

Mari Moilanen & Annukka Rahikkala

VANGIN KEHONKUVA

Laadullinen tutkimus vangiin kehonkuvasta

VANGIN KEHONKUVA

Laadullinen tutkimus vangin kehonkuvasta

Mari Moilanen & Annukka Rahikkala
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Fysioterapian koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

Tekijät: Mari Moilanen & Annukka Rahikkala

Opinnäytetyön nimi: Vangin kehonkuva. Laadullinen tutkimus vangin kehonkuvasta.

Työn ohjaajat: Leena Haaksiala & Eija Mämmelä

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013

Sivumäärä: 63 sivua + 11 liitesivua

Vangit ovat pieni ja eriytynyt ryhmä suomalaisesta väestöstä. Heillä on ongelmia useilla eri elämänosa-alueilla. Heidän koulutuksensa, työuransa ja sosiaalinen asemansa ovat heikompia kuin muulla väestöllä. Valtaosalla vangeista on somaattisia tai psyykkisiä sairauksia, kuten ADHD, persoonallisuus- ja keskittymishäiriöitä. Useinkaan terveydenhoitopalvelut eivät tavoita heitä. Lisäksi suomalainen vanki on usein kokenut lapsuudessaan perheväkivaltaa.

Kehonkuva on henkilön havaintoja, uskomuksia ja asenteita omasta kehostaan ja sen koosta. Kehonkuva on tunne- ja tietopohjainen käsitys omasta kehosta ja sen suhteesta ulkomaailmaan. Kehonkuva alkaa muotoutua heti syntymästä lähtien. Kehonkuva ei ole muuttumaton, vaan se muovautuu läpi elämän. Erilaiset elämänvaiheet muovaavat sitä. Sekä traumat että onnistumisen kokemukset vaikuttavat minkälainen ihmisen kehonkuva on. Sairastuminen ja vanheneminen voivat myös muuttaa kehonkuvaa. Psykofyysisellä fysioterapialla pyritään eheyttämään kehonkuvaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millainen on vangin kehonkuva sekä saada ja tuottaa tietoa vangeista väestöryhmänä. Tutkimuksen päätehtävä oli millainen on vangin kehonkuva. Alatehtäviä olivat millainen on vangin oma kokemus kehonkuvastaan ja mitä vangin kehonkuvasta kertoo hengitys, asento ja liikkuvuus.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka näkökanta oli fenomenologinen ja siinä oli kokemuksen tutkimisen piirteitä. Opinnäytetyötämme varten tutustuimme vankeja, kehonkuvaa ja sen tutkimista käsittelevään kirjallisuuteen. Tutkimukseen osallistui neljä vankia Kestilän vankilasta. Haastattelimme vangit ja teimme heille fysioterapeuttisen tutkimuksen.

Neljästä vangista yhdellä oli huomattavia muutoksia kehonkuvassaan. Kahdella vangilla oli muutoksia joillakin tutkimuksen osa-alueilla ja yhden vangin kehonkuva ei ollut poikkeava. Tämä tutkimus tuotti lisätietoa vangeista ja heidän kehonkuvastaan. Vangit ovat heterogeeninen ryhmä. Heidän kehonkuvansa on vaihteleva ja yksilöllinen.

Asiasanat: Vanki, kehonkuva, kehonkuvan tutkiminen, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme of Physiotherapy

Authors: Mari Moilanen & Annukka Rahikkala

Title of thesis: Body Image of Prisoner. A Qualitative Study of Prisoner Body Image.

Supervisors: Leena Haaksiala & Eija Mämmelä

Term and year when the thesis was submitted: Spring semester 2013

Number of pages: 63 pages + 11 appendix pages

BACKGROUND: Finnish prisoners are a small and diverged group. They are less educated and their social status is worse than that of standard Finns. They can also have somatic and mental diseases and traumatic childhood experiences. Body image is the term used to describe how a person feels and understands his/her body and how it is placed in the surrounding environment. The body image is an emotional experience of the body. The body image may change throughout life. A trauma or a physical disease can affect it.

AIM: Our aim was to study what kind of body image prisoners had. The aim of the study was to gather and give knowledge about prisoners. Our aim was also to find out if prisoners would benefit from psychophysical physiotherapy.

METHOD: Our bachelor thesis was a qualitative study in which we examined four prisoners. We interviewed them and did a physiotherapeutic examination on the prisoners. Analysis of the data produced the themes of breathing, position, range of motion and the prisoners' experience of their body.

RESULTS: One out of four prisoners had a changed body image and two prisoners had minor changes in their body image. One prisoner had not any abnormal changes in his body image.

CONCLUSION: Prisoners are a heterogeneous group. Their body image is an individual and varied.

Keywords: Body image, prisoner, body image examination, qualitative research

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 KEHONKUVA.....	9
2.1 Kehonkuvan synty.....	10
2.2 Kehonkuva aikuisiällä.....	11
3 KEHONKUVAN TUTKIMINEN PSYKOFYYSISESTÄ NÄKÖKULMASTA.....	13
3.1 Hengitys ja kehonkuva.....	16
3.2 Asento ja kehonkuva.....	19
3.3 Liikkuvuus ja kehonkuva.....	25
3.4 Kivun tutkiminen.....	26
4 VANKI.....	28
4.1 Vankien terveydenhuolto ja fysioterapiapalvelut.....	29
4.2 Vankien terveydentila Suomessa.....	29
4.3 Vankien kehonkuva.....	31
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	32
5.1 Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	32
5.2 Tutkimuksen suorittaminen.....	34
5.3 Aineiston analyysi.....	35
5.4 Tutkimuksen laatu ja luotettavuus.....	36
5.5 Tutkimusetiikka.....	38
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	43
6.1 Vangit yksilöinä.....	44
6.2 Tulokset alatehtävittäin.....	49
7 POHDINTA.....	53
7.1 Tutkimustulosten ja luotettavuuden tarkastelu.....	54
7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	57
LÄHTEET.....	59
LIITTEET.....	64

1 JOHDANTO

Kehonkuvalla tarkoitetaan ihmisen tietoista ja tiedostamatonta mielikuvaa omasta kehosta, sen ulkomuodosta, pinnasta, massasta ja sisällöstä. Kehonkuva ei ole pysyvä, vaan se muovautuu koko ihmisen eliniän ajan. Kehonkuva on omien kehon osien, rakenteiden ja niiden suhteiden tuntemista ja tiedostamista. Ihmisen mielikuvat, asenteet, aistimukset, tuntemukset ja kokemukset sekä vuorovaikutus ympäristöön ja ihmisiin muokkaavat kehonkuvaa. (Blinnikka & Hakanen 1990, 1 – 39.)

Ihmisen kehonkuva ei ole jäykkä vaan se muovautuu koko eliniän ajan. Kehonkuva lähtee muodostumaan jo vauvaiässä. Vauvan tutkiessa itseään hän alkaa vähitellen rakentaa itselleen kehonkuvaa eli käsitystä omasta kehostaan. Lapsen ja äidin hyvä vuorovaikutus sekä lapsen hyvät motoriset taidot edistävät suotuisen kehonkuvan muodostamista. (Himberg, Laakso, Peltola, Näätänen, Vidjeskog 2004, 37; Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 71 – 72.)

Psyko-fysiologiseen teoriaan kuuluu ajatus siitä, että jokainen valmius tai tunneperäinen aktivoituminen aiheuttaa eriasteisia reaktioita kehossamme (Monsen 1992, 16). Eheään kehonkuvaan voivat vaikuttaa epäsuotuisasti lapsuudessa koetut laiminlyönnit ja sekä henkinen että fyysinen sairastuminen (Heinonen & Valkama 2010, 9; Herrala ym. 2008, 28–30). Keho voi heijastaa tiedostamattomia ja torjuttuja tunteita ja ne voivat näkyä muun muassa asennossa, hengityksessä ja liikkuvuudessa (Monsen 1992, 16; Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 64; Heinonen & Valkama 2010, 6).

Wuolijoki ym. (2011) ovat tehneet tutkimuksen, jonka mukaan suomalainen vanki on kokenut lapsuudessaan enemmän perheväkivaltaa kuin muu väestö. Suomalainen vanki poikkeaa monin tavoin muusta kansasta, hän on huono-osaisempi, koulutustaso ja ammattiura on heikompi sekä asema sosiaalisessa elämässä on huonompi. (Wuolijoki, Vartiainen, Aarnio, von Gruenewaldt, Lintonen, Mattila, Viitanen & Joukamaa 2011). Vangeilla mielenterveyden häiriöt ja päihderiippuvuudet ovat yleisiä (Joukamaa 2010).

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisosa-alue, jossa ihminen nähdään kokonaisuutena. Kehoa ja mieltä ei haluta erottaa toisistaan. Ne nähdään yhtenä kokonaisuutena, jotka ovat

jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Psykofyysisen fysioterapian taustalla on psykofyysinen ihmiskäsitys. Psykofyysisessä fysioterapiassa terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Fysioterapian työvälineitä käytetään muun muassa rentoutusmenetelmiä, vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita, liikeharjoitteita sekä hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteita. Sen ensisijaiset tavoitteet ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta sekä kehonkuvan eheytyminen, kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. (PsyFy, 20.1.2013.)

Psykofyysisen fysioterapia on kehittynyt norjalaisesta ja ruotsalaisesta fysioterapia perinteestä. Psykofyysinen fysioterapia nousi Suomessa ajankohtaiseksi 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen kautta. Useissa sairauksissa ja toimintakyöngelmissä sekä niiden toipumisvaiheissa esiintyy psykofyysistä oireilua. Fysioterapeuttista kuntoutusta tarvitaan erityisesti pitkittyneissä tuki- ja liikuntaelimestön oireissa, syömishäiriöissä, post-traumaattisissa stressireaktioissa, neurologisissa toimintahäiriöissä, masennuksessa sekä erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. (PsyFy, 20.1.2013.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään arviointi- ja tutkimismenetelminä mittaamista, haastattelua ja havainnointia. Hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, ruumiinkuvasta ja vuorovaikutuksesta tehdään fysioterapeuttisia arvioita. Arvioinnissa tulee myös huomioida kuntoutujan itse kokema muutos. (PsyFy, 20.1.2013.)

Opinnäytetyöprojektimme sai alkunsa syksyllä 2011. Halusimme tehdä työn joka liittyy psykofyysiseen fysioterapiaan, mutta meillä ei ollut aavistustakaan tarkemmasta aiheesta tai siitä halusimmeko tehdä tutkimuksen, projektin vai tuotteen. Opettajamme esitti meille ajatuksen, että opinnäytetyössämme voisimme tutkia vankien kehonkuvaa. Perehtyessämme aiheeseen huomasimme sen olevan vähän tutkittu aihe niin Suomessa, kuin ulkomaillakin ja kiinnostuimme uudesta ja mielenkiintoisesta aiheesta. Tutkimus päätettiin toteuttaa laadullisena, koska laadullinen tutkimusmenetelmä sopi aiheeseen. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa, kuvaamaan tapahtumaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta eri ilmiöistä (Eskola & Suoranta 1996, 34). Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat muun muassa haastattelu ja havainnointi. Tyypillistä tälle tutkimusmenetelmälle on, että tutkija ei rajoita vastaa-

jien tuottamaa aineistoa. Tämän lisäksi laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkijan vapaus; tutkijalta vaaditaan tutkimuksellista mielikuvitusta, kun hän lähtee pohtimaan ratkaisuja uusiin menetelmiin tai tutkimusraportin kirjoitustapaan. (Eskola, Suoranta 1996, 11 – 15.)

Opinnäytetyömme tavoitteena oli saada tietoa suomalaisista vangeista ja heidän kehonkuvastaan ja tätä kautta edistää vankien kanssa työskentelevien tietämystä kyseistä ihmisryhmästä. Opinnäytetyömme päätehtäväksi nousi; millainen on vangin kehonkuva. Alatehtäviksi muotoutuivat; 1. Millainen on vangin oma kokemus kehonkuvastaan? ja 2. Mitä kehonkuvasta kertovat *asento*, *hengitys* ja *liikkuvuus*. Tutkimuksessa haastattelimme vankeja ja teimme heille fysioterapeuttisen tutkimuksen norjalaisen fysioterapeutin Berit Bunkanin CBE -tutkimusmenetelmää soveltaen. Bunkanin alkuperäiseen CBE -menetelmään kuuluu laajamittainen asennon, lihaskoostumuksen, hengityksen ja liikkuvuuden tutkiminen.

Yhteistyökumppaniksemme saimme Kestilän vankilan ja vankilanjohtajan Maarit Rahikkalan. Kestilän vankila sijaitsee Kestilässä, noin 100 kilometriä Oulusta etelään. Se kuuluu Itä- ja Pohjois-Suomen rikosseuraamusalueeseen ja se on 46-paikkainen avolaitos, johon sijoitetaan avolaitoskelpoisia vankeja pääasiassa Pohjois-Suomen alueelta. Vangit voivat olla sekä naisia että miehiä. Kestilän vankilassa keskitytään päihdekuntoutukseen ja koulutukseen. (Rikosseuraamuslaitos, 3.1.2013a.) Vankilan henkilökunta auttoi meitä tutkimushenkilöiden valinnassa ja kävimme tekevässä haastattelun ja fysioterapeuttisen tutkimuksen Kestilän vankilassa joulukuussa 2012. Alun perin tutkimuksiin ilmoitettiin seitsemän vankia (neljä naista ja kolme miestä), mutta loppujen lopuksi tutkimme neljä vankia (kaksi miestä ja kaksi naista). Ensin rajasimme tutkittavat kuuteen aikataulullisista syistä ja jotta miehiä ja naisia olisi tutkimuksessa yhtä monta. Tutkimuspäivänä kaksi vankia perui osallistumisensa, joten tutkimme yhteensä neljä vankia.

2 KEHONKUVA

Lähteestä riippuen kehonkuvaan viitataan joko sanoilla *kehonkuva* tai *ruumiinkuva*. Jatkossa käytämme itse termiä kehonkuva -käsitettä. Ruumiin olemisen tasot ovat fyysinen ja fysiologinen taso, kun taas kehon olemisen tasot ovat psykologinen ja psykososiaalinen sekä eksistentiaalinen taso (Herrala ym. 2008, 31). Koska opinnäytetyömme aiheena on tutkia millainen on vangin kehonkuva, olemme vapaita käyttämään kumpaa tahansa termiä, sillä kehonkuvaan vaikuttavat sekä fyysiset että psyykkiset seikat.

Ihminen liittyy kehoonsa havaintoja, asenteita ja uskomuksia, joista hänen kehonkuvansa koostuu. Havaintokokemukset omasta kehosta, käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta (ja kehoista yleensä) sekä tunneasenne omaa kehoa kohtaan ovat palasia, joista kehonkuva rakentuu. Lisäksi kehonkuva tarkoittaa tunne- ja tietopohjaista käsitystä omasta kehosta sekä kehon suhdetta ulkomaailmaan. Käsitteeseen kehonkuva sisältyvät kehonosat, ulkomuoto, pinnan ja kehon rajat, henkilökohtaisen sijainnin, sisätilan sekä oman kehon sijoittaminen ympäröivään tilaan. (Herrala ym. 2008, 31.)

Bunkanin (2008, 50 – 54) mukaan kehonkuva voidaan määritellä kolmella eri tasolla. Nämä tasot ovat sisäinen peilikuva omasta kehosta, sisäinen malli omasta kehosta kokonaisuutena ja osina, sekä näiden välinen vuorovaikutus. Kolmas taso on keho psykologisena kokemuksena ja tapana miten se on järjestäytynyt. Ihmisellä voi olla useita eri kehonkuvia, mutta pääsääntöisesti ihminen on kiinnostunut vain kolmesta, joita ovat ulkonäkö, fyysinen toiminta ja seksuaalisuus. Kehonkuva -käsitettä käytettäessä on tärkeä tietää millä tasolla yksilö on. Bunkanin mukaan kehonkuvan suotuisaan kehitykseen yksilö tarvitsee seitsemän eri tekijää (taulukko 1). Nämä kaikki asiat vaikuttavat ihmisen kokemukseen omasta minästä. Yhteys omaan kehoon on edellytys hyvälle ja jäsenellylle kehonkuvalle. (Bunkan 2008, 50 – 54.)

TAULUKKO 1. Bunkanin näkemys tekijöistä jotka vaikuttavat suotuisan kehonkuvan kehittymiseen (Bunkan 2008, 54).

Suotuisaan kehonkuvaan vaikuttavat tekijät:
Kontakti itseensä
Kontakti ympäröivään maailmaan
Kontakti realiteetteihin
Realistinen minä kokeemus
Itseluottamusta
Kontakti toisiin ihmisiin
Minän suhde ympäristöön (sosiaalinen toimiminen)

Kehonkuvasta puhuttaessa ei voida ohittaa ihmisen minäkuva. Kehonkuva ja minäkuva kulkevat käsi kädessä, ilman kehonkuva ei voi olla minäkuva ja toisin päin. Minäkuva on laajempi käsitys itsestä, joka sisältää ajattelun ja kognitiiviset toiminnot, sekä kehonkuvan. Hyvin kehittynyt kehonkuva on edellytys hyvin toimivalle minäkuvalle. Fyysinen keho käsittää ulkoisen ja sisäisen kehon. Fyysinen keho on vuorovaikutuksessa ihmisen psyykeeseen ja ihmisen suojautumiseen. (Bunkan 2008, 26 – 64.)

2.1 Kehonkuvan synty

Kun vauva syntyy, hänellä ei ole minkäänlaista käsitystä oman kehonsa rajoista. Vauvan kosketellessa itseään, työntämällä kätensä tai varpaansa suuhun ja heiluttamalla käsiään ja jalkojaan, hän alkaa vähitellen rakentaa itselleen kehonkuva eli käsitystä omasta kehostaan. Lapsen alkaessa ymmärtää puhetta eli saadessaan palautetta liikkeistään ja ulkonäöstään, hänen kehonkuvansa alkaa kehittyä voimakkaasti. Varhainen motorinen kehitys, esimerkiksi varhain kävelemään oppiminen saattaa olla myönteisen kehonkuvan pohjana, koska lapsi saa positiivista palautetta toiminnastaan. Kehonkuvan muodostuessa lapsi alkaa käsittämään ettei hän ole osa äitiä. Yksilöllisyyden perusta on oman kehon tunteminen. (Himberg ym. 2004, 37.)

Kosketus on olennainen osa vuorovaikutusta. Useat eri tutkimukset ovat osoittaneet lapsen kehityksen häiriintyvän jos hänet eristetään muista ihmisistä. Turvallisuudentunteen kehittymiseksi ihminen tarvitsee kosketusta ja huolenpitoa. Kosketustuksen puute voi johtaa moniin eri fyysisiin

oireisiin, kuten apatiaan, unettomuuteen, surullisuuteen ja aloitekyvyttömyyteen. Kosketus luo yhteyden itsen ja ulkomaailman välille. (Herrala ym. 2008, 71 – 72.)

Jotta lapsi voisi tuntea oman kehonsa rajat, hänen tulee olla aktiivinen toimija. Lapsen tulee tiedostaa olevansa erillinen olento ja tunnistaa itsensä oman toimintansa aloittajaksi. Motorisen toiminnan avulla lapsi oppii tuntemaan kehonsa ja kehon rajat entistä selvemmin, koska hän saa ympäristöstä koko ajan uusia kosketus-, liike- ja näköhavaintoja. Samaan aikaan lapsi saa tunteuksia myös kehon sisältä, esimerkiksi tasapainoelin välittää havaintoja miten keho sijoittuu ympäristöön. (Blinnikka & Hakanen 1990, 27–28.)

Pikkuhiljaa lapsi alkaa hahmottaa olevansa erillinen olento suhteessa ulkomaailmaan ja hänellä on ulkoinen ja sisäinen maailma. Lapselle on normaalia kokeilla itsenäisyyttään useilla eri tavoilla ja hän uhmaakin vanhempiaan ja ympäristöään. Jotta kehonkuva voisi syntyä, käsitteellisen ajattelun ja psykomotorisen kehityksen tulee kulkea yhtä matkaa. Kaikkien aistielinten ja muiden kehonkuvaan vaikuttavien tekijöiden pitäisi olla olemassa ja kehittyneitä 6 – 9 vuoden iässä. Lapsen ollessa kouluikäinen kehonkuvaan kuuluvat palaset ovat koossa. (Herrala ym. 2008, 28 – 30.)

Herralan ja kumppaneiden (2008) mukaan kehonkuvan kehittymisen polku voidaan hahmottaa kehittyvät kehon anatomisten ja fysiologisten toimintojen kautta vähitellen kohti kehotietoisuutta, jolloin mieli ja keho toimivat yhdessä. Kehotietoisuus on kokonaisvaltaisempaa ja syvempää oman itsensä hahmottamista, ymmärrystä, tiedostamista ja hallintaa. Elämäkokemukset ja se miten kukin on niistä selviytynyt vaikuttavat kehotietoisuuteen. Keho on biologinen ja fysiologinen kokonaisuus ja kehossa näkyy miten koemme ja tunnemme oman kehomme. (Herrala ym. 2008, 32.)

2.2 Kehonkuva aikuisiällä

Ihmisen kasvaessa kohti aikuisuutta hän käy läpi erilaisia vaiheita. Näitä ovat; oraalivaihe (0-1,5v), anaalivaihe (1,5-3v), fallis-oidipaallinen vaihe (3-6v), latenssvaihe (6-12v) ja adolesenssivaihe (12-18v). Jokainen vaihe on tärkeä oman kehonkuvansa tuntemiselle ja aikuiseksi kasvamiselle. Aikuisen kehonkuva on joustamattomampi kuin lapsen tai nuoren ja aikuinen pystyy tar-

kastelemaan omaa kehoaan kehittyneemmin. Aikuisen kehonkuva ei kuitenkaan ole muuttumaton, vaan erilaiset elämänvaiheet muovaavat sitä. Tutkimusten perusteella olennaisin muutos näyttäisi kuitenkin olevan oman kehonsa ja vanhenemisen hyväksyminen. (Blinnikka & Uusitalo 1988, 17 – 19.)

Aikuisen kehonkuvan tulee olla kiinteä, mutta kuitenkin joustava ja kolmiulotteinen. Mikään kehon alue ei saa saada liikaa tai liian vähän huomiota. Jos kehon ulkopinta ja ulkoiset aistimukset koetaan liian merkityksellisinä, tulee kehonkuvasta vajaa ja se latistuu tyhjäksi kuoreksi. Psykkisesti terveen aikuisen kehonkuvassa tyypillistä on kehon sisätilaa koskevien mielikuvien kokonaisuus ja tämän kokonaisuuden kokeminen yhtenäisenä ja kiinteänä. Aikuisen täytyy myös tuntea itsensä kiinteäksi ja koossa pysyväksi kokonaisuudeksi. (Blinnikka & Hakanen 1990, 39–40.)

Kehonkuva muuttuu koko ihmisen elämän ajan ja eheä kehonkuva auttaa ihmistä erilaisissa ja muuttuvissa elämäntilanteissa. Ihminen tekee koko ajan arviota kokemuksista kehossa, kehon kyvyistä, jaksamisesta, kivuista, hyvän olon kokemuksista, luotettavuudesta ja muuntuvuudesta. Samanaikaisesti hän vertaa todellisuutta ja mielikuvaa keskenään. Kehonkuva voi muuttua uudelleenlaiseksi esimerkiksi ihmisen vanhetessa tai sairastuessa. (Herrala ym. 2008, 28 – 30.)

3 KEHONKUVAN TUTKIMINEN PSYKOFYYSISESTÄ NÄKÖKULMASTA

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään arviointi- ja tutkimismenetelminä mittaamista, haastattelua ja havainnointia. Hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, ruumiinkuvasta ja vuorovaikutuksesta tehdään fysioterapeuttisia arvioita. Arvioinnissa tulee myös huomioida kuntoutujan itse kokema muutos. (Psyfy, 20.1.2012)

Tutkimuksemme haastattelun ja fysioterapeuttisen tutkimisen pohjana käytimme norjalainen fysioterapeutti Berit Bunkanin kehittämää Comprehensive Body Examination (jatkossa CBE) -menetelmää. CBE-menetelmässä tutkitaan kehon neljää osa-aluetta (hengitys, kehon liikkuvuus, lihaskoostumus ja asento) 13 osalla mittaristolla. Yhdeksän näistä osiosta näyttää merkittävää eroa psykoosipotilaiden, kroonisten kipupotilaiden ja terveet –ryhmien välillä. **Kehon asento** osa-alueessa on kaksi mittarin osiota: Ääreisosien fleksio (raajojen, hartioiden ja pään asennot) ja selkärangan fleksio (kehon keskiosat). Jotta henkilön kehon asento saataisiin selville, pitää asentoa tarkastella eri osa-alueissa. **Hengitys** osiossa on viisi mittarin osiota, joita ovat vaihtelevuus (joustavuus ja hengityksen mukautuvuus), hengitysliikkeet selinmakuulla (hengitysliikkeet rintakehän viideltä eri alueelta ja vatsan alueelta), jännittyneisyys (vatsan ja rintakehän alaosan uloshengityslihasten jännittyneisyys) ja hengitysliikkeet pystyasennossa (rintakehän liikkeet kummalla alueella). Lisäksi rintakehän asento (rintakehän asento sisään- ja uloshengityksen aikana). **Kehon liikkuvuutta** tutkitaan kolmessa osiossa: vastustus (liikelaajuudet ja liikkeiden vastustus), passiivisten liikkeiden avustaminen, motoriset häiriöt (tasapaino, oudot liikkeet ja liikemaneerit). **Lihaskoostumuksessa** tarkastellaan yleistä lihaksen velttoutta, ääreisosien kireyttä ja keskikehon kireyttä. (Heinonen & Valkama 2010, 5.)

Kehonkuvan tutkimisen aikana fysioterapeutin tulisi löytää vastaus siihen mikä on asiakkaan käsitys oman kehon koosta, onko hänen mielestään kehon oikealla ja vasemmalla puolella kokoeroja ja onko potilaalla ollut kehossaan outoja kokemuksia tai kehosta irtaantumiskokemuksia. Hengitys ja liikkuvuus -osoiden löydökset ovat luotettavampia kertomaan kehonkuvan tilanteesta, kuin asento ja lihaskoostumus -osoiden löydökset. (Heinonen & Valkama 2010, 6.)

Ihmisen tapaa toimia ohjaavat mielikuvat ja kokemukset omasta kehosta. Kliininen kokemus on osoittanut, että psykoosin yhteydessä kehonkuva on yksi ensimmäisinä muuttuvia asioita. Tästä huolimatta lääketiede ja psykoterapia ovat aliarvioineet kehonkuvan merkitystä ihmiselle. (Heinonen & Valkama 2010, 9.)

Herrala ym. (2008, 70) mukaan ”ihmisen iho, lihaksisto ja kehon toiminnallisuus ilmaisevat omalta osaltaan hänen sisäistä ja ulkoista olotilaansa.” Iho on raja, joka erottaa ihmisen ulkomaailmasta ja tekee hänestä yksilön. Tämä voi olla joko eheä ja kokonainen tai hauras ja osittainen. Rajan kokemista voidaan vahvistaa meikeillä ja kireillä vaatteilla. (Herrala ym. 2008, 103 – 104.)

Ihmisellä on henkilökohtainen tila eli reviiri, joka kertoo etäisyydestä, jonka yksilö haluaa säilyttää, jotta hän voi pitää toiset ihmiset minuutensa ulkopuolella. Oman kehon rajojen tiedostaminen erottaa minän toisesta ihmisestä ja sisäpuolisen minän ulkopuolisesta minästä. Keholla on sisä- ja ulkotila. Kehon sisätilaan ihminen voi sijoittaa todellisia ja epätodellisia mielikuvia siellä olevista asioista, kuten sairaudesta, hengestä tai energian tunteesta. Yhdyskanavia sisätilan ja ulkotilan välillä ovat kehon aukot kuten silmät, korvat, nenä, suu, virtsa-aukko, peräaukko ja emätin. Terapiatilanteessa voidaan havainnoida onko ihmisen olemus koukistunut ja sulkeutunut eli vartioiko hän kehonsa yhdyskanavia. (Herrala ym. 2008, 103 – 104.)

Lihaksen tonukseen eli jänteyteen vaikuttavat useat eri seikat. Näitä ovat ihmisen terveys, lihaksen harjoittaminen, supistumiskyky, rasvan määrä, verenkierto, sidekudosmuutokset ja tunnetilat. Tietoa lihaksesta saadaan palpoimalla sitä, tunnustelemalla lihasmassan koostumusta, ihoa ja jänteitä. Palpoidessa tulee myös tunnustella onko lihas rento vai jännittynyt. Terveen lihaksen tulisi olla pehmeä ja tasainen. Lihasta kevyesti painettaessa tai puristaessa kiputuntemuksia ei saa syntyä. Henkilölle hankalat tai merkitykselliset tilanteet voivat näkyä tiedostamattomana lihasjännityksenä. Lihaksen kireystila voi johtua myös yksilöllisistä harjaantumismekanismeista esimerkiksi kehonrakentajilla. Tiedostamattoman lihasjännityksen jatkuessa pitkään saattaa se alkaa näkyä ihmisen asennossa esimerkiksi fleksioasentona. Lisäksi tiedostamattomat lihasjännitykset voivat lamauttaa ihmisen ja käytön puutteessa lihakset saattavat alkaa surkastua ja heikentyä. Vegetatiivinen järjestelmä mukautuu vähitellen ihmisen toimintatapaan, esimerkiksi kireyteen, jolloin voi alkaa ilmetä myös psyykkisten reagoitumismallien muutoksia kuten passiivisuutta, masentuneisuutta tai minän heikkoutta. (Herrala ym. 2008, 74 – 75.)

Ihmisen tietoisuutta kehostaan voidaan tarkastella erilaisten elinjärjestelmien avulla. Näitä ovat autonominen järjestelmä, motorinen järjestelmä sekä psyykinen järjestelmä, immunologinen järjestelmä sekä endokriininen järjestelmä. Kukin järjestelmä reagoi ärsykkeisiin eri tavalla. Ärsykkeet syntyvät, kuin ihminen on vaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja järjestelmät vaikuttavat toisiinsa. Tunteet, havainnot ja ajatukset kuuluvat psyykkisen järjestelmän reaktioihin. Lihaskireydet, rentoutuminen sekä asennoissa että asentomalleissa kuuluvat motorisiin reaktioihin. (Herrala ym. 2008, 32.)

Psyko-fysiologiseen teoriaan kuuluu ajatus siitä, että jokainen valmius tai tunneperäinen aktivoituminen aiheuttaa eriasteisia reaktioita kehossamme. Nämä reaktiot tapahtuvat yleensä yhdessä tai useammassa kehon tärkeimmistä järjestelmistä. Vaikka ihminen voi psyykkisesti tiedostaa kokemuksia, tunteita ja ongelmia, voi keho joutua tiedostamattomien, torjuttujen elämysten, tunteiden ja ristiriitojen säiliöksi. Sisäisistä tai ulkoisista ympäristötekijöistä johtuen stressitaso voi nousta liian korkeaksi. Tällaisessa tilanteessa on helppo jättää elämyksen aiheuttamat rasitukset ja epämiellyttävät tunteet tiedostamatta. Koska käytämme kehoa tai kehon elinjärjestelmiä suorittamaan torjuntaa esimerkiksi pysäyttämällä liikkeen tai pidättämällä hengitystä, tämä aiheuttaa häiriöitä kehon eri elinjärjestelmissä. Aina kun kehossa on stressitilanne, se aiheuttaa reaktion kaikissa elinjärjestelmissä. Jos stressitilanne jatkuu pitkään, se voi johtaa yhden tai useamman elinjärjestelmän sairauteen, joka näkyy tasapainottomuutena tai siinä syntyneenä energian kasaantumisenä. Kiputilat kuten esimerkiksi päänsärky, noidannuoli tai räsistaudit syntyvät motorisessa järjestelmässä. Hormonaaliset ja autonomiset häiriöt voivat aiheuttaa astmaa, diabetesta, kohonnutta verenpainetta, mahahaavoja, ihottumia ja aineenvaihdunta häiriöitä. Tulehdussairaudet tavallisesta flunssasta Aidsiin, reumaattiset sairaudet ja eräät syövätkä muodot liittyvät immuunijärjestelmään. Tätä kutsutaan avaimenreikämalliksi. (Monsen 1992, 16 – 17.)

Biologiset tekijät ja varhaiset kokemukset kulkevat ihmisen mukana koko elinkaaren ajan. Menteenkokemukset voivat satuttaa ihmistä myös kehollisesti. Lisäksi erilaiset käyttäytymismallit voivat lisätä ja muuntaa omalta osaltaan yksilön kokemuksia. Pienetkin vastoinkäymiset millä tahansa elämän osa-alueella voivat käynnistää selvittämättömältä tuntuvan noidankehän ja ratkaisuyritykset ja selviytymisstrategiat eivät välttämättä toimi aikaisemmin koetulla tavalla. (Herrala ym. 2008, 103 – 107.)

3.1 Hengitys ja kehonkuva

Myös Martin ym. (2010) ovat käsitelleet lapsen ja äidin varhaista vuorovaikutusta ja sen vaikutusta kehonkuvaan. Heidän mukaansa varhaiset kokemukset lapsen ja äidin välillä tallentuvat mielikuviksi lapsen muistiin. Nämä mielikuvat ovat aistimusperäisiä kehonkuvia ja tällä tapaa lapsi mieltää kehittyvää itseään ja ympäristöään. Hänelle syntyy mielikuva miten hän voi käyttää kehoaan, miltä kehon massa, ulkomuoto ja pinta tuntuvat ja miltä keho tuntuu hengittäessä ja liikkuesssa. Kehon rajojen hahmottaminen ei suinkaan ole helppoa ja tästä johtuen pelon ja häpeän tunteet saattavat vaikuttaa aikuisenakin tiedostamattomasti hengitykseen. (Martin ym. 2010, 64.)

Hengitys on ihmisen keskeisintä toimintaa. Tuskin löytyy elintoimintoja joihin hengitys ei liityisi tavalla tai toisella. Lisäksi hengitys liittyy tunteisiin, joten hengitystä ja tunteita voidaan pitää yhtenä kokonaisuutena. Heikentynyt pallean toiminta voi vahingoittaa sisäisten elinten ja elinsysteemien toimintaa. Tästä syystä ahdistuksella ja suljetuilla tunteilla on merkitys sairauden tai vaivan primäärikehityksessä sekä sisäelimissä että luu-lihassysteemissä. Käsittelemättömät tunteet heikentävät autonomista hengitystoimintaa, joten ahdistuksen ja tunteiden työstämisellä sekä hengitystoiminnan parantamisella voidaan vaikuttaa asiakkaan kuntoutumiseen. (Bunkan 2008, 108.)

Hengityksellä ja hengityselimillä on useita eri tehtäviä (taulukko 2), jotka ovat sekä fysiologisia että psyykkisiä (Martin ym. 2010, 16).

TAULUKKO 2. Hengityksen ja hengityselinten eri tehtävät (Martin ym. 2010, 16).

Hengityksen ja hengityselinten tehtävät:
Hapen tuominen elimistöön ja hiilidioksidin poistaminen elimistöstä
Keskeinen ja välitön elimistön happoemästäsapainon säätelijä
Hengitysrytmi säätelee mekaanisesti sydämen sykkeen vaihtelua hengityssyklin aikana (sydämen rytmi hidastuu jokaisen uloshengityksen ja nopeutuu sisäänhengityksen aikana)
Hengitysliikkeet ovat pumppuvoimia kaasujen vaihdossa sekä kehon nesteiden kierrossa. Hengitysliikkeet auttavat laskimoveren virtausta sekä lymfa ja aivoselkäydinnesteen kiertoa jatkuvan rytmisen liikkeen avulla
Uloshengitysilman virtaus ja paine antavat tukea äänelle ja puheelle
Normaali hengitysmekaniikka auttaa ylläpitämään selkärangan ja sitä ympäröivien luu- ja lihasrakenteiden joustavuutta
Hengityslihakset ovat mukana asennon ylläpitämisessä ja raskaassa fyysisessä ponnistelussa
Normaali hengitystekniikka edesauttaa ruuansulatusta rytmisten painevaihteluiden avulla
Hengitystapa eli syvyys, rytmi ja apuhengityslihasten käyttö antaa sanatonta tietoa henkilön tunnetilasta sekä henkilölle itselleen, että muille ihmisille
Hengityksen avulla voidaan säädellä tunteita joko pidättämällä tai kiihdyttämällä hengitystä (sietämättömät tunteet pysyvät poissa tietoisuudesta)
Rauhallinen hengittäminen auttaa tunteiden ilmaisua ja tunnistamista sekä tynnyttää kehoa ja mieltä

Jokainen ihminen hengittää omalla yksilöllisellä tavallaan. Hengitystapa eli rytmi, syvyys ja hengityslihasten käyttö vaihtelevat ja ihminen käyttääkin ainakin 20–30 erilaista tapaa hengittää. Kun elimistö tarvitsee happea lihastoimintaa vaativaan ponnisteluun, otetaan hengittämiseen mukaan apuhengityslihakset eli sisemmät kylkivälilihakset, vatsalihakset ja kaulan ja rintakehän yläosan lihakset. Apuhengityslihakset voivat korvata osittain varsinaisten hengityslihasten toiminnan psyykkisten syiden vuoksi. (Martin ym. 2010, 16 – 19.) Parhaimmillaan hengitysliikkeet näkyvät pallean alueella, jonkin verran vatsan alueella ja vähiten rintakehän alueella. Kaikkialla rintakehän ja vatsanalueella tulisi olla liikettä. Hengitysliikkeiden tulee kulkea tietyssä järjestyksessä eli sisäänhengityksen aikana vatsa ja rintakehä laajenevat ja uloshengityksessä ne supistuvat. Jos nämä hengitysliikkeet kulkevat vastakkaisessa järjestyksessä, on hengityksessä ristiriita. Hengi-

tyksen tulee olla spontaania eli hengitys tihenee tai rauhoittuu fyysisen aktiivisuuden mukaan. (Heinonen & Valkama 2011, 24 – 27.)

Aikuisen ihmisen normaali hengitysfrekvenssi eli hengitystaajuus on 12 – 16 kertaa minuutissa (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 224). Hengitysfrekvenssin tihentyminen tai hidastuminen (alle 10 kertaa minuutissa) voi kertoa ventilaatio- eli keuhkotuuletushäiriöstä. Jos hengitysfrekvenssi on yli 25 kertaa minuutissa, vaatii se avustavien hengityselimien käyttöä. Lisäksi tihentynyt hengitysfrekvenssi muuttaa uloshengityksen aktiiviseksi. (Jokinen, Pirttimaa & Rosqvist 2009, 6.) Aktiivinen uloshengitys näkyy vatsalihasten kireytenä (Heinonen & Valkama 2011, 26).

Varuillaan olo ja/tai tunteiden tukahduttaminen voivat saada aikaan hengityselimien jännittyneisyyden. Kokiessaan uhkaa ihminen jännittää hengityselimiään ja elämässä varhain koettu uhka voi jäädä ruumiinmuistiin lihasjännityksenä ja rintakehän yläosalla hengittämisenä. Elämän myöhemmissä stressi- ja vaaratilanteissa nämä suojausmekanismit voivat helposti käynnistyä. Lihasjännitys vaikeuttaa pallean käyttöä hengittäessä, joka aiheuttaa keuhkojen tilan pienenemisen kun pallea on jatkuvasti supistuneena. Tämä voi antaa ihmiselle tunteen, ettei mielessäkään ole tarpeeksi tilaa tarpeille ja tunteille. (Martin ym. 2010, 22 – 23.)

Normaalisti hengityksen säätely tapahtuu automaattisesti verenkierron ja hermoimpulssien välityksellä aivorungon hengityskeskuksissa. Kuitenkin ihmisen kokemat tunteet voivat vaikuttaa hengityksen säätelyyn ja fyysisten tarpeiden mukainen hengitys häiriintyy. **Hyperventilaatio** on tila, jossa keuhkot tuulettuvat yli aineenvaihdunnallisen tarpeiden eli ihminen hengittää liian nopeasti. Hyperventilointi voi kroonistua jatkuvan stressin tai ahdistuneisuuden seurauksena. Jatkuva stressi ja ahdistuneisuus voi johtaa kroonistuneeseen hyperventilointiin. Ahdistunut henkilö voi vuorotella hyperventilointia ja hengityksen pidättämistä, akuuttia hyperventilointia seuraa yleensä hengityksen pidättäminen. Hengityksen pidättämiseen voi liittyä tunteiden pidättämiseen tai pyrkimykseen pysyä näkymättömissä. (Martin ym. 2010, 24 – 28.) Hyperventiloimalla voidaan myös lieventää kivun tuntemuksia ja se toimii sekä henkisten että fyysisten kiputilojen vaimentajana. Kuitenkin hyperventiloinnin jatkuessa kiputilat yleensä voimistuvat. (Martin ym. 2010, 50.)

Yksi tärkeimmistä fyysisen ja **psykkisen itsesäätelyn** keinoista on hengityksen säätely. Hengitys vaikuttaa osaltaan tunteittemme säätelyyn. Vaikeat tunnekokemukset, kuten jännitys, ahdistus, pelko ja häpeä voivat ilmentyä epätasapainoisena hengityksenä. (Martin ym. 2010, 61.)

Hengitykseen voi vaikuttaa tunteiden tukahduttaminen. Jännitystä hengityslihaksissa voi lisätä esimerkiksi ahdistuksen ja tukahdutetun pelon tunne. Tilanteen jatkuessa pitkään ja tunnetilan syyn ollessa selvittämätön ihmisen ulkoinenkin olemus voi vähitellen muuttua. Ulkoisen olemuksen muutos voi näkyä ihmisen tavassa toimia, asennossa ja asentomallissa. Kehonkuvan epäselvyys voi näkyä ihmisen asennossa, ominen rajojen tunnistamisessa ja liikkumisessa kuten kävelyssä, liikkeiden rytmissä ja tasapainon hallinnassa. Ahdistus, pelko ja epävarmuuden tunne ovat psyykkisesti ilmeneviä tunnekokemuksia, jotka voivat johtaa epämääräisiin kipuihin eripuolilla kehoa, kestoajännitykseen tai yksittäisen lihaksen kipeytymiseen. (Herrala ym. 2008, 58 – 103.) Rintakehän tai vatsan vetäytyminen sisäänpäin, rintakehän tynnyrimäinen ulkomuoto tai uloshengitysasennossa oleminen voivat viitata kiristyneisiin hengityslihaksiin (Valkama & Heinonen 2011, 26).

3.2 Asento ja kehonkuva

Ihmisen asento muotoutuu pienistä osista: eleet, ilmeet, liikkeet, mieliala, tunteet, ajatukset, hengitys ja vuorovaikutus ympäristöön muodostavat kokonaisuuden, josta ihmisen asento koostuu. Asentoa voidaan tarkastella paikallaan olemisena, vartalon ja raajojen liikkeenä tai niiden pysähtymisenä. Asennon tulisi mukautua joustaen ja tasapainoisesti elämän eri tilanteisiin sekä levossa että liikkeessä, tällöin voidaan puhua rakenteellisesta toiminnallisesta ja tasapainoisesta asennosta. Roxendalin kehittämän teorian mukaan kehotietoisuutta tutkitaan liikkeen ja tiedostamisen näkökulmista. Tällöin tarkastellaan henkilön asentoa, kontaktia alustaan, keskilinjaa sekä hengitystä. (Herrala ym. 2008, 88 – 92.)

Kehonkuvaa tutkittaessa kehon asennon tutkiminen on keskeistä, sillä se on perusta kaikille liikkeille ja ilmaisee tunteita ja terveydentilaa. Kehon voidaan ajatella koostuvan palikoista jotka asettuvat toistensa päälle. (Bunkan 2008, 77 – 97.) Kun Bunkan kuvaa tasapainoisen asennon koostuvan palikoista, Herrala yms. käyttävät termiä ”luotisuora”. Ihmisen asento on tasapainoinen, kun luotisuora kulkee ulomman kehäluun edestä, polvilumpion takaa, reisiluun sarvennoi-

sen tai ranteen ja olkapään kautta sekä korvan edestä (kuvio 1). Takaapäin katsottuna luotisuora kulkee selkärankaa pitkin ja edestä katsottuna navan ja nenän kautta. (Herrala, ym. 2008, 90 – 91.)



KUVIO 1. Ihmisen hyvä seisoma-asento. Luotisuora kulkee ulomman kehräsluun edestä, polvilumpion takaa, reisiluun sarvennoisen tai ranteen ja olkapään kautta sekä korvan edestä.

Edestä ja takaa asentoa tarkasteltaessa verrataan oikeaa ja vasenta puolta toisiinsa ja vaakasuoriin tasoihin tiettyjen maamerkkien avulla. Asentoa tarkastellaan nilkan jänteiden samankokoisuudella ja –suuntaisuudella, polvitaiteiden, pakarapöimujen, lantion harjujen, lapaluiden, olkapäiden sekä korvalehtien sijoittumisella ja verrataan ovatko edellä mainitut samalla tasolla toiseen puoleen verrattuna. (Herrala, ym. 2008, 90 – 91.)

Optimaalisessa tilanteessa painon tulisi jakautua tasaisesti molemmille alaraajoille ja koko jalkaterien alueelle. Painon jakautuessa tasaisesti kulkee myös kuviteltu painolinja pitkin kehon keski-

linjaa eli luotisuoraa pitkin. Asentoa havainnoidessa tulisi tarkastella painon jakautumista kummallekin alaraajalle sekä suhteessa luotisuoraan linjaan. (Heinonen & Valkama 2010, 15.)

Asentoa tutkittaessa tarkastellaan myös selkärangan muotoa ja ovatko sen luonnolliset kaaret normaalit (Herrala ym. 2008, 92). Kaularangan luonnollisessa asennossa on lievä lordoosi eli notko ja sen tulisi säilyä kaikissa kehon liikkeissä ja asennoissa mahdollisimman optimaalisena. Pään painopiste on pystyasennossa hieman tukipisteen etupuolella. (Ahonen, Lahtinen, Sandström, Pogliani & Wirhed 1995, 286.)

Rintarangassa on normaalisti lievää kyfoottisuutta eli köyryyttä. Varsinkin yläselän ojentajalihas-ten ja rintalihasten kireys näkyvät usein ryhdin huonontumisena ja rintakehän kasaan painumisena. Rintarangan liialliseen kyfoottisuuteen voi olla myös syynä kasvuiässä sairastettu Scheuermannin tauti. Ylikorostunut rintarangan kyfoosi haittaa olkanivelen toimintaa, käsivarren ylös nostaminen ylös asti ei välttämättä onnistu. Oiennut rintarangan kyfoosi voi ilmetä ”lautaselän” yhteydessä jolloin lannerangan lordoosikin on oiennut, mutta sitä voi ilmetä lannerangan lordoosin ollessa normaali. Oiennut rintaranka on tyypillisesti helposti kipeytyvä ja väsyy helposti. Yleensä siihen liittyen kaula- ja rintarangan ylimenoalueelta löydetään jäykkyyttä, joka rasittaa kaularangan niveliä ja aiheuttaa luultavimmin lihasepätasapainoa. (Ahonen ym. 1995, 287.)

Lanneranka on kaularangan tavoin normaalisti lordoottinen. Vatsalihasten tehtävänä on estää liiallinen lannerangan lordoosi tukemalla lannerankaa edestä. Vatsalihasten ollessa heikot eivät ne pysty estämään kireiden selkä- ja lonkankoukistajalihas-ten sekä painovoiman lannerankaa lordoosivaa vaikutusta. Myös epämukava työasento ja virheelliset suoritustekniikat voivat muuttaa lannerankaa hyperlordoottiseksi eli liian notkoksi. Oiennut lannerangan lordoosi voi johtua ristiluun 1.sacrumin pystyasennosta tai nuorella iällä kumaralla ryhdillä istuminen voi aiheuttaa lannerankaan ”romahtaneen” asennon. Myös ikääntymisen tai trauman aiheuttama nikaman siirtyminen voi olla oienneen lannelordoosin aiheuttaja. Oienneen selkärangan joustavuus ja iskunkestävyys huonontuvat ja selkä kipeytyy kevyestäkin rasituksesta. (Ahonen ym. 1995, 287 – 293.)

Selkärangan asentoa ja muotoa tarkasteltaessa takaapäin verrataan sitä luotisuoraa, joka kulkee selkänikamien okahaarakkeiden kohdalla. Poikkeamat luotisuorasta voivat johtua skolioosista. Skolioosilla tarkoitetaan selkärangan kaareutumista lateraalisesti, syitä sille voi olla monia. (Aho-

nen ym. 1995, 294.) Ylikorostunut rangan lordoosi tai kyfoosi sekä skolioosi voivat aiheuttaa lihasten ylivenyvyyttä tai kireyttä (Heinonen & Valkama 2010, 7).

Asentoa tutkittaessa lantion ihanteellinen kallistuskulma on noin 60 astetta, jolloin ristiluun ja ristiluun etuosan kohtisuoran linjan kulman tulisi olla 15-40 astetta. Tällöin suoliluun yläetukärki (SI-AS) jää matalammalle kuin suoliluun ylätakakärki (SIPS). (Heinonen & Valkama 2010, 16.) Lantionkorin etureunan kallistumista alaspäin puhutaan anteriorisesta tiltistä ja vastaavasti lantion korin takareunan kallistuminen on nimeltään posteriorinen tilt (Ahonen ym. 1995, 287).

Asentoa tutkittaessa tulee tarkastella polvinivelten ja nilkkanivelten asettumista luotisuoraan linjaan. Polvinivel voi olla yliojentunut eri syistä, niitä voivat olla eturistisiteen repeytymän aiheuttama yliojennus ryhtivirhe. Yliojennusta esiintyy myös kasvuvaiheessa liian korkeakorkoisia kenkiä käyttäneillä tytöillä. Polven yliojennus saattaa kehittyä yksinkertaisesti ihmisen seistessä polvet äärimmilleen ojennettuina eli polvet ovat lukkoasennossa ja reiden etuosan lihakset ovat täysin passiiviset tukemaan polvinivelten asentoa. Tällöin nivelet ovat ääriasennossa ja nivelsiteet kuormittuvat, jolloin nivelsiteet löystyvät ja venyvät. Yliojennus vaikuttaa myös lantion asentoon ja selkärankaan lisäämällä lannerangan lordoosia eli notkoselkäisyyttä. Tilanne voidaan korjata opettelemalla seisomaan polvet hyvässä asennossa, paino tasaisesti molemmille alaraajoille ja kautuneena ja koko jalkaterien laajuudelle. (Ahonen ym. 1995, 298.)

Optimaalisesta ryhdistä puhuttaessa tulisi luotisuoran linjan kulkea keskeltä polviniveltä. Länkisäärisyydellä (genu varum) tarkoitetaan sitä, kun polvi on ulkopuolella luotisuorasta linjasta, mutta nilkkanivelen keskipiste osuu luotisuoralle linjalle. Madaltunut pitkittäinen jalkaholvi voi puolestaan aiheuttaa pihtipolvisuutta (genu valgum), jolloin polvinivel on luotisuoran linjan sisäpuolella. Madaltunut jalkaholvi on melko yleinen vaiva ihmisillä. Tämä virheasento aiheuttaa usein erilaisia kiputiloja jalkaterästä aina SI-niveleen saakka. Nilkan ylipronaatiolla tarkoitetaan tilaa jolloin sisempi jalkaholvi pettää ja jalkapöydän luut kuormittuvat normaalia enemmän. Tälle alueelle voi syntyä kudosten ärsytystiloja ja jopa väsymismurtumia. (Ahonen ym. 1995, 299 – 303.)

Ihmisen asentoa tutkitaan myös selinmakuulla. Tällöin seurataan kuinka lihakset ja selkäranka rentoutuvat alustaa vasten. Selinmakuulla asennon tukipinta on koko kehon laajuinen silloin, kun ihminen antautuu koko painollaan alustan varaan. Tällöin asennon voidaan sanoa olevan avoin ja

luottavainen. Asento on suljettu kun henkilö esimerkiksi ristii alaraajansa ja pitää yläraajat tiukasti vartalon vierellä tai ristii ne vartalon päälle. Tämä voi kertoa turvattomuudesta tai kontrollin tarpeesta. Tasapainon ja rentoutumisen edellytys on turvallinen ja laaja kosketus alustaan. (Herrala ym. 2008, 93.)

Bunkanin mielestä kehon rakenteiden taka- ja etuosien välillä tulee olla tasainen jännitys, sillä tämä pitää asennon tasapainoisena ja palikat päällekkäin. Kehon on oltava joustava ja hengityksen kuljettava vapaasti. Asentoon voidaan vaikuttaa tahdonalaisesti jännittämällä tai rentouttamalla lihaksia. Asento on myös tapa jolla yksilö kantaa kehoaan ja tämä tapa on riippuvainen yksilön biologiasta, sosiaalisesta perimästä, kehonkuvasta ja yksilön tavanomaisesta tunnetilasta. Psykkinen ja fyysinen sen hetkinen vointi voi myös vaikuttaa kehon asentoon. Ihmisen kehonasento antaa usein peilikuvan hänen psykkinisestä tilastaan, mutta toistaiseksi on tietämyksemme kehon asentomalleista riittämätön mihinkään varmoihin tulkintoihin psykkinen kuvan yksityiskohdista. Kehon asennonmallin kolme päätyyppiä ovat **fleksioasento** (koukistunut), **eks-tensioasento** (ojentunut) ja **ambivalentti** (kaksijakoinen). (Bunkan 2008, 77 – 97.)

Fleksioasennossa (kuvio 2) vartalo ja raajat ovat koukussa, polvet hieman koukistuneina ja yhdessä. Lantio on kallistunut taaksepäin, lanneranka ojentunut ja lonkat ovat koukussa. Yläselkä on pyöreänä ja hartiat ovat edessä, lisäksi pää on työntynyt eteen ja katse on suunnattu usein kohti lattiaa. Fleksioasento voi kertoa pelosta, puolustautumisesta, pitkäaikaisesta stressistä ja se voi olla seurausta pitkäaikaisesta masennuksesta tai menetyksen tunteesta. Lisäksi se voi kuvata pakenemisvalmiutta. Fleksioasentoon kuuluu usein myös pidätetty hengitys. (Herrala ym. 2008, 99; Monsen 1992, 24.)



KUVIO 2. Fleksioasento. Fleksioasennossa lonkkanivelet, polvet, vartalo ja raajat ovat koukistuneet. Hartiat ovat kiertyneet eteen ja pää on työntynyt eteen.

Ekstensioasennossa (kuvio 3) lihakset ovat kauttaaltaan tiukat ja jännittyneet, etenkin selkä- ja polvenojentajalihakset. Rinta- ja kaularangan anatomiset mutkat voivat suoristua ja raajoissa on loitontamistaipumusta. Tähän asentomalliin liittyy usein pinnallinen hengitys tai hengityksen lukiutumisen sisäänhengitysasentoon. Pää on pystyssä ja katse on suuntautunut pitkin nenänvartta. Korostunut itsetehostuksen tarve voi näkyä ekstensioasentona. Ambivalentissa asennossa kehon ylä- ja alaosa ovat kuin eri paria, toinen osa on koukistunut ja toinen ojentunut. Ambiva-

lenttiasento (kuvio 4) voi kertoa, ettei ihminen osaa päättää pitäisikö hänen jännittää vai rentoutua. (Herrala ym. 2008, 99 – 100; Monsen 1992, 24.)



KUVIO 3. Ekstensioasento. Ekstensioasennossa etenkin selän- ja polvien ojentajalihakset ovat jännittyneet.



KUVIO 4. Ambivalenttiasento. Kehon ylä- ja alaosa ovat kuin eri paria.

3.3 Liikkuvuus ja kehonkuva

Kehon liikkuvuutta tutkittaessa saadaan tietoa lihasten kunnosta. Kun lihakset ovat jännittyneet ne usein muuttavat jäykistyneiksi ja estävät virtaavan liikkeen kehossa. Asiakasta tutkittaessa arvioidaan suurten nivelten ja selkärangan liikkuvuutta. Tutkimustilanteessa asiakkaan tulisi olla rentona passiivisten liikkeiden aikana. Jos liikkeitä ei tehdä koko liikelaajuudella sidekudokset

voivat lyhentyä. Tämä voi aiheuttaa epätasapainoa ja tällöin kehon liikkuvuus rajoittuu ja aiheuttaa kipua sekä heikentää toimintakykyä. (Valkama & Heinonen 2010, 8.) Kehon eri osien tulee liikkua vapaasti suhteessa toisiinsa ja asiakkaan on pystyttävä tekemään liikkeitä liikuttamatta tai jännittämättä kehon muita osia (Monsen 1992, 55).

Rintakehän normaali liikkuvuus on yli viisi senttimetriä, kun mitataan sisään- ja uloshengityksen maksimaalinen erotus. Rintakehän rajoittunut liikkuvuus voi kertoa rintakehän joustavuudesta, jäykkyydestä ja kyvystä laajentaa rintakehää hengityksen avulla. Jos mittauksen tulos on huomattavasti pienempi kuin kaksi senttimetriä, voi se kertoa alentuneesta hengitystoiminnasta. Jos rintakehän liikkelaajuus on miinusmerkkinen eli sisäänhengitys on pienempi kuin uloshengitys, mitattavan hengitys on paradoksaalista eli hengitysliikkeet ovat ristiriitaiset. (Jokinen ym. 2009, 6.)

3.4 Kivun tutkiminen

IASP eli International Association for the Study of Pain määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensaation tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio (International Association for the Study of Pain, 12.12.2012). Kipu on sellainen kokemus, jonka henkilö itse määrittelee kivuksi. Kipu on subjektiivinen kokemus ja on aina todellinen kivun kokijalle. Aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat kivun tuntemuksen muodostumiseen. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Kipu voidaan nähdä joko psykosomaattisena sairautena tai oireena. Käsite ”psykosomaattikka” viittaa psyykeen ja kehon yhteyteen. Olennaiset tekijät psykosomaattisten sairauksien syntyymiseen ovat painostavat tunteet ja konfliktit, joista voi syntyä kehollista kipua tai sisäelinsairauksia. Kuusi tärkeintä syytä kivun syntyyn ovat kudosvaurio, ylläritus, väärin biomekaniikka ja psyykkiset, emotionaaliset tai kognitiiviset tekijät. Kipu on psyykinen kokemus ja sen tunteminen on aina yksilöllistä. Kipu voidaan luokitella akuutiksi tai krooniseksi ja paikalliseksi tai yleiseksi. Lisäksi kivun luonne voi kertoa sen mistä kipu on peräisin. Kosketus on olennaista terveydelle ja kivun lievittämiselle. Fysioterapian tavoite on auttaa potilas pois prosesseista, jotka aiheuttavat sairautta ja saavuttaa takaisin terveyttä edistäviä toimintoja. (Bunkan 2008, 36 – 40.)

Kipu voi olla psyykinen oire ja se on yksi yleisimmistä oireista, joita fysioterapeutti hoitaa. Kipu voi esiintyä pehmytkudoksissa, luissa ja nivelissä. Koska kivun tunne on subjektiivinen kokemus,

samat diagnoosit ja samat oireet omaavat henkilöt voivat tuntea kivun erilaisena. Lihaskipu ja palpoinni aiheuttavat usein lihaksen kovenemisen, mutta ne voivat aiheuttaa myös lihaksen löystymisen. Ns. normaali lihas on kivuton, mutta se voi olla myös herkkä. Palpoinnin, kivun ja eriasteisten lihasjäykkyyden välillä ei suoraa suhdetta. Näyttää siltä, että henkilöt jotka lapsuudessa ovat altistuneet väkivallalle, ovat menettäneet kehon herkkyyden. Voimakas kipu aiheuttaa kehossa ennen kaikkea fleksioasennon syntymisen, mutta myös ekstensioasentoa voi esiintyä. Bunkanin kliininen kokemus on osoittanut, että kroonisista kivuista kärsivät henkilöt voivat näyttää ulospäin normaaleilta. (Bunkan 2008, 152.)

Kipua voidaan tutkia myös VAS -kipujanalla, joka kertoo henkilön subjektiivisesta kivusta (Bunkan 2008, 152). VAS -kipujana eli visual analogue scale on yleisimmin käytetty kipumittari. VAS -kipujana on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Janan vasen laita kuvaa tilannetta, jossa henkilöllä ei ole ollenkaan kipua. Janan oikea ääripää taas kuvastaa pahinta mahdollista kipua. Tutkittava merkitsee pystyviivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. (Kalso & Vainio 2002, 41.)

4 VANKI

Rikollinen on henkilö joka on rikkonut maansa rikoslakia. Henkilö on syyllistynyt tekoon, joka määritellään kielletyksi eli rangaistavaksi. (Laine 2007, 31.) Tuomio voi olla ehdoton vankeus tai ehdollinen vankeus. Vankeusrangaistus tuomitaan joko elinkautisena tai määräaikaisena. Ehdollisessa vankeudessa rangaistu henkilö ei joudu istumaan tuomiotaan vankilassa vaan jatkaa normaalia elämäänsä siviilissä. Jos vanki kuitenkin tekee uuden rikoksen, otetaan tuomiota annettaessa huomioon aikaisempi ehdollinen vankeus, joka saattaa koventaa uuden tuomion jopa ehdottomaksi vankeudeksi. (Rikosseuraamuslaitos, 23.11.2011c.) Useampi kuin yksi sadasta suomalaisesta on ollut joskus elämänsä aikana suorittamassa vankeusrangaistusta (Lauerma 2009, 96 – 98).

Vangit ovat suomalaisen väestön pieni ja eriytynyt ryhmä. He poikkeavat monilla eri tavoilla muusta kansasta; he ovat huono-osaisempia, koulutustausta, ammattiura ja asema sosiaalisessa elämässä on selvästi huonompi kuin muulla väestöllä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu suuren osan vangeista kärsivän sekä moninaisista ruumiillisista sairauksista, että joistakin mielenterveyden häiriöistä. Tästä syystä he tarvitsevat erilaisia hoitopalveluja, joka kuitenkin ovat jääneet toteutumatta. Vain puolet vangeista on työkykyisiä. Wuolijoen yms. tekemän tutkimuksen mukaan sakkovangit ovat kokeneet lapsuudessaan enemmän perheväkivaltaa kuin muu väestö ja heidän syrjäytyminen alkaa jo varhain lapsuudessa. (Wuolijoki ym. 2011.)

Vankien keskimääräinen älyllinen suorituskkyky on muuta väestöä selvästi heikompi. Erityisesti heillä on ongelmia verbaliikan puolella. Kädentaidot ja visuomotoriset taidot ovat myös valtareh-mää heikommat. Vangeilla ilmenee kognitiivisia heikkouksia ja heistä noin puolella on lukihäiriö ja kolmanneksella jopa dysleksia eli elimellisperäinen lukemisen vaikeus. (Lauerma, 8.2.2012.)

4.1 Vankien terveydenhuolto ja fysioterapiapalvelut

Vankeuslain 3 § mukaan vangilla täytyy olla mahdollisuus ylläpitää terveyttään ja heidän toimintakykyään on tuettava (Vankeuslaki 23.9.2005/767 3 §). Vankilassa vankien terveydenhuolto toteutuu hyvin ja usein vankilassaoloaika on vankien elämän ainoa vaihe, jolloin he voivat käyttää terveydenhuollonpalveluita helposti. Monilla vangeilla on siviilissä päihdeongelmia ja heidän käyttöksensä on epäsosiaalista ja hoitoon sitoutumatonta eli terveydenhuoltopalvelut eivät tavoita heitä. (Lauerma, 8.2.2012.)

Rikosseuraamuslaitos järjestää vangeille terveydenhuollon, joka on lähtökohtaisesti samantasoisista kuin terveydenhoitopalvelut siviilissä. Jokaisessa vankilassa järjestetään vähintään kerran viikossa lääkärin vastaanotto ja jokaisessa vankilassa työskentelee vähintään yksi sairaanhoitaja. Jokaiselle vangille vankilaan tullessa tehdään sairaanhoitajan tekemä tulotarkastus. Lisäksi useimmissa vankiloissa on hoitotilat ja välineet vankien hammashoitoa varten. (Rikosseuraamuslaitos, 14.2.2012b.)

Hämeenlinnassa sijaitsee vankisairaala, jossa toimii myös fysioterapeutti (Rikosseuraamuslaitos, 14.2.2012d.). Vankien fysioterapia toteutuu pääsääntöisesti Vankisairaalan kautta, joka on valtakunnallinen yksikkö ja sijaitsee Hämeenlinnassa. Fysioterapiaosasto koostuu yhdestä fysioterapeutista. Fysioterapeutti hoitaa vankien fysioterapian lukuun ottamatta postoperatiivisia ohjauksia. (Pihlman, 24.2.2012.) Vankisairaala palvelee kaikkia Suomen vankiloita ja se on yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala. Vanki saa oman vankilan sairaanhoitajalta tai lääkäriltä lähetteen Vankisairaalaan ja ylilääkäri arvioi potilaiden kiireellisyysjärjestyksen. Tarvittaessa vanki voi päästä jatkohoitoon siviilisairaalaan. (Rikosseuraamuslaitos, 14.2.2012d.)

4.2 Vankien terveydentila Suomessa

Vuonna 2006 rikosseuraamusasiakkaiden mielenterveyden häiriöt olivat hyvin yleisiä ja päihderiippuvuus oli kymmenkertaista verrattuna tavalliseen väestöön. Päihderiippuvuuksien lisäksi myös amfetamiiniriippuvuus oli yleistä. Kahdella kolmasosalla todettiin jonkinlainen persoonallisuushäiriö, joista yleisimpiä olivat tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus sekä epäsosiaalinen persoonallisuus. Psykooseja ei ilmennyt häiriöryhmissä sen enempää kuin muussakaan vä-

estössä. Kun huomioitiin häiriöryhmäläisten ikäjakauma, olivat myös ruumiilliset sairaudet yleisiä, näistä esimerkkinä C -tyypin hepatiitti ja maksatulehdukset. Lääkärin arvioinnin mukaan työkykyisiä ryhmäläisistä oli vain puolet, alentunut työkyky oli kolmanneksella ja ryhmäläisistä lähes viidennes oli täysin työkyvyttömiä. Naisten joukosta työkykyisiksi arvioitiin vain kolmannes ja työkyvyttömiksi lähes puolet. Työkyvyttömyys on suurimmalta osin piilevää eli kaikilla tutkimukseen osallistuneilla ei ollut työkyvyttömyyseläkettä, vaikka heidät oli arvioitu työkyvyttömiksi. Erityisen huono terveydentila osoittautui olevan naisvangeilla sekä sakkovangeilla. Sakkovankien kuntoutus ei ole mahdollista, sillä heidän vankilassaoloaikansa on niin lyhyt. Tämän vuoksi olisi äärettömän tärkeä varmistaa heille mahdollisuus jatkohoitoon heidän vapauduttuaan. Sakkovangeille päihderiippuvuus on suurin ongelma, vain muutama ei omannut minkäänlaista riippuvuutta. (Joukamaa ym. 2010.)

Valtakunnallisessa vankien terveystutkimuksessa tehtyjen alustavien arviointien mukaan noin puolella vangeista on virustartunta, joka liittyy suonensisäisten huumeiden käyttöön. Noin 90 prosenttia vangeista on saanut jonkinlaisen psykiatrisen diagnoosin. Tutkimuksen mukaan vangeilla ilmenee viisinkertaisesti psykiatrisia häiriöitä muuhun väestöön verrattuna. Yleisempiä näistä ovat persoonallisuushäiriöt ja päihderiippuvuudet. (Lauerma 2009, 96 – 98.)

Ulkomaisten tutkimuksien mukaan vangeilla on ADHD:n eli aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön korkea esiintyvyys. Toistuva väkivaltarikollisuus liittyy erityisesti tähän häiriöön. Suomessa vankien joukosta poimitussa aineistossa lapsuuden ADHD:n taustaa ilmeni noin kolmanneksella vangeista. Otantatavan takia suurin osa oli pitkäaikaisvankeja. Lukemisen erityisvaikeutta eli dysleksiaa esiintyy jopa 33 prosentilla vangeista. Lisäksi kirjoitus- ja lukutaito on jollain tavalla heikko joka toisella vangilla. Tulevaisuudessa uusintarikollisuuden ja vankilakierteen vähenemiseen haasteen tuo ADHD:n ja sen liitännäishäiriöiden huomioiminen ja hoitaminen. (Lauerma 2009, 96 – 98.)

Vangeilla tavatut muistin ja keskittymisen häiriöt saattavat pohjautua lapsuudessa tapahtuneeseen emotionaalisen traumatisoitumiseen. Syynä tähän on useimmiten pahoinpitely, seksuaalinen riisto tai pitkäaikainen laiminlyödyksi tuleminen. Lievät aivovammat ovat yleisiä, ja ne liittyvät yleensä väkivaltaan ja tapaturmiin. Nämä taas voivat aiheuttaa psykiatrista sairastavuutta. Vangeilla esiintyy saman verran tyypillisiä mielisairauksia, skitsofreniaa ja maanis-depressiivisyyttä

kuin muussa väestössä. Näitä sairastavat joutuvat yleisimmin tutkintovankeuden jälkeen valtion-sairaaloihin hoitoon mielentilatutkimuksen kautta. Näin ollen heidät on myös todettu syyntakeetomiksi. (Lauerma 2009, 96 – 98.)

4.3 Vankien kehonkuva

Psykiatrisen vankisairaalan vastaava ylilääkäri, psykoterapeutti, psykiatrian dosentti ja erikoislääkäri Hannu Lauerman mukaan vangeille on ominaista suuri massa, oli se sitten lihasta tai rasvakudosta. Tässä ihmisryhmässä anabolisten steroidien käyttö on hyvin yleistä. Steroidien käyttö voi johtaa moniin ongelmiin kuten strioihin eli näkyvään arpikudokseen eri puolella kehoa. Steroidien käyttö näkyy myös aknena ja poikkeavina laboratoriotuloksina. Amfetamiinin käyttö siviililämässä on yleistä ja sen vuoksi normaali ruoka maistuu kitkerältä. Tämän vuoksi vankien ruokavalioon kuuluu paljon sokeria. (Lauerma, 8.2.2012.)

Vankien suhtautuminen omaan kehoon on usein poikkeavaa siten, että he hyvin usein laiminlyövät itseään. Usein jo 25-vuotiaat vangit ovat vajaahampaisia, koska hammasterveydenhuoltoa ei ole tehty. Myös itsensä viiltely on yleistä. (Lauerma, 8.2.2012.) Vankilafysioterapeutti Jari Pihlmanille näkemyksen mukaan vankien kehonhallinta ja -hahmotus eivät ole hyviä ja näillä osaluueilla on paljon ongelmia. Myös Pihlman korostaa, että vangit ovat hyvin heterogeenin ryhmä ja ryhmän sisällä on suuria eroavaisuuksia. (Pihlman, 24.2.2012.)

Lauerman (8.2.2012) mukaan vangeilla on erityisesti ongelmia verbaliikan puolella. Ongelmat verbaliikassa voivat ilmentyä aleksitymiana. Aleksitymia on vaikeutta kuvailla tunteita sanallisesti, vaikeutta tunnistaa tunteita sekä mielikuvituksen vähäisyyttä. Joka kymmenes suomalainen on aleksityminen. Vaiva on yleisempi miehillä kuin naisilla ja yleisempi vanhemmalla väestöllä, kuin nuoremmalla. Tutkimusten mukaan aleksitymiaa esiintyy mielenterveysongelmista ja joistakin somaattisista sairauksista kärsivillä henkilöillä. (Mattila 2009, 13.) Aleksitymian etiologiaa ei tiedetä varmaksi, mutta arvellaan että lapsuuden kokemukset, ympäristön vaikutukset, neurobiologiset eriävyydet ja perinnölliset tekijät vaikuttavat sen syntyyn (Mattila 2009, 30).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää vankien kehonkuvaa. Tutkimusidea lähti omasta mielenkiinnostamme psykofyysiseen fysioterapiaan ja halusta tehdä tutkimus uudesta ja erilaisesta aiheesta. Toisen opinnäytetyön tekijän sukulainen on töissä Kestilän vankilassa ja tästä nousi ajatus tutkia opinnäytetyössä vankeja. Kun perehdyimme aiheeseen, huomasimme ettei vankien kehonkuvaa ole aikaisemmin tutkittu. Haimme aineistoa eri tietokannoista, kuten Aleks, Arto, BioMed Central, Doria, Kuntoutusportti, Linda, Medic, Mediline, PEDro, Sosiaaliportti, Terveysportti, Theseus ja Googlen Scholar. Hakusanoina käytimme ”vanki”, ”kehonkuva”, ”ruumiinkuva”, ”prisoner”, ”body image” ja ”body awareness”. Emme löytäneet yhtään lähdeä tai tutkimusta, jota olisimme voineet hyödyntää opinnäytetyössämme. Ainut löytämämme tutkimus oli Pohjois-Amerikassa 60-luvulla tehty tutkimus tatuoitujen vankien kehonkuvasta. Tätä tutkimusta pidimme liian vanhana hyödynnettäväksi. Rikosseuraamuslaitos on tehnyt selvityksiä vankien terveydentilasta, mutta fysioterapiassa vangeista saatikka heidän kehonkuvastaan ei ole tähän mennessä kiinnostuttu.

Tutkimuksemme oli laadullinen ja näkökanta oli fenomenologinen. Lisäksi tutkimuksessa oli kokemuksen tutkimisen piirteitä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa, kuvaamaan tapahtumaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta eri ilmiöistä (Eskola & Suoranta 1996, 34). Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat muun muassa haastattelu ja havainnointi. Tyypillistä tälle tutkimusmenetelmälle on, että tutkija ei rajoita vastaajien tuottamaa aineistoa. Tämän lisäksi laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkijan vapaus; tutkijalta vaaditaan tutkimuksellista mielikuvitusta, kun hän lähtee pohtimaan ratkaisuja uusiin menetelmiin tai tutkimusraportin kirjoitustapaan. (Eskola & Suoranta 1996, 11 – 15.) Tutkimuksessamme tarkoituksena oli saada tietoa vangeista eli pyrimme ymmärtämään tiettyä toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan kyseisestä ihmisryhmästä. Tutkimuksessa me sekä haastattelimme että havainnoimme tiedonantajia.

Fenomenologisen tutkimuksen erityispiirteenä on että tutkimuksen kohteena ja tutkijana on ihminen (Tuomi & Sarajärvi 2011, 34). Tässä tutkimustyyppissä tutkitaan henkilön suhdetta omaan elämäntodellisuuteensa. Tällaisessa tutkimuksessa tutkijan pitää tilannekohtaisesti harkita miten hän voi tutkimuksessa toimia niin, että saavuttaa toisen henkilön kokemuksen ja ilmaisun merkitykset mahdollisimman alkuperäisinä. (Aaltola & Valli 2010, 28 – 33.) Kehonkuvaa tutkittaessa on tärkeää saada tietoon tutkittavan oma kokemus kehonkuvastaan. Tätä pyrimme selvittämään tutkimuksessamme.

Kokemisen tutkimiselle luonteenomaista on sen omakohtaisuus. Käsitettä kokemus kuvaillaan sanoilla subjektiivinen, paikallinen, ainutlaatuinen, aikaan sidottu ja kehollinen. Kokemus on aina omakohtainen ja se koetaan 1. persoonassa eli ”*minun*”. Subjektiivista kokemusta tutkittaessa olennaista on kuinka kokemuksen subjektiivisuus ja 1. persoonan näkökulma saadaan säilytettyä koko tutkimusprosessin ajan. Ei siis ole itsestään selvää miten subjektiivisia kokemuksia voidaan tutkia tieteellisesti. (Latomaa & Suorsa 2011, 174–175.) Perttula ja Latomaa (2005, 136 – 137) käyttävät tutkittavista kokemuksista ilmaisua elävä kokemus. Heidän mielestään kokemuksia eivät ole sanat tai käsitteet, eivätkä tavat liikkua, elehtiä tai puhua. Kokemus voidaan nähdä elävänä koska se ilmentää tajunnallisuuden tapaa suuntautua oman toimintansa ulkopuolelle ja merkityksellistää suuntautumisen kohteena oleva aihe. Kokemuksen tekee eläväksi sen side elämäntilanteeseen. Tästä syystä tutkijalla ei voi olla ennako-oletuksia tutkittavan elävästä kokemuksesta. Ei voida olettaa tutkijan ymmärtävän etukäteen tutkittavan elävää kokemusta.

Tässä tutkimuksessa ihmiskäsityksemme oli psykofyysinen ja holistinen. Holistinen ihmiskäsitys pyrkii kuvaamaan ihmistä inhimillisen olemassaolon kautta. Se ottaa huomioon ihmisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen ulottuvuuden (Puhakainen 1995, 26 – 27). Psykofyysisessä ihmiskäsityksessä uskotaan ihmisen olevan kokonaisuus. Tämä ihmiskäsitys on vallitseva psykologiassa ja hoitotieteissä. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, 2013a.)

Tutkimushankkeen tavoite oli saada selville millainen on vankien kehonkuva. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa vankien kanssa työskenteleville ammattiryhmille, kuten esimerkiksi fysioterapeuteille, sosionomeille, vartijoille, sairaanhoitajille sekä työ- ja päivätoimintojen ohjaajille. Tämän opinnäytetyön tekeminen edistää ammatillista osaamistamme monella eri osa-alueella.

Näitä ovat tutkimusprosessin suunnittelu, tekeminen ja raportointi, psykofyysisen fysioterapian syvempi teoretietämys ja ihmisen fysioterapeuttinen tutkiminen.

Tutkimuksemme päätehtävä oli: millainen on vangin kehonkuva.

Alatehtäviä olivat;

1. Millainen on vangin oma kokemus kehonkuvastaan?
2. Mitä kehonkuvasta kertovat
 - 2.1 Asento
 - 2.2 Hengitys
 - 2.3 Liikkuvuus

Pää- ja alatehtävien operationaalistaminen (liite1) ohjaa mihin tutkimuksessa kiinnitetään huomiota, jotta vastaukset tutkimustehtäviin saavutettaisiin. Haastatteluosiolla ja kivun tutkimisella saimme vastauksen ensimmäiseen alatehtävään. Asennon, hengityksen ja liikkuvuuden tutkimisen osioilla saimme vastauksen toiseen alatehtävään. Asennon tutkimisen ja hengityksen jaoimme osiin (liite 1). Näillä osioilla saimme vastauksen millainen asentomalli tai hengitys tutkittavalla on. Makuuasento kertoo tiedonantajan jännittyneisyydestä ja kyvystä rentoutua alustaa vasten. Liikkuvuuden tutkimisella selvitämme miten tiedonantaja antautuu tutkijan tekemään passiiviseen liikkeeseen. Alatehtävillä saimme vastauksen asetettuun päätehtävään eli millainen on vangin kehonkuva.

5.2 Tutkimuksen suorittaminen

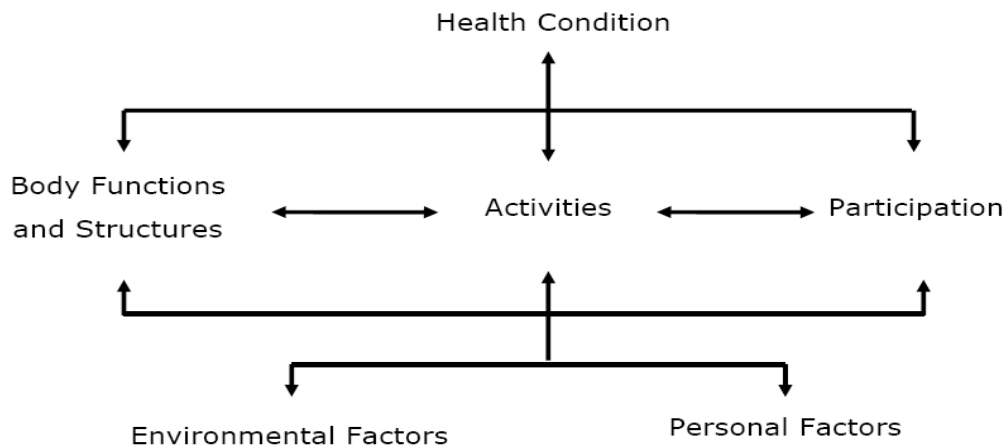
Tutkimuksen tekeminen alkoi teoreettiseen viitekehykseen tutustumisella jo syksyllä 2011. Haimme tietoa kehonkuvasta, sen tutkimisesta ja vangeista ihmisryhmänä. Tutkimussuunnitelmaa työstimme keväällä 2012. Itse tutkimuksen teimme Kestilän vankilassa 19.12.2012. Loppuraportin kirjoitimme tammikuussa 2013. Taulukossa 1 on havainnoillistettu opinnäytetyön prosessin suunnitellut ja toteutuneet tunnit.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoimme teemoittelemalla. Laadullisen aineiston analyysitapoja on useita ja yksi niistä on teemoittelu. Teemoittelussa kootaan yhteen aineiston eri osioita. Teemoihin kerätään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. (Miles & Huberman 1994, 246.)

Teemoittelu on tutkimusaineiston pilkkomista, jonka jälkeen se ryhmitellään aihepiirien mukaan. Ensin aineisto luokitellaan, jonka jälkeen siitä etsitään teemoja. Teemoittelua helpottamaan tutkija voi tehdä teemakortiston, johon hän kokoaa aineistoa eri aihealueittain. Tutkimusaineistosta lähdetään etsimään tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Näkemykset siirretään kortistoon sitä kuvaavan teeman alle. Tällä tavalla tutkimusaineisto saadaan teemoiteltua. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, 17.1.2013b.)

Tutkimuspäivän jälkeen litteroimme tutkimusaineiston ICF -mallin mukaisesti toimintakyvyn kuvausiksi. ICF eli *International Classification of Functioning Disability and Health* tarjoaa kokonaisvaltaisen ja standartoidun kehyksen toimintakyvyn ja sen rajoittumisen kuvailemiseen (kuvio 5). ICF luokittelee systemaattisesti ja ryhmittelee toimintakyvyn ja ympäristön osa-alueet. Toimintakyky on yläkäsite termeille ruumiin toiminnot, ruumiin rakenne, osallistuminen ja suoriutuminen. Rajoittenuisuus ilmenee ruumiin toimintojen ja rakenteiden alentumisena, osallistumisen ja suoriutumisen rajoittumisena. Toimintakyky on myös sidottu terveydentilaan, joka sisältää sairaudet, toimintahäiriöt ja vammat. Näiden osa-alueiden vuorovaikutus on dynaamista ja kaksisuuntaista, muutos yhdessä osa-alueessa voi vaikuttaa yhteen tai useampaan alueeseen. (Bickenbach, Cieza, Rauch & Stucki 2012, 4 – 5.) ICF –malli näkyy tutkimuksemme eri osioissa. Yksilötekijöitä olivat yleinen terveydentila, ikä, sukupuoli ja elämäntarina. Ruumiin toimintoja olivat hengitys, kipu sekä erikoiset kehontuntemukset. Ruumiin rakenteita olivat asento ja liikkuvuus osioiden löydökset. Osallistuminen tuli ilmi myös elämäntarinassa.



Erisee, 17.1.2013.

KUVIO 5. ICF –mallissa ruumiin toiminnot ja rakenne, osallistuminen, suoriutuminen, terveydentila, ympäristö sekä yksilötekijät vaikuttavat toisiinsa ja tätä kautta henkilön toimintakykyyn.

Fysioterapiakertomuksista etsimme eri teemoja. Teemoiksi muotoutuivat *kehon tuntemukset, hengitys, asento, liikkuvuus, kipu* sekä *fyysiset ja henkiset sairaudet*. Tiedonantajien kertomista elämäntarinoista nostimme teemoiksi *lapsuuden, koulutustaustan, työkykyisyyden ja rikostuomioiden määrän*. Nämä teemat nousevat esiin myös teoreettisessa viitekehyksessä.

Tulokset esitimme kaksivaiheisesti; ensin kuvailimme kaikkien tiedonantajien vastaukset yksilöittäin ja tämän jälkeen niin että ne sekoittuivat toisiinsa. Teemat näkyvät tulososion otsikoinnissa.

5.4 Tutkimuksen laatu ja luotettavuus

Eskolan ja Suorannan (1996, 165) mukaan laadullisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä luotettavuuden kriteereistä on tutkija itse. Tässä tutkimustyyppissä lähtökohtana on tutkijan avoin omakoh-taisuus ja tiedostaminen, että tutkija on tutkimuksen yksi keskeisistä tutkimusvälineistä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa eniten kritiikin kohteena ovat tutkimuksen edustavuus

ja tulosten yleistettävyyttä. Joidenkin lähteiden mukaan perinteisesti ymmärrettyinä validiteetti eli pätevyys ja reabiteetti eli pysyvyys eivät laadullisessa tutkimuksessa ole luotettavuuden perusteita. (Eskola & Suoranta 1996, 165 – 166.) Kaikkia tutkimuksia pitää kuitenkin pystyä arvioimaan, vaikkei termejä validiteetti ja reabiteetti halutakaan käyttää. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeimpänä pidetään tapahtumien, paikkojen ja henkilöiden kuvaamista ja validius on kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 214.)

Tutkimus on reliabeli, kun mittaustulokset pystytään toistamaan. Tutkimuksen reliabelius voidaan todeta monella eri tavalla, jos kaksi mittaajaa päätyy samanlaiseen tulokseen voidaan tulos pitää luotettavana. Tulos on myös luotettava, jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimusmenetelmän validiteetillä eli pätevyydellä. Validius on tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata tarkoituksenmukaisesti haluttua kohdetta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 – 218.) Vaikka laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei välttämättä voi arvioida validiteetin tai reliabeliuden käsitteillä, mielestämme tutkimuksellemme lisäarvoa tuo tutkimusmenetelmämme toistettavuus ja luotettavuus. Bunkanin CBE-menetelmä on yleisesti käytössä oleva tutkimusmenetelmä ja kehitetty juuri mittaamaan ihmisen kehonkuvaa. Tästä syystä pidämme sitä sekä validina että reliabelina mittaussuomenetelmänä.

Lisäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä voidaan pitää **uskottavuutta, varmuutta, siirrettävyyttä, vahvistavuutta ja tutkimuksen tekemisen luotettavuutta**. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkijan ja tutkimuskohteen käsitysten kohtaamista keskenään eli tutkija ei lähde vääristeleään tutkimuskohteelta saatua tietoa. Tutkimus on varma silloin kun tutkija ottaa huomioon ennalta arvaamattomia tutkimukseen vaikuttavia ennakkoehtoja. Tutkimustulosten täytyy olla siirrettäviä eli niitä voidaan soveltaa myös laajempaan perusjoukkoon. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä että tutkimusten tekijät ovat saaneet tutkimustulosten tulkintoihin tukea samankaltaisista aiemmista tutkimuksista. Koko tutkimusprosessin ajan tutkija pohtii omaa tekemistään, jolloin hän arvio ja varmistaa tutkimusprosessin luotettavuutta. Tätä kutsutaan tutkimuksen tekemisen luotettavuudeksi. (Eskola & Suoranta 1996, 167.)

Tutkimuksen alkuvaiheessa täytyy tehdä päätös tutkimushenkilöiden määrästä. Tiedonantajien määrää mietittäessä täytyy ottaa huomioon tutkimuksen aika- ja raharesurssit. Aika- ja raharesurssit vaikuttavat myös aineiston analyysiin, onhan itsestään selvää että suuri tutkimusjoukko vie enemmän aikaa, kuin pieni. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85 – 87.) Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole tilastollinen yleistäminen vaan tutkimuksella havitellaan tietyn toiminnan ymmärtämistä sekä kuvaamaan jotakin tapahtumaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Lähtökohtana on valita tutkimuksen menetelmät ja lähestymistapa sen hetkisten tutkimustarpeiden ja -tavoitteiden mukaan. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa on vaikea sanoa mitään ehdotonta aineiston riittävydestä, siitä mikä on tarpeeksi suuri tai laaja aineisto. Myös arvostetut tutkijat Piaget ja Freud ovat käyttäneet harkinnanvaraista poimintaa tutkimuksissaan. (Eskola & Suoranta 1996, 33 – 34.) Tutkimuksessamme emme pyrkineet tekemään tilastollista yleistämistä vaan pyrimme ymmärtämään ja tulkitsemaan vankeja ilmiönä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena etsiä tilastollisia säännönmukaisuuksia tai keskimääräisiä yhteyksiä, joten aineiston koko ei määräydy näihin perustuen (Hirsjärvi ym. 2004, 170). Tutkimuksen tekijöiden inhimilliset ja ajalliset resurssit ovat rajalliset. Näistä syistä tutkimukseen riitti kuusi vapaaehtoista vankia. Kuudella vangilla täytetään tutkimukselle asetut tarpeet ja tavoitteet ilman että tutkimuksen laatu kärsii.

5.5 Tutkimusetiikka

Tutkimuksessa sitouduimme noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita hyvästä etiikasta. Noudatimme myös Suomen Fysioterapeuttien eettisiä ohjeita. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet on kirjattu auttamaan fysioterapeuttia valinnoissaan sekä ohjaamaan ja arvioimaan omaa toimintaansa (Suomen Fysioterapeutit, 20.1.2013). Näiden kaikkien lisäksi olemme noudattaneet Suomen Laissa säädettyä salassapitovelvollisuutta.

Tutkimustamme ohjasi myös Henkilötietolaki, joka on tehty henkilön yksityisyyden turvaamiseksi. Käsittelimme arkaluontoisia aineistoja, joita ovat henkilötietolain 11§:n mukaan tiedot, jotka käsittelevät rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta ja tietoja jotka käsittelevät henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia. (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja, 21.5.2012.) Tieteellisen

hyvän käytännön ohjeiden mukaan arkaluontoista tutkimusaineistoa on säilytetty lukollisessa kaapissa ja se on tuhottu, kun tutkimus on valmis ja tietoja ei tarvita. Vankien yksityisyyttä on kunnioitettu tutkimussuostumuksella (liite 2) eli jokainen tutkimukseen osallistunut allekirjoitti tutkimussuostumuksen, jossa suostui tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Hyvän tutkimusetiikkaan kuuluvat myös seuraavat seikat; tutkimusaihe on eettinen ja tutkimustyössä vältetään epärehellisyttä. Tutkimusaiheen eettisen ratkaisussa pohditaan kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Lisäksi epärehellistä tutkimustyötä ovat; kopioiminen eli plagiointi, toisten tutkijoiden vähättely, itse plagiointi eli omien aikaisempien tutkimusten kopiointi, tuloksien yleistäminen ilman kritiikkiä tai tulosten sepittäminen tai kaunistelu, harhaanjohtava tai puutteellinen raportointi sekä tutkimukseen myönnettyjen määrärahojen väärinkäyttö. (Hirsjärvi ym. 2004, 27 – 28.)

Tämän tutkimuksen aihe oli eettinen, koska tutkimuksessa selvitettiin millainen on vangin kehonkuva ja tätä kautta saamaan lisää tietoa ihmisryhmästä ”vangit”. Emme plagiointeet tai vähätelleet toisia tutkijoita. Emme ole koskaan tehneet aikaisempia tutkimuksia, joten itse plagiointia ei ole tapahtunut. Olemme esittäneet tutkimustulokset rehellisesti ilman sepittelyä ja kaunistelua. Olemme raportoinnissa pyrkineet olemaan rehellisiä ja tarkkoja.

TAULUKKO 3. Suunnitellut ja toteutuneet työtunnit.

Tutkimuksen vaiheet	Aika	Suunnitellut tunnit per hlö	Toteutuneet tunnit per hlö	Kuka
Aiheeseen perehtyminen ja teoreettinen viitekehys	1.9.2011 - 31.5.2012	122	131,5	Annukka, Mari
Tutkimussuunnitelman laatiminen	1.2.2012 - 31.8.2012	81	80	Annukka, Mari
Tutkimusmenetelmään perehtyminen	1.6. - 18.12.2012	50	50	Annukka, Mari
Aineiston keruu	19.12.2012	24	8,5	Annukka, Mari
Aineiston analyysi, raportointi	19.12.2012 - 3.2.2013	96	100	Annukka, Mari
Ohjaus	1.9.2011 - 25.2.2013	8	9	Annukka, Mari
Tulosten esittely	3.2. - 25.2.2013	24	24	Annukka, Mari
		yht. 405	yht. 403	

Toivoimme, että tutkimukseen osallistuvat vangit olisivat työikäisiä, mutta muutoin emme asetta-
neet kriteerejä tutkimukseen osallistuville. Koska tutkimuksemme sai odotettua enemmän mielen-
kiintoa vankien osalta, joten meidän piti hakea uutta tutkimuslupaa (46/332/2012) kuuden vangin
tutkimiseen. Kuudesta tutkimukseen valitusta vangista kaksi perui osallistumisensa. Toisella oli
tapaaminen, toinen ei ilmoittanut syytä.

Tutkimuksemme sisälsi haastatteluosuuden ja fysioterapeuttisen tutkimisen. Tutkimuslomakkeen
(liite 4) suunnittelimme ja teimme itse. Haastattelun ja fysioterapeuttisen tutkimuksen osuus poh-
jautui norjalaisen fysioterapeutin Berit Bunkanin CBE -tutkimusmenetelmään. Bunkanin alkupe-
räiseen CBE -menetelmään kuuluu laajamittainen asennon, lihaskoostumuksen, hengityksen ja
liikkuvuuden tutkiminen. Koska opinnäytetyölle on määritetty tietty määrä tunteja (405 h/per opis-
kelija), resurssi- ja aikasyistä rajasimme tutkimusmenetelmäämme ja emme tutkineet vangeilta ol-
lenkaan lihaskoostumusosiota. Toinen painava syy CBE -menetelmän soveltamiseen oli meidän

oma osaamisemme. Alkuperäisen CBE -menetelmän käyttäminen vaatii sertifikaatin, jota meillä ei ole. Tutkimukseen valittiin hengityksen ja liikkuvuuden osiot, koska Bunkanin kliinisen kokemuksen mukaan ne tuottavat parhaiten tietoa kehonkuvan muutoksista (Heinonen & Valkama 2010, 2 – 6.) Asento –osio otettiin tutkimukseen mukaan, koska Bunkanin mukaan kehon asento on perusta kaikelle liikkeelle ja se ilmaisee tunteita sekä terveydentilaa. Näiden seikkojen vuoksi asennon tutkiminen on keskeistä kehonkuvatutkimuksessa. (Bunkan 2008, 77 – 97.)

Tutkimuslomake suunniteltiin kulkemaan loogisessa järjestyksessä eli ensin haastatteluosuus, jonka jälkeen seurasi fysioterapeuttinen tutkimus. Fysioterapeuttisen tutkimisen osuus kulki pystyasennosta makuuasentoon, ettei tutkittava joudu vaihtamaan asentoaan useaan kertaan. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi videoimme tutkimustilanteen. Epäselvissä tapauksissa videota voi tarkastella jälkikäteen.

Tutkimuksen tekemiseen oli varattu yksi päivä ja yhden vangin tutkimiseen yksi tunti. Alkuperäinen suunnitelma oli, että ensin tutkimme kolme naisvankia ja ruokatauon jälkeen kolme miesvankia. Paikan päällä meidät ensin sijoitettiin sairaanhoitajan huoneeseen. Huone osoittautui haastavaksi tilaksi meidän tutkimuksellemme, koska huone oli ahdas ja viileä. Ensimmäiset kaksi vankia tutkimme tässä tilassa, kunnes saimme uuden huoneen. Uusi huone oli luokkatila, joka oli tilava ja lämpötilakin oli suotuisampi tutkimiselle. Tutkimushuoneessa ei ollut muita henkilöitä, kuin tutkijat ja tutkittava. Ennen tutkimukseen tulemista ja sieltä poistuessaan vanki kävi ilmoittautumassa päivystyshuoneeseen vartijalle. Vangin poistuessa vartija kuulutti uuden vangin paikalle. Ensimmäistä miesvankia uudessa tilassa tutkittaessa ongelmana oli tilan rauhattomuus.

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi jokainen tutkimustilanne eteni samalla tavalla. Tutkimustilanteen alussa kerroimme ensin tutkittavalle tutkimuksemme tarkoituksesta ja mitä kehonkuva tarkoittaa, jonka jälkeen hän sai rauhassa lukea tutkimussuostumuksen ja allekirjoittaa sen. Tämän jälkeen aloitimme tutkimuksen haastattelulla, jonka kautta siirryimme fysioterapeuttiseen tutkimukseen. Pyrimme tekemään tutkimustilanteesta vangille mahdollisimman miellyttävän ja luomaan luottamuksellisen tunnelman, jotta he pystyisivät antamaan mahdollisimman rehellisiä ja kattavia vastauksia.

Haastattelumenetelmässä oli piirteitä sekä avoimesta että syvähaastattelusta. Syvähaastattelulla voidaan kerätä tietoa menneisyyden tapahtumista, heikosti tunnetuista seikoista tai tarkastella ar-

kaluontoisia asioita. (Aaltola & Valli 2001, 43). Haastattelussa halusimme saada tietoa vankien elämän historiastaan aina lapsuudesta saakka. Tämän lisäksi kysyimme heidän tuntemuksiaan omasta kehonkuvastaan. Syvähaastattelulla tarkoitetaan haastattelumenetelmää, jolla halutaan kerätä syvällisempää tietoa haastatettavalta. Syvähaastattelumenetelmää voidaan kuvailla keskusteluksi, jossa spontaanisti vaihdetaan tietoja. Syvähaastattelussa kysymykset ovat avoimia ja strukturoimattomia. Kysymyksen ollessa strukturoimaton haastateltavan on helppo kertoa hänelle tärkeistä asioista. (Aaltola & Valli 2001, 43 – 44.) Avoimessa haastattelussa on piirteitä syvähaastattelusta, mutta ne eivät kuitenkaan ole sama asia. Tässä haastattelumuodossa tilanteesta halutaan saada nimensä mukaan mahdollisimman avoin, tutkijan ja haastateltavan välinen keskustelu ja vuorovaikutus on mahdollisimman luontevaa. Avoin haastattelu muistuttaa vapaata keskustelua eli keskustelu etenee vapaasti aihepiirin sisällä ja haastateltavan sanelemalla vauhdilla. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 45.) Pyrimme esittämään kysymykset avoimina. Elämäntarinaa käyttäessä meillä oli taustalla tukikysymyksiä (liite 5). Tukikysymyksillä saimme ohjailtua tiedonantajien vastauksia, jotta tarinoista ilmenisivät samat asiat. Tukikysymykset pohjautuivat ICF – malliin (kts. luku 5.5). Haastattelutilanteessa piti huomioida, että vangeilla voi ilmetä aleksitymiaa eli vaikeutta kuvailla tunteita sanallisesti tai vaikeutta tunnistaa tunteita.

Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan toinen tutkija tekee haastattelun ja fysioterapeuttisen tutkimuksen. Toinen tutkija on tarkkaileva henkilö sekä videokuvaaja. Tutkimustilanne kuitenkin muotoutui luonnollisesti niin, että molemmat tutkijat tekivät haastattelun, mutta fysioterapeuttisen tutkimuksen teki vain toinen ja tällöin toinen toimi videokuvaajana. Liikelaajuuksia mitattaessa videokuvaaja auttoi viemällä mitattavan raajan oikeaan asentoon. Kestilän vankilan johdon toiveena oli, että antaisimme palautetta tutkittaville fysioterapeuttisen tutkimuksen havainnoista. Tutkimuksen lopuksi vanki sai lyhyen palautteen. Ennen fysioterapeuttista tutkimusta kerroimme vangeille mitä kulloinkin tapahtuu, jotta mikään osio ei tulisi yllätyksenä. Tutkimustilanteen aikana pidimme yllä keskustelua tiedonantajan kanssa luodaksemme rentoutuneen ilmapiirin. Emme puhuneet ääneen löydöksistä jottei tutkittava muuttaisi asentoaan.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme saatuja tutkimustuloksia lukujen 2, 3 ja 4 teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen. Tutkimuksellamme oli kaksi alatehtävää; 1. **Millainen on vangin oma kokemus kehonkuvastaan** ja 2. **Mitä kehonkuvasta kertovat asento, hengitys ja liikkuvuus**. Alatehtävät vastaavat päätehtävään **Millainen on vangin kehonkuva**.

Tutkimukseen osallistui neljä henkilöä, joista kaksi oli naisia ja kaksi miehiä. Tiedonantajien ikäkauma oli nuoresta aikuisesta keski-ikäen ylittäneeseen. Heidän keski-ikänsä oli 54,5 vuotta. Tutkittavista kolme kertoi lapsuutensa olleen tavanomainen ja yksi sanoi kokeneensa trauman lapsuudessaan. Yhden vanhemmat olivat eronneet hänen ollessaan lapsi. Kahdella oli ammattiasteen koulutus, yhdellä yliopistotason koulutus. Yksi tutkittava oli aloittanut opinnot yliopistossa, mutta keskeyttänyt ne myöhemmin. Yksi tutkittavista oli tutkimushetkellä työkyvyttömyyseläkkeellä. Kaikki tutkittavat olivat vankilassa eri rikosnimikkeillä. Kaikki olivat saaneet vankilatuomion aikuisiällä. Kolme oli suorittamassa tuomiotaan ensimmäistä kertaa ja yhdellä tuomio oli toinen. Kaksi tiedonantajaa kertoi yksinäisyyden ja tyhjyyden tunteen johtaneen tapahtumiin, joista seurasi rikostuomio.

Tiedonantajien painoindeksi eli BMI vaihteli välillä 19,0 – 25,0 (19,0 - 24,1 - 25,0 – 25,0) ja sen keskiarvo oli 23,3. Puolet tiedonantajista oli normaalin painoalueen alueella ja puolet lievän ylipainon alueella. (Duodecim, 3.1.2013). Yhdellä tutkittavalla ei ollut perussairauksia ollenkaan, muilla perussairauksina ilmeni astma, keuhkohtaumatauti, osteoporoosi, diabetes, krooninen vatsakatarrin, psoriasis ja aivoverenkierron häiriö. Kukaan ei maininnut sairastavansa mitään psyykkistä sairautta. Jokainen tiedonantaja koki henkisen tilansa olevan hyvä. Tutkittavat kertoivat fyysisinä oireita olevan tasapainohäiriöt, hermovaurio jaloissa, kyynärvarsikivut ja olkapääkivut. Kaksi kertoi ettei tunne tällä hetkellä olevan fyysisiä vaivoja.

Elämäkokemukset ja se miten kukin niistä on selviytynyt vaikuttavat kehotietoisuuteen (luku 2.1). Kaksi tutkittavaa kertoi tyhjyyden ja yksinäisyyden tunteiden omalta osaltaan johtaneen rikollisuuteen. Joukamaan ja Lauerman mukaan vangeille tyypillistä on päihderiippuvuus siviilielämässä. Lisäksi hänen mielestään vangeille on jopa tavoiteltavaa suuri massa, oli se sitten lihasta

tai rasvakudosta (luvut 4.2 ja 4.3). Tiedonantajista kaksi kertoi olevansa raittiita ja kaksi oli käyttänyt päihteitä. Kukaan tiedonantajista ei ollut massaltaan huomattavan suuri. Wuolijoen tekemän tutkimuksen mukaan vankien koulutustausta on valtaväestöä huonompi ja he ovat kokeneet lapsuudessaan enemmän perheväkivaltaa (luku 4). Tutkimuksemme tiedonantajat olivat kaikki kouluttautuneita. Kukaan tutkittavista ei maininnut kokeneensa perheväkivaltaa lapsuudessaan. Henkinen sairastuminen voi vaikuttaa tuntemukseen omasta kehonkuvasta ja sisäisestä tilasta. Monsonin avaimenreikämallin mukaan fyysiset sairaudet voivat muuttaa kehonkuvaa (sivu 15). Kaikki tiedonantajat arvioivat henkisen tilansa hyväksi. Fyysisiä oireita ilmeni kahdella. Perussairauksia ilmeni neljästä tutkittavasta kahdella.

6.1 Vangit yksilöinä

Vanki 1

Ensimmäinen tutkittava vanki oli nuori aikuinen. Hän oli kouluttautunut sosiaali- ja terveystieteille. Hän suorittaa ensimmäistä vankeustuomiotaan. Päihteiden käyttö on johtanut tapahtumiin, joiden seurauksena hänet on tuomittu vankeusrangaistukseen. Tekemisen puute ja siitä seurannut tyhjyyden tunne olivat johtaneet lisääntyneeseen päihteiden käyttöön. Tutkittavan vanhemmat erosivat hänen ollessaan 6-vuotias, mutta hän koki lapseeutensa olleen normaali.

Tutkittava koki henkisen tilansa olevan hyvä. Hänen tuntemuksensa kehon puolieroista olivat normaalit, oikeakätisenä tutkittava tunsikin oikean puolen olevan vahvempi. Tutkittava ei koskaan ole tuntenut epätavallisia kehontuntemuksia. Perussairautena hänellä oli astma ja hän koki ettei hänellä ole fyysisiä vaivoja. VAS-kipujanon mukaan mitattuna tutkimus hetkellä hän koki kivun olevan 0 (eli ei kipua). Pahimmaksi koskaan koetuksi kivuksi tutkittava toteaa synnytyksen ja sen VAS arvo oli 10 (pahin mahdollinen kipu).

Tutkittavan vangin hengitysfrekvenssi oli 17 eli hieman normaalia tiheämpää. Muutoin hengitys oli vapaata, spontaania ja tilanteeseen mukautuvaa. Hengitysliikkeissä ei ollut ristiriitaa ja ne näkyivät rintakehän alaosassa ja vatsanseudulla. Hengityslihaksissa ei ollut silmin havaittavaa kireyttä. Rintakehän asento on muutoin normaali mutta sen alaosa oli hieman ulospäin työntynyt.

Kyseisen henkilön BMI oli 24,1 eli normaali. Hänen asentomallinsa oli normaali eli siinä ei ollut havaittavissa kehon puolustusmekanismeja. Seisoma-asennossa paino oli jakautunut tasaisesti molemmille alaraajoille. Molemmissa polvinivelissä oli lievää varusasentoa. Lantion asento oli normaali ja rangan fysiologiset mutkat olivat muutoin normaalit, mutta lannerangan lordoosi oli hieman oiennut. Takaapäin katsoessa pää oli hieman kiertynyt vasemmalle ja vasen hartia oli ylempänä kuin oikea. Sivusta päin katsottuna pään asento oli hyvä eli se oli luotisuorassalinjassa. Kehonasento selinmakuulla oli normaali eli hän rentoutui alustaa vasten. Lonkka- ja polvinivelten loppujoustot olivat normaalit. Passiivisia liikelaajuuksia mittaessa tutkittava ei jännittänyt vastaan, muttei täysin rentoutunutkaan eli antautunut liikkeelle.

Rintarangan liikkuvuus oli neljä (4) senttimetriä eli hieman normaalia rajoittuneempi. Lonkkanivelten liikelaajuudet olivat muutoin normaalit, mutta molempien lonkkanivelten abduktio oli suurentunut. Olkanivelten liikelaajuudet olivat hyvät.

Tiedonantajan rintarangan liikkuvuus ja rintakehän asento olivat normaalista poikkeavat. Hän ei pystynyt täysin antautumaan passiiviseen liikkeeseen, mikä näkyi pienenä jännityksenä passiivista liikettä vasten. Hänen asentonsa, olka- ja lonkkaniveltensä liikkuvuus sekä hengityksensä olivat kuitenkin normaalit. Lisäksi hänen oma kokemuksensa omasta kehostaan oli realistinen. Tutkittavan mukaan tunneperäiset kokemukset eli yksinäisyyden tunne johtivat päihteiden käyttöön. Tämä on saattanut vaikuttaa hänen kehonkuvaansa.

Vanki 2

Toinen tutkittava vanki oli keski-ikäinen. Hän oli kouluttautunut kaupalliselle alalle. Tutkimushetkellä hän oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Hän on ollut naimisissa kolme kertaa. Nykyinen puoliso on muistisairauden takia sairaalahoitossa. Tutkittava koki puolisonsa sairastumisen henkisesti rasakana asiana. Tutkittava kertoi käyttävänsä päihteitä ja niillä lievittävänsä yksinäisyyden tunnetta. Tutkittava suorittaa toista vankeusrangaistustaan. Hän kertoi päihteiden käytön johtaneen ensimmäiseen vankeusrangaistukseen. Tutkittava kertoi lapsuutensa olleen normaali ja hyvä.

Tutkimus hetkellä tutkittava koki henkisen tilansa olevan hyvä. Hän kuitenkin mainitsi puolisonsa sairastumisen aikoihin olleensa väsynyt ja masentunut. Oman kehonkokonsa hän koki normaaliksi. Kehon oikean puolen tutkittava koki rasittuneemmaksi kuin vasemman. Vaikka hän oli oikea-

kätinen, hän koki sen puolen väsyvän helpommin. Hän tunsi alaraajojensa olevan heikkommat kuin yläraajat. Tutkittava ei ollut kokenut epätavallisia kehontuntemuksia.

Tutkittavan perussairauksia olivat pitkäaikainen parantumaton tulesairaus ja keuhkosairaus. Fyysisiä oireita hänellä oli tasapainohäiriöt, oikean jalan varpaiden tunnottomuus ja kyynärvarsien särky. Tutkimus hetkellä VAS-kipujan mukaan mitattuna tutkittavan kipu oli kuusi (6), jonka aiheutti oikean yläraajan kipu. Hänen pahin koskaan kokemansa kipu oli kymmenen (10), jonka aiheuttanut kipu ranteessa.

Tiedonantajan hengitys oli vapaata, rauhallista ja spontaania. Hengitysfrekvenssi on 17 eli normaalia hieman tieheämpi. Hänen hengityслиikkeissään ei ole ristiriitaa ja hengityслиikkeet näkyvät rintakehän alaosassa ja vatsanseudulla. Hengityслиhaksissa ei ollut silmin havaittavaa kireyttä.

Tutkittavan vingin BMI oli 19 eli normaali. Kehonpuolustusmekanismina oli ambivalenttiasento. Tutkittavan paino jakautui tasaisesti molemmille alaraajoille. Vasen alaraaja oli lievässä ulkokierrossa lonkkanivelestä. Molemmat kantaluut olivat lievässä inversiossa (kiernyt sisäänpäin) ja polvinivelet olivat yliojentuneet. Lantio oli posteriorisessa tiltissä ja hänen lannelordoosinsa oli oiennut. Rintarangassaan oli lievää skolioosia. Oikea hartia oli hieman ylempänä vasempaan verrattuna ja pää oli kiertynyt vasemmalle. Sivusta katsottuna pää oli työntynyt luotisuorasta eteenpäin ja molemmat hartiat olivat kiertyneet eteenpäin. Hänen oikea kyynärnivelsä oli hieman vasenta koukistuneempi. Tutkittavan rintakehän asento ei ollut poikkeava. Hänen kehonasentonsa selinmakuulla oli jännittynyt eli hän ei rentoutunut alustaa vasten. Lonkka- ja olkanivelten loppujoustop olivat normaalit. Tutkittava vastusti passiivista liikettä ja oli jännittynyt.

Tiedonantajan rintakehän liikkuvuus oli viisi (5) senttimetriä eli normaali. Hänen vasemman lonkanivelen ekstensio, oikea lonkkanivelen lähennys, molempien lonkkanivelten loitonuus sekä ulko- ja sisäkierto olivat rajoittuneet. Muutoin lonkkanivelten liikelaajuudet olivat normaalit. Vasemman olkanivelen fleksio ja abduktio olivat rajoittuneet. Molempien olkanivelten ulkorotaatio oli rajoittunut ja kivulias. Muutoin liikelaajuudet olkanivelissä olivat normaalit.

Tämän tutkittavan vingin kehonkuvan oli muuttunut, mikä näkyi ambivalenttina asentona, jännitteisyytenä makuuasennossa ja passiivisen liikkeen vastustamisena. Hänen kokemuksensa

oman kehon puolieroista olivat poikkevat verrattuna muihin vastaajiin. Hänen elämäkokemuksensa olivat vaihtelevia, mikä saattoi vaikuttaa hänen kehonkuvaansa.

Vanki 3

Kolmas tiedonantaja oli keski-ään ylittänyt. Hän oli opiskellut yliopistossa, muttei suorittanut tutkintoa loppuun. Tutkittava on ollut kaksi kertaa naimisissa, mutta oli tutkimushetkellä naimaton. Kerromansa mukaan hän ei käytä päihteitä. Tiedonantaja on suorittamassa ensimmäistä vankeusrangaistustaan. Hän kertoi lapsuutensa olleen hyvä.

Tutkittavalla ei ole perussairauksia. Fyysisiksi vaivoiksi hän kertoi kipuilevat olkapäät. Hän koki henkisen tilansa tasapainoiseksi ja kertoi kehonsa olevan ”sopivan kokoinen”. Hän ei kokenut keuhossaan olevan puoleroja tai ollut koskaan tuntenut epätavallisia kehontuntemuksia. Tutkimushetkellä tutkittavan koettu kipu oli yksi (1), jonka aiheutti molempien olkapäiden kipu. Oikea olkapää oli kipeämpi kuin vasen. Hänen pahin koskaan tuntemansa kipu oli ollut kahdeksan (8), jonka aiheuttajina olivat olleet avioero ja perheenjäsenelle tapahtunut onnettomuus.

Tutkittavan hengitys oli vapaata, spontaania ja tilanteeseen sopivaa. Hengitysliikkeet näkyivät rintakehän ylä- ja alaosassa sekä vatsanseudulla. Hänen hengitysfrekvenssinsä oli 16 eli normaali. Hengitysilihaksissa ei ollut silmin havaittavaa kireyttä.

Tutkittavan BMI oli 25 eli lievä lihavuus. Seisoma-asento oli normaali eli siinä ei ollut havaittavissa kehonpuolustusmekanismeja. Paino oli jakautunut tasaisesti molemmille alaraajoille. Polvinivelten ja lantion asento olivat hyvät. Rangan fysiologisista mutkista rintarangan kyfoosi oli hieman korostunut. Vasen kyynärnivel oli hieman fleksoituneempi verrattuna oikeaan kyynärniveleeseen. Vasen hartia oli hieman ylempänä kuin oikea hartia. Takaapäin katsottaessa pään asento oli hyvä, sivulta tarkasteltuna pää oli hieman luotisuorasta eteenpäin työntynyt. Rintakehän asento oli normaali. Selin makuulla hänen asentonsa oli normaali ja rentoutunut. Olka- ja lonkkanivelten loppujoustot olivat normaalit.

Tiedonantajan rintarangan liikkuvuus oli neljä (4) senttimetriä eli hieman rajoittunut. Hänen molempin lonkkanivelten ekstensio ja molempien olkanivelen ulkorotaatio olivat rajoittuneet. Lisäksi olkanivelen ulkorotaatiot olivat kivuliaat. Muutoin olka- ja lonkkanivelten liikelaajuudet olivat hyvät.

Kolmannen tiedonantajan kehonkuva oli normaali. Muihin tutkittaviin verrattuna hän antoi kuvailevampia vastauksia omista kehon tuntemuksistaan. Tämä vastaaja oli ainoa, joka mainitsi henkiset kivut pahimmiksi koskaan kokemikseen kivuiksi. Asennossa, liikkuvuudessa tai hengityksessä ei ollut mitään tavallisuudesta poikkeavaa.

Vanki 4

Neljäs tiedonantaja oli keski-ikäen ylittänyt. Hän oli suorittanut yliopistotutkinnon. Hän suorittaa ensimmäistä vankeusrangaistustaan. Hän on kokenut lapsuudessaan trauman, jonka seurauksena ei enää uskalla nähdä unia. Muutoin hän koki lapsuutensa olleen normaali.

Perussairauksina tällä tiedonantajalla on diabetes, psoriasis ja krooninen vatsakatarri. Hän on sairastanut 15 vuotta sitten aivoverenkierron häiriön, jonka seurauksena hänen vasen alaraajansa on jäänyt heikommaksi. Fyysisen olonsa hän kertoi olevan hyvä, ”sehän tuo jalka laahaa mutta mie en oo koskaan siitä välittänyt”. Hän koki henkisen tilansa olevan hyvä ja koki kehonsa koon normaaliksi. Kehon puolieroja kysyttäessä hän kertoi vasemman puolen olevan heikompi. Tutkittava tiedosti halvausoireisen jäljet, mutta jotka eivät häntä kuitenkaan häirinneet. Tutkittava oli kokenut epätavallisia kehontuntemuksia joita kertoi olleen toisesta silmästä hävinnyt näkö sekä unen ja valveen rajalla koetun kehon suurentumisen. Tutkimushetkellä koettu kipu oli nolla (0) ja hänen pahin koskaan koettu kipu oli kuusi (6), jonka oli aiheuttanut vatsakatarri.

Tutkittavan hengitys oli vapaata, spontaania ja tilanteeseen mukautuvaa. Hengitysliikkeet näkyivät pääosin vatsanseudulla. Hengitysfrekvenssi oli 17 ja hengityslihaksissa ei ollut silmin huomattavaa kireyttä.

Tiedonantajan BMI oli 25 eli lievä lihavuus. Kehonpuolustusmekanismeja ei ole havaittavissa. Seisoma-asento on velton oloinen. Paino on jakautunut enemmän oikealle alaraajalle. Molemmissa nilkkanivelissä oli huomattava ylipronaatio ja oikean pohkeen lihasmassa oli suurempi kuin vasemman. Molempien polvinivelten asento oli yliojentunut ja lantio oli posteriorisessa tilitissä. Rinta- ja lannerangan fysiologiset mutkat olivat oienneet, kaularangan lordoosi oli normaali. Tutkittavalla oli skolioosi. Oikea hartia oli hieman alempana kuin vasen ja sivusta tarkasteluna kiertynyt hieman eteen. Takaapäin katsottuna pään asento oli hyvä, sivusta päin katsottuna pää oli

työnynyt luotisuorasta hieman eteenpäin. Tiedonantajan selinmakuuasento oli huomattavan rentoutunut. Vasemman lonkkanivelen loppujousto oli pehmeä ja joustava, muutoin lonkka- ja olkanivelten loppujoustit olivat normaalit.

Rintarangan liikkuvuus oli kuusi (6) senttimetriä eli normaali. Vasemman olkanivelen ulkorotaatio oli rajoittunut, muutoin olka- ja lonkkanivelten liikelajaudet olivat hyvät.

Neljännän tutkittavan kehon asennossa oli eniten muutoksia, mutta kokonaisuutena hänen asennotallinsa oli normaali. Muutosten takana voi myös olla henkilön sairastama aivoverenkierron häiriö. Hän oli kokenut trauman lapsuudessaan ja oli ainoa, joka mainitsi erikoisista kehon tuntemuksista. Hänen hengityksensä ja liikkuvuutensa olivat kuitenkin hyvät.

6.2 Tulokset alatehtävittäin

Esittelemme tutkimuksemme tuloksia eriteltyinä neljään kehon eri osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat kehontuntemukset, hengitys, asento ja liikkuvuus.

Kehon tuntemukset

VAS-kipujanalla mitattuna tämän hetkinen kipu vaihteli jokaisella tutkittavalla nolasta kuuteen (0-0-1-6). Kahdella tutkittavalla kipua aiheuttivat olkapäävaivat. VAS-kipujanalla mitattuna pahin mahdollinen koskaan koettu kipu oli kuudesta kymmeneen (6-8-10-10). Pahinta mahdollista kipua olivat aiheuttaneet sekä fyysiset että psyykkiset kokemukset, syiksi mainittiin vatsakatarri, synnytyt, avioero, lapsen loukkaantuminen ja rannekanavien ahtautuminen. Jokainen tutkittava tunsi oman kehon kokonsa normaaliksi. Epätavallisia kehontuntemuksia oli kokenut vain yksi. Yksi tutkittava kertoi ettei hän koe kehossaan olevan puolieroja, muut kertoivat tuntevansa eri asteisia puolieroja.

Kiputilat voivat vaikuttaa motoriseen järjestelmään ja näin aiheuttaa häiriötä kehon eri elinjärjestelmissä, joka voi aiheuttaa fyysisiä oireita ja näkyä henkilön kehonkuvassa (luku 3). Tiedonantajista kaksi ei kokenut kipua tutkimushetkellä. Yksi koki lievää kipua ja yksi arvioi tuntevansa kipua.

Kaikki tutkittavat arvioivat pahimman koskaan kokeenensa kivun olevan yli VAS-kipujan puolellevälin. Pahimman mahdollisen kivun taustalla olivat sekä fyysiset että psyykkiset tekijät. Psykkisesti terve aikuinen kokee kehonsa sisätilaa koskevat mielikuvat kokonaisiksi eli mikään ei ole irrallaan (luku 2.2). Blinnikan mukaan aikuisen henkilön täytyy kokea kehonsa kokonaiseksi ja yhtenäiseksi. Mikään kehonalue ei saa korostua verrattuna toisiin (luku 2.2). Kehonkuva voi muuttua esimerkiksi ihmisen sairastuessa tai vanhetessa (luku 2.2). Kaikki tiedonantajat kokivat kehonsa normaaliksi tai sopivaksi. Yksi neljästä tutkittavasta kertoi kehon puolieroista. Yhdellä neljästä oli ollut erikoisia kehontuntemuksia.

Hengitys

Kolmella hengitysfrekvenssi oli 17 ja yhdellä 16. Jokaisen tutkittavan hengitys oli normaali (ks. edeltä s. 18), eikä hengitysliikkeissä ollut havaittavissa ristiriitaa, hengitys oli spontaania ja tilanteeseen mukautuvaa. Kolmella rintakehän asento oli normaali, yhdellä tutkittavalla rintakehän alaosa oli ulospäin työntynyt. Kahdella hengitysliikkeet näkyvät vatsanseudulla ja rintakehän alaosassa, yhdellä hengitysliikkeet näkyivät pelkästään vatsanseudulla ja yhdellä ne näkyivät vatsanseudulla sekä rintakehänala ja –yläosassa. Hengitysilihasten kireyksiä ei ollut silmin havaittavissa yhdelläkään tiedonantajalla.

Muuttunut kehonkuva voi näkyä hengityksessä. Suljetut ja käsittelemättömät tunteet voivat heikentää hengitystoimintaa. Hyperventilaatio eli tihentynyt hengitys voi johtua jatkuvasta stressistä tai ahdistuneisuudesta ja sillä voidaan lieventää kiputuntemuksia sekä vaimentaa henkisiä ja fyysisiä kiputiloja. (luku 3.1.) Kolmella tiedonantajalla neljästä hengitysfrekvenssi oli normaalirajoissa ja yhdellä se oli hieman tihentynyt. Apuhengitysilihakset voivat korvata osittain varsinaisten hengitysilihasten toiminnan psyykkisten syiden vuoksi. Varuillaan olo ja tunteiden tukahduttaminen voivat saada aikaan hengitysilihasten jännittyneisyyden. Elämässä varhain koettu uhka voi näkyä lihasjännityksenä ja rintakehän yläosan hengitysliikkeinä. Lisäksi vaikeat tunnekokemukset voivat näkyä epätasapainoisena hengityksenä. Normaali hengitys on spontaania, joustavaa ja tilanteeseen mukautuvaa. (luku 3.1.) Kaikkien tutkimukseen osallistuvien hengitysliikkeet, hengityksen spontaanisuus ja vapaus olivat normaaleja. Yhdellä tiedonantajalla rintakehän alaosa oli hieman ulospäin työntynyt, mikä voi kertoa jännittyneistä hengitysilihaksista.

Asento

Kolmella tutkittavalla ei ilmennyt kehon puolustusmekanismeja ja yhdellä oli ambivalenttiasento. Kolmella paino jakautui tasaisesti molemmille alaraajoille, yhdellä paino oli enemmän oikean alaraajan päällä. Yhdellä vasen alaraaja oli lonkkanivelestä enemmän ulkorotaatiossa kuin oikea alaraaja. Yhdellä kantaluut olivat inversiossa, yhden nilkkanivelet olivat ylipronaatiassa ja oikean pohjeen lihasmassa oli vasempaan verrattuna suurempi. Polvinivelten asento oli yhdellä normaali, kahdella haivaittiin polvinivelten hyperekstensio ja yhdellä lievää varusta. Kahdella lantio oli posteriorisessa tiltissä, kahdella lantion asento oli normaali. Kolmella lannerangan lordoosi on hieman oiennut, yhdellä se oli normaali. Yhdellä rintarangan kyfoosi oli korostunut, yhdellä se oli hieman oiennut. Yhdellä rintarangan fysiologiset mutkat olivat normaalit, mutta yhdellä rintaranka oli vasemmalle kiertynyt. Yhdellä haivaittiin skolioosi.

Kahdella hartiat ovat sivusta katsottuna kiertyneet eteenpäin, kolmella tutkittavalla vasen hartia on ylempänä verrattuna oikeaan ja yhdellä oikea hartia on ylempänä verrattuna vasempaan. Yhdellä pään asento on normaali, kolmella pää on hieman työntynyt eteenpäin luotisuorasta linjasta. Kahdella pää oli hieman kiertynyt vasemmalle. Kahdella kyynärnivelten asento on normaali, yhdellä oikea kyynärnivel on hieman fleksoitunut eli koukistunut ja yhdellä vasen kyynärnivel on hieman fleksoitunut. Kahden asento selinmakuulla oli normaali, yksi oli jännittynyt ja yksi rentoutui huomattavan nopeasti.

Asento ilmaisee tunteita ja terveydentilaa. Asennon tulisi mukautua eri tilanteisiin huomaamattomasti ja joustavasti ihmisen ollessa levossa tai liikkeessä. Tämänhetkinen psyykinen ja fyysinen vointi voivat vaikuttaa kehon asentoon ja antaa pelikuvan ihmisen psyykkisestä tilasta. Ambivalentti asentomalli voi kertoa ettei ihminen osaa päättää pitäisikö hänen jännittää vai rentoutua. Ihmisen rentoutuessa koko painollaan alustaa vasten asento on avoin ja luottavainen. Rentoutumisen edellytyksenä on turvallinen ja laaja kosketus alustaan. (luku 3.2.) Yhdellä tutkittavalla asentomalli oli ambivalentti. Kolmella muulla tutkimukseen osallistuneista asentomalli oli normaali.

Liikkuvuus

Nivelten liikelaajuuksia mitatettaessa kaksi antautui passiiviseen liikkeeseen normaalisti, yksi oli erittäin jännittynyt eli vastusti passiivista liikettä ja yksi henkilö ei jännittänyt liikettä vastaan, muttei täysin rentoutunutkaan.

Lonkkanivelten fleksiosuuntainen liikelaajuus oli kaikilla normaali, yhdellä tutkittavalla tosin havaittiin 20 asteen puoliero. Lonkkanivelten ulko- ja sisärotaatiot olivat kahdella normaalit, mutta yhdellä huomattavasti viitearvoihin verrattuna rajoittuneet. Yhdellä vasemman lonkkanivelten ulkorotaatio oli taasen viitearvoja huomattavasti suurempi. Adduktio oli kaikilla muilla normaali, mutta yhdellä henkilöllä oikean lonkkanivelten adduktio oli rajoittunut. Lonkkanivelten abduktiot olivat muutoin normaalit, mutta yhdellä tutkittavalla ne olivat viitearvoja suuremmat. Lonkkanivelten ekstensio oli kolmella rajoittunut ja yhdellä normaali. Olkanivelten fleksio ja abduktio olivat kaikilla muutoin normaalit, mutta yhdellä henkilöllä vasemman olkanivelten fleksio ja abduktio olivat rajoittuneet. Kaikilla neljällä molempien olkanivelten ekstensio oli normaali. Kahdella tutkittavalla molempien olkanivelten ulkorotaatio oli rajoittunut ja kivulias. (Nivelten liikkeiden mittaaminen 1993, 19.) Rintakehän liikkuvuudet olivat 4 cm – 4 cm – 5 cm – 6 cm. Eli kahdella rintakehän liikkuvuus oli rajoittunut ja kahdella se oli normaali. (Toimintakyvyn Mittarit 2012, 159.)

Rajoittunut liikkuvuus voi aiheuttaa kipua ja näin ollen heikentää toimintakykyä. Passiivisia liikkeitä tutkittaessa tutkittavan tulisi olla rentona. Lihakset ollessa jännittyneenä virtaava liike kehossa estyy. Rintakehän rajoittunut liikkuvuus voi kertoa joustavuudesta, jäykkyydestä sekä kyvystä laajentaa rintakehää hengityksen avulla. Huomattavasti rajoittunut liikkuvuus voi kertoa heikentyneestä hengitystoiminnasta. (luku 3.3.)

7 POHDINTA

Viime vuosina mediassa on nostettu useasti esille vankien tuomioiden pituudet ja rangaistuksen luonne. Lehdistä olemme saaneet lukea kouluampumisten ja joukkusurmien yleistyneen. Myös perhesurmat ovat moninkertaistuneet viime vuosina. Rikollisuus ja rikostentekijät ovat siis lähes päivittäin läsnä olohuoneissamme. Tästä syystä koemme opinnäytetyömme aiheen erittäin ajankohtaiseksi. Aiheemme on uusi ja innovatiivinen. Kuten aikaisemmin olemme kertoneet, ei vankien kehonkuvasta löydy tutkittua tietoa. Olemme siis tuottaneet uutta tietoa vankien kehonkuvasta.

Jos opinnäytetyöprosessia vertaa ihmisen kehitykseen olimme alussa lapsia, joista prosessin aikana kasvoi aikuisia. Mieltiessämme ihan ensimmäistä versiota valmistavasta seminaarista ja tätä valmista loppuraporttia, kuljettu matka on ollut erittäin pitkä. Erityisesti se on ollut opettavainen. Tuntuu että useassakin kohdassa prosessia kiipesimme aidan korkeimmalta kohdalta. Olemme molemmat oppineet todella paljon opinnäytetyön ja laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Laadullinen tutkimus on sopinut erittäin hyvin tutkimaamme aiheeseen eli vangin kehonkuvaan, mutta laadullinen tutkimus ei missään nimessä ole ollut kaikista helpoin tutkimusmenetelmä. Tällä hetkellä määrällinen tutkimus tuntuu paljon selkeämmältä toteuttaa kuin laadullinen tutkimus. Tästä syystä aloittelevan tutkijan olisi mahdollisesti ollut helpompi tehdä määrällinen tutkimus.

Mielestämme ihminen ei ole ammatillisesti koskaan täysin valmis – aina löytyy jotakin uutta opittavaa. Mutta väitämme, että tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen olemme huomattavasti valmiimpia. Kuten yllä kerroimme, olemme oppineet kuinka laadullinen tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan. Ammatillista kasvua on tapahtunut myös fysioterapeuttisessa tutkimisessa ja psykofyysisen fysioterapian teoretieto on syventynyt. Etenkin tieto kehonkuvasta ja sen tutkimisesta on parantunut. Olemme saaneet mahdollisuuden tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa, joka on kehittänyt vuorovaikutustaitojamme.

Vangeilla on sekä velvollisuuksia että oikeuksia. Näitä oikeuksia ja eettisiä kysymyksiä jouduimme pohtimaan tutkimusta tehdessämme. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme ottaneet huomioon myös ammatti- ja tutkimusettiset periaatteet. Tutkimusprojekti on opettanut meille yhteistyötä oman ammattialan ulkopuolisten ihmisten kanssa. Olemme oppineet työskentelemään yhdessä ja

yhteistyömme onkin ollut varsin kitkatonta. Työskentelytapamme ovat hyvin yhteneväisiä ja olemme onnistuneet sovittamaan aikataulut hyvin yhteen. Myös taiteellisilta ristiriidoilta olemme välttyneet hyvien vuorovaikutus- ja neuvottelutaitojemme ansiosta. Olemme pyrkineet etsimään ja käyttämään nykyaikaista kirjallisuutta opinnäytetyömme viitekehyksen lähdekirjallisuutena. Haasteeksi osoittautui ettei kehonkuvasta ole juurikaan saatavilla hyvää ja luotettavaa kirjallisuutta. Tästä syystä valikoimme muutaman hyvän perusteoksen joita hyödynsimme.

Opinnäytetyöprosessin aikana mielikuvamme vangista on muuttunut. Aloittaessamme opinnäytetyön tekemisen mielikuva vangista pohjautui mediasta saatuun käsitykseen. Mielikuviamme vanki on alkanut käyttää päihteitä jo hyvin nuorena ja hän on saattanut tehdä ensimmäisen rikollisen tekonsa ennen täysi-ikäisyyttä. Hän on luonteeltaan kylmä, tunteeton ja aggressiivinen. Teoriatieto jota keräsimme viitekehykseen tuki myös omalta osaltaan ennakkokäsitystämme vangeista, vaikkakin Pihlman ja Lauerma korostivatkin vankien olevan hyvin heterogeeninen ryhmä. Opinnäytetyön loppuvaiheessa huomasimme käsityksemme vangista ihmisenä laajentuneen. Erilaiset elämäntilanteet voivat viedä tavallisenkin ihmisen vankilaan. Ymmärsimme vangin voivan olla koulutautunut, sosiaalisesti hyvässä asemassa oleva ja päihteetön. Tulevaisuudessa asiakkaanamme voi käydä rikostaustan omaava henkilö. Tämän opinnäytetyön ansiosta käsityksemme vangista on muuttunut ja mahdollinen kohtaaminen vangin kanssa on helpompi.

7.1 Tutkimustulosten ja luotettavuuden tarkastelua

Tämän tutkimuksen tavoitteina oli saada tietoa suomalaisista vangeista ja heidän kehonkuvaan ja tätä kautta edistää vankien kanssa työskentelevien ymmärrystä kyseistä ihmisryhmästä. Tutkimus tuotti lisätietoa vangeista, mutta onko se sellaista jota vankien kanssa työskentelevät eivät jo tietäisi? Omalle ammattialallemme tieto on uutta, koska fysioterapiatieteessä vankeja on tutkittu vähän.

Tutkimuksen tarkoituksena oli hengityksen, asennon, liikkuvuuden ja ihmisen oman kokemuksen pohjalta selvittää millainen on vangin kehonkuva. Tutkimukseemme osallistui neljä vankia, kaksi miestä ja kaksi naista. Yhdellä tiedonantajalla mikään tutkimuksen osa-alue ei ollut normaalista poikkeava. Kahdella tutkimukseen osallistuneista löytyi poikkeavuutta muutamalla eri osa-alueella. Neljästä vangista yhdellä haivaittiin selkeitä muutoksia kehonkuvassa. Jäimme pohti-

maan, että jos keräisimme kadulta saman joukon henkilöitä, saisimmeko heiltä samansuuntaisia tuloksia? Onko vangin kehonkuva erilainen verrattuna normaali väestöön?

Avolaitokset ovat vankiloita, joissa vangit voivat liikkua ja oleskella ilman välitöntä valvontaa. Vankien valvonta on järjestetty erilaisin teknisin välinein. Suoraan vapaudesta tuomittava voidaan sijoittaa avolaitokseen mikäli hänen suoritettavanaan on sakon muuntorangaistus tai enintään yhden vuoden vankeusrangaistus. Avolaitokseen sijoittamisen edellytyksenä on vangin sitoutuminen päihitteettömyyteen. Vanki ei kuitenkaan ole avolaitoskelpoinen, mikäli hän ei sovellu avolaitoksella järjestettävään tai avolaitoksen hyväksymään toimintaan, vanki ei tule noudattamaan avolaitoksen järjestystä, tuomittu jatkaa rikollista toimintaa, hän poistuu avolaitoksesta luvatta tai ei tule noudattamaan päihitteettömyyttä tai suostu sen valvontaan. (Vankeuslaki 23.9.2005/767 3 §). Teimme tutkimuksemme Kestilän vankilassa, joka on avolaitos. Avolaitokseen sijoitetaan vankeja, jotka parhaiten soveltuvat sen toimintaan ja pystyvät sitoutumaan näihin toimintoihin. Voisi siis ajatella, että avolaitokseen tai suljettuun vankilaan sijoitettujen vankien välillä on eroja. Tämän tutkimuksen tulokset voisivat olla hyvinkin erilaisia, jos ne tehtäisiin suljetussa vankilassa.

Kestilän vankilan henkilökunta avusti kohderyhmän keräämisessä ilman tutkijoiden antamia erityisohjeita tai kriteereitä. Teoreettisessa viitekehysessä olimme kuvanneet suomalaisen vangin huono-osaiseksi henkilöksi, jolla on ongelmia usealla eri elämänalueella. Vanki käyttää siviilielämässä päihitteitä ja hän on lapsuudessaan kaltoinkohteltu. Tutkimukseemme osallistuneista vangeista kaksi oli kertomansa mukaan raittiita ja heillä kaikilla oli vähintään ammattitason koulutus. On syytä miettiä, että jos olisimme itse valinneet tutkimusjoukon, olisimmeko kierouttaneet aineistoita valitsemalla tutkimusmateriaalia, joka olisi vastannut ensiodotuksiamme ja suomalaisista vangeista luomaamme profiilia. Kuitenkin laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on harkinnanvaraisen otannan käyttö. Harkinnanvaraisella otannalla pyritään saamaan tutkimusjoukko, joka vastaa teoreettista tietopohjaa. (Eskola & Suoranta 1996, 13.)

Tutkimukseen osallistuneet vangit valittiin sattumanvaraisesti. Osallistuminen tutkimukseen perustui täysin vangin omaan vapaaehtoisuuteen. On syytä pohtia hakeutuvatko tutkimukseen vain ne vangit, jotka ovat niin sanotusti hyväosaisempia tai joilla on helpompi puhua itsestään ja menneisyydestään.

Tutkimusjoukkomme oli pieni ja jatkotutkimuksia suuremmalla otannalla vangeista tarvitaan. Miestämme neljällä vangilla emme saavuttaneet saturaatiota. Tutkimustulokset eivät alkaneet toistaa itseään, vaan jokainen tiedonantaja antoi erilaista tietoa.

Tuloksia tarkasteltaessa on syytä kiinnittää huomiota tiedonantajien rehellisyyteen. Pyrimme luomaan luotettavan ilmapiirin, jossa on helppo kertoa vaikeistakin asioista. Tunsivatko vangit tutkimustilanteen luottamusta herättäväksi ja antoivatko he rehellistä tietoa. On myös mahdollista heidän jättäneen kertomatta tietoa, joka olisi voinut olla tutkimukselle hyödyllistä. Haastattelussa tuli aika ajoin esille sana ”normaal”. Vangit kokivat lapsuutensa normaaliksi. Normaalialia oli myös kehon koko. On syytä pohtia mikä on normaali. Meillä tutkijoina olisi pitänyt pyytää täsmennyksiä, mutta tutkimustilanteessa tyydyimme tuohon vastaukseen. Myös normaalius on subjektiivinen käsite. Joillekin lapsuudessa koettu fyysinen kuritus voi olla normaalia. Alkoholinkäyttö perheessä voi myös joidenkin näkemysten mukaan olla normaalia. Joissakin paikoissa termin *normaali* käyttö kuitenkin on perusteltua. Ihmisen asento tai hengitys on normaalia, kun ne täyttävät tietyt normit. Ja nämä normit on määritetty useassakin eri teoksessa.

Olemme viitekehyksessä tuoneet esiin käsitteen *aleksitymia*, joka on vaikeutta kuvailla tunteita sanallisesti, vaikeutta tunnistaa tunteita sekä mielikuvituksen vähäisyyttä. Noin joka kymmenes suomalainen on aleksityminen ja tämä vaiva on yleisempi miehillä kuin naisilla. Omia kehontuntemuksia koskevia kysymyksiä kysyttäessä kaksi neljästä ei ollut koskaan kokenut erikoisia kehontuntemuksia. Yksi kertoi kokeneensa epätavallisia kehontuntemuksia ja toinen kehonpuolieroja. Ovatko vastaajat olleet aleksitymisiä eli onko oliko heillä vaikeutta kuvailla omia tunteitaan ja tuntemuksiaan sanallisesti? Tai ovatko he koskaan miettineet omia kehontuntemuksiaan ja tutkimuksessamme käsitteivät tällaisia kysymyksiä ensimmäistä kertaa, joten kysymyksiin vastaaminen oli suppeaa. Neljästä vangista yksi vastasi kysymyksiin kuvailevasti. Hän käytti muun muassa sanoja ”sopiva” ja ”tasapainoinen”. Loput kolme tiedonantajaa käyttivät vain sanoja ”hyvä” tai ”normaali”.

Pidämme Bunkanin CBE –tutkimusmenetelmää luotettavana kuvaamaan ihmisen kehonkuvaa. Pohdimme olemmeko itse osanneet käyttää sitä niin, että saimme kerättyä oikeita tuloksia vankien kehonkuvasta. Alkuperäisestä CBE –menetelmästä valitsimme tutkimusosiot joita itse osasimme parhaiten käyttää. Harjoittelimme fysioterapeuttista tutkimista etukäteen ja saimme sii-

hen avustusta opettajalta. Voidaan olettaa että tutkimustulokset ovat ainakin oikean suuntaisia. Haastattelutilanteessa joidenkin vankien kohdalla tuli ilmi paljon tunteita herättäviä rikosnimikkeitä. Pystyimme kuitenkin suhtautumaan asiaan neutraalisti ja mielestämme se ei vaikuttanut käyttäytymiseemme.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Emme asettaneet tutkimuksellemme hypoteesia. Teoreettisesta viitekehystä muodostettaessa kuitenkin nousi ennakko-olettamuksia, millaisia tuloksia voisimme tutkimuksessamme saada. Näissä ennakko-olettamuksissa odotimme löytävämme vankien kehonkuviissa merkittävimpiä löydöksiä, kuin mitä niistä sitten löytyikään. Oletimme kehon asennoista löytyvän enemmän erilaisia puolustusmekanismeja ja tutkimushenkilöiden hengityksen olevan epätavallista. Oletimme että kehon tuntemuksista löytyisi erikoisia tuntemuksia ja että vankien menneisyydestä nousisi esiin väkivaltaa tai päihdeongelmaa.

Neljästä tutkittavasta vangista yhdellä oli muutoksia kehonkuvassa. Yhdelläkään tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ei ollut muutoksia kaikilla tutkimuksen alueilla eli kehon tuntemuksissa, hengityksessä, asennossa tai liikkuvuudessa. Yhdellä tiedonantajalla kaikki tutkimuksen osat alueet olivat kunnossa. Yhdellä tutkittavalla oli pieniä muutoksia rintakehän asennossa ja rentoutuneisuudessa. Yhdellä henkilöllä oli ollut erikoisia kehontuntemuksia, hän oli kuitenkin itse hyvin tietoinen niistä. Erikoiset kehon tuntemukset eivät meidän havaintojemme mukaan heijastuneet hengityksessä, asennossa tai liikkuvuudessa.

Huomattavia muutoksia kehonasennossa, rentoutuneisuudessa selinmakuuasennossa ja passiivisten liikkeiden mukautuneisuudessa havaittiin yhdellä tiedonantajalla. Häneltä myös löytyi eniten liikerajoituksia. Tämä tutkittava oli kokenut vastoinkäymisiä elämänsä aikana, kuten esimerkiksi puolison vaikean sairastuminen. Hän oli myös ainoa, joka suoritti toista vankeusrangaistustaan.

Tämä tutkimus tuotti lisätietoa vangeista ja heidän kehonkuvastaan. Tämän pienen otoksen pohjalta voidaan sanoa vankien olevan heterogeeninen ryhmä. Heidän kehonkuvansa on vaihteleva ja yksilöllinen.

Jotta vangin kehonkuvasta saataisiin tarkempaa tietoa, tarvitaan lisätutkimuksia. Neljän henkilön tutkimusjoukko tuotti lisätietoa vangin kehonkuvasta, mutta tutkimuksessa ei vielä saavutettu saturaatiota eli toistettavuutta. Lisätutkimuksia tulisi tehdä suuremmalla tutkimusjoukolla. Tässä tutkimuksessa emme ottaneet kantaa siihen, millainen on vangin kehonkuva verrattuna siviiliin. Löytyykö vangin ja siviilin kehonkuvista eroavaisuuksia? Lisätutkimusaiheena voitaisiin vertailla vangin ja siviilin kehonkuvia keskenään, eli pohtia eroaako vangin kehonkuva muusta kansasta. Tutkimukseemme osallistui sekä mies- että naisvankeja, mutta tutkimusjoukko oli liian suppea, jotta olisimme voineet vertailla sukupuolien kehonkuvia keskenään. Nais- ja miesvankien kehonkuvia voisi vertailla keskenään, löytyykö vastakkaista sukupuolta olevien vankien väliltä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Tutkimukseemme osallistuneet tiedonantajat suorittivat tuomiotaan kukin eri rikosnimikkeellä. Tutkimuksessamme emme kuitenkaan lähteneet etsimään yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia rikosnimikkeiden välillä. Jatkotutkimusaiheena voisi vertailla vankien kehonkuvaa eri rikosnimikkeiden sisällä. Esimerkiksi väkivaltarikollinen vs. talousrikollinen tai huumausainerikollinen vs. seksuaalirikollinen. Tosin voidaan myös pohtia sitä, olisiko tällainen tutkimus eettinen. Tutkimuksessamme ilmeni, että henkilöllä joka suoritti toista vankeusrangaistustaan oli eniten löydöksiä kehonkuvan tutkimuksessa. Lisätutkimushaasteena voisi selvittää onko vankeustuomioiden määrällä vaikutusta vangin kehonkuvaan eli vertailla keskenään ensimmäistä rikostuomiota suorittamassa olevaa henkilöä toiseen tai kolmanteen rikostuomioon tuomittuun henkilöön.

Vankien kehonkuvan eheytymistä voisi tutkia esimerkiksi suljetussa ryhmässä, jossa fysioterapeutilla on psykofyysisen fysioterapian näkökulma. Psykofyysisen fysioterapian näkökulmalla voidaan kartoittaa vankien voimavaroja ja eheyttää heidän kehonkuvaansa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim). 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS-kustannus. Jyväskylä.

Aaltola, J. & Valli, R. (toim). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-kustannus. Jyväskylä.

Ahonen, J., Lahtinen, T., Sandström, M., Suovanen, J., Pogliani, G., Vannini, V., Saarinen, H., Wirhed, R. 1993. Kehon rakenne, toiminta ja lihashuolto. VK-Kustannus Oy.

Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. 2012. ICF Core sets. Manual for clinical practise. Hogrefe publishing. Germany.

Blinnikka, L-M., Hakanen, A. 1990. Psykosomaattisen ja psykiatrisenpotilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaali ruumiinkuvasta. Turun yliopiston psykologianlaitos. Turku.

Blinnikka, L-M., Uusitalo, M. 1988. Ruumiinkuva aikuisiällä. Vertaileva tutkimus ammatin, sukupuolen ja iän mukaan. Turun yliopiston psykologianlaitos. Turku.

Bunkan B. 2008. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Duodecim. Painoindeksi (BMI). Hakupäivä 3.1.2013.
[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001).

Eskola J., Suoranta J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.

Eri See. New international standards in disability classification. Hakupäivä 17.1.2013.
[Http://www.erisee.org/node/79](http://www.erisee.org/node/79).

Heinonen, K., Valkama, T. 2010. Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirja. Metropolian ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Herrala, H., Kahrola T., Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Himberg L., Laakso J., Peltola R., Näätänen R., Vidjeskog J. 2004. Kehittyvä ihminen. WSOY.

Hirsjärvi, S., Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. Hakupäivä 12.12.2012.
[Http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm).

Jokinen, K., Pirttimaa, R., Rosqvist, L. 2009. Hengitysfysioterapia ja lihastaudit. Lihastautiliitto ry.

Joukamaa, M., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypén, K., Lauerma, H., Lintonen, T., Mattila, A., Tyni, S., Vartiainen, H., Viitonen, P., Wuolijoki, T. 2010. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. Ihmiskäsitys. Hakupäivä 9.1.2013a.
[Http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Ihmiskasitys](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Ihmiskasitys).

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. Teemoittelu. Hakupäivä 17.1.2013b.
[Http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu).

Kalso, E., Vainio, A. 2002. Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Kinnula, V., Brander, P., Tukiainen, P. 2005. Keuhkosairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Laine, M. 2007. Kriminologia ja rankaisun sosiologia. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus. Jyväskylä.

Latomaa T., Suorsa T. 2011. Kokemuksen tutkimus II. Ymmärtävän psykologian syntyhistoriaa ja kehityslinjoja. Juvenes Print. Tampere.

Lauerma, H. 2009. Pahuuden anatomia: Pahuus, hulluus, poikkeavuus. Edita publishing Oy.

Lauerma, H. Vastaava ylilääkäri, Psykiatrinen vankisairaala. 2012. Puhelinhaastattelu 8.2.2012. Tekijän hallussa.

Laulumaa, S. 2011. Selvitys vankilatilojen määrittelystä valvonnan intensiivisyyden mukaan. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 5/2011.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta.

Mattila, A. 2009. Alexithymia in Finnish General Population. Academic dissertation. University of Tampere.

Miles, M., Huberman, A. 1994. An expanded sourcebook qualitative data analysis. SAGE Publications. London.

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

Nivelten liikkeiden mittaaminen. 1993. Eripainos Suomen Lääkärilehdestä 20/71 vsk 48.

Pihlman, J. Fysioterapeutti, Hämeenlinnan vankisairaala. 2012. Puhelinhaastattelu 24.2.2012. Tekijän hallussa.

Perttula, J., Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Dialogia Oy. Helsinki.

PsyFy. Psykofyysinen fysioterapia. Hakupäivä 20.1.2013. [Http://www.psyfy.net-suomenpsykofyysisenfysioterapianyhdistys-psyfy.ry](http://www.psyfy.net-suomenpsykofyysisenfysioterapianyhdistys-psyfy.ry).

Puhakainen, J. 1995. Kohti ihmisen valmentamista : Holistinen ihmiskäsitys ja sen heurestiikka urheiluvallennuksen kannalta. Tampereen yliopisto. Tampere.

Rikosseuraamuslaitos. Kestilän vankila. Hakupäivä 3.1.2013a. [Http://www.rikosseuraamus.fi/16875.htm-kestilanvankila-rikosseuraamuslaitos](http://www.rikosseuraamus.fi/16875.htm-kestilanvankila-rikosseuraamuslaitos).

Rikosseuraamuslaitos. Terveystenhoito. Hakupäivä 14.2.2012b. [Http://www.rikosseuraamus.fi/15133.htm](http://www.rikosseuraamus.fi/15133.htm).

Rikosseuraamuslaitos. Vangit. Hakupäivä 23.11.2011c. [Http://www.rikosseuraamus.fi/17006.htm](http://www.rikosseuraamus.fi/17006.htm).

Rikosseuraamuslaitos. Vankisairaala. Hakupäivä 14.2.2012d. [Http://www.rikosseuraamus.fi/37187.htm](http://www.rikosseuraamus.fi/37187.htm).

Sailo E., Vartti A-M. 2000. Kivunhoito. Tammi. Tampere.

Salminen, M., Toivonen, K. 2002. Vankeinhoidon perusteet. Vankeinhoidon koulutuskeskus.

Suomen Fysioterapeutit. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. Hakupäivä 20.1.2013. [Http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=464-fysioterapeutineettisetohjeet](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=464-fysioterapeutineettisetohjeet).

Toimintakyvyn Mittarit. Versio 2012. VSSHP.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Tutkimusaineiston tiedonhallinnan käsikirja. Tutkittavien informointi. Hakupäivä 21.5.2012. [Http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html](http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html).

Vankeuslaki 23.9.2005/767.

Wuolijoki T., Vartiainen H., Aarnio J., von Gruenewaldt T., Lintonen T., Mattila A., Viitanen P., Joukamaa M. 2011. Sakkovangit ovat vangeista sairaimpia ja huono-osaisimpia. Lääkärilehti vsk 66. 44/2011, 3301 – 3306.

LIITTEET

LIITE 1

Tutkimuksen alatehtävien operationaalistaminen

Taustatiedot	
	<i>Ikä</i>
	<i>Sukupuoli</i>
	<i>Pituus ja paino (=BMI)</i>
	<i>Sairaudet</i>
	<i>Perhetausta ja lyhyt elämäntarina</i>
Vangin kokemus omasta kehonkuvasta	
	<i>Fyysiset vaivat</i>
	<i>Henkinen tila</i>
	<i>VAS-kipujana</i>
	<i>Kokemus kehonkoosta</i>
	<i>Tuntemukset kehon oikealla ja vasemmalla puolella</i>
	<i>Epätavalliset kehontuntemukset</i>
Mitä kehonkuvasta kertovat	
	<i>Ensivaikutelma</i>
	<i>Kehon puolustusmekanismit</i>
	<i>Asento eli ryhti</i>
	Kehon keskilinja
	Painon jakautuminen alaraajoissa
	Polvinivelten asento
	Lantion asento
	Rangan fysiologiset mutkat
	Lannerangan skolioosi
	Kehon puolierot
	Rintarangan kyfoosi
	Rintarangan skolioosi
	Kaularangan lordoosi
	Pään asento
	Hartioiden asento
	Kyynärniveltä asento

	<i>Hengitys, hengitysfrekvenssi</i>	
		Rintakehän asento
		Hengityksen vapaus
		Hengityksen vapaus
		Hengityслиikkeiden ristiriita
		Hengityслиhasten kireys
		Vatsalihasten kireys
		Hengityksen spontaanisuus
		Hengityслиikkeiden näkyminen
	<i>Liikkuvuus</i>	
		Lonkkanivelten liikkuvuus (selinmakuulla)
		Olkanelten liikkuvuus (selinmakuulla)
		Rintarangan liikkuvuus

TUTKIMUSSUOSTUMUS

Olemme tekemässä laadullista tutkimusta siitä millainen on vankien kehonkuva. Tutkimuksessa tehdään fysioterapeuttinen tutkiminen ja lomakehaastattelu. Tutkimustilanne videoimaan.

Antamanne vastaukset käsitellään tutkimuksessa niin, ettei henkilöllisyyttä yhdistetä antamiinne tietoihin. Lisäksi saatte itse lukea ja tarkistaa antamanne tiedot. Vastaukset tullaan tuhoamaan tutkimuksen päätyttyä.

Opinnäytetyö tulee olemaan julkinen ja se julkaistaan painettuna versiona, että internetissä (<http://theseus.fi>), mutta siitä ei voi tunnistaa kenenkään henkilöllisyyttä.

Tekijä, Yhteistyökumppani ja Ohjaavat opettajat sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiintulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat. Tekijä, Yhteistyökumppani ja Ohjaavat opettajat eivät käytä hyväkseen tutkittavien luottamuksellisia tietoja.

Suostun tutkimukseen ja annan luvan tutkimustilanteen videointiin.

Aika ja paikka

Nimi ja nimenselvennys

Kiitokset osallistumisesta tutkimukseen!

Mari Moilanen

Annukka Rahikkala

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, fysioterapian koulutusohjelma

Kiviharjuntie 8, 90220 OULU

Puh: 010 272 1030

E-mail: o9moma00@students.oamk.fi

o9raka00@students.oamk.fi

MARI MOILANEN
ANNUKKA RAHIKKALA
o9moma00@students.oamk.fi
o9raka00@students.oamk.fi
p. +35840 4114 082

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

4.9.2012

Peter Blomster
Rikosseuraamuslaitos

TUTKIMUSLUVAN HAKEMINEN

Olemme kaksi fysioterapiaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Olemme neljännen vuoden opiskelijoita ja aloittelemme parhaillaan opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia millainen on vangin kehonkuva. Teemme tutkimuksen Kestilän vankilassa. Haemme tutkimuslupaa ko. tutkimukseen. Tutkimuksen työnimenä on Millainen on vangin kehonkuva, mutta tutkimuksen nimi saattaa vielä muuttua.

Tutkimuksen aiheena on tutkia millainen on vangin kehonkuva. Fysioterapian alalla vankeja ei ole tutkittu käytännössä ollenkaan ja myöskään vankien kehonkuvasta ei löydy tutkittua tietoa. Aihe on siis uusi ja erittäin ajankohtainen.

Tutkimuksemme yhteistyökumppani on Kestilän avovankila ja yhteyshenkilönä vankilanjohtaja Maarit Rahikkala. Opinnäytetyömme ohjaajia ovat fysioterapian koulutusohjelman lehtorit Leena Haaksiala ja Eija Mämmelä, Oulun seudun ammattikorkeakoulusta.

Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella ja fysioterapeuttisella tutkimuksella sekä tutkimustilanne videoidaan tutkimuksen laadun varmistamiseksi. Tutkimuksesta saatua aineistoa säilytämme analyysin ajan lukollisessa kaapissa, jonka jälkeen se tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla. Tutkimus toteutetaan syksyn 2012 aikana. Fysioterapeuttiseen arviointiin eli haastatteluun ja mittauksiin tarvitsemme 2-3 vapaaehtoista vankia. Tutkimukseen emme tarvitse vankien nimiä tai muita sosiaalitietoja. Mutta esimerkiksi sukupuoli, ikä, pituus, paino, sairaudet (mikäli sellaisia on) ja oireet ovat tarpeellisia tietoja tutkimukseemme.

Tutkimustietoja käsittelevät vain me opinnäytetyön tekijät. Tarvittaessa myös opinnäytetyömme ohjaavat opettajat ovat tekemisissä aineiston kanssa. Fysioterapia opiskelijoina meillä on vaitiolovelvollisuus, johon olemme sitoutuneet. Kaikki tieto jonka saamme, käytetään vain opinnäytetyömme tekemiseen

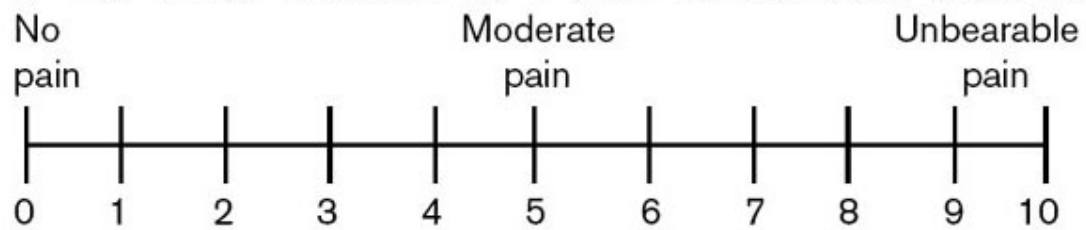
Epätavalliset kehontuntemukset

VAS-kipujana 1: _____

VAS-kipujana 2: _____

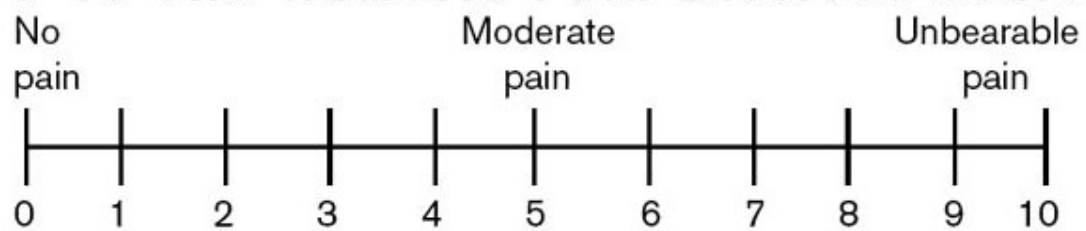
Nyt

0 - 10 VAS Numeric Pain Distress Scale



Pahin koskaan

0 - 10 VAS Numeric Pain Distress Scale

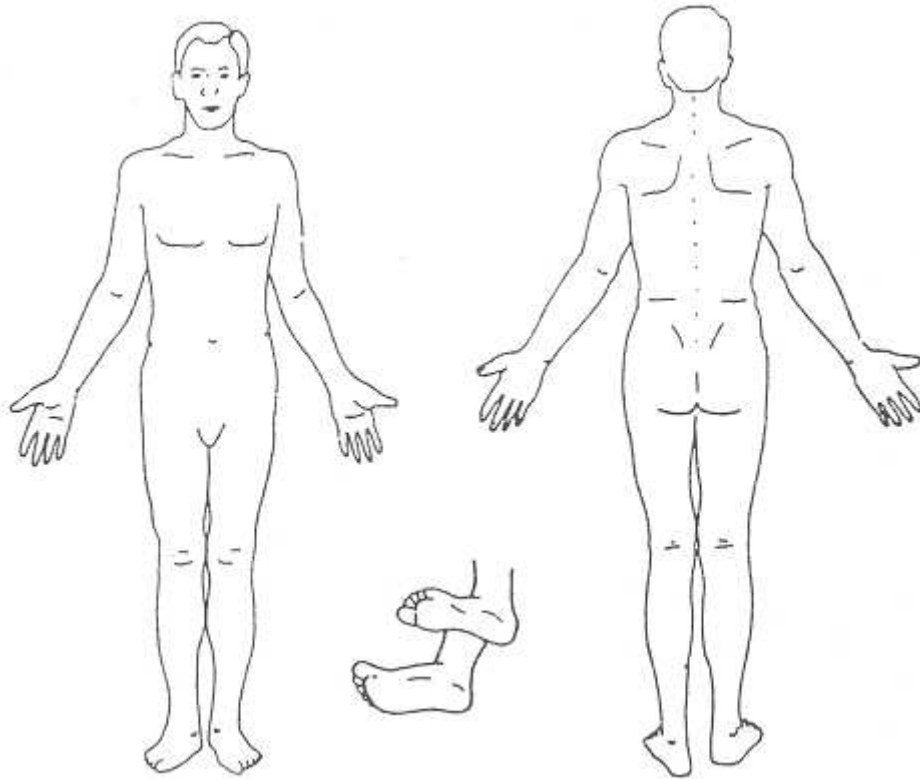


KEHONKUVAN TUTKIMUKSET

Ensivaikutelma

Kehon puolustusmekanismit (fleksio-, ekstensio- ja ambivalenttimalli)

Asento



Kehon puolierot

Keskilinja

Painon jakautuminen alaraajoissa

Polvinivelten asento

Lantion asento

Rangan fysiologiset mutkat

Lannerangan skolioosi

Rintarangan kyfoosi

Rintarangan skolioosi

Kaularangan lordoosi

Pään asento

Hartioiden asento

Kyynärnivelten asento

HENGITYS

Rintakehän asento

Hengityksen vapaus (hengityksen vapaus, hengitysliikkeiden ristiriita)

Hengityksen spontaanisuus

Hengitysliikkeiden näkyminen

Hengitysfrekvenssi

Hengityslihasten kireys

Vatsalihasten kireys

LIKKUVUUS

Rintarangan liikkuvuus _____

Kehon asento selinmakuulla

Lonkkanivelten liikkuvuus (kaikki suunnat) selinmakuulla

Fleksio _____

Sisärot. _____

Ulkorot. _____

Adduktio _____

Abduktio _____

Ekstensio _____

Olkanelvelten liikkuvuus selinmakuulla

Fleksio _____

Abduktio _____

Ekstensio _____

Sisärot. _____

Ulkorot. _____

Tukikysymykset

- Mitä muistat lapsuudestasi?
- Olivatko vanhempasi yhdessä?
- Oliko sinulla sisaruksia?
- Olitko hoidossa lastentarhassa?
- Millaiseksi koit lapsuutesi yleisesti ottaen?
- Mitä teit peruskoulun jälkeen?
- Kävitkö armeijan (miehiltä)?
- Mitkä tapahtumat johtivat siihen että olet nyt täällä (Kestilän vankilassa)?
- Onko sinulla vaimoa/miestä?
- Onko sinulla lapsia?