaan arkeensa. Ryhmäläisten saavuttamat hyödyt harjoitteista näkyivät heidän mielialassaan, unen laadun paranemisena ja arjessa jaksamisena.</p>	
Avainsanat Masennus, psykofyysinen fysioterapia, ryhmäterapia, kehotietoisuuskokemukset	

Field of Study Health Care			
Degree Programme Physiotherapy			
Author(s) Panu Korhonen, Suvi Mehnert, Sirpa Pitkäniemi			
Title of Thesis "Mielen ja kehon harmoniaa"- Body awareness experiences of depressive patients in psychophysical physiotherapy.			
Date	25.10.2012	Pages/Appendices	53/7
Supervisor(s) Senior Lecturer Marita Huovinen			
Client Organisation/Partners Kuopio 's psychiatric center			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to depict the body awareness experiences of patients with moderately severe clinical depression about psychophysical physiotherapy actualized through group therapy. Clinical depression is noted as a national disease and on average about 5 percent of the Finnish population are diagnosed with it. According to a study by the World Health Organization (WHO) it is predicted that by the year 2030 depression will be the most immobilizing illness in the world. The aim of this study was to make the group subjects aware of the feelings of their body during depression and how they can alter these feelings with the psychophysical exercises we provided them. Through this study we wish to increase the awareness of the possibility of psychophysical physiotherapy as a part of the rehabilitating process of mental patients in the Northern Savo region.</p> <p>In this study we used qualitative research methods which centered on inductive reasoning. In this the patient observes single events which are then combined into form the big picture. In Psychophysical physiotherapy the human being is seen as an entirety where the cognitive processes, body and mind interact with the environment. The means of psychophysical physiotherapy are used to support the patients resources for mobilization and ability to function. In measuring the effects of psychophysical physiotherapy the patients own testimonial and depiction of their experiences are in the key role.</p> <p>Five patients participated in the study and three out of those stayed until the end. The patients were chosen in co-operation with the employer which was the Psychiatric center in Kuopio. The research intervention was actualized as a six week group therapy in the Kuopio's psychiatric center. In addition to this a personal visit was conducted in the beginning and at the end of the study. The research material was collected with theme interviews and written feedback which was collected after each therapy session.</p> <p>The patients viewed their experiences of psychophysical group therapy as positive. They experienced becoming more aware of their own bodies and their relationship with their own body became more permissible. Becoming aware of one's own breathing, being aware in the moment and meditative exercises had become tools that the patients could use in their own daily lives. The positive effects which the patients gained from the exercises could be seen in their mood, improvement of their quality of sleep and having more energy in their daily lives.</p>			
<p>Keywords Clinical depression, psychophysical physiotherapy, group therapy, body awareness</p>			

Sisältö

1	JOHDANTO	8
2	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	10
2.1	Hengitys olemassaolon fysiologiassa	11
2.2	Kehonkuva	13
2.3	Tietoisuus.....	14
2.4	Voimaantumisen	15
3	PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN MENETELMIÄ	17
3.1	Roxendalin kehoterapia (The Body Awareness Therapy)	17
3.2	Norjalainen psykomotorinen fysioterapia	17
3.3	Psykodynaaminen fysioterapia.....	18
3.4	Rentoutuminen psykofyysisessä fysioterapiassa	19
3.5	Kehomeditaation kautta yhteys kehon tuntemuksiin	20
3.6	Tietoisien läsnäolon harjoittelu.....	21
4	MASENNUS.....	24
4.1	Masennuksen oireet ja diagnoosi	25
4.2	Masennuksen esiintyvyys ja hoito	26
4.3	Masennuksen aiheuttamat muutokset kehontuntemuksissa.....	26
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	29
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	31
6.1	Tutkimusmenetelmä ja tiedonkeruu	31
6.2	Tutkimuksen kohderyhmän valinta	32
6.3	Tutkimusintervention toteutus.....	32
6.3.1	Tutkimusaineiston kerääminen.....	35
6.3.2	CBE –testistö ja ensimmäinen yksilötapaaminen osana opinnäytetyötä36	
6.4	Aineiston analyysi	37
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	38
7.1	Kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta.....	38
7.1.1	Mieliala.....	38
7.1.2	Kehotietoisuus.....	38
7.1.3	Hengitys	39
7.1.4	Stressinhallinta	39
7.1.5	Rentoutuminen.....	40
7.1.6	Salliva läsnäolo.....	40

7.1.7 Ryhmä	40
8 POHDINTA	42
8.1 Tulosten pohdinta.....	42
8.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta.....	43
8.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta	47
8.4 Ammatillisen kasvun pohdinta.....	48
LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1 Ilmoitus

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 CBE -tutkimuslomake

Liite 4 Alkukysely kotona täytettäväksi

Liite 5 Ryhmäläisille jaettu materiaali

Liite 6 Psykofyysisen fysioterapian-teemat taulukko

Liite 7 Suostumuslomake

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat merkittävästi lisääntyneet viime vuosina. Vuonna 2007 masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäi runsaat 4000 suomalaista (Pietikäinen 2010, 38). Masennusta sairastaa yhteensä n. 200 000 suomalaista ja vuosittain jopa 600 – 700 suomalaista päätyy itsemurhaan masennuksen vuoksi. Maailman terveysjärjestön (WHO) tutkimuksessa on ennustettu, että masennus on vuonna 2030 eniten toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. (Lilly 2011.)

Opinnäytetyössä halusimme lähestyä masennuksen hoitoa psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta ja tutkijoina olimme kiinnostuneita masennuksen aiheuttamista kehon reaktioista. Opinnäytetyömme aiheeksi muotoutui psykofyysisen fysioterapian kokemusten kartoittaminen masennuspotilailla. Psykofyysinen fysioterapia on yksi osa mielenterveyskuntoutusta, jossa pyritään lisäämään potilaan toimintakykyä (Storhammar 2009, 149).

Psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta keskeistä on kehon, mielen sekä ympäristön vuorovaikutus toisiinsa. Henkilö ymmärtää itseään kehon ja mielen välisten reaktioiden kautta. (Rautamies 2005,55.) Selkäkipuisista vain 10 – 15 %:lla löydetään jokin lääketieteellisesti selitettävä syy. Ortopedi Antti Heikkilän mukaan selittämättömien kipujen taustalla on tunteiden tukahduttaminen (Svennevig 2005, 37.) Patovirta (2010) toteaa artikkelissa ”Viisas keho viestii, kun mieltä ei kuunnella”, että ratkaisu elämän saattamisessa takaisin raiteilleen on kuntoutujan omissa käsissä. Jokaisen kuntoutujan kertomus on yksilöllinen ja oivallukset syntyvät kuntoutujalta itseltään. Fysioterapeutti lähtee psykofyysisessä fysioterapiassa yhdessä kuntoutujan kanssa matkalle, jossa haetaan ratkaisua ongelmiin kehon ja mielen syy-seuraussuhteita tutkimalla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli ryhmäläisten tuleminen tietoisiksi kehonsa tuntemuksista masennuksen aikana ja kuinka he voivat näihin tuntemuksiin vaikuttaa antamalla psykofyysisen fysioterapian harjoitteilla. Opinnäytetyömme kautta toivomme lisäävämmeh Pohjois-Savon alueella tietoisuutta psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudesta osana mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kuopion psykiatrian keskus. Kuopion psykiatrian keskus on Kuopion kaupungin ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin yhteinen psykiatris-

ta avohoitoa tarjoava palvelukeskus. Kuopion psykiatrian keskus tarjoaa tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluita 20-64-vuotiaille kuopiolaisille sekä muille sairaanhoitopiirin potilaille ja kuntoutujille. (Kuopion psykiatrian keskus 2012.)

2 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysisen fysioterapian juuret juontuvat Pohjoismaihin jo 1900-luvun puoliväliin. Psykofyysisen alan vaikuttajina ja kouluttajina ovat olleet ruotsalainen Gertrud Roxendal ja norjalainen Berit Heir Bunkan. Suomeen Roxendalin opit ja kiinnostus ihmisen ymmärtämiseen psykofyysisenä kokonaisuutena saapuivat 1980-luvulla, kun Roxendal julkaisi väitöskirjansa ”Body Awareness Therapy”.(Immonen-Orpana 1995,133.)

Jacques Dropsyn mukaan ihminen voidaan jakaa neljään olemassaolon tasoon. Olemassaolon tasoja ovat fyysinen, fysiologinen, psykologinen ja eksistentiaalinen taso. Jaottelun tarkoituksena on ymmärtää ihminen kokonaisuutena, jossa kaikki tasot ovat suhteessa toisiinsa. Fyysisen tason lihakset, luut ja muut ruumiilliset rakenteet ovat yhteydessä fysiologisiin elintoimintoihin kuten esimerkiksi sydämen toimintaan ja verenkiertoon. Psykologisen tason ajatukset, tunteet ja reaktiot vaikuttavat sekä fysiologisella tasolla elintoimintoihin, esimerkiksi sykkeen nousuun ja fyysisellä tasolla lihasten jännittymiseen. Eksistentiaalisella tasolla tietoisuus omasta minästä, ruumiintuntemuksista ja kehon reaktioiden ymmärtämisestä sisältää kaikki tasot ruumiillisesta henkiseen. (Jaakkola 2005, 8-9.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen nähdään kokonaisuutena, jossa ihmisen ajattelu, keho ja mieli ovat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Psykofyysisen fysioterapian keinoilla tuetaan ihmisen voimavaroja ja liikunta- ja toimintakykyisyyttä. Asentoa, kehon jännittyneisyyttä ja liikettä havainnoidaan yhteydessä mieleen. Kehoa ja mieltä havainnoitaessa voidaan tulla tietoiseksi kehon reaktioista eri tunnetiloissa. Keho vaikuttaa mieleen ja mieli kehoon. Tulemalla tietoiseksi kehon viesteistä voi saada kosketuksen tunteisiinsa. Masentunut ihminen saattaa tuntea kehonsa voimattomaksi ja raskaaksi. Normaali liikkuminen voi tuntua voimattomuuden tunteen vuoksi mahdottomalta, jolloin masentunut ihminen alkaa passivoitua. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265 – 269.)

Tunnetiloihin liittyviä kehon reaktioita ei voida estää, koska ne syntyvät autonomisen hermoston aiheuttamina. Tunnetilojen ilmentymiä kehossa ovat mm. punastuminen, vapina ja muutokset pupilleissa. Tutkijoiden mukaan on kuitenkin epäselvää aiheuttaako tunne kehossa reaktion vai tuleeko tunne kehon reaktion seurauksena. (Svennevig 2005, 20.) Ihminen reagoi kehollaan mm. psyykkisesti vaikuttavaan tilanteeseen kuten stressiin, joka voi ilmetä esimerkiksi vatsaoireina. Kehossa tapahtuneet

muutokset kuten jalan murtuma voi sen sijaan heijastua myös psyykkisinä oireina. (Herrala ym. 2008, 103 -104.)

Autonomisen hermoston aiheuttamana kehon lämpötila nousee siellä, missä tunteet ilmenevät esim. suututtaessa kasvoja alkaa kuumottaa. Hengitys on ainoa autonomisen hermoston osa, johon voidaan tietoisesti vaikuttaa. (Välimäki 2004, 31.) Hengitys onkin psykofyysisen fysioterapian keskeinen työväline. Asiakasta ohjataan huomioimaan tunnetilaan liittyviä muutoksia hengityksessä ja vaikuttamaan hengityksen kautta tunnetilaan. (Wickström 2004, 27.)

Psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä ovat mm. Roxendalin kehittämä kehoterapia, norjalainen psykomotorinen fysioterapia, psykodynaaminen kehoterapia, rentoutus-, hengitys-, tietoisuustaito- ja kehotietoisuusharjoitteet. (Talvitie ym. 2006, 274.) Psykofyysisen fysioterapian menetelmillä voidaan lisätä rentoutumista, stressinhallintaa, kehon- ja mielenhallintaa, vuorovaikutusta ja itsetuntemusta. (PsyFy ry. 2012.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakkaan nykytilannetta voidaan tutkia ja arvioida havainnoimalla, haastatteleamalla ja mittaamalla. Hengitys, kipu, liikkuvuus, asento, ruumiinkuva, jännittyneisyys, vuorovaikutustaidot ja kyky rentoutua ovat arvioitavia asioita psykofyysisen fysioterapian asiakastilanteessa. Arvioinnissa merkittävää on asiakkaan oma kokemus tapahtuneesta muutoksesta. (PsyFy ry. 2012.)

2.1 Hengitys olemassaolon fysiologiassa

Runo: Hengitän ja olen

En kiirehdi, enkä puuhaa.

En suunnittele, enkä tahdo.

En tee yhtään mitään.

Hengitän, ja olen vain.

Tyynnyn ja lepään, rauhassa ja vapaana.

Enkä tee yhtään mitään.

Hengitän, ja olen vain.

Näin hiljaisuus ottaa minut syliinsä

ja virtaa minuun ja luo minut uudelleen.

Kun en tee yhtään mitään.

Hengitän, ja olen vain.

Antaudun ja luotan

hiljaisuuden kannatteluun.

Hengitän, ja olen vain.

(Martin & Seppä 2011, 15)

Tunteilla on vahva yhteys ihmisen fysiologiaan. Hengitys ilmaisee ihmisen jännityksiä ja tunnetilaa, etenkin palleaan ja ristiselkään liittyvät lihakset ja näiden tonus kertoo ihmisen jännittyneisyydestä. (Wickström 2004, 27.) Vaikka hengitys viestii meille tunteista, hengitys itsessään aiheuttaa myös tunteita (Hakanpää & Peltonen 2004, 32).

Hengitys on tärkein elintoimintomme ja se on ainoa autonomisen hermoston osa johon pystymme tietoisesti vaikuttamaan. Yleensä hengitys on tiedostamatonta, mutta halutessaan ihminen pystyy vaihtamaan hengityksen rytmiä ja esim. hengittämään syvempään tasataakseen pinnallista nopeaa hengitystä. Ihminen pystyy myös pidättämään hengitystään, tosin liian pitkä hengityksen pidättäminen voi johtaa tajunnan menettämiseen, jolloin autonominen hermosto korjaa tilanteen. (Herrala, Kahrola & Sandsröm 2008, 76 – 77.) Ihmisen hengittäessä liian tiheästi seuraa hyperventilaatio. Hyperventilaatiossa kehosta poistuu liikaa hiilidioksidia suhteessa veren happimäärään. Hyperventilaation seurauksena kehossa ilmenee usein pelottavankin tuntuksia oireita, kuten sykkeen nousu, huimausta ja pistelyä eri ruumiinosissa. (Kataja 2003, 55)

Hengityksellä on rytmi, joka rytmittää toimintaamme kuten kävelyä. Hengitysaalto kulkee palleasta vatsan lihasten avulla kohti lantionpohjaa ja kaulan apuhengityslihasten kautta koko kehoon. Vapautunut ja tasainen hengitys antaa sisäelimille jatkuvaa hierontaa ja vaikuttaa perusaineenvaihduntaan. (Herrala ym. 2008, 76 – 77.) Vapautuneen ja tasaisen hengityksen vastakohta on pinnallinen ja jopa katkonainen hengitys. Hengityksen tahti ja apuhengityslihakset työskentelevät voimakkaasti, hengitysliike näkyy voimakkaimmin rintakehän yläosassa ja vatsa ei pullistu sisäänhengityksessä ollenkaan. (Kataja 2003, 54 – 55.)

Ihmisen hengittäessä tiedostamattaan, hengitystä säätelee autonominen hermosto, joka jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen osaan. Sympaattista hermostoa aktivoivat stressi, pelko, ahdistus ja vaaratilanteet. Parasympaattista hermostoa aktivoivat uni, rentoutuminen ja turvallisuuden tunne. Ihmisen joutuessa uhkaavaan tilanteeseen taistele tai pakene reaktio aktivoi sympaattisen hermoston toimimaan. Keuh-

koputket laajenevat, pulssi kiihtyy ja sydämen iskuvoima suurenee, samaan aikaan verenvirtaus sisäelimiin hidastuu ja verenpaine kohoaa. Parasympaattisen hermoston vaikutus taas on päinvastainen. Näiden kahden hermoston osan tulisi toimia tasapainossa. (Herrala ym. 2008, 76 – 77.)

Epätasapainoisen hengityksen voi aiheuttaa uhan tunne ja pelko. Uhka, ahdistuneisuus ja pelko ovat taistele tai pakene -reaktion aiheuttamia tunnereaktioita. Parasensiapu ahdistavien tunnereaktioiden taltuttamiselle on rauhallinen hengittäminen. (Martin & Seppä 2011,25.)

Taistele tai pakene -reaktio on ollut elinehto ihmisen selviämiseksi, joka auttaa ihmistä toimimaan nopeasti vaaratilanteessa. Reaktio muuttuu haitalliseksi, kun ihminen kokee jatkuvasti olevansa uhattuna (esim. huono työilmapiiri) ja saatamme tiedostamatta reagoida toisen ihmisen antamaan huonoon kohteluun taistele tai pakene reaktiolla. Kehomme luulee, että taistele tai pakene reaktiosta seuraa fyysistä ponnistelua ja odottaa lisääntyneitä hapensaantia. Uhkaavaksi koetussa tilanteessa elimistömme ei kuitenkaan kuormitu fyysisesti, johon keho reagoi lopulta supistamalla verisuonia kohottaen verenpainetta. (Herrala ym. 2008, 76 – 77.)

Jatkuva stressi syö ihmisen voimia, jolloin ihminen alkaa kokea uupumusta ja elimistön puolustuskyky sairauksia vastaan alkaa heiketä, lisäksi saattaa ilmaantua suolisto-oireita hidastuneesta sisäelinten verenkierrosta johtuen. Uupumuksen lisääntyessä alamme helposti ponnistelemaan vain kovemmin ja stressi lisääntyy, mikä synnyttää noidankehän, vaikka uupumus on kehon viesti levon tarpeesta. (Herrala ym. 2008, 76 – 77.)

Pitkäkestoinen stressi voi aiheuttaa myös pitkäkestoisen hyperventilaation, kemiallisesti tämä näkyy hermosolujen lisääntyneenä emäksisyytenä mikä aiheuttaa jännitystä ja hermostuneisuutta. Veren vähäinen hiilidioksidi saa reagoimaan voimakkaasti kuulo- ja valoärsykkeisiin. Aivoverisuonten supistuminen aiheuttaa huimausta, epätoollisia tuntemuksia ja ajan ja paikan tajun hämärtymistä. (Kataja 2003, 56.)

2.2 Kehonkuva

Kehonkuvalla tarkoitetaan tieto- ja tunnepohjaista kokemusta omasta kehosta ja oman kehon suhteesta ulkoiseen maailmaan. Kehonkuvaan sisältyy ruumiinosat ra-

joineen, ulkomuotoineen ja pintoineen. Sen lisäksi kehonkuvaan kuuluu kehon sisä- ja henkilökohtainen tila sekä oma sijainti ympäröivässä tilassa. Jos ihmisen kehonkuva on epäselvä, se voi näkyä fyysisesti yleisesti liikkumisessa ja asennossa, kävelyssä ja liikkeiden rytmissä sekä tasapainossa ja omien rajojen tiedostamisessa. Psykkiset tunnekokemukset, kuten epävarmuus, ahdistus ja pelko voivat johtaa kehon kestojännityksiin, yksittäisen lihaksen kipeytymiseen ja erilaisiin epämääräisiin kipuihin eripuolilla kehoa. Ruumis siis muistaa ja ajattelee sekä kertoo asioita äänettömästi. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 103.)

Oman kehon rajojen eriytyminen, selkiytyminen ja eheytyminen ovat oman identiteetin syntymisen perusedellytykset. Kehon rajan kokeminen voi tuntua kokonaiselta ja ehjältä tai osittaiselta ja hauraalta. Tämän ihorajan lisäksi ihmisellä on henkilökohtaista reviiiriä koskeva raja. Henkilökohtainen tila kertoo välimatkasta, jonka ihminen haluaa säilyttää, pitäen näin toiset ihmiset minuutensa ulkopuolella. Oman kehon raja erottaa sisäpuolisen minän ulkopuolisesta minästä, sekä erottaa minän toisesta ihmisestä. (Herrala ym. 2008, 103 -104.)

2.3 Tietoisuus

Tietoisuus on edellytys kaikelle mitä teemme. Tietoisuus sisältää ja yhdistää kaikkia tietoisuuden tasoja. Kehon viestien kautta koetaan ja kommunikoidaan ulkomaailman kanssa. Tietoisuus sekä ottaa vastaan että antaa tietoa ja koordinoi sisäiset tuntemukset ja ulkoiset ärsykkeet. Ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon ja kehon muistamat tuntemukset vaikuttavat tunteisiin ja ajatuksiin. Keho on osa persoonaamme aivan kuten tietoisuuskin. Kehossa on paikka myös tunteillemme. (Roxendal & Winberg 2002, 41, 52.)

Tietoisuuden kautta koemme itsemme ja maailman. Tietoisuus on sekä kokemisen kykyä eli ihminen voi ottaa vastaan erilaisia tuntemuksia ja tuntea erilaisia tunteita, että myös pohdinnan kykyä, mikä tarkoittaa sitä, että ihminen voi havaita tunteiden ja tuntemusten aiheuttamia kokemuksia ja käsitellä niitä. Kokemisen ja pohdinnan kautta ihminen voi luoda sisäisen maailman ja minäkuvan. Sisäisen maailman ja minäkuvan luominen mahdollistaa sen, että ihmiselle voidaan esittää kysymyksiä tulevaisuudesta ja kuinka omalla toiminnalla voi vaikuttaa tulevaisuuteen. Tämä kyky on ainutlaatuinen ihmiselle. (Roxendal & Winberg 2002, 40-41.)

Ihmisen terve sisin, persoonallisuuden ydin, voidaan kuvata tähtenä. Tähteä ympäröivän kehän sisälle mahtuu persoonallisuuden ytimen lisäksi esitietoisuus ja tietoisuus. Ympäristö on osa tätä kokonaisuutta jääden kehon ääri rajojen tavoin kehän ulkopuolelle. Tähteä, tervettä sisintä, voi alkaa ympäröidä ”solmuja”, jotka estävät pääsyn persoonallisuuden ytimeen ja todelliseen itsensä ilmaisemiseen. Solmujen syntymiseen voi liittyä sekä fyysisiä että henkisiä tapahtumia ja solmuja voi olla eri tasoilla tietoisuutta. Solmun aiheuttava tapahtuma voi tapahtua hyvin nuorenakin, jopa ennen kuin yksilö osaa puhua. Tapahtuman ei tarvitse olla lapseen kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa vaan saattaa riittää lapsen kokemus siitä, että häntä ei ole riittävästi nähty ja kunnioitettu omana yksilönään. (Roxendal & Winberg 2002, 40.)

2.4 Voimaantuminen

Ihmisen voimaantuessa itsetunto paranee ja ihmisellä on kyky asettaa päämääriä ja löytää keinoja niihin pyrkimiseen. Voimaantumisessa on kyse myös oman elämän ja muutosprosessin hallinnan tunteesta. Voimaantuessa ihmisen vastaanottaminen, tiedostaminen ja sekä persoonallinen että sosiaalinen voima kehittyy. Masennusta edeltää usein voimattomuuden kokemus. Voimattomuuden kokemukseen liittyy itsensä syytteleminen, kovettaminen, luopuminen, vähätteleminen, taantuminen ja sopeutuminen. Näillä keinoilla ihminen pyrkii hallitsemaan omaa tilannettaan, joka taas johtaa yhä syvempään voimattomuuteen. (Iija 2009, 105, 107, 110.)

Mielenterveystyö on perinteisesti ollut yksilöorientoitunutta ja ajallisesti hyvin rajattua. Pahimmillaan tämä on voinut johtaa riippuvuuteen mielenterveystahosta ja potilaan roolin omaksumiseen. Voimaannuttavassa mallissa pyritään siihen, että ihmiset koki-sivat persoonallisen kasvun, jossa oman aseman ja ympäröivän yhteiskunnan tiedos-taminen lisääntyisi. (Iija 2009, 117.)

Ryhmäterapia luo mahdollisuuden voimaantumiseen sosiaalista yhteenkuuluvuutta vahvistamalla, jolloin potilaat voivat osallistua myös muihin vastaavien ryhmien toi-mintaan. Voimaantumisella tarkoitetaan yksilön sisäisen elämänhallinnan kasvua, jossa yksilö ottaa vastuuta omasta elämästä ja kehityksestä. Ryhmän jäsenenä yksi-lön kasvun prosessia, voimaantumista, tukee kokemusten jakaminen. (Iija 2009, 106, 117.)

Brasiliassa tehdyssä tutkimuksessa ohjattiin kognitiivis-behavioristista psykoterapiaa saattohoitovaiheen munuaissairaille potilaille, jotka kärsivät vakavasta masennukses-

ta. Tutkimusmittarina käytettiin Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) -haastattelua. Satunnaisesti valituille 41 tutkimushenkilölle ohjattiin psykologin ohjaama ryhmäterapiaa 12 kertaa viikossa yli kolmen kuukauden ajan ja 44 henkilön vertaisryhmä sai dialyysiosastolla tavanomaista hoitoa. Molemmille ryhmille teetettiin Beckin masennustesti, MINI-testi ja Kidney Disease and Quality of Life-Short Form kysely tutkimuksen päätyttyä ja yhdeksän kuukauden seurannan jälkeen. Tutkimusryhmäläisten tulokset paranivat huomattavasti kontrolliryhmään verrattuna kaikilla kolmella mittarilla mitattuina. Johtopäätöksenä tutkijat pitivät kognitiivis-behavioristista ryhmäterapiaa vaikuttavana hoitokeinona masennukseen kroonisesta munuaissairaudesta kärsiville potilaille. (Duarte, Miyazaki, Blay & Sesso 2009, 414-421)

3 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN MENETELMIÄ

3.1 Roxendalin kehoterapia (The Body Awareness Therapy)

Roxendalin kehotietoisuutta lisäävällä terapialla vaikutetaan ryhtiin, liikkeisiin ja lihasten jännitykseen. Ryhtiä, liikettä ja lihasten jännitystä tiedostamalla voidaan vaikuttaa kehon hallintaan ja eheyttää kehonkuvaa. Roxendal painottaa menetelmässään kehon suhdetta alustaan, keskilinjaan, kehon liikekeskukseen, hengitykseen, liikevirtaukseen ja läsnäoloon, jotka vaikuttavat myös kehon rajojen hahmottumiseen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 269 – 270.)

Kehon suhteella alustaan tarkoitetaan suhdetta tukipintaan eri asennoissa. Pysty-, makuu- ja istuma-asennon lisäksi tarkastellaan suhdetta tukipintaan kävellessä. Rentoutunut ihminen seisoo koko jalkapohjalla paino tasaisesti alustaan jakautuneena, jalat toisistaan erillään. (Talvitie ym. 2006, 270.)

Tasapainoisessa asennossa keskilinja eli ”luotisuora” on optimaalinen ja lihaskuormitus on mahdollisimman vähäinen. Poikkeamat optimaalisesta keskilinjasta aiheuttavat nivelten virheellistä kuormitusta, lihaskäntäjänsiä, kipuja ja ongelmia tasapainossa. (Talvitie ym. 2006, 270.)

Kehon liikekeskuksella tarkoitetaan Roxendalin mukaan sitä kohtaa, jossa pallealihas kiinnittyy selkärankaan. Liikekeskus on merkityksellinen vartalon kierroissa, nostoissa ja yläraajojen liikkeissä. (Talvitie ym. 2006, 270.)

Roxendalin kehoterapiassa, psykodynaamisessa ja psykomotorisessa terapiassa korostetaan pallean toiminnan merkitystä koko kehon toiminnalle. Pallean toiminta luo edellytyksen toimivalle hengitykselle ja toimiva hengitys puolestaan kuvastaa kehon ja mielen välistä eheyttä. (Talvitie ym. 2006, 271 – 272.)

3.2 Norjalainen psykomotorinen fysioterapia

Norjalaisen psykomotorinen fysioterapia pohjautuu William Reichin ajatukseen, että lihaskäntäjänsiä ovat ihmisen tapa tukahduttaa tunteitaan (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 273). Belgiassa psykomotorinen terapia on laajasti käytössä psykiatri-

sissa sairaaloissa, kehitysvammaisten ja kehitysviiveisten lasten sairaaloissa ja hoitoyksiköissä. Potilaille tehdään sairaalaan tulovaiheessa fyysisen kunnan kartoitus, jonka pohjalta laaditaan kunto-ohjelma. Tällä tavoin potilas tulee huomioituna psykososiaalisesti ruumiillisena olentona. (Svennevig 2005, 101.)

Psykomotorisen ajattelun mukaan ihminen on toiminnallinen kokonaisuus. Kehon asento vaikuttaa ihmisen hengitykseen. (Monsen 1992,10.) Tarkasteltaessa ihmistä psykomotorisen ajattelun näkökulmasta hengitys on kanava tunteiden ilmaisuun. Hengitys voi pidäytyä ja vapauttamalla hengitys voidaan vapauttaa myös tunteita. (Talvitie ym. 2006, 273.)

Tasapaino ja hyvin ojentunut keho ovat merkki terveestä ihmisestä. Terve ihminen kykenee myös ilmaisemaan tunteitaan. Tasapainottamalla lihaskäynnitystä pyritään vaikuttamaan ryhtiin. Tunneperäiset ristiriidat voivat ilmentyä kehossa kipuna, ja ristiriitoja läpikäydessä kivut voivat purkautua tunnereaktiona esim. itkuna. (Talvitie ym. 2006, 273.)

Psykomotorisessa ajattelussa ihmisen vartalon asennon muutos tapahtuu sisältäpäin. Pääperiaatteita terapiassa ovat eteneminen alhaalta ylöspäin. Tasapainoinen seisoma-asento on perusta vapaalle toiminnalle. Terapiassa vaikutetaan koko kehon lihaskäynnitykseen ja tasapainoon, sillä kaikki kehon osat vaikuttavat toisiinsa. Menetelminä psykomotorisessa fysioterapiassa käytetään hengitysharjoittelua, hierontaa ja aktiivisia sekä passiivisia liikkeitä. (Talvitie ym. 2006, 274.)

3.3 Psykodynaaminen fysioterapia

Psykodynaamisen fysioterapian perusajatus on, että potilas tiedostaisi ja sisäistäisi kehossa heijastuvien elämysten aiheuttamat ristiriidat ja ratkaisuyritykset. Psykodynaamisen fysioterapian menetelmät ovat hyvin samantapaisia kuin norjalaisessa psykomotorisessa fysioterapiassa, mutta myös muita asentoon, lihaskireyksiin ja hengitykseen vaikuttavia menetelmiä on mahdollista käyttää. Psykodynaamisessa fysioterapiassa keskeistä on tulkita potilaan fyysisiä reaktioita. (Talvitie ym. 2006, 475-476.)

Psykodynaaminen fysioterapia jakautuu fyysiseen ja psykoterapeuttiseen interventiioon. Fysioterapeutti estoitta tulkitsee potilaan fyysisiä reaktioita ja eläytyy empaattisesti auttaakseen potilasta huomaamaan hoidon aktivoimat elämykset. Potilaan ja

fysioterapeutin välillä ei siis ole pelkästään keskustelua vaan huomio kiinnittyy suoraan potilaan ilmaisuihin ja kokemukseen. (Monsen 1992, 10, 50 – 52.)

3.4 Rentoutuminen psykofyysisessä fysioterapiassa

Rentoutumisella on tutkimusten mukaan paljon psykofysiologisia vaikutuksia ihmisen mieleen ja kehoon. Rentoutus vaikuttaa mm. hengitystiheyden ja sydämen lyöntitiheyden vähenemiseen, verenpaineen alenemiseen, keskittymisen ja itsetuntemuksen paranemiseen ja voimavarojen lisääntymiseen. (Kataja 2003, 27 – 28.)

Rentoutumisen tavoitteena on löytää eri tilanteissa mielen ja ruumiin tasapaino. Rentoutuessa haetaan fyysistä ja psyykkistä vapautumista jännityksistä. Rentoutumisella voidaan vaikuttaa myös kipujen helpottamiseen ja jännityksen ja stressin vaimenemiseen. (Herrala ym. 2008, 169,171.)

Rentoutuminen on ruumiillinen ja psyykkinen kokemus. Rentoutumisen aikana korostuu oikean aivopuoliskon toiminta, joka mahdollistaa uusien näkökulmien avautumisen. Tajunnan tilan muuttuessa saavutetaan aivojen tietynlainen vireystila, jolloin tiedostamaton eli alitajunta tulee aktiiviseksi. Voimavarat, viisautta ja muistot ovat alitajunnassa. Rentoutuessa saamme nämä alitajunnan voimavarat käyttöömmek. (Judén 2005, 115.)

Rentoutusmenetelmät voidaan jakaa aktiivisiin ja rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiin. Aktiivisista menetelmistä Jakobssonin jännittä - rentouta -menetelmä on tunnetuin. Menetelmä perustuu jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen välisen eron aistimiseen. Hengityksen harjoittelusta on tullut yksi olennainen osa aktiivisia rentoutusmenetelmiä, joskin oikeanlainen hengitys yhdistää kaikkia rentoutusmenetelmiä. Rauhoittumismenetelmässä joko hiljennytään omaan sisäiseen maailmaan tai annetaan erilaisia ärsykeitä ihmisen tunnealueiden ja mielikuvakeskuksen aktivoimiseksi. Suggestiomenetelmistä käytetyin on Schultzin menetelmä, jossa lihasryhmiin haetaan tuntemuksia aistimalla lihaksia painon, lämmön tai rentouden tunteen kautta. (Kataja 2003, 52 – 53.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (n=15) oli todettu rentoutuksen vähentäneen masentuneisuutta verrattessa harjoittelemattomien vertailuryhmään. Rentoutuksen positiiviset vaikutuksen näkyivät sekä lyhyen että pitkän aikavälin seurannassa.

Pitkällä aikavälillä rentoutus- ja vertailuryhmällä ei kuitenkaan ollut merkittävää eroa mitattaessa masentuneisuutta. Katsaus osoitti, että rentoutuminen vähentää masentuneisuutta, mutta ei kuitenkaan ole yhtä tehokas kuin psykologinen hoito. Paras tulos masennuksen hoidossa kuitenkin saataisiin yhdistämällä sekä psykologinen hoito että rentoutuminen. Rentoutumista voitaisiin käyttää ensisijaisena hoitomuotona ja niille, jotka eivät rentoutusharjoittelusta hyödy annettaisiin psykologista hoitoa. (Karppi 2009,10-11)

3.5 Kehomeditaation kautta yhteys kehon tuntemuksiin

Kehomeditaatiossa uudistetaan yhteyttä omaan kehoon, jolla on tärkeä rooli tunteiden kokemisessa ja ilmaisemisessa. Koko keho käydään yksityiskohtaisesti ajatuksella läpi, jolloin kehitämme keskittymiskykyä sekä sujuvaa huomiokyvyn muuttamista kohteesta toiseen. Kehomeditaation tavoitteena on oppia vapautumaan ahdistuksesta hyväksymällä oman kehon tuntemukset sellaisina kuin ne ovat. (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn 2009, 144-145.)

Kehomeditaatiossa kiinnitetään huomio kehon eri osiin, tunnetaan aistimuksia sekä keskitytään hengitykseen. Kehomeditaatiossa aloitetaan huomion keskittäminen vasemman jalan varpaista edeten ylöspäin lantion kautta oikean jalan varpasiin ja sieltä lantion kautta kehon osa kerrallaan päätyen päälakeen. Päädyimme hengittämään kuvitellun päälakeen aukon läpi ja hengitys virtaa kehon lävitse päälakeesta sisään, varpaista ulos, varpaista sisään ja päälakeesta ulos. Kehomeditaation lopuksi keskitytään olemaan hiljaisuudessa ja tietoisuudessa. Saattaa tuntua, että keho on muuttunut näkymättömäksi tai kadonnut ja jäljelle on jäänyt kehon rajojen läpi virtaava hengitys. Kun olo tuntuu valmiille, palataan takaisin kehon tietoisuuteen ja aistimaan keho kokonaisuutena ja kiinteänä. (Kabat-Zinn 2007, 119-120.)

Kehomeditaation tarkoituksena on tuntee jokainen kehon alue, jossa huomio pysyy kiinteästi mielen avulla. Sisäänhengitys suunnataan tiettyyn kehonosaan ja uloshengityksellä pois kehonosasta. Tämä tehdään muutaman kerran, jonka jälkeen mieli päästää siitä irti ja huomio kiinnittyy toiseen kohtaan. Meditointia helpottaa, jos voi kuvitella, että kehossa olevat jännitykset ja väsymyksen tunteet virtaavat ulos uloshengityksen aikana. Jokaisella sisäänhengityksellä taasen hengitetään elinvoimaa ja energiaa, jolloin rentoutuu. (Kabat-Zinn 2007, 120.)

Kehomeditaatio on ensimmäinen hyväksyvän ja tietoisien läsnäolon harjoitus. Yhdessä hengittämisen huomioinnin kanssa se luo pohjaa muille meditaatiomenetelmille. Selinmakuulla silmät suljettuina on aluksi helpompi saavuttaa syvä rentoutuminen kuin esimerkiksi istuen. Kehomeditaation kautta voi löytää kehon osan, jota ei ole koskaan aikaisemmin tuntenut tai ajatellut sekä huomata, että kehosta saadut tunteet eivät välttämättä ole samanlaisia joka kerta. Olo voi olla paljon rentoutuneempi ja kotoisampi omassa kehossa. (Kabat-Zinn 2007, 120,121,129.)

3.6 Tietoisien läsnäolon harjoittelu

Tietoista läsnäoloa on harjoitettua buddhalaisissa yhteyksissä yli 2500 vuotta, mutta se tuli osaksi länsimaista lääketiedettä vasta professori Jon Kabat-Zinn myötä. Professori Jon Kabat-Zinn on Massachusetsin yliopistollisen sairaalan stressiklinikan perustaja. Klinikalla hoidetaan pitkäaikaissairaita, kroonisia kipupotilaita ja esim. AIDS ja syöpäpotilaita kaksiviikkoisilla kuntoutuskursseilla. Kursseilla ei pyritä korvaamaan lääketieteellistä hoitoa, vaan tarkoituksena on opettaa potilaille hyväksyvää tietoista läsnäoloa. Kabat-Zinnin opetukset perustuvat lääketieteellisiin tutkimuksiin ja kokemuksiin stressiklinikan potilaista yli kolmenkymmenen vuoden ajalta. (Kabat-Zinn 2007, 21-35.)

Tietoisessa läsnäolossa uskotaan, että tunteet, tapamme ajatella ja käyttäytyä vaikuttavat fyysiseen hyvinvointiimme ja sairauksista paranemiseen. Tietoinen läsnäolo sisältää konkreettisia harjoitteita, joissa kiinnitetään huomio asioihin, jotka yleensä teemme konemaisesti ajatellen samalla jotain muuta esimerkiksi hampaiden pesu. (Kabat-Zinn, 2007, 25) Tunnetuin tietoisien läsnäolon harjoitus on rusinan syönti tietoisesti, jossa ihmiselle jaetaan kolme rusinaa ja ohjeistetaan kiinnittämään kaiken huomionsa siihen kuinka tulee rusinan syömään. Rusinaa tulee tarkastella kuin olisi tullut vieraalta planeetalta ja rusina on ennennäkemätön asia. Ensin rusinaa tarkastellaan ja tunnustellaan sormilla ja katseella, minkä värinen ja muotoinen rusina on? Samalla ohjeistetaan huomiomaan mitä ajatuksia mieli alkaa tuottaa ruokaan ja rusinaan liittyen. Ohjeistus on huomioida kaikki rusinan herättämät ajatukset, tärkeää ei ole ovatko ajatukset positiivisia vai negatiivisia, vaan oleellista on huomioida kuinka ajatuksia tulee ja menee. Seuraavaksi on hajuaistin vuoro rusinan tutkimisessa, jonka jälkeen ohjeistetaan alkamaan tietoisesti asettaa rusinaa huulille, tässä vaiheessa tulee kiinnittää huomiota mihin asentoon kätesi asettuu, kun viet rusinan huulille. Ihmistä ohjeistetaan kiinnittämään huomiota milloin sylkeä alkaa erittyä, kun keho ja mieli alkavat valmistautua syömiseen. Rusinaa ei purra heti, vaan puremisenkin voi

tehdä tietoisesti miettimällä kuinka asetat rusinan hampaiden väliin ennen puraisua. Rusinaa puraistessa kiinnitetään huomio siihen, mitä kaikkia makuja suuhun tulee. Nielaisemisvaiheessa yritetään kiinnittää huomio siihen kuinka nielemisrefleksi tapahtuu, rusinan syötyä voi vielä miettiä tuntuuko keho rusinan verran painavammalta. Monille ihmisille syöminen on tapa purkaa omaa pahaa oloa, joka voi johtaa hallitsemattomaan ja epäterveelliseen ruokavalioon. Harjoituksen tarkoitus on osoittaa, kuinka pienistä asioista ihminen voi saada tyydytyksen ja hallinnan tunteen. (Kabat-Zinn 2007, 61-62.)

Konkreettisten harjoitusten lisäksi tietoinen läsnäolo on ideologia. Tietoisessa läsnäolossa opetetaan, ettei ihminen pysty kontrolloimaan kaikkea, mitä elämässä tulee tapahtumaan, sen sijaan tulee opetella kohtaamaan ja käsittelemään elämässä eteen tulevia hyviä aikoja ja vaikeita aikoja. (Kabat-Zinn 2007, 25.)

Yksi suurimmista tekijöistä haitallisen stressin synnylle on halu yrittää hallita elämäämme (Kabat-Zinn 2007, 25). Ihminen, joka tiedostaa olevansa stressaantunut saattaa alkaa kaikin keinoin ponnistella päästäkseen stressin tunteesta eroon, mutta yleensä kamppailu vain pahentaa tilannetta (Pietikäinen 2009, 55). Ponnistelulla tarkoitetaan esimerkiksi yritystä olla ajattelematta jotain ikävää asiaa, mitä enemmän yrität työntää ajatusta pois mielestäsi, sitä sitkeämmin se mieltäsi valtaa. Hyvä esimerkki tästä on harjoitus jossa ohjataan ihmistä laittamaan silmät kiinni ja ohjeistetaan: ”yritä olla ajattelematta vaaleanpunaista elefanttia”. Harjoitus opettaa kuinka mahdotonta on yrittää hallita ajatuksia. (Pietikäinen 2009, 255.)

Tietoinen läsnäolo opettaa tunnistamaan stressaavia ajatuksia ja tarkastelemaan niitä lempeästi. Ajatusta voi lähestyä monesta eri näkökulmasta, esimerkiksi ajatukset ovat vain mieleemme tuotosta, eikä niitä tarvitse uskoa. Toinen tapa lähestyä ajatusta on miettiä, mitä hyötyä kyseisestä ajatuksesta ja sen mukaan toimimisesta on. Ajatusten kohtaamiskeinoja on useita, mutta ne kaikki auttavat kohti samaa stressistä irtautumisen päämäärää. Ihmisen tulisi ensin miettiä, mitkä ovat hänelle kaikista tärkeimmät arvot elämässä ja toimia niiden mukaan, eikä poukkoilla eri suuntiin ajatusten ohjailemana. (Pietikäinen 2009, 116-120.)

Journal of Consulting and Clinical Psychology lehdessä julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin uudelleen masentuneiden potilaiden hoitoa mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), eli tietoiseen läsnäoloon perustuvan kognitiivisen psykoterapian avulla. Satunnaisesti valittu tutkimusryhmä sai perinteisen hoidon lisäksi MBCT-hoitoa, kun

taas kontrolliryhmä sai pelkästään perinteistä hoitoa. Tutkimustulosten perusteella MBCT ennaltaehkäisi masennusjakson uusiutumista 78%:sta 36%:n 55 tutkitulla potilaalla, joilla oli ennestään kolme tai useampi masennusjakso koettuna. 18 potilaalla, joilla oli kaksi aiempaa masennusjaksoa uusiutumisprosentti putosi 20%:sta 50%:n. MBCT oli kaikista tehokkain ehkäisemään masennusjakson uusiutumista tapauksissa, jotka eivät aiheutuneet radikaaleista elämäntapahtumista. Tutkittavilla joilla oli kaksi masennusjaksoa takanaan masennuksen syyt liittyivät radikaaleihin elämäntapahtumiin, lisäksi heillä oli vähemmän lapsuuden vastoinkäymisiä ja masennusoireet olivat alkaneet vanhemmalla iällä kuin useamman masennusjakson kokeneilla tutkittavilla. Tutkimuksessa erottui kaksi ryhmää, joiden masennuksen taustat olivat erilaiset, joka selittää tutkimustulosten eroavaisuutta. Tutkimuksen perusteella MBCT on tehokas hoitokeino ehkäisemään sairauden uusiutumista masennuksesta toipuneilla potilailla, joilla on takanaan kolme tai useampi masennusjakso. (Ma, Teasdale & John 2004, 31-40.)

4 MASENNUS

Masennustila on oireyhtymä. (Käypähoito 2010) Sairastuminen masennukseen on periytyvää. Alttiuteen vaikuttavat nykytietämyksen mukaan yhdessä geenit sekä ympäristötekijät. Uudessa tutkimustiedossa ihmisen altistuttua stressaaville elämäntapahtumille, tällöin vasta perintötekijät muuttuvat merkityksellisiksi. Toiset eivät siis sairastu vaikeissakaan elämäntilanteissa, jos perintötekijät ovat suotuisia ja toiset selviävät sairastumatta suotuisissa elämänolosuhteissa, vaikka heillä olisi perinnöllinen riski depression. (Lilly 2011.)

Aivokuvissa on havaittu, että masentuneilla aivojen rakenne on yleensä normaali, mutta pieniä poikkeavuuksia saattaa esiintyä. Masennuksessa todettu löydös on tilavuuden pienentyminen hippokampuksessa, etenkin vaikeaa ja toistuvaa masennusta sairastaneilla. Ajatellaan, että pitkäaikainen stressi ja stressihormonipitoisuudet eli kortisoli voivat vaurioittaa hippokampusta. Aivoja suojaavat todennäköisesti masennuksen hyvä hoito sekä stressin välttäminen. (Lilly 2011.)

Masennuksessa aivokuoren aineenvaihdunta on vaimentunut ja limbisen- eli tunne-elämän järjestelmän aineenvaihdunta on vilkastunut. Tunne-elämän kannalta keskeisen aivoalueen kiihtynyt toiminta ei siis pysy sen säätelystä vastaavan aivoalueen kontrollissa. Toiminnallisissa muutoksissa on kuitenkin huomattavaa yksilöllistä vaihtelua. Todennäköisesti oleellisempaa on aivoalueiden muodostaman verkoston yhteyksien eheys sekä verkoston kokonaistila. Normaalisti hermokasvutekijät pitävät yllä ja lisäävät hermosolujen välisiä yhteyksiä. Masennuksen hermoverkkoteorian mukaan masennus syntyy, kun nämä mielialan säätelyyn osallistuvat hermoverkot vähenevät ja lamaantuvat stressin seurauksena. Masennus pienentää hermokasvutekijöiden aktiivisuutta erityisesti aivojen hippokampuksessa, jolloin viestintä heikkenee hermosolujen välillä. Hermoverkkoteoriaan liittyy kuitenkin vielä avoimia kysymyksiä, koska sen suora todentaminen on ihmisillä vaikeaa ja se perustuu pääosin koe-eläinmalleihin. (Lilly 2011.)

Masennus voidaan tulkita myös psykodynaamisesta näkökulmasta, niin että masennus on sisäänpäin kääntynyttä vihaa. Persoonallisuuden kehitys ja ego ovat vääristyneet ja seurauksena on masennus. Lapsuudessa ja myöhemmällä iällä koetut menetykset ja surut voivat laukaista depression. (Lepola ym. 2005, 62-63.)

Elämäntilanne voi vaikuttaa masennuksen syntyyn perinnöllisten tekijöiden lisäksi. Esimerkiksi jos henkilö kokee jatkuvia menetyksiä, voi tapahtumaketju laukaista masennuksen. Synnytyksen jälkeistä masennusta on todettu olevan noin 10 prosentilla äideistä, ja hoitamattomana äidin masennus voi vaikuttaa lapsen kehitykseen. Aikaisemmat elämäkokemukset ovat siis vaikuttavia tekijöitä masennuksen synnyssä. (Lepola ym. 2005, 62-63.)

Masennus kehittyy monelle traumaperäisen stressireaktion kroonisesta muodosta kärsivälle henkilölle (Lepola ym. 2005, 152). Traumaperäinen stressireaktio on yleisesti kaiken ikäisillä esiintyvä mielenterveyden häiriö (Ponteva ym. 2009, 2).

Traumaperäisen stressireaktion oireet jaetaan kolmeen eri ryhmään. Ensimmäinen ja yleisin oire on trauman uudelleen eläminen ja painajaiset. Potilas saattaa ajatella traumaattista tapahtumaa pakonomaisesti. Yleensä kaikki traumaattisesta kokemuksesta muistuttava lisää potilaan ahdistusta, mikä johtaa usein välttämiskäyttäytymiseen. Toinen oireryhmä on traumaattisen kokemuksen ajattelun välttely ja turtuminen. Potilas alkaa välttää kaikkea mikä muistuttaa traumaattisesta kokemuksesta esimerkiksi paikkoja ja ihmisiä vähentääkseen ahdistustaan. Psykkiset välttämisoireet voivat olla kykenemättömyyttä muistaa oleellisia asioita traumaattisesta tapahtumasta. Pahimmillaan tämä johtaa huomattavaan elämän kapeutumiseen ja työkyvyttömyyteen. Potilas voi kokea masennuksen kaltaista yleistä turtumusta ja kiinnostuskyvyn menettämistä. (Löngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 294-295.)

4.1 Masennuksen oireet ja diagnoosi

Masennuksen oirekriteerinä ovat, että masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa ja seuraavista oireista todetaan vähintään kaksi. Suurimman osan aikaa masentunut mieli, mielihyvän tai kiinnostuksen menettäminen asioihin, jotka ovat ennen tuottaneet mielihyvää tai kiinnostaneet, tai voimavarojen vähentyminen tai poikkeuksellinen väsyminen. Seuraavista oireita tulee olla jokin tai joitakin, niin että yhteensä saadaan vähintään neljä oiretta. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon vähentyminen, kohtuuttomat tai perusteettomat itsesyytökset, toistuvat kuolemaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, keskittymisvaikeudet, psykomotoriset muutokset joko kiihtymyksenä tai hidastumisena, unihäiriöt, ruokahalun väheneminen tai lisääntyminen painonmuutoksineen. Masennus jaetaan näin ICD-10:n mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Lievässä masennuksessa oireita on 4-5, keski-

vaikeassa masennuksessa 6-7 ja vaikeassa masennuksessa 8-10 ja oireet: masentunut mieli suurimman osan aikaa, mielihyvän tai kiinnostuksen menettäminen, sekä voimavarojen vähentyminen tai poikkeuksellinen väsymys. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy myös harhaluuloja tai harhaelämyksiä. Masennusta voidaan arvioida myös oiremittareiden avulla, kuten Beckin depressioasteikko tai masennukseen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella.

4.2 Masennuksen esiintyvyys ja hoito

Depressio luetaan kansantauteihin ja depressiota sairastaa joka vuosi noin 5 prosenttia suomalaisista. Masennuksen esiintyvyys naisilla on noin 1.5 – 2 kertaa enemmän kuin miehillä. (Käypä hoito 2010.) Depression seurauksista vakavin on itsemurha. Masentuneista noin joka viides kuolee itsemurhaan. (Lepola ym. 2005, 65.)

Masennusta voidaan hoitaa, kun henkilöllä on oikea diagnoosi. Hoidossa voidaan käyttää psykoterapiaa, tai lääkehoitoa, tai molempia yhtä aikaa. Joskus voidaan käyttää myös sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoa. (Käypähoito 2010.) Masennuslääkkeet lisäävät hermokasvutekijöiden aktiivisuutta aivoissa ja toipumisen ajatellaan tapahtuvan kun hermoverkkojen solujen väliset yhteydet hoidon myötä vahvistuvat ja lisääntyvät harventuneiden ja lamaantuneiden hermoverkkojen sijaan. Hermokasvutekijäpitoisuudet normalisoituvat masennuslääkehoidon aikana. (Lilly 2011.) Depression akuutissa vaiheessa hoidossa pyritään oireettomuuteen, jatkohoidossa tarkoituksena on, että oireet eivät enää palaisi ja ylläpito-hoidon taas, että uusi sairausjakso ei enää puhkeaisi. Masennuspotilaiden on havaittu hyötyvän myös liikunnan harrastamisesta, joten sitä voi suositella osana hoitoa, jos henkilöllä ei ole lääketieteellistä vasta-aihetta. Masentunut henkilö tarvitsee jatkuvaa seuranta hoitomuodosta riippumatta. Näin kartoitetaan henkilön hoitosuunnitelman toteutumista, henkilön tilannetta ja toipumista sekä tuloksellisuutta. (Käypä hoito 2010.)

4.3 Masennuksen aiheuttamat muutokset kehontuntemuksissa

Masennukseen liittyy useasti myös muuttunut käsitys itsestä ja ympäristöstä. Masennus ei ala aina mielialan laskulla, vaan ihmisellä voi olla niin sanottu peitetty masennus, johon kuuluvat epämääräiset kehontuntemukset. Nämä ruumiilliset psykosomaattiset vaivat voivat olla erilaisia kipuja, vatsavaivoja, huimausta ja huonovointisuutta. Lääketieteelliset tutkimukset eivät aina löydä syytä näille oireille. Kipuoireet

voivat liittyä äkilliseen tai pitkäaikaiseen masennukseen ja masennus usein voimistaa kipukokemusta. Kipu voi olla seurausta masennuksesta tai kipu voi myös aiheuttaa masennusta. (Haikonen 2005, 65.)

Masentunut ihminen voi kokea kehonsa painavaksi ja itsensä kelvottomaksi ja rumemmaksi. Masentunut on väsynyt, kokee energianpuutetta ja liikkeet voivat hidastua. Myös eleet ja ilmeet voivat vähentyä, masentunut on usein fyysisesti voimaton ja passiivinen. Masennusta sairastavalla on usein myös jännityksiä niskassa, hartioissa ja selässä. Masennuksen aiheuttamia kehollisia oireita voidaan hoitaa mm. erilaisilla rentoutusmenetelmillä ja venytyksillä. Oman kehon hahmottamista helpottaa rentouden ja jännityksen välisen eron löytäminen. Usein masentuneella henkilöllä fyysinen kunto on huonontunut, joten fyysisten harjoitteiden tekeminen voi olla perusteltua. Itsetunto kohenee, kun kunto paranee. (Talvitie ym.2006, 436-437.)

Tanskassa Aarhusin yliopistollisessa psykiatrisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2006 hoitajaksona tutkimus kehollisista oireista keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa. Tutkimuksessa hyödynnettiin sairaalan viittä eri osastoa, kahta fysioterapian osastoa, psykiatrian osastoa, biologisen psykiatrian instituuttia ja mielialahäiriöiden tutkimusyksikköä. (Nyboe-Jacobsen, Smith-Lassen, Friis, Videbech & Wentzer-Licht 2006, 294-298.)

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata keskivaikean ja vaikean masennuksen aiheuttamia kehollisia oireita. Tutkimusoletus oli että depressiopotilailla on terveeseen kontrolliryhmään verrattuna erilaisia spesifejä kehollisia oireita ja vaivoja, lisäksi oletettiin, että masennuksen voimakkuusaste korreloi oireiden määrään. Tutkimusryhmässä oli 29 henkilöä joilla oli vaikea, tai keskivaikea masennus ja kontrolliryhmässä 29 tervettä henkilöä. Kehon oireita mitattiin Body Awareness Scale (BAS)-mittarilla ja masennuksen vaikeusastetta Hamiltonin Depression Scale (HDS) masennustestillä. Potilaita arvioitiin kahteen otteeseen sairaalaan sisään otettaessa ja uudestaan sairaalasta poistuttaessa. Vakavasti masentuneilla potilailla oli enemmän lihasjännityksiä, kertomuksia kivusta, rajoittunutta hengitystä, negatiivista asennoitumista omaa kehoa kohtaan ja vähemmän vartalon keskilinjan ylittävää liikettä verrattuna kontrolliryhmään. Helpotus kehollisissa oireissa oli merkittävää ja masennustestien pisteet laskivat. Tutkimus alleviivaa kehollisten oireiden tutkimisen merkitystä masennuspotilailla ja kertoo, että vaikeaa- tai keskivaikeaa masennusta sairastavilla potilailla on tarve spesifille fysioterapiahoidomenetelmälle. (Nyboe-Jacobsen ym. 2006, 294-298.)

Japanilaisessa tutkimuksessa etsittiin psykosomaattisen poliklinikkapotilaiden somaattisen oireiden ja vakavan masennuksen yhteyttä. Tutkimukseen osallistui 2215 potilasta, joilla oli sekä mielen, että kehon oireita. 91:llä tutkittavista oli diagnosoitu vakava masennus, heillä esiintyi eniten uupumusta, unettomuutta, pahoinvointia, selkkipuja ja psykososiaalista stressiä, lisäksi heidän psykososiaalinen toimintakykynsä oli huonompi kuin muiden tutkimusryhmäläisten, joiden masennusoireet olivat lievempiä. Tutkimustulosten perusteella psykosomaattisista oireista kärsivillä potilailla masennusoireiden voimistuessa, myös somaattinen oireilu lisääntyy. (Nakao, Yamanaka & Kuboki 2001, 230-235.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössä tehtyä tutkimusta ohjasi laatimamme tutkimusasetelma (Kuvio 1), josta käy ilmi tutkimuksen tavoite, tarkoitus, menetelmät ja tutkimuskysymykset. Kaaviona laadittu tutkimusasetelma ohjasi viitekehyksenä opinnäytetyön tutkimuksen toteuttamista ja helpotti tavoitteiden toteutumisen seuraamista. Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää millaisia kehotietoisuuskokemuksia masennuspotilaat saivat psykofyysisestä fysioterapiasta, kokivatko masennuspotilaat hyötynensä harjoitteista ja kokivatko he voivansa hyödyntää harjoitteita omassa arjessaan.



Kuvio 1. Opinnäytetyötä ohjannut tutkimusasetelma

Opinnäytetyötä voivat hyödyntää sekä mielenterveyspotilaiden kanssa toimivat fysioterapeutit että muiden asiakasryhmien kanssa toimivat fysioterapeutit omassa työssään. Myös muut mielenterveysalalla toimivat terveydenhuollon työntekijät voivat hyödyntää opinnäytetyössä tuotua tietämystä osana työtään.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä ja tiedonkeruu

Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan ilmiötä tai tapahtumaa pyrkimättä tilastollisiin yleistyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.) Laadullista tutkimusta on tästä syystä kritisoitu vähemmän tieteelliseksi, koska se ei anna empiirisiä tuloksia. Tätä voi puolustaa sillä, että aina tutkimusta tehdessä ollaan kiinnostuneita hyvistä tutkimuskäytännöistä, eettisyydestä ja luotettavuudesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.)

Laadullisessa tutkimuksessa teorian tiedon merkitys on välttämätön, teorian avulla kuvataan tutkimusilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma käsitys ilmiöstä ja se mitä merkityksiä tutkija haluaa ilmiölle antaa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, ei siis ole olemassa puhtaasti objektiivista laadullista tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 18-19.)

Laadullisen terveystutkimuksen lähtökohtana on induktiivisuus, eli pyritään tekemään kootusta tutkimusaineistosta yksittäisiä havaintoja, jotka yhdistetään kokonaisuudeksi. Vaikka laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luonne saattaa elää prosessin aikana, on tärkeää tietää varhaisessa vaiheessa mitä tutkii, jotta pystyy keräämään riittävästi teorian tietoa tutkimusilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

Tutkijan tavoitteena on ymmärtää tutkimushenkilöiden näkökulma tutkimusilmiöstä. Tutkija yrittää selvittää kuinka tutkimukseen osallistuneet henkilöt kokevat tutkimusilmiön, siksi on tärkeää panostaa aineiston laatuun eikä määrään. Tutkimukseen tulee valita osallistujat tarkoituksen mukaisesti, niin että heillä on tarvittavaa kokemusta tutkimusilmiöstä ja saadaan kerättyä rikas aineisto esimerkiksi haastattelun avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 26-27.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa vaikuttavuuden mittaamisessa henkilön oma kokemus ja kuvailu omista kokemuksistaan ovat tärkeässä asemassa ja näin ollen laadullinen tutkimus oli kaikkein sopivin tutkimusmuoto opinnäytetyöhön.

Tutkimuksen tiedonkeruussa on tärkeää perehtyä eri terveysalan tietokantoihin ja niiden hakuohjeisiin. Hyvä tapa aloittaa tiedonkeruu on ensin pohtia tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 48.) Esimerkiksi meidän työssämme puhutaanko masennuksesta vai depressiosta, kuinka keskivaikea masennus erotetaan vaikeasta, tai lievästä masennuksesta?

6.2 Tutkimuksen kohderyhmän valinta

Tutkimuksen kohderyhmä valittiin yhteistyössä toimeksiantajan eli Kuopion psykiatrian keskuksen kanssa. Kohderyhmäksi muotoutuivat potilaat, joilla oli diagnosoitu keskivaikea depressio. Kuopion psykiatrian keskuksen henkilökunta suositteli ryhmää sopiviksi katsomilleen potilaille tekemämme ilmoituksen avulla (Liite 1). Ryhmään soveltuvien potilaiden elämäntilanne tuli olla sellainen, että heidän voimavaransa riittivät ryhmään osallistumiseen. Potilas itse teki kuitenkin päätöksen halusiko hakea ryhmään.

Ryhmään ilmoittautuminen tapahtui potilaan omasta tahdosta ja ryhmäläiset ilmoittautuivat Kuopion Psykiatrian keskuksen omahoitajille tekemällämme kyselylomakkeella (Liite 2). Omahoitajat palauttivat potilaiden ilmoittautumiset kootusti osastonhoitajalle. Ryhmään ilmoittautui yhteensä yksitoista potilasta.

Otimme yhteyttä kaikkiin ilmoittautuneisiin potilaisiin puhelimitse ja tarjosimme mahdollisuuden yksilölliseen alkuhaastatteluun. Alkuhaastattelussa saimme tavata potilaat ennen ryhmän alkamista ja ensimmäinen vuorovaikutus puolin ja toisin pääsi syntymään. Ryhmään ilmoittautuneista yhdestätoista potilaasta seitsemän saapui ennalta sovittuun yksilölliseen alkuhaastatteluun. Yksilöllisessä alkuhaastattelussa kartoitimme potilaan voimavaroja haastatteleamalla ja tutkimalla potilaan Comprehensive Body Examination (CBE) – testistön hengitystä ja liikkuvuutta käsittelevillä osioilla (Liite 3). Alkuhaastattelun lopuksi annoimme potilaille kyselylomakkeen (Liite 4), jolla kartoitimme potilaan sen hetkisestä elämäntilannetta ja toisaalta saimme potilaat pohtimaan omaa elämäntilannettaan.

6.3 Tutkimusintervention toteutus

Tutkimuksen interventiona toteutettiin psykofyysinen ryhmäterapia 7.2. -13.3.2012 yhteensä kuusi kertaa 1,5 tuntia kerrallaan. Ryhmäterapien sisältö perustui opinnäytetyötä ohjanneeseen tutkimusasetelmaan ja ennalta hankkimaamme teoriatietoon.

Käytännönjärjestelyissä ryhmäterapien järjestämiseksi saimme apua Kuopion psykiatrian keskukselta osastonhoitaja Pirjo Marttiselta, sairaanhoitaja Sami Ahtiäiseltä ja opinnäytetyömme ohjaavalta opettajalta fysioterapian lehtori Marita Huoviselta. Ryhmäterapiaan osallistui ryhmän alkaessa viisi potilasta. Kaksi alkuhaastattelussa käyneistä potilaista jätti kokonaan tulematta ryhmään ja kaksi ryhmäterapian aloittanutta potilasta keskeytti ryhmän henkilökohtaisista syistä. Otimme puhelimitse yhteyttä kaikkiin ryhmän keskeyttäneisiin, jotta vuorovaikutus säilyi loppuun asti myös heidän kanssaan.

Ryhmäterapien ohjelma perustui harjoitteiden lisäksi keskusteluun. Ohjelma ja teema vaihtuivat jokaisella kerralla (Kuvio 2) ja ohjelmaa muokattiin osallistujien toiveet huomioiden. Ryhmäterapiassa korostui hengitysharjoittelu, joka oli mukana jokaisella ohjauskerralla. Jokainen ryhmäterapia kerta päättyi rentoutukseen. Oman itsensä kuuntelemisella, tässä hetkessä elämisellä ja kehon ja mielen välistä yhteyttä kuuntelemalla pyrittiin vahvistamaan ryhmäläisten tietoisuutta omaan elämäänsä vaikuttamisesta.

7.2.2012

Orientaatio. Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena. Hengityksen tiedostaminen. Roxendalin keho-terapia. Nopea jännittä – rentouta -rentoutus.

14.2.2012

Kertaus. Hengitysharjoituksia. Oman kehon havainnointi/Roxendal. Tao-meditaation aloitus. Yhdistelmä suggestio- ja jännittä-laukaise-mentoutus.

21.2.2012

Hengitys ja läsnäolo. Kielteisten ajatusten tiedostaminen masennuksen aikana. Ääni uloshengityksen tehostamisessa. Tao-meditaatio. Syvävenyttely. Maalitelolla hieronta.

28.2.2012

Omien ajatusten hallinta ja tietoisuuden kehittäminen, kielteisten ajatusten hyväksyminen. Rusinan syöminen(Kabat-Zinn). Tao-meditaatio. Perussuggestiorentoutus.

6.3.2012

Kehomeditaatio. Mielikuvaharjoittelu. Tietoisuus- ja läsnäoloharjoitteita. Tao-meditaatio mielikuvaan yhdistettynä. Mielikuvarentoutus.

13.3.2012

Kertaus Roxendalista pystyasennossa, ”EI” –harjoitus. Alaselän toiminnallinen harjoitus. Toiminnallinen rentoutus pariharjoituksena. Yhdistetty suggestio- ja jännittä-mentouta-mentoutus.

Kuvio 2. Ryhmän ohjelmasisältö 7.2.-13.3.2012.

Ryhmäläisten alku- ja loppututkimiset, joiden yhteydessä pidettiin myös haastattelut, pidettiin Kuopion psykiatrian keskuksen yhdessä potilashuoneista. Olimme kaikki paikalla tutkimustilanteissa, niin että yhdellä oli haastattelu- ja tutkimisvastuu ja kaksi muuta tekivät havaintoja. Idea oli, että kaksi muuta seuraavat tilannetta ja tilanteen jälkeen vertaavat havaintojaan tutkijana toimineen havaintoihin. Ainut tutkimiseen käytetty väline oli jumppamatto, jonka päällä tehtiin selinmakuulla testattavat osiot.

Ryhmäterapia järjestettiin Kuopion psykiatrian keskuksen ryhmätilassa. Ryhmätila oli pieni liikuntasali ja välineinä käytimme jumppamattoja, tynyjä ja peittoja. Ryhmätilassa oli käytössä myös cd-soitin ja rentoutukseen soveltuvaa musiikkia. Osastonhoitaja ja meitä ohjannut sairaanhoitaja olivat saatavilla tapaamisten aikana päivystävinä asiantuntijoina potilaiden voimakkaiden tunnereaktioiden varalta. Asiantuntijoiden

saatavilla olo lisäsi meille ryhmän toteutuksessa turvallisuuden tunnetta, koska tiesimme hankalan tilanteen sattuessa saavamme asiantuntijan apua. Ryhmän toteutuksen aikana hankalilta tilanteilta kuitenkin vältyttiin ja ryhmätilanteiden aikana emme tarvinneet asiantuntijoihin turvautumista. Jokaisen ohjaustilanteen jälkeen kävimme lyhyen keskustelun meitä ohjanneen sairaanhoitaja kanssa ohjauksen sujuvuudesta, joka antoi meille mahdollisuuden purkaa ryhmätilanteessa syntyneitä omia tuntemuksia ja saimme myös vinkkiä seuraavalle ohjaukseralle.

Viimeisen ryhmätapaamisen päätteeksi jaoimme ryhmäläisille itse koostamamme materiaalin (Liite 5) erilaisista harjoitteista, joita olimme ryhmässä ohjanneet. Materiaalin tarkoituksena oli, että ryhmäläiset pystyisivät jatkamaan harjoitteiden tekemistä itsenäisesti ja jättää ryhmäläisille muisto ryhmään osallistumisesta.

6.3.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Laadullisen tutkimusaineiston keräämiseen käytimme kahta eri menetelmää: teemahaastattelua kuuden viikon ryhmäohjelman jälkeen, jotka nauhoitimme ja litteroimme sekä ryhmäläisten avointa kirjallista palautetta omista kokemuksista jokaisen ryhmätapaamisen lopussa. Kirjallinen palaute tapahtui avoimena esittämällä kysymys: "Milloin potilas koki harjoitteet? Herättivätkö harjoitteet kehossa tuntemuksia?" Potilaille oli mahdollisuus kirjoittaa tai piirtää omista tuntemuksistaan tai mahdollisuus jättää meille tyhjä paperi. Kirjalliset palautteet olivat nimettömiä.

Teemahaastattelun lisäksi viimeisellä tutkimuskerralla toistettiin CBE -testistö. Tutkimuskertaan oli varattu aikaa noin tunti jokaista haastateltavaa varten. Kolme tutkimuksessa koko intervention ajan mukana ollutta potilasta osallistui viimeiselle tutkimuskerralle.

Teemahaastattelussa etenimme etukäteen määritettyjen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.) Haastatteluteemoiksi yksilöllisessä teemahaastattelussa muodostuivat kivun ja lihasjännitysten kokeminen, kehon tuntemukset, suhtautuminen omaan ulkonäköön, hengityksen kokeminen, masennuksesta selviäminen ja masennukseen vaikuttaminen, ahdistuneisuus ja keinot ahdistuksen helpottamiseksi, mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään ja kokemuksia ryhmästä.

6.3.2 CBE –testistö ja ensimmäinen yksilötapaaminen osana opinnäytetyötä

Ensimmäisessä yksilötapaamisessa ennen ensimmäistä ryhmäterapiakertaa tapasimme ja tutkimme potilaat CBE –testistön hengityksen ja kehonliikkuvuuden osioilla (Liite5). Berit Heir Bunkanin kehittämä CBE –testistö perustuu tutkittuun tietoon ja testistön avulla voidaan arvioida yksilön voimavaroja (Heinonen & Valkama 2010, 1). Ensimmäinen kohtaaminen yksilötapaamisena antoi meille mahdollisuuden tutustua henkilöön ja selvittää potilaan sen hetkistä jaksamista ryhmään osallistumiseen. Uskomme myös, että tutkijoiden tapaaminen yksilökäynnillä helpotti ryhmäläisten saapumista ryhmätilanteeseen, jossa muut läsnäolijat olivat entuudestaan heille tuntemattomia. Ensimmäinen yksilötapaamiskerta oli noin tunnin mittainen tapaaminen. Neljä ryhmään ilmoittautunutta potilasta jätti saapumatta ennalta sovittuun tutkimustilanteeseen. Otettuamme näihin potilaisiin myöhemmin yhteyttä saimme sovittua kahdelle potilaalle uuden ajan ja kaksi potilasta ilmoitti tilanteensa muuttuneen siten, että eivät voineet osallistua ryhmään.

CBE –testistöstä valitsimme tutkimukseen hengityksen ja kehon liikkuvuuden tutkimisen, koska yleensä korkeat pistemäärät hengityksen ja kehon liikkuvuuden osioista ovat kliinisen kokemuksen osoittamina luotettavimpia kertomaan potilaan vähäisistä voimavaroista. Kehonliikkuvuuden ja hengityksen tutkimisen lisäksi CBE –testistöön kuuluvat asento- ja lihaskoostumus osiot. (Heinonen & Valkama 2010, 5-6.) Psyko fyysisen fysioterapiaryhmän toteutuksen jälkeen toistimme CBE –testistön samalla tavalla kuin alkututkimisen yhteydessä. Pääpaino tutkimuksessamme oli teemahaastattelulla, koska emme halunneet lähteä työssämme erittelemään CBE -testistöllä saamiamme tuloksia numeerisesti. CBE –testistöstä saimme kuitenkin kerättyä tietoa havainnointiamme varten ja kehityimme ammatillisesti potilaan tutkimisessa. Haastattelujen ja tutkimuksen jälkeen suoritimme raportoinnin ja analysoimme tutkimustulokset laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti.

CBE:n luotettavuutta tutkineessa tutkimuksessa, johon mittarin kehittäjä Bunkan itse osallistui tarkasteltiin tutkijoiden välistä luotettavuutta Comprehensive Body Examination (CBE) mittarin käytössä. CBE- mittarin osa-alueet ovat asento, hengitys, kehonliikkuvuus ja lihaskoostumus. Kolme erillistä tutkijaa tutkivat 25 osallistujaa. (23 potilasta ja kaksi opiskelijaa). 17 potilaalla oli persoonallisuushäiriö, kolme oli psykoottisia, ja kolme kroonista kipupotilasta, joilla oli käynnissä hoitajakso fysioterapeutille. Yhdellä opiskelijalla oli astma ja toinen oli pakolainen, joka kärsi lihaskivusta. Tutkijoiden välinen luotettavuus arvioitiin ICC -mittarilla (Intra Class Correlation).

Tämä mittari valittiin, koska se on herkkä satunnaiselle sekä systemaattiselle vaihtelulle tutkijoiden kesken. ICC-mittarilla mitattuna tulokset saatiin välille 0,79-0,99 ja mediaani oli 0,94. Tämä osoittaa, että hyvin koulutetut arvioitsijat voivat saavuttaa mittarilla erittäin luotettavat tulokset. (Bunkan, Moen, Opjordsmoen, Ljunggren & Friis 2002, 121.)

Meillä ei ole koulutusta CBE - mittariston käyttämiseen, joka teki tutkimisesta haasteellista. Olimme harjoitelleet etukäteen tutkimista toisillemme ja käyneet läpi yhteisiä arviointikriteerejä. Virallisesti teimme tutkimisen potilaalle ensimmäisen kerran ensimmäisillä yksilötapaamisilla. Teimme saman tutkimisen toisen kerran seitsemän viikon kuluttua ensimmäisestä tutkimustilanteesta. Tällöin osa ryhmästäme huomasi, että seitsemässä viikossa oli tapahtunut ammatillista kasvua ihmisen fyysisessä havainnoinnissa työharjoittelujakson jälkeen, joten arviointi oli kriittisempää ja pistemäärät olivat korkeammat seitsemän viikon jälkeen, mikä CBE – tutkimisessa tarkoittaa huonompaa tulosta. Jokaisella meillä on myös yksilöllinen tapa katsoa ihmistä.

6.4 Aineiston analyysi

Sisällön analysoimiseksi tutkimusaineisto eli nauhoitetut teemahaastattelutilanteet oli kirjoitettu puhtaaksi tekstimuotoon eli litteroitu. Kaikkien tutkijoiden kesken oli sovittu yhteiset merkit äänitteiden purkamiseksi esimerkiksi kuinka nauru, tai hiljaisuus kirjataan.

Sisällönanalyysissa analysoimme tutkimusaineistoa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Sisällönanalyysi aloitettiin pelkistämällä aineisto. Aineiston pelkistämässä aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, joihin etsitään aineistosta vastauksia pelkistämällä ilmaisuja litteroidusta haastatteluaineistosta. Toisessa vaiheessa aineisto on ryhmitelty samaa tarkoittavien ilmaisujen mukaisesti omiin luokkiinsa. Kolmannessa vaiheessa teimme abstrahoinnin yhdistämällä samansisältöisiä luokkia muodostaen yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.) Abstrahoinnin tuloksena syntyi psykofyysisen fysioterapian teemat -taulukko, joka on liitteenä (Liite6). Psykofyysisen fysioterapian teemat -taulukko oli meille avainasemassa, kun aloimme muodostaa sisällönanalyysiä raportiksi.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta

Sisällön analyysin jälkeen koostimme teemahaastattelun ja kirjallisten palautteiden perusteella potilaiden kokemuksista raportin ja poimimme mahdollisimman objektiivisesti parhaiten kuvaavat lauseet osaksi raporttia.

7.1.1 Mieliala

Ryhmäläiset kuvasivat ryhmästä saamiensa kokemusten myötä jaksavansa paremmin, olevansa energisempiä ja liikkuvaisempia. Ryhmäläiset tiedostivat harjoittelun myötä, että omaan mielialaan voi vaikuttaa ja ymmärsivät negatiivisten ajatusten kehän osana masennusta. Epävarmuuden hyväksyminen loi sallivuutta omaa itseään kohtaan. Omien masennusoireiden tunnistaminen helpottui ja eräs ryhmäläisistä kuvasi osaavansa hakea tulevaisuudessa apua jo ensioireiden ilmaantuessa.

"Ihanan rento olo. Mieli lepää ja rauhoittuu."

"Oikein mukava tunne jäi mahanpohjaan kutkuttamaan."

7.1.2 Kehotietoisuus

Ryhmäläiset kuvasivat saaneensa positiivisia kehotietoisuuskokemuksia. Hengitysharjoitteiden myötä ryhmäläiset kuvailivat saaneensa kehontuntemuksia, siitä kuinka ylävartalo liikkuu hengityksen aikana. Oman kehon tuntemuksia alettiin hyväksyä ja ryhmäläiset kokivat kiputuntemuksien vähentyneen. Mielialan kohoamisen myötä kehon asento muuttui ryhdikkäämmäksi, joka sai ympärillä olevat ihmiset antamaan positiivista palautetta muuttuneesta olemuksesta. Kehotietoisuusharjoitteiden aikana seisominen aiheutti jopa ärtyneisyyttä, mutta seisoma-asentoon yhdistettäessä yläraajoihin keskittymistä vaativa liike, harjoite muuttui miellyttäväksi.

"Tällä hetkellä selkä on kuin tuleessa. Lattiaan osui vain kantapäät, vähän pohkeet, reidet EI OLLENKAAN, takapuoli ja hartioiden yläosa → sattui jopa alaselkään. Harjoituksen edetessä paine alkoi hellittää alaselässä. "

”Se harjoitus, missä seistiin tuntui hieman ikävältä. En tiedä miksi. Miksi seisominen paikallaan on niin ärsyttävää?”

7.1.3 Hengitys

Osa ryhmäläisistä koki hengityksen tärkeimmäksi työkaluksi minkä ryhmästä sai. Hengitys antoi keinoja oman ahdistuksen helpottamiseen, ja hengityksen avulla pystyi rauhoittamaan itsensä vaikeassa tilanteessa, tai illalla ennen nukahtamista. Hengittämisestä tuli keino rauhoittua. Oma hengitystä opittiin tiedostamaan ja saatiin kokemuksia siitä kuinka laajalta hengitys voi parhaimmillaan tuntua. Eräs osallistujista kuvasi löytäneensä keuhkojen koko tilavuuden, jota ei ollut aiemmin tiennyt olleen olemassa.

”Harjoitusten alussa meinasi ajatukset karata ikäviin asioihin, mutta kun keskittyi hengittämään hitaasti ja rauhallisesti, ja keskittyi kehon tuntemuksiin, niin sain ajatukset karkotettua ja mielen rauhoitettua.”

”Huomasin etten yleensä käytä läheskään koko keuhkoja hengittämiseen ja kehoni ei juuri siksi liiku, kun hengitän. Kun annan kehon/vatsan/rinnan liikkua hengittäessä saan paljon enemmän happea.”

7.1.4 Stressinhallinta

Ryhmäläiset kuvasivat stressinhallinnan kokemuksia omalla muuttuneella suhtautumisella elämään ja liikunnan kautta saaduilla kokemuksilla. Ryhmäläiset kuvasivat suorituskeskeisyyden vähentyneen, ja oma suhtautuminen liikuntaa kohtaan muuttui sallivammaksi. Tämän myötä liikunnan harrastaminen lisääntyi ja muuttui miellyttävämmäksi. Positiivisen itsekkyyden oppiminen ja oman ajan ottaminen vähensivät sisäisen kiireen tunnetta. Ryhmän myötä heräsi ajatus, että kaikkia asioita elämässä ei tarvitse yrittää hallita, vaan asioiden voi antaa myös olla. Yksi ryhmäläinen kertoi ryhmän jälkeen lopettaneensa unta turvaavan lääkkeen käytön ja unenlaadun parantuneen lääkkeen lopettamisen myötä.

”Et kukkaan, ei niinku tule sanomaan, että relaa nyt vähän, taikka onks sun pakko koko ajan tehdä noita kotihommia, että eikö sitä nyt vois jättää tuon pölyn pyyhkimättä tai pyyhi vaikka huomenna.”

7.1.5 Rentoutuminen

Ryhmän jokaisen intervention lopuksi ohjattiin rentoutusharjoitus. Ryhmäläiset kokivat täydellistä rentoutumisen tunnetta, oppivat soveltamaan rentoutumisharjoituksia arkeen ja tiedostivat kuinka monia eri tapoja on rentoutua. Rentoutuminen koettiin hiljentymisenä ja aistittiin mm. lämmön tunteena lihaksissa.

”Jos joskus... mulla tosi harvoin on mitään levottomuutta, tai ahdistusta, jos sitä nyt sitä on, ni on keinoja siihen rentoutumiseen. Et pystyy niinku rentouttamaan itensä kokonaan.”

”Myös musiikki rentouttaa, ajatukset kuin itsestään leijuvat mukavasti pään sisällä!”

”Mä rentouduin niin täydellisesti.”

7.1.6 Salliva läsnäolo

Ryhmästä tehtyjen harjoitteiden myötä ryhmäläiset saivat kokemuksia sallivasta läsnäolosta. Ryhmäläiset kokivat hyväksyvänsä tunteitaan ja negatiiviset tunteet menettivät merkitystään. Ryhmäläiset keskittyivät omaan itseensä, haastoivat itseään, saivat kykyä heittäytyä ja kokivat saavuttaneensa sisäistä hyvinvointia. Ryhmäläiset nostivat keinoista esiin kehomeditaation ja tietoisien läsnäolon harjoitukset.

”Sitä niin kuin pitää luonnollisena, että tällaisessa tilanteessa kuuluukin vähän jännittää, et se ei oo niinku paha asia, niin sit se vaan niinku tulee ja mennee pois”

”Minä nautiskelen oikeesti niistä tuoksuista ja niistä mauista ja tekemisestä”

”Tosi kiva, että puhuttiin omien tunteiden ja ajatusten hyväksymisestä. Jäi mietityttämään, että mitenhän ympärilläni olevat ihmiset tulevat suhtautumaan siihen, jos alan hyväksyä tunteitani. ”

”Läsnäoloa on helpompi harjoittaa, kun siihen yhdistää liikkeen.”

7.1.7 Ryhmä

Ryhmää kuvattiin mukavana kokemuksena, josta sai uusia visioita ja ideoita. Ryhmän ilmapiiriä kuvattiin sallivaksi.

"Oon ihan koudussa tähän ryhmään 😊 Thänks!"

"Minä oon tykänny ihan hirveesti."

"Tämä ryhmä on niinku minun mielestä edesauttanut sitä samaa prosessia, että on niinkun sallivampi ja niinku tuntuu, että ei tarvii niin hirveesti suorittaa"

"Oli semmonen niin salliva ilmapiiri tässä, että tuntu, että ei todellakaan tarvii niinku mieltä mille minä näytän."

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Ryhmäläisten kokemukset psykofyysisestä fysioterapiaryhmästä olivat myönteisiä. Ryhmäläiset kokivat tullessa tietoisemmaksi omasta kehostaan ja suhde omaan kehoon muuttui sallivammaksi. Hengityksen tiedostamisesta, tietoisesta läsnäolosta ja meditaatioharjoitteista ryhmäläiset kuvasivat saaneensa työkaluja omaan arkeensa. Ryhmäläisten saavuttamat hyödyt harjoitteista näkyivät heidän mielialassaan, unen laadun paranemisena ja arjessa jaksamisena. Ryhmästä saadut kokemukset olivat vastaavanlaisia mitä Sommersten (2004) on kuvannut saaneensa osallistujilta psykofyysisestä ryhmäterapiasta. Sommersten oli järjestänyt kaksi eri ryhmää liikkeen yrityksille, joissa molemmissa oli ollut 10 osallistujaa, toisen ryhmän tapaamiset oli kestänyt 8 kertaa ja toisen ryhmän tapaamiset 10 kertaa. Molemmat ryhmät olivat kestoiltaan 75 minuuttia kerrallaan työpäivän päätteeksi. Sommerstenin oman havainnoinnin mukaan ryhmäläiset tulivat alussa juuri ja juuri ajoissa ryhmään tai ollen pari minuuttia myöhässä, olivat kiireisiä, vilkuilivat enemmän ympärillä olijoita kuin keskittyivät itseensä ja vaikutti, että he eivät kokeneet selällään tehtäviä harjoitteita miellyttäväksi. Pikkuhiljaa ryhmäterapia kertojen edetessä Sommersten huomasi osallistujien alkaneen rentoutua, he saapuivat ajoissa ja vaikuttivat kokevan olonsa miellyttäväksi. Hengityksestä tuli tietoisempaa, ja erityisesti uloshengitys ja haukottele lisääntyi. Ryhmäläiset keskittyivät enemmän omaan toimintaansa kuin katselemaan ympärilleen. Sommersten tuo tekstissään esille mm. seuraavanlaisia osallistujien kokemuksia, jotka muistuttavat meidän ryhmästä saatuja kokemuksia:

"...mahtavaa saada tämä hetki itselleni, olla vain tässä ja nyt..."

"...viime viikonloppuna olin kiipeilemässä vuorilla... Yht'äkkiä tulin tietoisemmaksi omasta hengityksestä, joka meni alas vatsaan... se oli ensimmäinen kerta elämässäni..."

"...sallin itseni maata lattialla ja leikkiä pienen poikani kanssa, enkä tunne huonoa omaatuntoa siitä, että en ole tekemässä kotitöitä ja niin edelleen... se on mahtavaa!..."

Tutkimusotoksemme oli pieni. Ryhmän alkaessa viisi henkilöä, joista loppuhaastatteluun osallistui kolme henkilöä. Ryhmän ollessa pieni saimme kuitenkin aikaan tiiviin ryhmän ja keskusteluissa pystyimme huomioimaan jokaisen ryhmäläisen pohdinnat ja keskustelulle jäi enemmän aikaa. Jälkeenpäin otimme yhteyttä kahteen ryhmän keskeyttäneeseen henkilöön ja selvitimme syitä ryhmästä pois jättäytymiseen. Molem-

missa tapauksissa kyse oli henkilökohtaisen elämän syistä, jotka tekivät ryhmässä käymisen mahdolliseksi, molemmat olivat kokeneet ryhmän hyödylliseksi ja harmitelivat tilannetta.

Havainnoimme ryhmän aikana, että ryhmäläisten levottomuus vähentyi, joka näkyi rentoutusten aikana vähentyneenä asennon vaihtamisena. Vuorovaikutus lisääntyi ryhmän edetessä ja ryhmäläiset uskalsivat tuoda enemmän esille omia tuntemuksiaan ja ajatuksiaan. CBE –tutkimisen aikana havainnoimme esimerkiksi, tutkittavien kehon jännittyneisyydessä tapahtuneita muutoksia. Alkututkimiseen verrattuna yhdellä tutkittavalla kehon hypotonia vähentyi.

Valitsimme psykofyysisen fysioterapian toteuttamiseksi ryhmäterapian. Ryhmäterapiassa potilaat saivat mahdollisuuden vertaisryhmän kautta kokea samanlaisuutta ja hyväksytyksi tulemista (Kiiltomäki 2009,59). Ryhmäterapian ohjaamisen aikana havaitsimme, että masennuspotilaat ovat herkkä kohderyhmä, joiden kanssa tulee kiinnittää huomiota turvallisen ilmapiirin luomiseen. Kynnys tulla masennuspotilaiden ryhmään on erilainen kuin esimerkiksi selkäpotilaille tarkoitettuun ryhmään. Yhteistyö Kuopion psykiatrian keskuksen kanssa oli tässä tärkeää, koska omahoitajat pystyivät asiakaskäynnillä suosittelemaan ryhmäämme sopiviksi katsomilleen potilaille ja ilmoittautumisen kynnys oli näin ollen matalampi.

Ohjaamamme ryhmä antoi paljon sekä meille ohjaajille, että ryhmään osallistuneille tutkimushenkilöille. Ryhmäläisten positiiviset palautteet ja konkreettiset elämää helpottavat muutokset, kuten esimerkiksi unta turvaavan lääkkeen lopettaminen, tai uskallus lähteä kauppaan ilman pelkoja kertovat psykofyysisen fysioterapian positiivisista vaikutuksista masennuspotilaan elämänlaatuun. Jäimme pohtimaan, että olisiko ryhmän pidemmällä kestolla ollut vaikutusta ryhmäläisten kokemuksiin. Kuusi kertaa psykofyysisen fysioterapian harjoitteita antaa kuitenkin vasta pintaraapaisun harjoitteisiin ja harjoitteita toistamalla kokemukset yleensä syventyvät ja oman kehon viestien tunnistaminen on helpompaa. Ryhmässä nousi esille myös toive, että vastaavallaisia kehotietoisuusryhmiä voisi järjestää esim. kansalaisopistossa tai muualla siten, että niihin voisi hakeutua omatoimisesti.

8.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Tutkimusetiikka eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen liittyy tutkimuksen tekemiseen koko prosessin ajan ja sitoo kaikkia tutkijoita. Hyvän tieteellisen käytän-

nön mukaisesti tutkijat käyttävät eettisiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, sekä tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan laadukkaasti. (Vilka 2005, 29-32.) Tutkijoina sovimme yhteiset säännöt toimeksiantajan kanssa, noudatimme eettisesti kestäviä tiedonhakumenetelmiä sekä tiedeyhteisön hyväksymiä tutkimusmenetelmiä. Tiedonhankinta perustui oman alamme tieteelliseen kirjallisuuteen sekä asianmukaisiin tietolähteisiin. Fysioterapian opiskelijoina noudatimme tutkimukssamme fysioterapeutin eettisiä ohjeita (Suomen fysioterapeutit 2012).

Tutkimuksessa lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujilta pyydetään suostumus ja perehdytetään tutkittava kaikilta osin tutkimuksen kulkuun. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Kaikki osallistujat ymmärsivät informaation ja olivat kypsiä tekemään päätöksen osallistumisestaan.

Opinnäytetyöstä ei käy ilmi potilaiden henkilöllisyyttä, eikä potilaita pysty tekstin perusteella tunnistamaan. Potilailta pyydettiin aloitusvaiheessa lupa tutkimukseen (Liite7) ja varmistimme, että potilaat ymmärsivät mihin ja miten heidän antamia tietoja käytettäisiin. Opinnäytetyötä tehdessä emme nähneet ryhmään osallistuneiden henkilöiden potilastietoja Kuopion psykiatrian keskuksen käynneistä tai saaneet mitään muitakaan tietoja heidän hoitosuhteistaan. Ohjaussopimusta allekirjoittaessa toimeksiantajan luona sovimme, että potilaista ei käytetä missään vaiheessa tunnistettavia henkilötietoja ja mikäli potilaita tarvitsee eritellä, käytämme koodistoa potilas A, B, C jne... Potilaat itse saivat haastatteluissa ja kyselylomakkeissa päättää minkä verran halusivat tilanteestaan kertoa. Ohjaus- tai haastattelutilanteita ei kuvattu ja haastattelutilanteissa tehdyt nauhoitukset sekä kirjalliset materiaalit tuhottiin asianmukaisesti, kun opinnäytetyön raportointi oli saatu valmiiksi.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kuuluu jokaisen tutkimuksen luonteeseen. Tutkimuksen realiliteetillä tarkoitetaan tulosten toistettavuutta, niin että esim. kaksi tutkijaa päätyy samasta tutkimushenkilöstä samanlaisiin tuloksiin, tai jos sama henkilö tutkitaan uudelleen eri henkilön toimesta, pitäisi tuloksen olla sama kuin aiemmin. Validiudella tarkoitetaan käytetyn tutkimusmenetelmän, tai mittarin kykyä mitata tarkoitettua asiaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Laadullisen tutkimuksen luottavuuden tarkastelusta on useita eri näkemyksiä ja eri opuksissa saatetaan painottaa eri asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.) Yhden ajattelutavan mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää määrälliseen tutkimuksen peruskäsitteistä validius ja reliabiliteetti, mutta toisen näkemyksen mukaan niitä

ei voida käyttää, koska näiden kahden tutkimustyyppin perusoletukset ovat erilaiset. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Laadullisen tutkimuksen omia arviointikriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys, nämä käsitteet on koottu useiden alan tutkijoiden näkemyksistä. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan vastaavatko tutkimuksen tulokset tutkimushenkilöiden käsitystä tuloksista. Uskottavuutta voidaan vahvistaa palauttamalla tulokset tutkimushenkilöille ja kysyä vastaavatko tulokset heidän kokemuksiaan, toinen vaihtoehto on keskustella muiden samaa aihetta tutkineiden ammattilaisten kanssa. Uskottavuutta lisää myös tutkijan pitkä kokemus tutkittavan ilmiön parissa työskentelemisestä. Uskottavuutta voi lisätä myös triangulaatiolla, eli saman asian tarkastelulla eri näkökulmista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista ja kuvailla sillä tavalla, että lukija saa selkeän kuvan, kuinka tutkimuksessa on edetty. Tutkimuspäiväkirja on hyvä tapa kirjata omia muistiinpanoja, sillä monesti laadullinen tutkimus on aluksi avoin suunnitelma, joka tarkentuu prosessin edetessä. Vahvistettavuuteen kuuluu selvittää, kuinka tutkimuksessa on päädytty kyseisiin tuloksiin. Vahvistettavuus on haastava kriteeri, koska joku toinen tutkija voi päätyä samasta aineistosta eri tuloksiin. Ristiriitaiset tulkinnat samasta aineistosta ovat silti hyväksyttäviä, koska se on osa laadullisen tutkimuksen luonnetta ja näin voidaan saada tutkimusilmiöstä uusia näkökulmia, mutta samalla lisätä yhteistä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan arviointia omasta toiminnastaan tutkimuksen aikana, kuinka hän on vaikuttanut aineistoon ja mitkä ovat olleet tutkimuksen lähtökohdat. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tutkimuksiin. Siirrettävyyttä voi lisätä kuvailemalla tarkasti tutkimuksessa käytettyjä tiloja, välineitä ja tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi Sommerstenin (2004) saamat vastaavat tulokset omasta tutkimuksestaan. Meillä ei ollut pitkää kokemusta tutkimusilmiön parissa toimimisesta, mikä näkyi eniten CBE- tutkimisen luotettavuudessa. Kuten Bunkan (2002) tutkimuksessaan totesi, CBE on luotettava tutkimusmenetelmä hyvin koulute-

tuilla ammattilaisilla ja omassa tutkimuksessamme meillä ei ollut vielä tarpeeksi kokemusta luotettavaan tutkimiseen.

Tutkimuksemme vahvistettavuus, eli tutkimusprosessin etenemisen kuvailu toteutuu työmme kohdassa 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS. Pyrimme kuvaamaan opinnäyteprosessin mahdollisimman selkeästi, niin että lukija saa kuvan siitä kuinka prosessi on edennyt, millaiset tilat meillä oli käytössä ja mitä olemme ryhmässä ohjanneet. Emme tarkoituksella kuvanneet ryhmäläisiä, koska psykiatriset potilaat ovat eettisesti herkkä kohderyhmä ja lupasimme ryhmäläisille kunnioittaa heidän anonymiteettiään. Päädyimme tutkimuksessa kyseisiin tuloksiin keräämällä yhdessä teemahaastatteluista nousseet kokemukset ja työstimme niistä psykofyysisen fysioterapian teemat- taulukon, jonka pohjalta kirjoitimme tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää myös, että meitä oli kolme tutkijaa pohtimassa tuloksia ja kokemuksia kirjatessa olimme yksimielisiä siitä, mitkä olivat oleellimmat ryhmäläisten kokemukset. Pyrimme luonnollisesti tekemään kokemusten keräämisen mahdollisimman objektiivisesti. Jos haluaa katsoa asiaa reliabiliteetin kannalta, se että päädyimme ryhmänä näihin tuloksiin lisää työn reliabiliteettia.

Jälkeenpäin ajateltuna olisi ollut järkevää pitää tutkimuspäiväkirjaa, sillä tutkimuksemme muotoutui lopulliseen muotoonsa prosessin edetessä, mikä on laadulliselle tutkimukselle tyypillistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Jälkiviisaana on helppo sanoa, että tutkimuksen tekeminen olisi ollut helpompaa, jos laadullinen tutkimus olisi ollut ennestään tuttua, tällöin olisi ollut myös helpompaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuutta lisääviin asioihin.

Yksi osoitus reflektoinnista tutkimuksen aikana oli CBE- tutkimisen poisjättäminen. Emme pitäneet mittaria validina, koska meillä ollut riittävästi kokemusta sen käytöstä. CBE- tutkimisen poisjättäminen teki työstämme puhtaasti laadullisen tutkimuksen. Reflektointia tapahtui myös sen kautta, että yhden ihmisen idea vaatii työssämme kahden muun tekijän hyväksynnän, jotta idea tuli käyttöön. Tutkimuksemme lähtökohdat asettivat meille tiettyjä rajoitteita, sillä meillä ei ollut aiempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen teosta, lisäksi meillä ei ollut aiempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta. Yhdellä meistä tutkimuksen tekijöistä oli kuitenkin useamman vuoden kokemus mielisairaanhoidajan työstä. Luotettavan tutkimuksen tekemiseksi jouduimme keräämään paljon teoretietoa aiheesta ja harjoittelemaan psykofyysisestä fysioterapiaa käytännössä.

Tutkimuksemme siirrettävyyttä pyrimme edistämään liittämällä ryhmäterapien sisällön kohtaan 6.3 Tutkimusintervention toteutus (*Kuva 2. Ryhmän ohjelmasisältö 7.2.-13.3.2012.*) ja kuvailemalla käytössä olleet välineet ja tilat. Työssämme on paljon teoretietoa psykofyysisestä fysioterapiasta ja kansainvälistä tutkimustietoa. Siirrettävyyttä voi lisätä myös kuvailemalla tutkimushenkilöitä, mutta kuten aiemmin mainittu, tätä emme eettisyyteen vedoten halunneet tehdä.

8.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksi psykofyysisen fysioterapian, koska meillä kaikilla opinnäytetyön tekijöillä oli kiinnostus aiheeseen. Aluksi emme tarkalleen tiedäneet, mikä tarkka tutkimuskohteemme tulisi olemaan, mutta ensisijaisena ajatuksena olivat masennuspotilaat ja psykofyysinen fysioterapia. Otimme yhteyttä Kuopion psykiatrian keskuksen ja palaverissa osastonhoitaja Pirjo Marttisen kanssa syntyi lopullinen ajatus keskivaikeaa masennusta sairastavien potilaiden ryhmäterapiasta. Tutkimusmuodoksi valittiin laadullinen tutkimus, koska olimme kiinnostuneita potilaiden saamista kokemuksista psykofyysisestä fysioterapiasta. Kuopion psykiatrian keskuksella oli aiempaa kokemusta potilaille järjestetyistä erilaisista rentoutus- ja liikuntaryhmistä, joita oli pidetty talon omien sairaanhoitajien ja Kuopion kaupungin liikuntatoimen järjestämänä. Kuopion psykiatrian keskus halusi saada fysioterapian osaamista käyttöönsä, joka näkyi kiinnostuksena meidän työtämme kohtaan ja fysioterapeutin toimien perustamisena keväällä 2012.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen hakemalla tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta alan kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista ja tietokannoista kuten Aapeli, Nelli, Pedro ja GoogleScholar. Vastaavia tutkimuksia oli hyvin vähän saatavilla, mutta erillisesti ryhmäterapiasta, masennuksesta ja psykofyysisestä fysioterapiasta löytyy tutkimustietoa.

Ryhmäterapien suunnittelua ja toteuttamista varten tarvitsimme kattavan teoretiedon lisäksi henkilökohtaista kokemusta harjoitteista, joten kaikki valitut harjoitteet tuli kokeilla ennen ryhmänohjausta. Psykofyysisen fysioterapian menetelmissä kuten Roxendalin kehotietoisuusharjoitteissa ensi sijaisen tärkeää on ohjaajan oma kokemus harjoitteista. Mielestämme on liki mahdotonta ohjata esimerkiksi kehon keskilinjaa hakevaa vartalonkiertoliikettä tai alustaan juurruttamista ellei ohjaajalla itsellä ole aiempaa kokemusta liikkeestä ja liikkeen tuottamista tuntemuksista.

Savonia-ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelmassa psykofyysisen fysioterapian kurssi on yhdistetty työfysioterapian kurssiin ja kurssin kokonaislaajuus on kolme opintopistettä, eli psykofyysistä fysioterapiaa käsitellään puolentoista opintopisteen verran. Opinnäytetyömme antoi meille ainutlaatuisen mahdollisuuden päästä syventämään omaa oppimista psykofyysisestä fysioterapiasta. Opinnäytetyön kautta perehdyimme masennuksen hoitoon, masentuneen ihmisen kohtaamiseen ja siihen, millaisia keinoja käytetään masennuspotilaiden fysioterapiassa.

Opinnäytetyöprosessi koostui aiheenvalinnasta, suunnitteluvaiheesta, tutkimus- ja teorian tiedon keräämisestä, tutkimuksen toteutuksesta, tulosten analysoinnista ja raportoinnista. Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2011 ja tavoitteena oli esittää työ syksyllä 2012 opinnäytetyöseminaarissa sekä myöhemmin Kuopion psykiatrian keskuksella. Opinnäytetyöprosessi oli vaativa. Alkuvaiheessa opinnäytetyöprosessin pulmaksi nousi opinnäytetyön tilaajan hankkiminen. Tavattuamme osastonhoitajan kanssa ensimmäisen kerran opinnäytetyö alkoi löytää muotonsa. Kolmen hengen ryhmässä toimiminen prosessin aikana pakotti meidät tekemään kompromisseja ja mielestämme työn laatu parani, kun pystyimme käymään työhön liittyviä asioita yhdessä läpi ja teimme päätöksiä yhdessä ja asioihin tuli enemmän näkökulmia. Välillä oli vaikeuksia sovittaa yhteistä aikaa kolmen tekijän kesken ja välillä olevat harjoittelut vähensivät mahdollisuuksia työn yhdessä tekemiseen. Kirjoitimme työtä sekä yhdessä että erikseen ja luimme läpi toisen kirjoittamaa tekstiä, eli työ oli jatkuvasti arvioinnin kohteena. Ryhmässä ohjattuja harjoitteita ja CBE- tutkimista oli mielekästä harjoitella yhdessä ja pystyimme antamaan toisillemme palautetta.

Kahden ryhmäläisen jättäytyminen pois ryhmästä herätti meissä epävarmuuden tunteuksia ja ajatuksia siitä teimmeko jotain väärin. Tässä kohtaa meitä ohjanneelta sairaanhoitajalta saatu tuki ja ohjaus kannustivat keskittymään siihen ajatukseen, että vaikka kaksi ihmistä ei tullut ryhmään, kolme ihmistä päätti, että he haluavat tulla ryhmäämme ja tärkeintä on keskittyä heihin. Hänen neuvostaan otimme myöhemmin yhteyttä ryhmästä jättäytyneisiin henkilöihin, jotta prosessi tuli myös heidän osaltaan päätökseen.

8.4 Ammatillisen kasvun pohdinta

Opinnäytetyöprosessissa saimme hyvää kokemusta yhteistyön luomisesta yhteistyökumppaneiden kanssa, sekä vuorovaikutuksen luomisesta ryhmäläisiä kohtaan. Tiedonhaku ja kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen opetti meille myös paljon. Nämä

asiat kasvattivat meitä ammatillisesti ja koemme, että prosessi antoi tietoa ja pohjaa tulevaa työtämme varten. Ymmärrämme ottaa huomioon yksilön psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.

Prosessin aikana huomasimme myös, että aiheen rajaaminen on tärkeää ja aiheemme hioutui työmme etenemisen myötä. Jälkeenpäin mietittynä olisi ollut helpompaa keskittyä pelkästään yhteen psykofyysisen fysioterapian menetelmään esimerkiksi tietoisien läsnäolon harjoitteluun ja tutkia sen vaikuttavuutta, koska menetelmien kirjo on hyvin laaja. CBE- tutkiminen on niin vaativa tutkimusmenetelmä, että alkuperäinen idea numeerisesta mittaamisesta oli mahdotonta toteuttaa luotettavasti näin vähäisellä kokemuksella. Prosessin aikana saimme kokemusta CBE- mittausten tekemisestä, mikä teki arvioinnista kriittisempää ja koimme, että meissä tapahtui kehitystä mittarin käyttäjinä.

Prosessin aikana teoriatieto psykofyysisen fysioterapian menetelmistä lisääntyi ja opimme ohjaamaan erilaisia psykofyysisen fysioterapian harjoitteita. Kävimme keskenämme ja ryhmäinterventioiden jälkeisessä ohjauksessa sairaanhoitajan kanssa keskustelua eri menetelmistä ja niiden toimivuudesta. Ryhmän sisällä syntyi huomio siitä, että psykofyysisen eri fysioterapiamenetelmien välillä on paljon yhteneväisyyttä esimerkiksi hengityksen merkitys.

Prosessi vaati myös pitkäjänteisyyttä seitsemän ryhmäterapiaviikon aikana, jolloin olimme samaan aikaan tahoillamme koulun työharjoittelussa. Aikataulujen sopiminen eri tahojen kanssa oli haastavaa, mutta asiat sujuivat onneksi hyvin yhteistyökumppaneiden joustavan yhteistyön ansiosta. Opinnäytetyötä oli innostavaa tehdä, sillä aihe on merkityksellinen ja työelämälähtöinen.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla kuinka tällaisen ryhmän jälkeen ryhmäläiset jatkavat harjoittelua ja eroaako omatoiminen harjoittelu ryhmäterapiasta. Onko tällaisella ryhmällä, kuinka suuri vaikuttavuus keskivaikeaa masennusta sairastavan potilaan hoitopolulla? Jälkeenpäin mietittynä yksi konkreettinen tapa mitata ryhmäläisten rentoutumista interventioiden aikana olisi ollut käyttää sykemittareita, joka antaisi välittömän palautteen kehossa tapahtuvista fysiologisista muutoksista.

LÄHTEET

Bunkan, B.H., Moen, O., Opjordsmoen, S., Ljunggren, A.E. & Friis, S. 2002. *Interrater reliability of the comprehensive body examination*. *Physiotherapy Theory & Practice*, Vol. 18 No. 3.

Duarte, P.S., Miyazaki, M.C., Blay S.L., & Sesso, R. 2009. *Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients*. *Kidney International* Vol. 76, No. 2. 414-421.

Haikonen, P. 2005. *Psykofyysisen fysioterapiaryhmän osallistujien subjektiiviset kokemukset rentoutumisesta ja arkielämään saadusta tuesta*. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemistä, omassa ruumiissa asumista*. Tampere:Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2.

Hakanpää, T. & Peltonen S. *Hengitys on kehon ja mielen tulkki. Fysioterapialehti*. 7/2004. 32 - 35.

Heinonen, K. & Valkama, T. 2010. *Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan suomentaminen – The Comprehension Body Examination (CBE)*. Metropolia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Herrala, Kahrola & Sandström. 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Hirsjärvi, S., Remes,P. & Sajavaara,P.2007. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu:Tammi.

Iija, A. 2009. *Voimaantuminen kehityshaasteena*.Teoksessa: Hentinen, K.,Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi, 105-121.

Immonen-Orpana, P.1995. *Psykofyysinen fysioterapia*. Teoksessa: Lintunen,T., Kouvumäki,K. & Säilä,H.(toim.) *Jalka potkee mieli notkee: Liikunta mielenterveyden tukena*. Helsinki:SMS-tuotanto Oy, 133 – 142.

Jaakkola, R. 2005. *Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta*. Teoksessa Läh- teenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. Tampere:Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 6 - 12.

Kabat-Zinn, J. 2007. *Täyttä elämää. Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa*. Suom. Marlene Sanoukian ja Tuija Turpeinen. Helsinki: Basam Books Oy.

Karppi S-L.2009,*Harjoittelu ja rentoutuminen vaikuttavia depression hoidossa*. *Fysioterapia* 56.vsk. 4/2009,10-11.

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

Kiiltomäki, A. 2009. *Elämäkertomuksen jatkuminen itsemurha-ajatusten jälkeen*. Teoksessa: Hentinen, K.,Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua - mielenterveys- työn käytännön menetelmiä*. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi, 52-66.

Kuopion psykiatrian keskus. 2012. [verkkosivu], [viitattu 16.2.2012]. Saatavana: <http://www.psshp.fi/index.asp?link=5646.8448&language=1>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito -suositus: *Depressio*. 2010. *Suosituksen asiasisältö* [verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 21.10.2010 [viitattu 10.12.2011]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023>.

Käypä hoito -suositus: *Traumaperäiset stressireaktiot ja häiriöt*. 2009. *Suosituksen asiasisältö* [verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 24.8.2009 [viitattu 10.12.2011]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50080>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. *Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi*. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 21-43.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. *Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.*

Lilly 2011. *Masennus sattuu.fi* [Verkkosivu]. [Viitattu 28.4.2012]. Saatavana: <http://www.masennussattuu.fi/tietoa-masennuksesta/taustatietoa-masennuksesta>.

Löngqvist, J., Heikkinen M., Hennriksson M., Marttunen M & Partonen T. 2007. *Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.*

Ma, S., Tesdale, H. & John, D. 2004. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 72, No. 1. 31-40.

Martin, M. & Seppä, M. 2011. *Hengitysterapeutin työkirja. 2. painos. Tampere: Mediapinta.*

Monsen, K. 1992. *Psykodynaaminen fysioterapia.* Keuruu: Otava.

Nakoa, M., Yamanaka, G. & Kuboki, T. *Major Depression and Somatic Symptoms in a Mind/Body Medicine Clinic.* Psychopathology, Vol. 34, No. 5. 230-235.

Nyboe-Jacobsen, L., Smith-Lassen, I., Friis, P., Videbech, P. & Wentzer-Licht, R., 2006. *Bodily symptoms in moderate and severe depression.* Nordic Journal of Psychiatry, Vol. 60, No. 4. 294-298.

Patovirta, M. 2010. *Viisas keho viestii, kun mieltä ei kuunnella. Fysi 1, 6-9.*

Pietikäinen, A. 2010. *Joustava mieli. Vapaudu stressin, uupumuksen ja masennuksen yliotteesta.* Porvoo: Duodecim.

PsyFy ry. *Psykofyysinen fysioterapia.* 2012. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.12.2011]. Saatavana: <http://www.psyfy.net/index.php>.

Rautamies, E-L. 2005. *Psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia.* Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista.* Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. *Levande människa. Basal kroppskännetedom för rörelse och vila*. Falköping: Natur och Kultur.

Sommersten, V. 2004. *Reflections on practising Basic Body Awareness in groups*. Teoksessa Skjaerven, L. "Being in dialogue" *Basic Body Awareness in group therapy, level III*. Bergen: Liv Helvik Skjaerven, 48 - 51.

Storhammar, T. 2009. *Masennusasiakkaan psykofyysisen fysioterapiapalvelun tuot- teistaminen Lapin kuntoutuskeskuksessa*. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa*. Tampere:Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 146 - 158.

Suomen Fysioterapeutit. 2012. *Fysioterapeutin eettiset ohjeet* [verkkajulkaisu], [viitattu 16.8.2012]. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi>.

Svennevig, H. 2005. *Kehon mieli: kehontuntemuksesta itsetuntemukseen*. Helsinki: WSOY.

Talvitie U.,Karppi S.-L. & Mansikkamäki T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H.2005.*Tutki ja kehitä*. Keuruu:Tammi.

Välimäki, P. 2004. *Psykosomatiikan kielestä kokemuksellisesti*. *Fysioterapia* 7. 30-31.

Wickström, C. 2004. *Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa*. *Fysioterapia* 7.vol 51, 25-27.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabat-Zinn, J. 2009. *Mielekkäästi irti masennuksesta: Tietoisien läsnäolon menetelmä*. Helsinki: Basam Books Oy.



”Olemme kolme Savonia-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttipiskelijää ja teemme opinnäytetyömme **psykofyysisen fysioterapian menetelmien vaikuttavuudesta ihmisen kehon ja mielen hyvinvointiin**. Mielestämme ihmistä on katsottava psykofyysisenä kokonaisuutena. Perinteisessä fysioterapiassa keskitytään ensisijaisesti kehoon ja kehonhuoltoon ja psyykinen hyvinvointi jää helposti sen varjoon. Kehossa ilmenevät oireet voivat kuitenkin olla peräisin psyykkisestä ylikuormittumisesta ja ilmentyä erilaisina somaattisina oireina.”

Sinulla on mahdollisuus opinnäytetyössämme toteutettavan ryhmän osallistumisen kautta syventää tietoutta omasta kehosta ja mielestä. Olla tässä ja nyt.

Ryhmätapaamisissa keskitymme olemaan tässä hetkessä. Menetelminä käytämme **kehotietoisuutta lisääviä harjoituksia, rentoutuksia, hengitysharjoituksia, venyttelyjä sekä elämyksellisiä kokemuksia**. Tarkemman ohjelman annamme alkuhaastattelujen aikana. Samalla voimme vielä vaikuttaa ohjelman sisältöön toiveidenne perusteella.

Aloitamme viikolla 3/2012 yksilölliset alkuhaastattelut. Alkuhaastattelujen jälkeen tapaamme ryhmätapaamisissa yhteensä 6 kertaa Kuopion psykiatrian keskuksen tiloissa. Ryhmätapaamisten jälkeen teemme yksilölliset loppuhaastattelut. Tarkemmat kellonajat ja tapaamispäivät varmentuvat myöhemmin, ensimmäinen ryhmätapaaminen on **viikolla 5**.

Ryhmään voidaan ottaa **enintään 8 henkilöä, joilla on todettu keskivaikea masennus**. Voit ilmoittautua ryhmään 31.12.2011 mennessä Kuopion psykiatrian keskukselta saatavilla lomakkeilla. Ryhmään osallistuminen on maksutonta. **Otamme yhteyttä ryhmään valittuihin henkilökohtaisesti**. Osallistujien tietoja käsitellään anonyymisti ja kaikki kertomanne on luottamuksellista. Tiedot kerätään vain opinnäytetyötä varten ja niitä ei julkaista missään muualla.

KEHON- JA MIELEN HARMONIAA



ALKUHAASTATTELU pvm: _____

Nimi: _____

Pituus: _____ Paino: _____

Diagnoosi: _____

Oireet: (oireilla lähinnä depression aiheuttamia oireita nykytilanteessa)

CBE –RUUMIINKUVAN KARTOITUKSESTA OSIOT HENGITYS JA MOTORISET TOIMINNOT SEKÄ REAKTIOT JA HUOMIOT TUTKIMISEN AIKANA

HENGITYS (pystyasennossa)

Rintakehän asento

V23 rintakehän yläosa (1-6 kylkiluu)	laajent.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	supistunut
V24 rintakehän alaosa (6-12 kylkiluu)	laajent.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	supistunut
V25 selän yläosa (1-4 kylkiluu)	laajent.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	supistunut
V26 selän keskiosa (6-12 kylkiluu)	laajent.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	supistunut

Hengityksen vapaus

V27 rintakehän yläosan liikkeet (1-4 kylkiluu)	lisäänt.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	vähentynyt
V28 rintakehän keskiosan (4-7 kylkiluu)	lisäänt.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	vähentynyt
V29 rintakehän alaosan liikkeet (7-12 kylkiluu)	lisäänt.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	vähentynyt
V30 pallean liikkeet (kylkikaaresta napaan)	lisäänt.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	vähentynyt
V31 vatsan liikkeet (navasta häpyluuhun)	lisäänt.	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	vähentynyt

Hengityksen rytmi

V32 hengityksen rytmi	epätasainen	+ 6 5 4 3 2 1 0
-----------------------	-------------	-----------------

Hengitysliikkeiden ristiriita

V33 ristiriita hengitysliikkeissä	erittäin voimakas	+ 6 5 4 3 2 1 0
-----------------------------------	-------------------	-----------------

Hengityslihasten kireys

V34 hengityslihasten kireys	erittäin voimakas	+ 6 5 4 3 2 1 0
-----------------------------	-------------------	-----------------

Lihasten aktiviteetti uloshengityksen aikana

V35 uloshengityslihasten jännittyneisyys	aktiivinen uloshengitys	+ 6 5 4 3 2 1 0
--	-------------------------	-----------------

Hengityksen spontaanisuus

V36 spontaani hengitys	muuttumaton	+ 6 5 4 3 2 1 0
------------------------	-------------	-----------------

Hengitysliikkeiden näkyminen

V37 hengityksen näkyminen	alentunut	+ 6 5 4 3 2 1 0
---------------------------	-----------	-----------------

Muutokset hengityksessä fyysisen rasituksen aikana (5 hiihtoliikettä)

V38 tasatahti hiihtoliike/hengitysliikkeet	lisääntynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	ei muutosta
--	-------------	------------------------------	-------------

MOTORISET TOIMINNOT (pystyasennossa)**Saetre'n ote**

V39 oikea vastustaa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V40 oikea avustaa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V41 vasen vastustaa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V42 vasen avustaa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

Hartian passiivinen retraktio pystyasennossa

V43 oikea liikkuvuus	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V44 oikea vastustaa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V45 oikea avustaa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V46 vasen liikkuvuus	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0

V47 vasen vastustaa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V48 vasen avustaa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

Kehon jatkoliike

V49 jatkoliike kehoa pitkin	ei lainkaan	+ 6 5 4 3 2 1 0
-----------------------------	-------------	-----------------

Selkärangan liikkuvuus etukumarassa asennossa

V50 selkärangan liikkuvuus	ei liikettä	+ 6 5 4 3 2 1 0
----------------------------	-------------	-----------------

Jatkoliike etukumarassa asennossa

V51 yläiskan liike	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V52 nyökkäysliikkeen vastustus	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V53 nyökkäysliikkeen avustus	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

V54 hartian liikkuvuus elevaatioissa	alentunut	+ 6 5 4 3 2 1 0
V55 hartian passiivisen liikkeen vastustaminen elevaatioissa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V56 hartian passiivisen liikkeen avustaminen elevaatioissa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V57 hartian liikkuvuus retraktiossa	alentunut	+ 6 5 4 3 2 1 0
V58 hartian passiivisen liikkeen vastustaminen retraktiossa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V59 hartian passiivisen liikkeen avustaminen retraktiossa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

V60 rintakehän liikkuvuus rotaatioissa	alentunut	+ 6 5 4 3 2 1 0
V61 rintakehän vastustus rotaatioissa	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V62 rintakehän avustus rotaatioissa	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

V63 jatkoliike lantiosta painettaessa	ei jatkoliikettä	+ 6 5 4 3 2 1 0
---------------------------------------	------------------	-----------------

Tasapaino yhdellä jalalla seisten (tutkija laskee hitaasti viiteentoista)

V64 oikealla jalalla seisten	ei onnistu	+ 6 5 4 3 2 1 0
V65 vasemmalla jalalla seisten	ei onnistu	+ 6 5 4 3 2 1 0

Kävelyn myötäliikkeet

V66 rintarangan kiertoliike kävellessä	ei rotaatiota	+ 6 5 4 3 2 1 0
--	---------------	-----------------

HENGITYS (selinmakuulla)

V73 rintakehän yläosa	lisääntynyt + 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 - vähentynyt	
V74 rintakehän keskiosa	lisääntynyt + 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 - vähentynyt	
V75 rintakehän alaosa	lisääntynyt + 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 - vähentynyt	
V76 pallea	lisääntynyt + 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 - vähentynyt	
V77 vatsa	lisääntynyt + 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 - vähentynyt	
V78 hengityslihasten kireys	lisääntynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V79 uloshengityslihasten aktiviteetti	aktiivinen uloshengitys	+ 6 5 4 3 2 1 0
V80 hengityksen ryhti	epätasainen	+ 6 5 4 3 2 1 0
V81 hengityksen vaihtelevuus	ei vaihtelevuutta	+ 6 5 4 3 2 1 0

LIKKUVUUS (passiiviset liikkeet selinmakuulla)

V82 oikean olkanivelen liikelaajuus passiivisessa fleksiossa	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V83 oikean olkanivelen passiivisen fleksion vastustaminen	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V84 oikean olkanivelen passiivisen fleksion avustaminen	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0

V85 veltto vaikutelma oikean olkanivelen fleksiassa	veltto	+ 6 5 4 3 2 1 0
V86 vas. olkanivelen liikelaajuus passiivisessa fleksiassa	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V87 vas. olkanivelen passiivisen fleksion	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V88 vas. olkanivelen passiivisen fleksion avustaminen	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V89 veltto vaikutelma vas. olkanivelen fleksiassa	veltto	+ 6 5 4 3 2 1 0
V90 oik. lonkkanivelen liikelaajuus passiivisessa fleksiassa	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V91 oik. lonkkanivelen passiivisen fleksion vastustaminen	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V92 oik. lonkkanivelen passiivisen fleksion avustaminen	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V93 veltto vaikutelma oik. lonkkanivelen fleksiassa	veltto	+ 6 5 4 3 2 1 0
V94 vas. lonkkanivelen liikelaajuus passiivisessa fleksiassa	pienentynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V95 vas. lonkkanivelen passiivisen fleksion vastustaminen	vastustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V96 vas. lonkkanivelen passiivisen fleksion avustaminen	avustus	+ 6 5 4 3 2 1 0
V97 veltto vaikutelma vas. lonkkanivelen fleksiassa	veltto	+ 6 5 4 3 2 1 0

V98 rintakehän joustavuus lisääntynyt	lisääntynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6-	ei muutosta
---------------------------------------	-------------	------------------------------	-------------

REAKTIOT JA HUOMIOT TUTKIMISEN AIKANA

Havainnointi

V208 Katsekontakti	ei kontaktia	+ 6 5 4 3 2 1 0	
V209 Tunnereaktiot tutkimisen yhteydessä epätav.		+ 6 5 4 3 2 1 0	
V210 Motorinen levottomuus kiihtynyt		+ 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6	- jähmett.
V211 Oudot liikkeet	epätavallinen	+ 6 5 4 3 2 1 0	
V212 Autonomiset tai endokriiniset reaktiot	lisääntyneet	+ 6 5 4 3 2 1 0	

KEHONTUNTEMUS

Terapeutin huomiot

V213 Yhteys kehoon	epätavallinen	+ 6 5 4 3 2 1 0
--------------------	---------------	-----------------

Potilaan kokemus

V214 Kokemus kehon koosta	häiriintynyt	+ 6 5 4 3 2 1 0
V215 Alentunut kehontuntemus	alentunut	+ 6 5 4 3 2 1 0
V216 Erot kehon oikealla ja vasemmalla puolella	puoliero	+ 6 5 4 3 2 1 0
V217 Epätavalliset kehontuntemukset	häiriintyneet	+ 6 5 4 3 2 1 0

Terapeutin huomiot

V218 Kehon puolustusmekanismit	jännittyy/veltostuu	+ 6 5 4 3 2 1 0
--------------------------------	---------------------	-----------------

Potilaan kokemukset tutkimisesta

V219 Minkälaisena koit tutkimistilanteen	jännittyneisyys	+ 6 5 4 3 2 1 0
--	-----------------	-----------------

KEHON- JA MIELEN HARMONIAA -RYHMÄ



ALKUKYSELY

- 1. Onko sinulla fyysisiä vaivoja? Lihasjännityksiä? Kipua tai särkyä?
Jos vastasit kyllä, kuvaile missä tunnet lihasjännitystä, kipua tai särkyä.**

- 2. Millaiseksi koet oman kehosi silloin, kun olet masentunut?**

3. Millainen on suhde omaan ulkonäköösi?

4. Millaiseksi koet oman hengityksesi? Oletko huomannut hengityksessäsi eroja mielialan mukaan?

5. Uskotko, että voit vaikuttaa itse masennuksesta selviämiseen?

6. Millaisia kokemuksia toivoisit tästä ryhmästä saavasi?

7. Millaiseksi koet mielialasi tällä hetkellä? Koetko olevasi tyytyväinen elämääsi?

8. Koetko olevasi ahdistunut?

9. Oletko löytänyt keinoja ahdistuksen helpottamiseksi?

10. Koetko, että sinulla on mahdollisuus vaikuttaa omaan elämääsi?

11. Onko sinulla pysyvää lääkitystä?

12. Koetko, että suhteesi liikuntaan olisi muuttunut masennuksen aikana?



Kiitos vastauksistasi!

KEHON- JA MIELENHALLINTAA -RYHMÄ

MATERIAALIA TUNTISISÄLLÖSTÄ 7.2. – 13.3.2012



HARJOITUSOHJELMA PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KOKOONTUMISKERROILLE:

1. kokoontumiskerta 7.2.2012:

Orientaatio (tutustuminen ohjelman sisältöön). Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena, lyhyt teoria-alustus. Hengityksen tarkkailu ja tiedostaminen. Oman kehon havainnointi Roxendalin mukaan alustalla. Nopea jännitä-rentouta-rentous (KATAJA, J. 2003, 76)

2. Kokoontumiskerta 14.2.2012:

Kertaus edellisen kerran tapahtumista. Tietoa/keskustelua hengityksestä? Miten hengität eri tilanteissa. Hengitysharjoituksia. Oman kehon havainnointi/Roxendal. Tao-meditaation aloitus. Yhdistelmä suggestio- ja jännitä-laukaise-menetelmä rentoutus (KATAJA, J.2003.93)

3. kokoontumiskerta 21.2.2012:

Hengitys ja läsnäolo, kielteisten ajatusten tiedostaminen masennuksen aikana. Äänne uloshengityksessä. Tao-meditaatio. Syvävenyttely. Maalitelolla hieronta.

4. Kokoontumiskerta 28.2.2012:

Omien ajatusten hallinta ja tietoisuuden kehittäminen, kielteisten ajatusten hyväksyminen Kabat-Zinn, Jon & Pietikäinen. Rusinan syöminen Tao-harjoitus. Perussuggestiorentoutus (KATAJA, J. 2003 89-90)

5. Kokoontumiskerta 6.3.2012:

Kehomeditaatio/Kabat-Zinn, Jon. Mielikuvaharjoittelu. Pietikäisen mukaan tietoisuusharjoitteita. Tao-harjoitus mielikuvaan yhdistettynä. Mielikuvarentoutus (KATAJA, J. 2003,114).

6. Kokoontumiskerta 13.3.2012:

Kertaus Roxendalista pystyasennossa, "EI" -harjoitus. Feldenkrais-menetelmä. Toiminnallinen rentoutus pariharjoituksena. Yhdistetty suggestio- ja jännitärentouta rentoutus.

HENGITYSHARJOITUKSIA:

Miksi hengitys?

- o Perusta kaikille harjoituksille mitä teemme. Hengitys on se kivijalka jonka päälle aletaan rakentamaan.
- o Stressinhallinta
- o Parasympaattinen hermosto aktivoituu: verenkierto sisäelimiin, sydän alkaa lyödä hitaammin, verenpaine laskee, kognitiiviset seikat; helpompi keskittyä, muisti toimii paremmin

Hengitysharjoitus yksi:

oikeaoppinen palleahengitys. (Bunkan, 2000) Oman hengityksen tunnustelu: (ryhmäläiset patjoillaan selinmakuulla polvet koukussa) viedään kämmenet oman vatsan päälle ja tunnustellaan mitä tapahtuu. "Hengitä rauhallisesti nenän kautta sisään ja suun kautta ulos"... "Tunne kuinka vatsa kohoilee kämmeniesi alla".



Istu lattialla risti-istunnassa

Tavoite:

oppia tietoista hyväksyvää havainnointia ja muuttaa suhdetta omiin ajatuksiin ja tunteisiin ja vapautua niiden ylivallasta

Tietoisen läsnäolon harjoitus

TIETOINEN JA HYVÄKSYVÄ HENGITYKSEN HAVINNOINTI HARJOITUS

istu rennon ryhdikkäästi silmät kiinni

tuo nyt tarkkaavaisuutesi omaan hengitykseesi ja havainnoi sitä niinkuin utelias tutkija joka ei ole koskaan ennen havainnut hengittämistä

huomaa se ilma joka tulee sisään sieraimien kautta ja laskeutuu keuhkoihin

ja huomaa kuinka se liikkuu sitten toiseen suuntaan

huomaa kuinka ilma virtaa sisään ja ulos sieraimistasi

kokeile voitko huomata kuinka se on hieman lämpimämpää ulos
virratessaan
ja hieman viileämpää kun se virtaa sisään

kokeile voitko aistia kuinka hartiasi hiukan nousevat ja laskevat joka
kerta kun hengität

kokeile huomata miten rintakehäsi liikkuu hengityksen rytmissä

huomaa myös vatsasi liike joka kerta kun hengität sisään ja ulos

kiinnitä nyt tarkkaavaisuutesi johonkin näistä kohdista joissa hengityksen
voi aistia
se mikä tuntuu luontevalta
joko sieraimiin jossa hengityksen virta voi tuntua tai sitten vyötärölle
joka liikkuu hengityksen tahdissa tai rintakehään

pidä nyt tarkkaavaisuutesi tässä kohdassa, huomaa liike ja virtaus,
Sisään ja Ulos, hengityksen tahdissa

Mitä tahansa tunteita, mielihaluja tai kehon tuntemuksia huomaatkaan,
miellyttäviä tai epämiellyttäviä niin pane ne vain merkille ja ole
tietoinen niistä

Ole tietoinen niistä, Anna niiden olla

anna niiden tulla ja mennä niinkuin ne tekevät ja pidä tarkkaavaisuutesi
omassa hengityksessä

mitä tahansa ajatuksia, mielikuvia tai muistoja tuleekin mieleesi,
miellyttäviä tai epämiellyttäviä niin pane ne vain merkille ja anna niiden
olla
anna niiden tulla ja mennä niinkuin ne menevät ja pidä tarkkaavaisuutesi
omassa hengityksessä

ennemmin tai myöhemmin tarkkaavaisuutesi siiryy pois hengityksestä
ajatuksiin
joka kerta kun niin tapahtuu niin pane vain merkille, mikä keskeytti sinut
ja tuo sen jälkeen tarkkaavaisuutesi takaisin hengitykseen

ei haittaa vaikka mielesi karkaisi sata kertaa pois hengityksestä sinun tarkoituksesi on vain yksinkertaisesti huomata se mihin mielesi karkasi ja sen jälkeen palauttaa tarkkaavaisuutesi takaisin hengitykseen lempeästi ja sallivasti

ennemmin tai myöhemmin mielesi taas vaeltaa pois hengityksestä ajatuksiin
se on ihan normaalia ja luonnollista ja sitä tapahtuu meille kaikille

mieli on juuri sellainen, joka kerta kun huomaat että mieli on lähtenyt vaeltelemaan ja on kadottanut yhteyden hengitykseen niin lempeästi pane se vain merkille, huomaa mikä keskeytti sinut ja sen jälkeen palauta tarkkaavaisuutesi takaisin hengitykseen

jos huomaat pitkästäväsi, turhautuvasi tai tulet ahdistuneeksi tai kärsimättömäksi tai mitä tahansa muita tunteita huomaatkaan, pane ne merkille, käänny niitä kohti, tee niille tilaa ja sen jälkeen palauta tarkkaavaisuutesi takaisin hengitykseen

Ei haittaa vaikka mielesi karkaa pois hengityksestä yhä uudelleen ja uudelleen
huomaa se vain , pane merkille missä mielesi vaelsi ja sen jälkeen palauta tarkkaavaisuutesi jälleen hengitykseen

ja kun olet valmis, niin tuo itsesi takaisin tähän huoneeseen, tähän hetkeen ja voit avata sitten silmäsi

ROXENDALIN HARJOITUKSIA ELI KEHOTIETOISUUTEEN VAIKUTTAVIA HARJOITTEITA:

Oman kehon havainnointi Roxendalin mukaan.

Selinmakuulla, ottaen hyvän asennon, jalat voi suoristaa. Hengitetään rauhallisesti omaan tahtiin, voit pitää vielä silmiä auki. Ota tila haltuun. Kuuntele ääniä mitä ympäriltäsi kuuluu. Miltä patja tuntuu vartalosi alla. Hengitä rauhassa omaan tahtiin. Lähde ajattelemaan oikean jalan varpaita, pohkeita, reisiä. Voit liikutella alaraajaasi. Sama vasemmalle alaraajalle. Siirrä ajatukset lantioosi, voit keinuttaa rauhallisesti lantiotasi alustaa vasten. Ajattele alaselkääsi, siirtyen lapaluihin asti. Miltä selkä ja hartiat tuntevat alustaa vasten. Voit liikutella itseäsi kevyesti alustaa

vasten. Ajattele vatsaasi, rintakehäsi. Siirry oikeaan olkapäähän ja laskeudu sormenpäihin asti, voit liikutella oikeaa yläraajaasi. Ajattele vasenta olkapäätäsi, käsivartta pitkin sormen päihin. Voit liikutella vasenta yläraajaasi kevyesti. Ajattele niskaasi, ja kaulaasi, miltä tuntuu. Ajattele takaraivoa, poskia, päälakea. Miltä ne tuntuvat.

Hengitä rauhallisesti omaan tahtiin. Miltä alusta tuntuu allasi? Laita kädet sivulle ja aukaise jalat. (kuin tähti/X) Venytä itseäsi pitkäksi. Laita valat koukkuun vatsan päälle ja ota polvien takaa kiinni. (Myttyyn). Liikuta itseäsi kevyesti alustaa vasten. Näitä asentoja vuorotellaan: auki, myttyyn. Lopuksi rennosti selällään rauhallisesti hengittäen. Ennen kuin nousemme istumaan, laitamme jalat taas vatsan päälle ja otamme kiinni polvien takaa. Liikutamme itseämme edestakaisin kuin keinu. Miltä selässä tuntuu. Tästä helppo nousta istumaan.

Roxendalin harjoituksia pystyasennossa:

Suhde alustaan:

- Seiso jalat yhdessä. Huomioi tasapainon tunnetta. Tuntuuko tasapaino varmalta vai epävarmalta? Miten tunnet painovoiman? Voit laittaa silmät kiinni, jos haluat.
- Seiso jalat lantion leveydellä toisistaan. Kiinnitä huomiota painovoimaan ja tasapainoon. Voit laittaa silmät kiinni, jos haluat. Vertaile tuntemuksia edelliseen harjoitukseen.
- Seiso jalat lantion leveydellä toisistaan. Koukista lonkista ja polvista ja palaa alkuasentoon. Älä koukista vartaloa eteenpäin. Kiinnitä huomiota painopisteeseen, joka myös laskee alaspäin. Toista harjoitus muutaman kerran. (Roxendal & Winberg 2002, 64)

Keskilinjan hakeminen:

- Seiso jalat kapeassa haara-asennossa. Nouse varpaille ja laskeudu alas. Huomioi painoasi, älä keinu niin, että paino tulisi kantapäille. Yritä seisoa niin, ettei sinun tarvitse liikkeen alussa siirtää painoa varpaille. Kehonpaino kulkee ylös ja alas keskilinjassa.
- Seiso jalat kapeassa haara-asennossa. Kehon paino suuntautuu eteen. Tee pieniä kiertoja sivulta toiselle ja keskity keskilinjaan. Kädet ovat vapaasti sivuilla ja osallistuvat kiertoihin. (Roxendal & Winberg 2002, 67)

TAO-HARJOITUS (LIITE 2)

Alkuasento. Anna kätesi liukua ylös niin, että ne ovat tasan keskellä liikekeskusta. Avaa käsiä sivuille sen verran, että ne ovat

kuitenkin vielä näkökentässä. Käännä nyt kätesi niin, että ne ovat sisään- ja ylöspäin. Nosta kädet yhteen ylös kuin pitäisit kiinni isosta pallosta. Avaa käsiä liikuttamalla ulos- ja alaspäin samalla, kun nouset varpaille. Ennen kuin kädet ovat hartiakorkeudella käännä kämmenet vähitellen alaspäin. Anna käsien laskeutua tässä asennossa alas samaan aikaan, kun lasket kantapäät lattiaan. Kädet nousevat jälleen samassa asennossa ulos- ja ylöspäin kohti keskitasoa. Kerää kädet yhteen rinnan korkeudelle. Vedä käsivarret alas- ja sisäänpäin keskustaa kohti, käännä kämmenselät vastakkain ja anna sormen päiden osoittaa kohti keskustaa. Käännä tästä kädet pikkurillit yhdessä eteenpäin kuin tarjoilisit jotain. Käännä tästä taas kämmenselät vastakkain sormet osoittaen ylöspäin kädet vartaloasi vasten. Anna kyynärpäiden nousta ylöspäin ja käännä kämmenselät edelleen yhdessä sormet osoittamaan alaspäin. Anna käsien valua alkuasentoon. (Roxendal & Winberg 2002, 162-166.)

TIETOISUUSTAITOJEN HARJOITTAMINEN!

TIETOISUUDESTA

Ihmisen terve sisin, persoonallisuuden ydin voidaan kuvata tähtenä keskellä ihmistä. Tähteä, tervettä sisintä, voi alkaa ympäröidä "solmuja", jotka estävät pääsyn persoonallisuuden ytimeen ja todelliseen itsensä ilmaisemiseen. Solmujen syntymiseen voi liittyä sekä fyysisiä että henkisiä tapahtumia ja solmuja voi olla eri tasoilla tietoisuutta. Solmun aiheuttava tapahtuma voi tapahtua hyvin nuorenakin, jopa ennen kuin yksilö osaa puhua. Tapahtuman ei tarvitse olla lapseen kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa vaan saattaa riittää lapsen kokemus siitä, että häntä ei ole riittävästi nähty ja kunnioitettu omana yksilönään. (Roxendal & Winberg 2002, 40-41)

Tietoisuuden kautta koemme itsemme ja maailman. Tietoisuus on sekä kokemisen kykyä, voi ottaa vastaan erilaisia tuntemuksia ja tuntee erilaisia tunteita, että myös pohdinnan kykyä, mikä tarkoittaa sitä, että voi havaita tunteiden ja tuntemusten aiheuttamia kokemuksia ja käsitellä niitä. Tällä tavalla voimme luoda sisäisen maailman ja minäkuvan. Tämä taas mahdollistaa sen, että voimme esittää kysymyksiä tulevaisuudesta ja miten voimme itse omalla toiminnallamme vaikuttaa siihen. Tämä kyky on ainutlaatuinen ihmiselle. Vrt. eläimet menevät vaistojen perässä, ihminen voi tietoisesti vaikuttaa elämäänsä. (Roxendal & Winberg 2002, 40-41)

Tietoisuus on edellytys kaikelle mitä teemme. Se sekä sisältää, että yhdistää kaikkia tietoisuudentasoja. Kehon viestien kautta koetaan ja kommunikoidaan ulkomaailman kanssa. Tietoisuus sekä ottaa vastaan

että antaa tietoa. Se koordinoi sisäiset tuntemukset ja ulkoiset ärsykkeet. (Roxendal & Winberg 2002, 41)

Läsnäolo hetkessä

Tiedosta tämä hetki

Ole läsnä tässä hetkessä. Elä tietoisena juuri nyt. Koe tämän hetken ihmeellinen kauneus. Menneisyyden ja tulevaisuuden välillä kulkee häviävän ohut viiva. Tuo viiva on nykyisyys, tämä hetki. Astu tuohon hetkeen, ja koe nykyhetki koko olemuksellasi. Ole valpas, ja tiedosta se nyt. Astu syvemmälle tuohon maagiseen hetkeen, ja astut ajasta ikuisuuteen.

Elä juuri tätä hetkeä. Suuntaa tähän hetkeen kaikki huomioisi ja valppautesi. Tiedosta juuri tällä hetkellä kuluva aika, tiedosta kuinka olet tässä juuri nyt. Tanssi kapealla terällä menneisyyden ja tulevan välissä. Tanssi tässä hetkessä, joka jatkuu ikuisesti. Sillä kaikki aika mitä on, on vain tämä hetki. Menneisyys ja tulevaisuus ovat vain ihmisten mielissä. Vain tämä hetki on todellisuutta.

Menneisyys ja tulevaisuus kuuluvat aikaan. Tämä hetki kuuluu ikuisuuteen. Tästä hetkestä kuljetaan vain yhä syvemmälle nykyisyyteen, yhä syvemmälle ikuisuuteen. Ole valpas ja tietoinen tässä hetkessä. Astu tietoisesti yhä syvemmälle tämän hetken kokemiseen. Silloin sinä koet oman ikuisuutesi. Tässä hetkessä sinä olet ikuinen. Kaikki on ikuista.

<http://www.meditaatio.opassivut.net/tietoisuus.html>

Kaikki seuraavat harjoitukset otettu Arto Pietikäisen kirjasta Joustava mieli. Pietikäinen päivittää myös omia nettisivujaan aiheeseen liittyen www.joustavamieli.net josta löydät myös joitain harjoituksia

Hakusanoja joilla voit etsiä lisätietoa: "mindfulness" "tietoisuustaidot"
"Jon Kabat-Zinn"

Tietoisuustaitojen vaikutus masennuksen hoitoon ja stressihallintaan perustuu tukimustietoon. Opit havainnoimaan tunteet ja ajatukset sellaisenaan ja pääset irti niiden ylivallasta, tämän myötä vanhojen

asioiden murehtiminen ja omien ajatusten turha kontrolloinnin yrittäminen vähenee. Opi rentoutumaan ja hyväksymään itsesi paremmin. (Pietikäinen, 2009, 148)

Tietoisuustaidoista ja rentoutumisesta on apua stressinhallintaan. Stressireaktiossa sympaattinen hermosto aktivoituu ja lyhytkestoisesti pystyt toimimaan tehokkaammin, pitkäkestoisena stressireaktiosta tulee kuitenkin haitallinen. Haitallisen stressireaktion merkkejä ovat: huoliajatukset, keskittymisvaikeudet, levottomuus, masennus, ärtyneisyyden tunne ja sen purkaminen muihin. Kehossasi voi ilmetä lihasjännityksiä, hikoilua, vatsavaivoja, selkävaivoja, univaikeuksia, verenpaineen nousua, sydämen sykkeen nousua, rytmihäiriöitä. (Pietikäinen, 2009, 63)

Tietoisuustaitojen ja rentoutumisharjoitusten avulla saat elimistösi rauhoittavan parasympaattisen hermoston aktivoitua, jolla on täsmälleen päinvastaiset vaikutukset (Pietikäinen, 2009, 63).

Hengitysharjoitus (Pietikäinen, 2009, 148)

Pysähdy hetkeksi ja hengitä kymmenen kertaa syvään. Keskity hengittämään niin hitaasti kuin mahdollista, puhalla keuhkot täysin tyhjäksi ilmasta ja täytä ne sen jälkeen rauhallisesti, käytä palleahengitystä.

Kiinnitä huomiota vatsan ja rintakehän liikkeeseen, molempien tulisi kohoilla, mutta vatsan enemmän kuin rintakehän.

Havainnoi mitä ajatuksia ja tunteita mielessäsi liikkuu. Älä tartu, äläkä arvostele näitä tunteita ja ajatuksia, voit vain havainnoida, kun ne tulevat ja menevät.

Kokeile, miltä tuntuu havainnoida omia ajatuksia lempeästi ja sallivasti.

Sen jälkeen palauta keskittyminen takaisin hengitykseen, huomaa kun hengität sisään... ja ..ulos..

Ala laskea päässäsi hitaasti yhdestä kymmeneen. "yk-si, kak-si, kolme.. jne." Heti jos ajatus alkaa harhailla, alat miettiä jotain toista asiaa samalla, aloita alusta jos pääsee kymmeneen asti voi jatkaa siitä eteenpäin.

Aikaikkunaharjoitus: (Pietikäinen, 2009, 149)

Anna ajatustesi virrata vapaasti viisi minuuttia. Sitä mukaan, kun mieleesi tulee ajatuksia, tai mielikuvia liikuta etusormea janan päällä, siellä kohtaa aikajanaa missä kuljet ajatuksissasi.

Menneisyys	Nykyhetki	Tulevaisuus
------------	-----------	-------------

Harjoituksen jälkeen voit miettiä:

- Kuinka hyödyn murehtimalla sitä mitä voi tapahtua, luomalla uhkakuvia tulevaisuudesta?

Huomio viisi asiaa kehossasi (Pietikäinen, 2009, 153)

Tarkkaile hetki hengitystäsi ennen harjoituksen aloitusta, tee muutamana niin rauhallinen hengitys kuin pysyt.

Valitse viisi asiaa kehossasi joihin kiinnität kaiken huomiosi. Esim. miltä kätesi tuntuvat vatsan päällä, miltä alusta tuntuu kantapäitäsi vasten, miltä paitasi tuntuu vartaloasia vasten jne..

Harjoitus auttaa sinua rentoutumaan ja ankkuroitumaan nykyhetkeen. Voit tehdä harjoituksen esim. kaupan kassajonossa, tai kesken työpäivän, jos ajatuksesi tuntuvat harhailevan. Voit tehdä harjoituksen myös rentoutumisharjoituksena, niin että pyrit pitämään keskittymisen näissä viidessä asiassa ja aina jos ajatus lähtee harhailemaan, palautat mielen takaisin näihin viiteen asiaan.

Ajatusten havainnointi (Pietikäinen, 2009, 150)

Suuntaa ajatuksesi seuraavaan viikonloppuun, ala miettiä tulet tekemään viikonloppuna? Ala tarkkailla omia ajatuksiasi. Kuvittele olevasi tutkija, joka vain havainnoi. Tutkija ei pyri vaikuttamaan tapahtumiin, hän vain tarkkailee kiinnostuneena. Älä pakota ajatuksia tulemaan, enemmän tai myöhemmin mieli alkaa työskennellä.

Havainnoi missä ajatuksesi kulkevat? Edessäsi, yläpuolellasi? Kiinnitä huomiosi siihen, että osa sinusta ajattelee näitä mielikuvia ja osa sinusta tarkkailee. Nämä osat ovat erillään toisistaan: ajatuksesi ja toisaalla sinä tarkkailemassa niitä.

Huom. ajatusten tarkkailussa voi käyttää apuna erilaisia mielikuvia, jotka voivat helpottaa harjoittelua:

- Ajatukset ovat mereltä tulevia aaltoja, sinä näet rannalta niiden tulevan ja menevän, mutta ne eivät vie sinua mukanaan.
- Ajatuksesi ovat taivaalla leijailevia pilviä.
- Virrassa ajalehtivia lehtiä, joiden ajalehtimistä voit turvallisesti katsella joen rannalta.

Ajatusten eriyttäminen

Ajatusten eriyttämisharjoitus muistuttaa sinua siitä, että et ole yhtä kuin omat ajatuksesi, eikä sinun tarvitse antaa ajatustesi ohjailta käytöstäsi ellet sitä itse halua. Harjoituksen myötä opit lähestymään ajatusta sen hyödyllisyyden ja seurausten kautta. (Pietikäinen, 144)

Haitallisista ajatuksista puhutaan silloin kun ajatuksen ovat arvostelevia ja pelottavia haitallisen stressin lisääjiä. Haitallisuus muodostuu siitä, että alat itse uskoa ajatuksia, vaikka ne eivät välttämättä vastaa todellisuutta lainkaan. Eriyttämisharjoituksen tarkoituksena ei ole päästä eroon haitta-ajatuksista, vain huomata niiden olevan vain ajatuksia, jolloin ne menettävät vaikutuksensa. Muista, että et pysty kontrolloimaan ajatuksiasi. (Pietikäinen, 2009, 144)

Seitsemän näkökulmaa ajatukseen (Pietikäinen, 2009, 116)

Harjoituksessa annetaan seitsemän eri näkökulmaa ajatukseen. Käy ne kaikki läpi ja mieti ymmärtäkö mitä jokaisella keinolla haetaan, valitse sitten kolme sinulle toimivinta vaihtoehtoa ja kokeile niitä oman haitta-ajatuksesi kanssa.

Sovellan esimerkkiajatusta *”en ole tarpeeksi pätevä ja tulen epäonnistumaan työhaastattelussa”*

1. Ajatuksen käytännöllisyys

Mieti mitä tapahtuu, jos uskot ajatusta ja toimit sen mukaan. mitkä ovat seuraukset? Mitä hyödyt ajatukseen uskomisesta, pystytkö luopumaan ajatuksesta vastoin mielesi tahtoa?

Esimerkki: Tuomitsen itseni epäonnistumaan jo ennen tilannetta, mutta kuinka se minua hyödyttää? Keskityn haastattelutilanteessa miettimään

näkeekö toinen epävarmuuteni, enkä pysty keskittymään itse tilanteeseen.

2. Toteat ajatuksen kiinnostavuuden.

Onpas mielenkiintoinen ajatus. Onko sama ajatus ohjannut toimintaani aiemmin? Mistä se on saanut alkunsa?

Esimerkki: Ajatus sai alkunsa lukioiässä, kun hain kesätöihin.

3. Tunnista haitta-ajatus

Huomaa miltä tuntuu, kun ajatus yrittää ottaa sinusta vallan. Haluatko ajatuksen vievän sinua 100-0 ja päättävän puolestasi kuinka toimit tilanteessa?

Esimerkki: Tuo on vain ajatus mieleni virrassa, se on erillinen osa minua, eikä yhtä kuin minä itse, minä itse päätän mihin suuntaan elämäni vien. Minulla ei ole velvollisuutta kuunnella haitta-ajatuksia, saati antaa niiden ohjata itseäni.

4. Huomaa mielesi rooli ongelman ratkojana

Mielesi on luotu ratkomaan ongelmia. Ajatus tuottaa sinulle epämiellyttäviä tunteita ja mieli yrittää ratkaista ongelman, jotta pääset eroon epämiellyttävistä tunteista. Ikävä kyllä kaikki mielen tarjoamat ratkaisut eivät aina ole toimivia. Sinun pitää itse arvioida onko mielen tarjoama ratkaisu sinulle hyödyllinen.

Esimerkki: Tämän ajatuksen suhteen ei ole mitään ratkottavaa.

5. Arvioi ajatuksen toissijaiset hyödyt

Jos uskot ajatusta ja annat sen ohjata toimintaasi, mitä tunteita ja ajatuksia se sinussa herättää? Mitä tilanteita se ohjaa sinua välttämään?

Esimerkki: Alan välttää tilanteita, jossa pätevyytteni arvioidaan.

Elämänalani kaventuu, enkä pysty viemään elämäni siihen suuntaan mihin todellisuudessa haluaisin.

6. Ajatuksen muoto ja sijainti

Kuvittele ajatuksen muoto, miltä se näyttää, minkä kokoinen se on? Onko se edessäsi, vai kenties .

7. Arvioi ajatuksen seuraukset

Mitä alat tehdä aina kun ajatus ilmaantuu? Mitä tunnet? Kuinka se vaikuttaa kehoosi? Mitä aloitat tai lopetat tekemän, kun ajatus ilmaantuu?

Esimerkki: Aina kun ajatus ilmaantuu tunnen epäonnistumisen tunteen. Yritän olla kaikin keinoin ajattelematta ajatusta. Hartiani jännittyvät ja hengitykseni kiihtyy. (Mieti millaisista harjoituksesta olisi hyötyä näihin oireisiin)

Nyt valitse itsellesi kolme toimivinta eriyttämistapaa ja kokeile sitä omaan haitta-ajatukseesi.

OMIEN AJATUSTEN HALLINTA JA TIETOISUUDEN KEHITTÄMINEN, KIELTEISTEN AJATUSTEN HYVÄKSYMINEN KABAT-ZINN JON, LIITE 4

RUSINAN SYÖMINEN, LIITE 3

KEHOMEDITAATION PERUSTEISTA, LIITE 5 KEHOMEDITAATIO HARJOITUS, LIITE 6

FELDENKRAIS –MENETELMÄN HARJOITUS, LIITE 7

RENTOUTUSHARJOITTEITA:

Nopea jännitä-rentoudu-harjoitus. (KATAJA, J.2003. 68-70, 76). LIITE 1
Yhdistelmä suggestio ja jännitä-rentoutamentelmä (KATAJA, J. 2003, 93)
Syvävenyttely rentoutusharjoituksena.

-Takareisi selinmakuulla remmin avulla

- selän venytys joogatyylisiin, ensin konttausasennossa, taivutetaan siitä lantio alas
- selän ekstensio (vatsalihasten venytys)
- etureisi kylkimakuulla
- pohkeet pareittain, jalkapohjat vastakkain seisoma-asennossa

Loppurentoutuksena hieronta ja vartalon rajojen selkeyttäminen maaliteloilla n. 15 minuutin ajan.

Perussuggestiorentoutus (KATAJA, J. 2003, 89-90)

Mielikuvarentoutus (KATAJA, J. 2003, 114)

HYVIÄ TEOKSIA, KANNATTAA TUTUSTUA:

Arto Pietikäinen: Joustava mieli

Herrala, Kahrola & Sandström: Psykofyysinen ihminen

Jon Kabat-Zinn: Täyttä elämää: Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa.

Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal & Jon Kabat-Zinn:

Mielekkäästi irti masennuksesta: Tietoisien läsnäolon menetelmä, sisältää CD:n.

Frans Wildman: Feldenkraismenetelmä: 50 harjoitusta luontevaan liikkumiseen.

Kataja, Jukka: Rentoutuminen ja voimavarat

Kiitos, kun osallistuit ryhmäämme!

Suvi Mehnert, Panu Korhonen ja Sirpa Pitkäniemi
Fysioterapeuttiopiskelijat, Savonia-amk



PÄÄLUOKKA	YLÄLUOKKA	ALALUOKKA
KOKEMUS PSYKOFYYSISESTÄ FYSIOTERAPIASTA	MIELIALA	energisempi, jaksavampi, liikkuvaisempi, positiivisia tuntemuksia, vaikuttamisen mahdollisuus, epävarmuuden hyväksyminen,
	KEHOTIETOISUUS	yläkehon liikkuvuus ja liikkumattomuus, rohkeampi kehonkäyttö, oireiden hyväksyntä, oireiden vähentyminen, kivuttomuus, oman ulkonäön hyväksyminen, kokemus hengityksestä, oman kehon tuntemus,
	HENGITYS	keinoja ahdistuksen helpottamiseen, rauhoittunut, hengityksen tiedostaminen, laajuus,
	STRESSINHALLINTA	sisäisen kiireen havainnoiminen, itsekkyyden, suorittaminen, liikunnan lisääntyminen, liikuntaan suhtautumisen muutos, suorituskeskeisyyden vähentyminen
	RENTOUTUMINEN	Täydellinen rentoutuminen, arkeen soveltaminen, eri tapojen tiedostaminen,
	SALLIVA LÄSNÄOLO	sisäinen hyvinvointi, omaan itseen keskittyminen, kyky heittäytyä, kehomeditaatio, mindfulness, itsensä haastaminen, tunteiden hyväksyminen, negatiiviset tunteet menettäneet merkitystään
	RYHMÄ	mukava kokemus, uusia visioita, ideoita, salliva ilmapiiri,

RYHMÄLÄISEN SUOSTUMUS

Olemme kolme fysioterapia-opiskelijaa Savonia ammattikorkeakoulusta. Opintoihin liittyen teemme opinnäytetyömme kevään/syksyn 2012 aikana. Työmme aiheena on kerätä depressiopotilaiden kokemuksia psykofyysisen fysioterapian menetelmistä.

Minulle on kerrottu opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista ja toteuttamisesta. Tiedostan, että osallistumiseni tutkittavien ryhmään on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksesta saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Minua ei voida tunnistaa tutkimustuloksista tai lopullisesta tuotoksesta eikä intymiteettisuojeni vaarannu opinnäytetyön missään vaiheessa. Minulla on mahdollisuus tutustua tutkimustuloksiin ennen opinnäytetyön julkaisemista.

Kuopiossa ____ . ____ . 2012

Ryhmäläisen allekirjoitus ja nimenselvennys

Sirpa Pitkäniemi

Suvi Mehnert

Panu Korhonen



