



NUORTEN FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN
PSYKIATRISISSA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Sakari Hovi

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011
Fysioterapian koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

Hovi, Sakari:
Nuorten fysioterapeuttinen tutkiminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyö 38 s.
Marraskuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää nuorten fysioterapeuttisen tutkimisen menetelmiä osana nuorten psykiatrista erikoissairaanhoidoa Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Omasta mielenkiinnostani ja työelämän tarpeista syntyneellä selvityksellä pyrin fysioterapeuttisen tutkimustavan kehittämiseen. Tutkimustyön menetelmänä käytin kyselytutkimusta, jonka osoitin kunkin yliopistollisen sairaalan nuoria tutkivalle fysioterapeutille. Kyselyyn vastasi neljän eri yliopistollisen sairaalan fysioterapeutteja.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksella saatua tietoa voidaan hyödyntää nuorten fysioterapeuttisessa tutkimisessa sekä fysioterapeuttisen toimintatavan kehittämisessä. Näin tieto eri yksiköiden tutkimus- ja toimintatavoista on kaikkien käytettävissä.

Avainsanat: Psykofyysinen fysioterapia, Psykiatria, Nuoret

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Hovi, Sakari:
Physiotherapeutic examination for youngsters in special health care

Bachelor's thesis 38 pages
November 2011

The purpose of this study was to examine young people's physiotherapeutic examination methods as a part of psychiatric specialist care provided for young people. The data of the study were collected through questionnaires sent out to Physiotherapists working in four University Hospitals in Finland.

The information obtained through this study can be utilized in young people's physiotherapeutic examinations. Being available for health care professionals providing physiotherapy services for young people, the information can be used to further develop the physiotherapeutic methods applied in various health care settings.

Keywords: Psychophysical physiotherapy, Psychiatry, Youngsters

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 NUOREN PSYYKKISET HÄIRIÖT	6
2.1 Ahdistuneisuushäiriöt	6
2.2 Mielialahäiriöt	6
2.2.1 Masennustilat	7
2.2.2 Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt	8
2.2.3 Tarkkaavaisuushäiriöt	9
2.3 Käytöshäiriöt	10
2.4 Todellisuudentajun häiriöt	11
2.5 Syömishäiriöt	13
2.5.1 Laihuushäiriö	13
2.5.2 Ahmimishäiriö	15
2.5.3 Epätyypilliset syömishäiriöt	16
2.6 Itsetuhoinen käyttäytyminen	16
2.7 Päihdeongelmat	18
2.8 Fysioterapeuttinen tutkiminen nuorten psykiatrisessa hoidossa	19
3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	20
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA KULKU	23
6 TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1 Nuorten tutkimusjakso	26
6.1.1 Tutkimusjaksoilla olevien nuorten lääketieteelliset diagnoosit	26
6.1.2 Sairaalahoidossa olevien nuorten ongelmat	27
6.1.3 Nuorten tutkimisessa käytettäviä fysioterapian menetelmiä ja tapoja	27
6.1.4 Itse kehitettyjä mittareita nuorten tutkimisessa	28
6.2 Nuorten hoitajakso	28
6.2.1 Hoitajaksoilla olevien nuorten lääketieteelliset diagnoosit	28
6.2.2 Hoitajaksoilla sairaalassa olevien nuorten ongelmat	29
6.2.3 Hoitajaksoilla olevien nuorten fysioterapiassa käytettäviä tutkimismenetelmiä	29
6.2.4 Itse kehitettyjä mittareita nuorten tutkimisessa	30
6.3 Fysioterapian menetelmillä saadun tiedon hyödyntäminen nuoren hoidossa	30
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
LÄHTEET	34
LIITE 1	35
LIITE 2	36
LIITE 3	38

1 JOHDANTO

Kiinnostus opinnäytetyöni aiheeseen nousi aiemman mielenterveystoimittajan työkokemukseni kautta. Vuonna 2008 aloittaessani fysioterapeuttiopinnot ajattelin, että kertynyt työkokemus ja fysioterapeutin koulutus olisivat hyvä pohja rakentaessani omaa tulevaa työnkuvaani.

Keväällä 2010 olin yhteydessä TAYS Pitkänien fysioterapiaan ja keskustelimme mahdollisuudesta tehdä opinnäytetyö psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevien nuorten fysioterapiaan liittyen. TAYS Pitkänien fysioterapian tarpeista nousi vaihtoehtoiksi useita aiheita. Kiinnostuin eniten siitä, miten nuoria tutkitaan fysioterapian näkökulmasta nuorten psykiatrisen osastohoidon aikana. Olen rajannut opinnäytetyön koskemaan vain yliopistollisia sairaaloita ja näiden fysioterapian toimintatapoja. Myöhemmin tätä tutkimustyötä voi halutessaan laajentaa koskemaan myös muita sairaaloita ja yksityisiä toimijoita.

Myös psykofyysinen fysioterapia-erikoisalayhdistys Psyfy ry:n seminaarissa syyskuussa 2010 oltiin kiinnostuneita mittareista, joita Suomessa käytetään potilaiden ja asiakkaiden fysioterapeuttiseen tutkimiseen ja toimintakyvyn määrittelyyn psykofyysisen fysioterapian alueella tai näkökulmasta. Valmista valtakunnallista tutkimusmenetelmää ei siis ole luotu ja opinnäytetyöni pyrkii selvittämään mitä eri fysioterapeuttisia tutkimismenetelmiä käytetään.

Suomessa on viisi yliopistollista sairaalaa eli Oulun OYS, Kuopion KYS, Tampereen TAYS, Turun TYKS ja Helsingin HYKS. Kaikki sairaalat tarjoavat nuorisopsykiatrisia palveluita. Yksi sairaanhoitopiiri jäi kyselyni ulkopuolelle, koska se ostaa nuorten fysioterapiapalvelut sairaalan ulkopuolelta. Jokaisesta mukana olleesta sairaalasta kyselyyni vastasi yksi nuoria tutkiva fysioterapeutti.

Opinnäytetyöni aihe on Kuinka nuoria alle 18-vuotiaita tutkitaan Suomessa nuorten psykiatrisessa hoidossa yliopistollisissa sairaaloissa fysioterapian näkökulmasta. Tutustun opinnäytetyöni yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

2 NUOREN PSYKKISET HÄIRIÖT

Nuoret tulevat psykiatriseen erikoissairaanhoidon eri syistä ja tämä vaikuttaa myös fysioterapeuttisen tutkimisen tarpeeseen. Seuraavissa kappaleissa on kuvailtu niitä häiriöitä, ongelmia ja nuorten käyttäytymisen piirteitä, joihin liittyen myös fysioterapeutti voi olla mukana nuoren tutkimisessa ja hoidossa.

2.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöiden ryhmään luetaan pelko-oireiset häiriöt (määräkohteinen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, julkisten paikkojen pelko), paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, eroahdistushäiriö sekä traumaperäiset häiriöt (traumaperäinen eli posttraumaattinen stressireaktio ja äkillinen stressireaktio). Ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat nuorten yleisimpiin psyykkisiin häiriöihin. Ahdistuneisuushäiriöiden yhteenlaskettu esiintyvyys nuoruusiällä on noin 6–10 %. Useimmat ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Puberteettikehityksen edetessä myös paniikkihäiriön esiintyvyys kasvaa selvästi. Pakko-oireisen häiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelon esiintyvyys lisääntyy varhaisnuoruudesta alkaen. Sen sijaan eroahdistushäiriötä ei tavata nuorilla enää siinä määrin kuin lapsilla. Määräkohteiset pelot alkavat usein lapsuusiällä, ja osa niistä säilyy läpi nuoruusiän aikuisuuteen asti. (Ranta 2006, 67.)

2.2 Mielialahäiriöt

Nuoruudessa yleisimmät mielialahäiriöt ovat masennustilat, pitkäaikainen masennus ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. ICD-10-tautiluokituksessa niiden diagnostiset kriteerit ovat ikäkaudesta riippumatta samat.

2.2.1 Masennustilat

Masennustilat eli depressiot ovat nuoruusikäisten keskeisimpiä terveysongelmia, ja niistä vakavien masennustilojen osuus voi olla jopa 85 %. Vakavaa masennustilaa pidetään edelleen alidiagnosoituna sekä alihoidettuna vakavana sairautena. Hoitoon hakeutuminen voi tapahtua usein pitkällä viiveellä. (Korhonen & Marttunen 2006, 80–81.)

Nuorten depression ydinoireina ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetyks ja uupumus. Mielialan lasku voi näkyä pitkäkestoisena masentuneena mielialana, itkuisuutena tai erityisesti nuorilla aiemmasta poikkeavana ärtyisyytenä, kireytenä tai vihaisuutena. Nuori voi kokea riittämättömyyttä ja tärkeiden asioiden aloittaminen on vaikeaa, jopa mahdotonta, kun ei pysty toimimaan toivomallaan tavalla. (Korhonen & Marttunen 2006, 80–81.)

Muita depression oireita ovat keskittymisvaikeudet, muutokset ruokahalussa, unen häiriintyminen, psykomotorinen kiihtyneisyys tai hidastuminen, arvottomuuden- tai syyllisyyden tunteet sekä kuolemantoiveet tai itsetuhokäyttäytyminen. Masentuneen nuoren ruokahalu on usein huono, mutta se voi myös lisääntyä ja nuoren paino voi vaihdella ruokahalun muutoksen mukaisesti. Koulutyötä haittaavat usein keskittymisvaikeudet, ja ne huomataankin usein ensimmäiseksi koulussa. Usein depression oirekuvaan liittyy nukahtamis- ja univaikeudet, toisinaan myös epärealistinen syyllisyys ja jatkuva huoli omasta kehosta. (Korhonen & Marttunen 2006, 80–81.)

Noin viidenneksellä nuoruusikäisistä on masennusoireita, jotka eivät täytä masennustilan diagnostisia kriteereitä. Suomessa koululaisten terveystutkimuksessa 12 % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista ilmoitti Beckin 13-oioisessa oirekyselyssä (Beck Depression Inventory, BDI-13) kärsivänsä keskivaikeasta tai vaikeasta masennusoireilusta. (Korhonen & Marttunen 2006, 80–81.)

Epidemiologisten tutkimusten mukaan vakava masennustila on suhteellisen harvinainen lapsilla, mutta yleistyy nuoruusiällä. Nuoruudessa vakavan masennuksen ajankohtainen esiintyvyys on 3-5 % ja yhden vuoden esiintyvyys 8–10 %; elämänaikainen esiintyvyyden ollessa noin 15 %. Nuoruusiässä masennus on tytöillä noin kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla, mutta syytä tähän ei varmasti tiedetä.

On kuitenkin esitetty teoreettisia malleja, joiden mukaan tytöt olisivat poikia haavoittuvampia ihmissuhdemerkityksiä sisältäville negatiivisille elämäntapahtumille kuten seurustelusuhteen purkautumiselle. Nuorisopsykiatriseen hoitoon tulevista nuorista 30–50 %:lla on depressio. (Korhonen & Marttunen 2006, 83.)

2.2.2 Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt

Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt eli bipolaarihäiriöt ovat erityisesti nuoruusiässä alidiagnosoituja, alihoidettuja ja usein väärin diagnosoituja kulultaan pitkäaikaisia psyykkisiä sairauksia. (Korhonen & Marttunen 2006, 85–87.)

Tyypin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaihtelevat maaniset jaksot ja masennusjaksot, tyypin II häiriössä vastaavasti hypomaaniset jaksot ja masennusjaksot. Nuorten kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat samat kuin aikuisilla iän ja kehitysvaiheen muokatessa oirekuvaa. Varhaisnuoruudessa etenkin kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyypillinen oire on mielialan voimakas labiilius, jolloin samaan aikaan tai hyvin nopeasti saman päivän aikana voivat vaihdella sekä maaniset että depressiiviset piirteet. Nuoret voivat myös olla pikemminkin ärtyneitä kuin selvästi maanisia. Maanisen nuoren käytös voi muistuttaa käytöshäiriöisen oireilua, koska molemmissa häiriöissä aggressiivisuus, impulsiivisuus ja päihteiden väärinkäyttö ovat yleisiä. Maniasta kärsivän nuoren toveripiiri ei yleensä ole epäsosiaalista eikä hänen kykynsä kokea katumusta ole häiriintynyt. Häiriöiden erottamisessa toisistaan auttaa se, että käytöshäiriö alkaa usein jo lapsuudessa ja oireilu on yleensä jatkuvaa, kun taas maniaan liittyvät oireet alkavat tyypillisesti nuoruudessa ja oireilu on ajoittaista, kohonneen mielialan jaksoon rajoittuvaa ja nuoren aikaisemmasta käytöksestä poikkeavaa. (Korhonen & Marttunen 2006, 85–87.)

Myös anoreksiaan voi liittyä maaniselta vaikuttavaa motorista oireilua, jonka tausta on kuitenkin toinen eli yritys kontrolloida painoa pakonomaisin liikunnallisoin keinoin. Stimulanttihuumeiden, kuten amfetamiinin tai ekstaasin, vaikutukset voivat muistuttaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireita. Seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuneen nuoren oireiluna voi ilmetä jatkuvia nukahtamis- ja univaikeuksia toistuvine painajaisunineen sekä jatkuvaa motorista levottomuutta. (Korhonen & Marttunen 2006, 85–87.)

Nuoruusiässä yleistyvät maaniset oireet ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ovat lapsilla harvinaisempia. Kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä on noin 1 %:lla nuoruusikäisistä ja noin 2 %:lla nuorista aikuisista. Ne ovat suunnilleen yhtä yleisiä tytöillä kuin pojilla. Suurin osa, noin 90 %, nuorten bipolaarihäiriöistä on tyyppin II häiriöitä. Lieviä hypomaanisia oireita on arvioitu olevan noin 5 %:lla nuorista. (Korhonen & Marttunen 2006, 85–87.)

2.2.3 Tarkkaavaisuushäiriöt

Tarkkaavaisuushäiriö on yleinen, lapsuusiässä alkava häiriö, jonka aiheuttama haitta säilyy suurimmalla osalla nuoruuteen ja aikuisuuteen. Häiriön ilmeneminen usein muuttuu: lapsuudessa korostuvat motorisen levottomuuden ja impulsiivisuuden aiheuttamat ongelmat, nuoruudessa ja aikuisuudessa aiheuttavat tarkkaamattomuus ja vaikeudet jäsentää omaa toimintaa usein suurimmat haitat. Tarkkaavaisuushäiriöön liittyy usein muitakin samanaikaisia häiriöitä, jotka on otettava huomioon tukitoimien kokonaisuutta suunniteltaessa. (Närhi 2006, 90.)

Tarkkaavaisuushäiriön keskeiset käyttäytymispiirteet ovat tarkkaamattomuus ja yliaktiivisuus tai impulsiivisuus. Muut diagnostiset kriteerit voivat olla häiriön alku ennen seitsemän vuoden ikää, useissa sosiaalisissa tilanteissa ilmenevät ongelmat sekä niiden aiheuttama haitta toiminnoista suoriutumiselle ja niiden pitkäkestoisuus. Tarkkaavaisuushäiriöitä ei diagnosoida, jos ongelmat ovat seurauksia jostain muusta, laajempialaisesta häiriöstä. (Närhi 2006, 90.)

Tarkkaavaisuushäiriötä ryhdyttiin käyttämään diagnostisena luokkana 1980-luvulla. Aiemmin käytettiin MBD-diagnoosia, jonka diagnostisena kriteerinä oli tarkkaavaisuushäiriö, johon liittyi jokin muu kehityksen häiriö. (Närhi 2006, 90.)

Tarkkaavaisuushäiriö on yksi yleisimmistä kehityksen häiriöistä, ja sitä esiintyy 4–5 %:lla kouluikäisistä lapsista. Häiriö on kaksi – kolme kertaa yleisempi pojilla kuin tytöillä ja perinnöllisyydellä on todettu olevan hyvin keskeinen osuus tarkkaavaisuushäiriön synnyssä. Tarkkaavaisuushäiriöön liittyviä muita ongelmia voivat olla oppimisvaikeudet, käytös-, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt sekä päihdehäiriöt. (Närhi 2006, 90–93.)

Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen Vesa Närhi viittaa tutkimuksiin, jotka ovat osoittaneet, että huomattavalla osalla tarkkaavaisuushäiriöisistä lapsista ongelmat säilyvät nuoruudessa ja aikuisuudessa. Aiemmin tarkkaavaisuushäiriötä pidettiin lapsuuden ongelmana, joka poistuu kehityksen kulussa. Tarkkaavaisuushäiriön pysyvyydestä esitetyt arvot kuitenkin vaihtelevat hänen mukaansa tutkimuksesta toiseen. Diagnostiset kriteerit täyttyvät aikuisuudessa 30–40 %:lla aiemmin diagnoosin saaneista. Jos pysyvyyttä tarkastellaan oireiden aiheuttaman haitan näkökulmasta, on tarkkaavaisuushäiriön pysyvyys huomattavasti suurempi, jopa noin 90 %. (Närhi 2006, 90–93.)

2.3 Käytöshäiriöt

Viime vuosikymmenten kuluessa käytöshäiriöt ovat yleistyneet suurten taloudellisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen muutosten myötä. Lapset elävät ydinperheiksi muuttuneissa pienperheissä, asuminen on keskittynyt kaupunkeihin ja perheiden rikkoutuminen avioerojen vuoksi on lisääntynyt. Tietotekniikan kehittymisen mahdollistama kaikkialle ulottuva viihdeteollisuus on muuttanut myös lasten kasvuilmapiiriä. Näin lapsen mahdollisuus altistua väkivaltaiselle ja seksistiselle viihteelle on lisääntynyt samaan aikaan, kun hänen kehitykselleen tärkeät vuorovaikutustilanteet aikuisten kanssa vaikuttavat vähentyneen. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99.)

Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden yleisyys vaihtelee eri tutkimuksissa 3 – 14 % välillä. Pojilla häiriöiden alkamisiän on todettu olevan keskimäärin 7 vuotta, tytöillä vastaavasti 13 vuotta. Käytöshäiriöt ovat 3–5 kertaa yleisempiä pojilla kuin tytöillä; tosin sukupuoli ero pienentyy nuoruusikää lähestyttäessä.

Oireet tytöillä ja pojilla ovat lievemmissä muodoissa erilaisia, mutta samankaltaistuvat häiriintyneisyyden vaikeutuessa. Käytöshäiriöiden tie kulkee usein varhaislapsuudessa ilmenevistä temperamenttiin liittyvistä ongelmista ja lapsen vaikeahoitoisuudesta käytösongelmiin, koulunkäynnin vaikeuksiin ja nuoruusiässä todettavaan käytöshäiriöön. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99.)

Käytöshäiriöiden kehittymistä ennustavat tekijät vaihtelevat lapsen kehitysvaiheen ja iän mukaan. Lapsuudessa (noin 6–11 vuoden iässä) vähäinenkin antisosiaalisuus, päihdeiden käyttö, aggressiivisuus, vanhempien matala tulotaso ja vanhempien antisosiaalisuus ennustavat myöhempää väkivaltaisuutta ja vakavaa rikollisuutta. Varhaisnuoruudessa (noin 12–14 vuoden iässä) vastaavia ennustetekijöitä ovat melko vähäinenkin antisosiaalisuus, impulsiivisuus, sosiaalisten suhteiden puuttuminen, epäsosiaaliset ystävät, huono koulumenestys ja vähäinen kiinnostus koulunkäyntiä kohtaan. Käytöshäiriöiden kehitystiet voivat olla tytöillä ja pojilla erilaisia ja tämä näkyy erityisesti samanaikaissairastamisessa, mutta myös aikuisuuden ongelmassa. Nuorena käytöshäiriöiset pojat oireilevat aikuisiässä useammin käyttäytymisessä ilmenevin oirein, heillä on rikollisuutta ja erityisesti väkivaltarikollisuutta useammin kuin tytöillä. Nuoruudessa käytöshäiriöiset tytöt puolestaan kärsivät aikuisina useammin mielialahäiriöistä, ahdistuneisuusoireista, syömishäiriöoireista sekä somatisaatiohäiriöstä, harvemmin rikollisuudesta. Tyttöjen käytöshäiriöihin taas liittyy suuri riski ongelman siirtymisestä seuraavalle sukupolvelle, koska käytöshäiriöiset tytöt löytävät kumppaneikseen usein käytöshäiriöpoikia ja tulevat raskaaksi teini-iässä ilman vakiintunutta parisuhdetta. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99–100.)

2.4 Todellisuudentajun häiriöt

Psykoottisten kuten muidenkin psykiatristen sairauksien yleisyys kasvaa nuoruusiässä. Skitsofrenian esiintyvyys väestössä on noin 1 % ja lähes 60 % tapauksista puhkeaa ennen 25 ikävuotta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön (maanisdepressiivinen sairaus) yleisyys nuorilla on 0,5–1 % ja on arvioitu, että kaikista maanisdepressiivisistä sairauksista 30 % puhkeaa ikävuosina 10–19 psykoosista. (Laukkanen 2006, 112.)

Psykoottisten häiriöiden havaitseminen ja diagnosoiminen nuoruusikäisillä on vaikeaa, koska varhaisten muotojen oireet ovat monimuotoisia ja niihin sekoittuu nuoruusiän kehitykseen liittyviä piirteitä. Nuoren psykoosin oirekuva on kuitenkin enemmän aikuisten psykoottisten häiriöiden kaltainen kuin lasten, mutta sairauden varhaisvaiheessa voi olla vaikea erottaa vakavaan masennukseen tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvää psykoottista jaksoa skitsofreniaan liittyvästä psykoosista. (Laukkanen 2006, 112.)

Skitsofrenian ennakkovaiheen eli prodromaalivaiheen tunnistaminen on haaste hoitojärjestelmälle, koska tutkimuksissa on osoitettu, että varhain aloitettu hoito lyhentää psykoottisia jaksoja ja parantaa toipumista. Mieluiten hoito pitäisi voida aloittaa jo ennen kuin varsinainen psykoosi on puhjennut eli juuri ennakko-oirevaiheessa. Jos nuorella on ennakko-oireita, toimintakyvyn heikkenemistä ja nuoren lähisuvussa esiintyy psykooseja, hänet tulisi pikaisesti saada tutkimuksiin ja hoitoon. Skitsofrenian esivaihe voi kestää muutamasta päivästä useaan vuoteen. Ennakkovaiheessa varsinaisia psykoottisia oireita ei esiinny, mutta epäspesifisiä oireita saattaa esiintyä joko jaksoina tai pysyvästi. Lievät kognitiiviset vaikeudet saattavat estää opiskelua, ja tunne-elämän tai käytöksen muutokset voivat vaikuttaa ikätoverisuhteisiin. Oireet saatetaan myös tulkita muiksi lievemiksi psyykkisiksi oireiksi. On myös syytä muistaa, että ennakko-oireiden olemassaolo ei vielä anna syytä olettaa, että psykoosi puhkeaa. Ennako-oireita on valtaosalla (75 %) sairastuneista. Psykoosi on psykofysiologinen epätasapanotila eli hätätila. Psykoosi tai sen epäily on riittävä peruste käyttää tarvittaessa tahdonvastaista hoitoon toimittamista. (Laukkanen 2006, 113–115.)

Hoito alkaa perusteellisella diagnostisella arviolla. On tärkeää selvittää sekä nuoren että hänen perheensä sairaushistoria, perheen kommunikaatiotapa, tapa selviytyä vaikeuksista ja ajankohtaiset stressitekijät nuoren elämässä. Diagnostiseen arvioon kuuluu hyvän psykiatrisen tutkimuksen lisäksi nuoren kognitiivisen tason määrittäminen sekä somaattinen ja neurologinen tutkimus. Somaattinen tutkimus sisältää mm. veren glukoosi- ja rasva-ainetason mittaamisen. Nuoren terveystavat, esimerkiksi ruokailu, päihteiden käyttö tai tupakointi, tulee selvittää. (Laukkanen 2006, 115.)

2.5 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt jaetaan tautiluokituksessamme, ICD-10:ssä, laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön, näiden epätyypillisiin muotoihin sekä muihin syömishäiriöihin. Myös lihavuuteen voi liittyä syömishäiriö tai sen piirteitä, mutta suurin osa lihavuudesta kehittyy vähitellen energiansaannin ylittäessä energian kulutuksen. (Ebeling 2006, 118.)

Syömishäiriöiden oirekuva vaihtelee samallakin ihmisellä, ja siihen voi kuulua sekä laihuushäiriön että ahmimishäiriön piirteitä joko yhtä aikaa tai siten, että taudin edetessä toiset piirteet korostuvat: usein muuntuminen tapahtuu laihuushäiriöstä ahmimishäiriöksi.

Painon merkityksen ja itsetarkkailun korostuminen ovat tyypillisiä kummallekin häiriölle. Syömishäiriöt ovat sekä ruumiin että psyyken sairauksia, ja niiden hoidossa tarvitaan somaattisen tilanteen korjaamisen lisäksi myös monenlaista psyyken hoitoa. Vaikeimpien syömishäiriöiden hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä. Varhainen hoitoon pääsy ja aktiivinen hoito näyttävät liittyvän parempaan ennusteeseen. (Ebeling 2006, 118.)

2.5.1 Laihuushäiriö

Laihuushäiriössä keskeinen oire on painonpudotus ja painon pitäminen alhaisena välttämällä ravitsevia ruokia ja syömistä, liikkumalla runsaasti, usein pakonomaisesti sekä toisinaan käyttämällä ulostus- ja nesteenoistolääkkeitä. Kasvuiässä paino ei välttämättä laske, vaan laihuushäiriön merkkeinä voivat olla painon nousun ja vähitellen pituuskasvun pysähtyminen. (Ebeling 2006, 119–120.)

Oleennaista laihuushäiriössä on nuoren tunnetason kokemus itsestä lihavana ja pyrkimys laihuuteen ja itsehallintaan. Laihuushäiriön yhteydessä puhutaan ruumiinkuvan häiriöstä. Osittain pakonomaisten suoriutumispyrkimysten vuoksi laihuushäiriöstä kärsivät nuoret suoriutuvat koulussa yleensä hyvin, ellei sairaus ole edennyt lähes kaikkea energiaa sitovaksi ja heikentänyt kognitiivisia kykyjä. Heillä voi olla ikätoverisuhteita, mutta monesti ne ovat pinnallisia ja liittyminen nuorten joukkoon on ongelmallista. (Ebeling 2006, 119–120.)

Laihuushäiriöstä kärsivien tyttöjen kuukautiset joko eivät ala tai loppuvat, ja heille kehittyy estrogeenin puutos ja luukato. Luukato on pitkäaikainen ongelma, sillä se ei laihuushäiriön parannuttuakaan korjaannu entiselleen. (Ebeling 2006, 119–120.)

Vakavan nälkiintymistilan seurauksena lihasmassa vähenee ja perusaineenvaihdunta hidastuu, mikä havaitaan esimerkiksi sykkeen hidastumisena ja verenpaineen muutoksina. Nuori on väsynyt, ja hänen ruumiinlämpönsä laskee, minkä voi tervehtiessä havaita kylmistä käsistä. Nuoren kyky sietää kylmää heikkenee. Toisaalta jatkuva hyperkineettinen liikkeellä olo tuottaa ruumiinlämpöä ja kuluttaa energiaa. Pitkäaikaisessa nälkiintymistilassa voi esiintyä myös turvotuksia ja hentoa lanungokarvoitusta. (Ebeling 2006, 119–120.)

Laihuushäiriö on varsinkin nuoruusikäisten tyttöjen ongelma, ja sen esiintyvyys nuoruusikäisillä tytöillä 0,2–1,1 % ja pojilla noin kymmenesosa tästä. Laihuushäiriö alkaa yleensä nuoruusiän alkuvuosina, mutta se voi alkaa myös myöhemmin. Pieni osa laihuushäiriöistä alkaa jo ennen murrosikää, ja lähes kolmannes lapsuudessa alkaneista laihuushäiriöistä esiintyy pojilla. (Ebeling 2006, 120.)

Laihuushäiriön hoidon perustana on hyvä kliininen tutkimus, johon kuuluu sekä somaattinen että psykiatrinen arvio. Ruokailu- ja liikuntatottumusten lisäksi selvitetään tiedot kasvusta ja painon kehityksestä. Suhteellinen paino (pituutta vastaava keskimääräinen paino, joka ilmaistaan prosentteina ja on luettavissa suoraan kasvukäyrältä) on murrosikäisillä nuorilla käyttökelpoisempi kuin painoindeksi (BMI, kg/m²). BMI sopii käytettäväksi vanhempien nuorten painoa tarkasteltaessa. Kuukautisten alkamisikä sekä se paino, jolloin kuukautiskierto oli normaali, auttavat painotavoitteen asettamisessa. Myös mahdollinen lääkkeiden käyttö ja oksentelutaipumus selvitetään. (Ebeling 2006, 121.)

Tutkimuksen aikana rakennetaan yhteistyösuhdetta nuoreen ja hänen perheeseensä ja motivoidaan hoitoon. Tämä on tarpeen, sillä nuori useinkaan tunne tarvitsevansa hoitoa. Tavoitteena on rakentaa vuorovaikutus, jossa nuori kokee voivansa jakaa elämäkokemuksiaan ja ajatuksiaan. Haastattelussa pyritään kysymään laajasti kaikista mahdollisista oireista. Apuna voidaan käyttää strukturoituja haastattelumenetelmiä ja lomakkeita (eating disorder examination, EDE, eating disorder inventory, EDI). Syömistottumuksia voidaan tarvittaessa seurata kotona täytettävän ruokapäiväkirjan avulla. (Ebeling 2006, 122–123.)

Usein on hyödyllistä kerätä tietoja nuoren lisäksi myös vanhemmilta ja tarvittaessa esimerkiksi kouluterveydenhuollosta. Perhetapaamisissa kartoitetaan samalla perheen historiaa ja tapaa toimia ja tuetaan perhettä. Tutkimusten perusteella tehdään yhdessä nuoren ja vanhempien kanssa hoitosuunnitelma, jonka tulee perustua häiriön vaikeusasteeseen sekä liitännäisoireiden, ympäristötekijöiden ja toteuttamiskelpoisten hoitovaihtoehtojen kartoittamiseen. (Ebeling 2006, 122–123.)

Nuorta tuetaan paitsi ruokailuun liittyvissä asioissa myös liikkumaan terveellisesti jatkuvan pakonomaisen liikkumisen sijaan ja hyväksymään oma ruumiinsa, ja tässä fysioterapeutti voi toimia tärkeänä työryhmän jäsenenä. Paras tapa palauttaa kuukautiskierto on painon nousu. Tutkimukset eivät yksimielisesti tue hormonikorvaushoitoa, mutta sitä voidaan harkita yksilöllisesti. (Ebeling 2006, 122–123.)

2.5.2 Ahmimishäiriö

Ahmimishäiriöön eli bulimiaan kuuluu toistuva, kohtauksittainen ylensyöminen, jota häiriöstä kärsivä ei pysty hallitsemaan. Ahmimista seuraa usein katumus ja oksentaminen. Lisäksi ahmimishäiriöinen voi käyttää esimerkiksi ajoittaista paastamista ja lääkkeitä välttääkseen ruuan lihottavaa vaikutusta. Paino voi vaihdella normaalista ali- tai ylipainoon. Syöminen ja lihavuuden pelko hallitsevat nuoren ajattelua. (Ebeling 2006, 124.)

Ahmimishäiriöistä kärsivät ovat usein impulsiivisempia kuin laihuushäiriöiset. Liitännäisoina esiintyy persoonallisuushäiriöitä ja päihdeongelmia sekä itsetuhokäyttäytymistä. Ahmimishäiriössä nuoren somaattinen tilanne ei yllensä ole yhtä uhkaava kuin vaikeassa laihuushäiriössä. Häiriö ei vaikuta luun tiheyteen, mutta kuukautishäiriöt ovat tavallisia. Oksentelu aiheuttaa hampaiden kiilleaurioita. (Ebeling 2006, 124.)

Bulimian yhteydessä esiintyvän impulssikontrollin puutteen on sanottu liittyvän hoivan kokemuksen vähyyteen. Bulimiaa on kuvattu myös itsesäätelyn häiriöksi, ja sen on esitetty edustavan aggressiivista, sadistis-masokistista hyökkäystä omaa ruumista kohtaan. (Ebeling 2006, 124.)

Ahmimishäiriöitä esiintyy nuoruusikäisillä jokseenkin saman verran kuin laihuushäiriötä, ja häiriön elinaikainen esiintyvyys naisilla on ollut tutkimuksissa 1,1–4,4 % . Osa ahmimishäiriöitä sairastavista on aiemmin sairastanut laihuushäiriötä. (Ebeling 2006, 124.)

Ahmimishäiriö esiintyy usein jaksottaisena, jolloin oireet välillä väistyvät, mutta palaavat uudelleen. Noin puolet paranee 5–10 vuoden seurannassa ja 20 %:lla häiriö jatkuu. (Ebeling 2006, 124.)

2.5.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisissä syömishäiriöissä kaikki laihuushäiriön tai ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. Diagnoosia käytetään myös silloin, kun kaikki oireet esiintyvät, mutta ovat lieviä. Epätyypillisiä syömishäiriöitä esiintyy noin 5 %:lla nuorista ja lieviä muotoja tätä enemmän. (Ebeling 2006, 125-126.)

Epätyypillisen syömishäiriön on myös ortoreksiassa, terveellisen ruoan pakkomielleessä, jota on viime vuosina alettu tutkia. Siinä nuoren huomio keskittyy liikaa terveellisen ruoan suunnitteluun, hankkimiseen ja valmistamiseen. (Ebeling 2006, 125–126.)

2.6 Itsetuhoinen käyttäytyminen

Itsetuhoisella käyttäytymisellä tarkoitetaan ajatuksia tai tekoja, jotka johtavat itsen kohdistuvaan vahinkoon tai kuolemaan. Itsetuhoinen käytös sisältää sekä tietoisesti että tiedostamattoman pyrkimyksen kuolemaan. Itsetuhoisuus voi ilmetä suoranaisena haluna tappaa itsensä, mutta se voi ilmetä myös kuvitelmina ja ajatuksina omasta kuolemasta ja tuhoutumisesta sekä toimintana, jota leimaa piittaamattomuus omasta turvallisuudesta (Räsänen 1996, 209). Tällainen itsetuhoisuus voi näkyä holtittomuutena liikenteessä, kohtuuttoman päihteiden käyttönä tai vakavan sairauden hoidon laiminlyömisinä. Myös omaa turvallisuutta vaarantavia harrastuksia ja oman terveyden kohtuutonta rasittamista on pidetty epäsuoran itsetuhoisuuden ilmenemismuotoina. (Marttunen 2006, 127–128.)

Suoralla itsetuhokäyttäytymisellä tarkoitetaan itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä ja itsemurhia. Itsemurhayritykset voivat olla tarkoitukseltaan eriasteisia lievästä itsensä vahingoittamisesta vakaviin henkeä uhkaaviin itsemurhayrityksiin. Itsemurhayritykset ja itsemurhat ovat harvinaisia ennen puberteettia, mutta yleistyvät nuoruusiässä. Myös itsemurha-ajatukset ovat lapsilla selvästi harvinaisempia kuin nuorilla. (Marttunen 2006, 127–128.)

Nuoruuden kehitykseen liittyy kuoleman teemojen pohdinta. Ohimenevät itsemurha-ajatukset ilman itsemurhasuunnitelmia eivät yleensä viittaa tietoiseen haluun kuolla vaan pikemminkin nuoren vaikeaan elämäntilanteeseen tai kokemukseen umpikujasta. Useimmiten nuoren itsemurha-ajatukset ovat yhteydessä ajankohtaisiin vaikeuksiin. Eriasteiset itsemurha-ajatukset ovat nuorilla yllättävänkin yleisiä. Yläasteikäisistä tytöistä 20–25 % ja pojista noin 15 % on ajatellut itsemurhaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleista nuorista itsemurha-ajatuksia on 40–65 %:lla. (Marttunen 2006, 127–128.)

Yläasteikäisistä tytöistä 4–8 % ja pojista 2–4 % on tehnyt itsemurhayrityksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Itsemurhayritykset ovat nuoruudessa tytöillä noin kaksi kertaa yleisempiä kuin pojilla. Nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleista nuorista suunnilleen viidennes on tehnyt itsemurhayrityksen. (Marttunen 2006, 129.)

Suomessa, kuten monissa läntisissä maissa, erityisesti nuorten miesten itsemurhat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Noin 25 % kaikista 15–19-vuotiaiden suomalaisten nuorten miesten kuolemista on itsemurhia. (Marttunen 2006, 129.)

Alle 15-vuotiaiden itsemurhat ovat harvinaisia, mutta sitä vanhempien nuorten itsemurhakuolleisuus kolminkertaistui Suomessa 1960-luvun puolivälistä 1970-luvun loppupuolelle ja pysyi suurena vuoteen 1990 asti. Tämän jälkeen nuorten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt noin 25 %, mutta on edelleen Suomessa kansainvälisten vertailujen mukaan suuri. Noin 80 % itsemurhista on poikien tekemiä. Tämä johtuu ainakin osittain siitä, että pojat käyttävät väkivaltaisempia ja nopeasti kuolemaan johtavia menetelmiä itsemurhayrityksissä. (Marttunen 2006, 129.)

Aikaisempi itsemurhayritys on tärkein myöhempää nuoren itsemurhaa ennustava tekijä, ja se lisää itsemurhan vaaran 50-kertaiseksi. Itsemurhan tehneistä nuorista noin 90 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä ovat mielialahäiriöt, ja näitä on todettu 50–75 %:lla itsemurhaa yrittäneistä ja itsemurhaan kuolleista nuorista. Päihteiden ongelmakäyttö ja päihdehäiriöt, etenkin varttuneemmilla nuorilla myös skitsofrenia ja persoonallisuushäiriöt, ovat merkittäviä riskitekijöitä. Nuoren itsemurhayritys on peruste nuorisopsykiatriselle konsultaatiolle. Arvion tulee olla perusteellinen ja monipuolinen ja sisältää nuoren aikaisempi ja nykyinen psykiatrinen oireilu ja psykososiaalinen toimintakyky. (Marttunen 2006, 129.)

2.7 Päihdeongelmat

Nuorten päihteiden käyttö alkaa usein tupakoinnista ja alkoholin käytöstä 12–14 vuoden ikäisenä. Alkoholi ja tupakka ovat nuorten eniten käyttämiä päihteitä, ja ne aiheuttavat yli 95 % kaikista nuorten päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista. Suurin osa säännöllisistäkään tupakan ja alkoholin käyttäjistä ei siirry huumeiden käyttäjäksi. (Tacke 2006, 135–137.)

Noin 10 % 15–16-vuotiaiden ikäluokasta ja 20 % 20–24-vuotiaista on joskus kokeillut kannabista. Viikoittainen tai päivittäinen käyttö on huomattavasti harvinaisempaa. Poikien kannabiskokeilut ovat yleisempiä kuin tyttöjen, mutta tytöt aloittavat kokeilut keskimäärin poikia nuorempana. Amfetamiinin, ekstaasin (metyleenidioksimetamfetamiini eli MDMA) ja opioidien (buprenorfiini, heroini) ensikokeilut ajoittuvat tavallisesti 15.–18. ikävuoteen. (Tacke 2006, 135–137.)

Päihdeongelmat ovat mieliala-, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöiden ohella nuorten yleisimpiä mielenterveysongelmia. Tyttöillä on osoitettu esiintyvän yhteys sekä masennustilojen että päihdeongelmien välillä; pojilla puolestaan yhteys on voimakkaampi käytöshäiriöiden ja päihdeongelmien välillä. Päihderiippuvuuteen liittyy monenlaisia psykososiaalisia ongelmia, ja suuri osa päihderiippuvaisista kärsii masennuksesta tai ahdistuksesta. (Tacke 2006, 135–137.)

2.8 Fysioterapeuttinen tutkiminen nuorten psykiatrisessa hoidossa

Fysioterapeutti voi nuorten psyykkisiin ongelmiin liittyen tutkia nuoren yleistä olemusta sekä nuoren käsitystä omasta ruumiinkuvastaan. Muita tutkimisen osa-alueita voivat olla hengityksen ja asennon arviointi, kyky rentoutua, liikkumisen sekä liikkeen laadun arviointi. Myös oman olotilan tunnistaminen ja nuoren tietoisuus omasta kehosta suhteessa oman kehon hallintaan voivat toimia fysioterapeuttisen tutkimisen menetelminä. Haastattelemalla nuorta fysioterapeutti voi selvittää nuoren ajankohtaisia stressitekijöitä, perheen sairaushistoriaa, perheen kommunikaatiotapoja sekä tapoja selviytyä vaikeuksista. Ruokailu- ja liikuntatottumusten lisäksi selvitetään tiedot kasvusta ja painon kehityksestä sekä unen määrästä ja laadusta. Fysioterapeutti voi huomioida nuoren taipumuksen masentuneisuuteen, suhtautumisen päihteisiin sekä mahdolliseen itsetuhoisuuteen. Apuna haastatteluissa fysioterapeutti voi käyttää strukturoituja haastattelumenetelmiä ja lomakkeita.

Nuoren fysioterapian tunnusomaisena piirteenä voidaan pitää mahdollisesti aikaa vaativa luottamuksen syntymistä nuoren ja fysioterapeutin välille. Fysioterapeutin oma persoona on tärkeä työväline oman kehontuntemuksen ja muun itsetuntemuksen lisäksi.

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Lähteestä riippuen käytän seuraavassa tekstissä rinnakkain käsitteitä psykofyysinen fysioterapia, psykosomaattinen fysioterapia ja mielenterveyttä tukeva fysioterapia.

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Sen pääasiallisina tavoitteina ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta sekä ruumiinkuvan eheytyminen, ruumiinhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Psykofyysisen fysioterapian juuret ovat norjalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapian perinteessä. Lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Suomessa kehitys alkoi voimakkaammin 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen kautta (Psyfy 2010).

Psykofyysistä oireilua saattaa esiintyä useissa sairauksissa ja toimintakykyongelmissa sekä niiden toipumisvaiheessa. Varsinaista asiantuntijuutta tarvitaan erityisesti pitkittyneissä tuki- ja liikuntaelimestön oireissa, syömishäiriöissä, post-traumaattisissa stressireaktioissa, neurologisissa toimintahäiriöissä, masennuksessa sekä erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. Kuntoutuksessa tavoitteet määräytyvät aina kuntoutujan valmiuksien, voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan (Psyfy 2010).

Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat terapeuttinen harjoittelu, ohjaus ja neuvonta. Terapeuttista harjoittelua ovat mm. manuaaliset käsittelyt, hengitysharjoitukset ja rentoutustekniikat sekä ruumiinhahmotusharjoitukset, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet ja toiminnalliset harjoitukset. Lähtökohta terapian onnistumiselle on potilaan/kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen. Terapiaa toteutetaan yksilöllisesti ja/tai ryhmissä (Psyfy 2010).

Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimismenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja mittaaminen. Arvioita tehdään mm. hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, ruumiinkuvasta ja vuorovaikutuksesta. Saavutettujen tulosten arvioinnissa on merkittävää myös potilaan/kuntoutujan itse kokema muutos (Psyfy 2010).

Psykosomaattinen ajattelu perustuu siihen, että ihmisen kehoa, soomaa, ei voi erottaa psyykestä eikä ihmistä hänen ympäristöstään ja vuorovaikutussuhteistaan. Nykyisessä psykosomaattisessa ajattelussa ihmisen henkisellä tasapainolla on tärkeä osa oireenmuodostuksessa. Henkisen tasapainon edellytys on tyydyttävä tai hyvä itsetunto, jolloin ihminen luottaa kykyihinsä selvitä erilaisista tilanteista ja löytää toimivat ratkaisumallit ilman, että hänen psyykinen tai fyysinen olemassaolonsa on uhattuna. Ihmisen psyykinen tasapaino voi horjua ympäristön tai hänen sisäisten uhkatekijöidensä seurauksena. Uhkina voivat olla psykologiset, biologiset, sosiaaliset tai olemassaoloa koskevat tekijät. Kun psyykkiset puolustusjärjestelmät eivät riitä sisäisten ja ulkoisten uhkien hallitsemiseen, alkaa ihminen oirehtia psyykkisesti. (Talvitie 2006, 267–268.)

Psykosomaattinen ajattelu sisältyy myös käytännön fysioterapiaan. Erityisen tärkeää on fysioterapeutin ja kuntoutujan kohtaaminen, jolloin kahden henkilön välille muodostuu ikään kuin silta, jota pitkin keskustelu ja terapiasuhte voivat syventyä. Yhteyden luomiseen tarvitaan keskustelutaidon lisäksi sopiva fyysinen ja psykologinen ympäristö. Tutkimustilanteissa esimerkiksi kosketus vaikuttaa joko lähentävästi tai etäännyttävästi. Terapeutin empaattisuus on kohtaamisen kannalta keskeistä ja kuntoutujan kertomuksen kuunteleminen välttämätöntä. On tärkeää muistaa se hetki, jolloin aluksi ehkä huomaamaton muutos, esimerkiksi kipu, särky tai ahdistus alkoi. Kuntoutujan kuunteleminen tarjoaa tärkeitä tietoja hänen kyvystään osallistua terapiaan ja hyötyä siitä. (Talvitie 2006, 268.)

Mielenterveyttä tukevaa fysioterapiaa käsittelevässä kirjallisuudessa esiintyvät käsitteet psykomotorinen, psykodynaaminen ja psykosomaattinen. Näiden käsitteiden sisällöt ja erot voivat olla epäselviä ja aiheuttaa sekaannusta. Ruotsalainen Gertrud Roxendal on selkiyttänyt omalla luokituksellaan näitä käsitteitä ja niiden suhdetta fysioterapiassa. Roxendalin kehittämässä terapiassa tarkasteltavat toiminnot on jaoteltu havainnoitaviin, arvioitaviin ja harjoitettaviin toimintoihin. Keskeisiä ulottuvuuksia ovat kehon suhde alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskus ja hengitys sekä liikevirtaus ja tietoinen läsnäolo (Talvitie 2006, 270). Roxendalin kehittämässä kehoterapiassa kiinnitetään harvoin huomiota ensisijaisesti lihasjännitykseen tai rentoutumiseen. Lihasjännitykset laukeavat yleensä, kun kehominnan eri ulottuvuudet saadaan toimimaan. Menetelmään kuuluu kolmenlaisia harjoitteita: identiteettiä aktivoivia, kehon rajojen tuntemista lisääviä ja eheyttäviä harjoitteita. (Talvitie 2006, 272.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten fysioterapeuttista tutkimista. Tavoitteena on selvittää millä menetelmillä nuoria tutkitaan fysioterapiassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on myös selvittää kuinka nuorten fysioterapeuttisen tutkimisen tuloksia hyödynnetään.

Tekemäni kyselytutkimuksen vastauksien yhteenvetona hain tietoa seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Mitä tutkimisen menetelmiä fysioterapeutti käyttää nuorten tutkimisessa?
2. Miten fysioterapian tutkimistuloksia hyödynnetään?

Analysoinnissa on käsitelty ensin tutkimusjaksoa ja seuraavana hoitajaksoa. Nämä jaksot on eriytetty mahdollisten fysioterapeuttisten toimintatapojen eroavaisuuksien selvittämiseksi. Eri sairaaloiden toimintatapoja ei vertailtu ja siksi vastauksissa ei käy ilmi se, mistä sairaalasta milloinkin on kyse.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA KULKU

Tein kyselytutkimuksen, jonka kohteena olivat fysioterapeutit, jotka työskentelevät alle 18-vuotiaiden nuorten kanssa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyöni pyrki selvittämään mitä menetelmiä fysioterapeutit käyttävät tässä fysioterapeutin työssään. Valmista valtakunnallista tutkimismenetelmää ei siis ole luotu ja tutkimustyöni pyrki selvittämään mitä eri menetelmiä käytetään psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevien nuorten fysioterapeuttisessa tutkimisessä.

Kyselytutkimus on tapa kerätä aineistoa ja se on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Surveyllä tarkoitetaan sellaisia kyselyyn, haastattelun tai havainnoinnin muotoja joissa aineistoa kerätään standardoidusti (kaikilta vastaajilta samalla tavalla) ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Kyselytutkimuksen etu on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto tehokkaasti ja pienellä vaivannäöllä (Hirsjärvi 1997, 182–184). Huolellisesti tehdyt kysymykset luovat pohjan tutkimuksen onnistumiselle. Vastaajan tulee ajatella samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, muuten tulokset voivat vääristyä. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä eivätkä ne saa olla johdattelevia. (Aaltola 2007, 102.)

Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia: ei voida olla varmoja miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn, annetut vastausvaihtoehdot eivät välttämättä ole vastaajan mielestä onnistuneita eikä vastaaja ehkä ole perehtynyt kyseltävään aiheeseen. Heikkouksina voidaan myös pitää kyselylomakkeen tekemisen aikaa vievyys ja vastamattomuus eli kato. (Hirsjärvi 1997, 184.)

Kysymyksiä voidaan asetella monella tavalla. Yleisimmin käytetyt muodot ovat avoimet kysymykset sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymystyypit. Avoimessa kysymyksessä esitetään pelkkä kysymys ja vastausta varten on tyhjä tila. (Hirsjärvi 1997, 187.)

Avointen kysymysten etuina ovat, että vastaajilta voi tulla hyviä kehitysideoita ja niillä voi saada vastaajan mielipiteen perusteellisesti selville. Huonoina puolina on, että niihin jätetään helposti vastaamatta ja vastaukset voivat olla epätarkkoja ja suurpiirteisiä. Avoimet kysymykset ovat myös työläitä ja aikaa vieviä analysoida. (Aaltola 2007, 124.)

Aineiston keruutapa voidaan jakaa kahdella päätävällä: posti- ja verkkokysely sekä kontrolloitu kysely. Kontrolloitu kysely voidaan vielä jakaa informoituun kyselyyn ja henkilökohtaisesti tarkastettuun kyselyyn (Hirsjärvi 1997, 185–186). Postikyselyllä tarkoitetaan lomaketta, joka lähetetään tutkittavalle täytettäväksi. Tutkittava lähettää lomakkeen sille tarkoitetussa vastauskuoressa takaisin tutkijalle (Hirsjärvi 1997, 185). Lomakkeen mukaan on yleensä liitetty vastausohjeet (Aaltola 2007, 106). Menettelyn etuna on vaivaton aineiston saanti ja nopeus, suurena ongelmana puolestaan kato. Eri-tyisryhmälle lähetetyltä lomakkeelta voi odottaa hieman korkeampaa vastausprosenttia. Usein kyselylomakkeita joudutaan karhuamaan vastaajilta, tällöin vastausprosentti voi nousta 70–80 prosenttiin. (Hirsjärvi 1997, 185.)

Olin TAYS Pitkänien psykiatrian fysioterapiassa fysioterapeuttipintojeni syventävän jakson harjoittelussa tammi-helmikuussa 2011. Tänä aikana olin mukana myös nuorten fysioterapiassa. Tämän käytännön harjoittelujaksone aikana laadin tutkimustyöni kyselylomaketta (liitteet 1 ja 2). Kysymyksien tarkoituksenmukaisuutta arvioin yhdessä opinnäytetyötäni ohjaavan fysioterapeutin ja ohjaavan opettajan kanssa. Kevättalvella tein kyselytutkimukseni kysymyksiin tarkennuksia opintojeni muiden aikataulujen näin mahdollistaessa. Opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn sain valmiiksi kesäkuun 2011 alussa. Tätä kyselyä varten perehdyin aiempiin opinnäytetöihin ja tutkimuksiin, joista sain tietoa kysymysten asetteluun liittyen. Lopulliseen muotoon kysely asetui opinnäytetyötä ohjaavan opettajani kanssa tehdyn yhteistyön tuotoksena.

Sain luvan opinnäytetyön tekemiselle Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä sen ollessa yhteistyökumppanini. Jo tätä ennen olin yhteydessä jokaiseen kyselytutkimuksessa mukana olleeseen yliopistolliseen sairaalaan ja varmistin kunkin sairaalan lupaprosessin ja siinä menettelyn tutkimustyöluvan hakemiselle. Opinnäytetyöhöni liittyvät kyselyt (liite 1 ja 2) lähetin sairaaloiden fysioterapeuteille. Heidän yhteystietonsa sain kunkin sairaalan puhelinvaihteen kautta.

Valmiin tutkimustyöhöni liittyvän kyselyn pääsin postittamaan touko-kesäkuun vaihteessa 2011. Ensimmäiset vastaukset sain ennen juhannusta, kahdet vastaukset elokuun alussa ja viimeisimmät syyskuun alkupuolella 2011. Olin tällöin viimeisellä opintoihini liittyvällä harjoittelujaksolla, joka työllisti minua niin, että pääsin tekemään lopullista kyselytutkimuksen yhteenvetoa ja analysointia lokakuun alussa.

Kyselyyn osallistuneet fysioterapeutit vastasivat kyselyyni joko käsin tai koneella kirjoittaen. Tein kyselyvastuksista koonnin siten, että kirjoitin tekstinkäsittelyohjelmalla kaikkien antamat vastukset sanasta sanaan kysymyskohtaisesti. Tämän jälkeen muokkasin vastaukset yhtenäisiksi luettavaan muotoon. Opinnäytetyöni valmistui marraskuun alussa 2011.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Laadin kyselytutkimukseni kysymykset koskemaan erikseen tutkimusjaksoa ja hoitajaksoa. Tällä menettelyllä halusin mahdollistaa näillä jaksoilla mahdollisesti toisistaan poikkeavien tutkimisen menetelmien esiin nousemisen. Tutkimus- ja hoitajaksojen välillä ei ollut isoja eroja eri tutkimisen menetelmissä. Kyselyn vastauksien koonti on kuitenkin tehty mainitut jaksot toisistaan erottaen mahdollisten eroavaisuuksien havainnoimiseksi.

Yhdessä sairaaloista tutkitaan noin 60–70 uutta nuorta vuoden aikana, yhteensä noin 300 yksilöfysioterapiatapaamista vuodessa. Toisessa sairaalassa tutkitaan noin 150 nuorta vuoden aikana. Kolmannessa 30 – 40 ja neljännessä usea sata, tarkempaa määritelmää tälle ei kyselyn kautta saatu.

6.1 Nuorten tutkimusjakso

6.1.1 Tutkimusjaksoilla olevien nuorten lääketieteelliset diagnoosit

Kaikki neljä kyselyyn vastanneista fysioterapeuteista kertoivat nuorten diagnoosien esiintyvän lähes samoin. Jo määriteltynä diagnooseina tutkittavilla nuorilla ovat syömishäiriöt (eri muodot), 2-suuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia ja psykoosioireet, identiteetti- ja ahdistuneisuushäiriöt, sosiaalisten tilanteiden pelko, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö sekä Aspergerin oireyhtymä ja autismin kirjon diagnoosit. Diagnooseina myös erilaiset traumat (väkivalta, psyykinen ja fyysinen uhka), muu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö, itsemurhayritykset, päihteiden käyttö, sosiaaliset vaikeudet sekä oppimiskyvyn häiriöt ja koulunkäynnin vaikeudet ovat mahdollisia. Vastauksissa mainittiin lisäksi masennusoireet ja eriaisteiset masennustilat, määrittämätön eielimellinen psykoottinen häiriö, pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö, lapsuuden sosiaalinen ahdistushäiriö ja valikoiva puhumattomuus.

6.1.2 Sairaalahoidossa olevien nuorten ongelmat

Tutkimusjaksolla olevien nuorten ongelmina ovat koulunkäyntivaikeudet ja eristäytyminen, yksinäisyys, sosiaalisten tilanteiden pelko, syömishäiriöt, kiputilat, keskittymisvaikeudet, mielialahäiriöt, masennus, itsetuhoisuus, ahdistuneisuus, psykoottisuus sekä kotiympäristön riittämätön tuki.

6.1.3 Nuorten tutkimisessa käytettäviä fysioterapian menetelmiä ja tapoja

Menetelmien laajuus vaihteli huomattavasti vastaajien kesken. Kaikissa neljässä sairaalassa fysioterapeuttinen alkuhaastattelu sisältää yleisen terveydentilan arvioinnin, kartoituksen syistä osastolle tuloon ja elämäntilanteesta sekä harrastukset, varsinkin liikunnalliset. Liikkuvuuden arvioinnissa kaksi vastaajaa mainitsi Berit Bunkkanin voimavara-arvion. Tästä he ovat ottaneet käyttöönsä osiot asennon, hengityksen, kehon joustavuuden, lihaksiston, autonomisen hermoston reaktioiden sekä ruumiinkuvakyselyn osalta. Yksi vastaaja mainitsi käyttävänsä Roxendalin liiketestejä osittain sekä lisäksi nuoren taustaan liittyen esimerkiksi neurologisia testejä tai ahdistuneisuus-masennus-kyselyjä. Kaksi vastaajaa mainitsee erikseen arvion nuoren unesta ja sen laadusta. Yksi vastaaja kertoo käyttävänsä B-BAT-menetelmää (Basic Body Awareness Therapy) tätä tarkemmin määrittelemättä. Toinen vastaaja kertoo käyttävänsä suomennettua B-BAT-alkukyselylomaketta.

Muina mittaamisen ja arvioinnin osa-alueina mainittiin hamstring-kireyden arviointi, olkanivelenliikkuvuus, vartalonsivutaivutus, vartalon fleksio, selän joustotestit seinää vasten (Berit Bunkkan), kehon liikekeskus, vuorovaikutus sekä tyytyväisyys omaan ulkonäköön sekä kehon kuvan värittäminen (punaisella alueet joihin tyytymätön ja sinisellä alueet joihin tyytyväinen). Yksi vastaaja mainitsi nuoren eri itsearviointit jänällä (terveydentila, ulkonäkö ja kipu). Yksi vastaaja mainitsi käyttävänsä motorisessa arvioinnissa Movement ABC-2 testiä. Jalanlinjauksen ja ryhdin arviointi mainittiin kahdessa vastauksessa.

Yksi vastaaja mainitsi käyttävänsä syömishäiriöisten fysioterapiassa BITE-mittaria (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh), omakuvapiirrosta ja sekä kyselyä nuoren suhtautumisesta omaan kehoonsa. Yksi vastaaja mainitsi videoinnin yhtenä työvälineenä, kun arvioidaan asentoa ja liikkumista. Tarkentavina testaamisen ja mittaamisen osiina yksi vastaaja mainitsi puristusvoimamittauksen ja pef:in sekä arvioinnin nuoren kyvystä rentoutua. Yksi vastaaja arvioi tarvittaessa nuoren suhdetta keskilinjaan, alustaan ja peilikuvaan.

6.1.4 Itse kehitettyjä mittareita nuorten tutkimisessa

Yksi vastaaja mainitsee, että *”meillä on psykiatrian klinikan käytössä oleva muistilista, joka sisältää tutkittavat asiat eli yhtenäinen perusteellinen tapa, jossa on pohjana Berit Bunkanin tutkimus”*. Toisen vastaajan mukaan käytössä ei ole mitään itse kehitettyjä testejä tai tutkimuslomakkeita. Vastaaja kertoo käyttävänsä haastattelun ja tutkimisen pohjana anorexiapotilaille tarkoitettua tutkimuskaavaketta. Kolmas vastaaja mainitsee oman testistönsä, joka on oma yhdistelmä syömishäiriöisen tutkimuslomakkeesta. Tässä arvioidaan ryhtiä, lihaksistoa, rentoutumiskykyä ja haastatellaan potilasta, lisäksi syömishäiriöisen lihasjännityspiirros. Neljäs vastaajista mainitsee käytössään olevan lähinnä yleisesti tiedossa olevat lomakkeet.

6.2 Nuorten hoitajakso

6.2.1 Hoitajaksolla olevien nuorten lääketieteelliset diagnoosit

Kaikki neljä vastaajaa mainitsevat hoitajaksolla olevien nuorten diagnooseiksi samat kuin tutkimusjaksolla olevien nuorten. Yksi vastaaja mainitsee hänen työpaikassaan olevan nuorten kuntoutuksen eli erilliset hoidon- ja kuntoutuksen osastot, joista jälkimmäisillä hoidetaan enemmän psykoosisairaita nuoria. Yksi vastaaja mainitsee hoitajakson olevan hieman lyhyempi kuin tutkimusjakso, lisäksi jotkut nuoret tulevat sovitustikin uudestaan intervallijaksolle.

6.2.2 Hoitojaksolla sairaalassa olevien nuorten ongelmat

Kaikki neljä vastaajaa mainitsivat saman kuin tutkimisjaksolla olevien nuorten kohdalla. Nuorten ongelmina mainittiin koulunkäynti-, oppimis- ja keskittymisvaikeudet, sosiaalisten tilanteiden pelko, ahdistuneisuus, kotiympäristön riittämätön tuki, epätasapaino vuorokausirytmisissä sekä itsetuhoisuus.

Yksi vastaajista mainitsee lisäksi nuorten pääsääntöisesti aina aluksi tulevan tutkimusjaksolle, jossa mietitään mistä on kysymys ja siitä jatketaan hoito- tai kuntoutusosastolle. Nuoret ovat samanlaisten ongelmien takia myös näillä osastoilla. *”Nuori saattaa olla osastolla myös siksi, että tarvitsee paikan sairaalakouluun ja hänellä ei ole ns. polikliinista koulupaikkaa, jolloin on tärkeää, että nuori on osastolla ja käy koulua. Nuoria pyritään hoidossa kuntouttamaan takaisin yhteiskunnan jäseniksi ja tuleviksi veronmaksajaksi”*.

6.2.3 Hoitojaksolla olevien nuorten fysioterapiassa käytettäviä tutkimismenetelmiä

Kaikki neljä vastaajaa mainitsivat käyttävänsä tässä samoja menetelmiä kuin aiemman tutkimusjaksoon liittyvän kysymyksen kohdalla. *”Käytän Berit Bunkanin voimavara-arviota asennon, hengityksen, joustavuuden, lihaksiston, autonomisen hermoston reaktioiden ja ruumiinkuvakyselyn osalta sekä Roxendalin liiketestejä osittain”*, kertoo yksi vastanneista fysioterapeuteista. Lisäksi sama vastaaja käyttää nuoren taustaan liittyen esim. neurologisia testejä, ahdistuneisuus-masennus-kyselyjä, erilaisia oirekyselyjä näitä tarkentamatta sekä suomennettua B-BAT alkukyselylomaketta, fyysisen kunnon mittareita (kipukarttaa / VAS-mittaria) ja syömishäiriöisillä BITE-mittaria (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh) sekä omakuvapiirrosta. Myös Suhtautuminen omaan kehoon-kysely, liikuntapäiväkirja sekä kysely reviiristä nuoren itsensä kokemana, nuoren unen laadusta ja rentoutumiskyvystä ovat hänen käytössään.

6.2.4 Itse kehitettyjä mittareita nuorten tutkimisessa

Yksi vastaaja mainitsee psykiatrian klinikan käytössä olevan muistilistan, joka sisältää tutkittavat asiat (yhtenäinen perusteellinen tapa, jossa on pohjana Berit Bunkanin tutkimus) sekä lisäksi itse laaditun rentoutusryhmän palautelomakkeen. Tässä mainitussa ryhmässä vastaaja kertoo käytettävän erilaisia rentouttavia liikeharjoituksia ja rentoutustekniikoita, jotka *”on suunnattu syömishäiriöisille pääosin ennen ruokailua helpottamaan ahdistuneisuutta”*. Toinen vastaajista ei käytä mitään itse kehittämiään testejä. Kolmas vastaaja mainitsee syömishäiriöisen tutkimuslomakkeen ja lihasjännityspiirroksen. Neljäs vastaaja mainitsee käyttämiensä testien olevan lähinnä yhdistelmiä monista testeistä ja käytössä tarpeen mukaan.

6.3 Fysioterapian menetelmillä saadun tiedon hyödyntäminen nuoren hoidossa

Kaikki neljä vastaajaa mainitsevat fysioterapian yhtenä osana moniammatillisen tiimin työskentelyä. Yksi vastaajista mainitsee, että *”jokainen psykofyysinen fysioterapiakerta on aina tutkimuksellinen. Pyrin aina arvioimaan nuoren vuorovaikutusta sekä toimintaa, lisäksi myös arvioin nuoren edistymisestä niissä asioissa, joita olen varsinaisessa tutkimisessani huomionut. Toisin kuin esimerkiksi toimintaterapeutit eivät fysioterapeutit tee meillä pelkästään tutkimusta vaan tutkimus on osa psykofyysistä fysioterapiaa”*. Vaikka vastaaja työskentelee tutkimus- ja hoito-osastolla ja nuoret tulevat osasto-tutkimuksiin, pyrkii hän fysioterapeuttina rakentamaan fysioterapian niin, että nuori saa fysioterapiasta jonkinlaisen hyödyn. Siten, että nuori toivon mukaan pystyy siirtämään tätä omaan arkeensa.

Toinen vastaaja mainitsee fysioterapian tutkimismenetelmillä saatua tietoa käytettävän ehkä niukasti. *”Nuorten omahoitajat ja lääkärit kyllä kiinnostuvat ajoittain löydöksistä. Fysioterapian menetelmillä saatua tietoa voidaan käyttää pohjana esim. jatkohoitosuunnitelmassa”*. Tässä kohdassa vastaaja mainitsee, että hänen edustamansa sairaalan toimialueella ei psykofyysisen fysioterapian osaajia ole juuri psykiatrian klinikan ulkopuolella.

Kolmas vastaaja mainitsee, että ”fysioterapiakäynnit kirjataan osastolla olevan nuoren hoitopäiväkertomukseen ja esille tulleita asioita käsitellään myös moniammatillisissa tiimeissä ja raporteilla”. Neljäs vastaaja mainitsee fysioterapeutin tiedon olevan yksi osa koko tiimin tietoa ja olevan käytössä yhtenä tietovälineenä nuoren hoidossa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevien nuorten *fysioterapeuttisessa tutkimisessa ei kyselyvastauksien mukaan ole isoja eroavaisuuksia tutkimus- ja hoitojaksojen välillä*. Kaksi vastaajista mainitsi itse *laaditut syömishäiriöisen tutkimuslomakkeet sekä yksi vastaaja rentoutusryhmän palautelomakkeen*. Kaikki neljä vastaajaa mainitsevat fysioterapian olevan osa moniammatillisen tiimin työskentelyä. Yksi vastaajista mainitsee, että *jokainen psykofyysinen fysioterapiakerta on tutkimuksellinen*. Hän pyrkii työssään aina arvioimaan nuoren vuorovaikutusta sekä toimintaa, lisäksi myös arviointia nuoren edistymisestä niissä asioissa, joita on varsinaisessa tutkimuksessaan huomionut. Yksi vastaajista mainitsee, että *fysioterapian tutkimismenetelmillä saatua tietoa käytetään ehkä niukasti*. Nuorten omahoitajat ja lääkärit kyllä kiinnostuvat ajoittain löydöksistä. Sama vastaaja mainitsee myös, että hänen edustamansa sairaalan toimialueella ei psykofyysisen fysioterapian osaajia juuri ole psykiatrian klinikan ulkopuolella.

Kyselyyn osallistuneiden fysioterapeuttien vastauksista nousi esiin se, että *olisi hyvä kehittää nuorten fysioterapeuttisen tutkimisen yhtenäistä käytäntöä valtakunnallisesti*. Nykyinen ikähaitari nuorisopoliklinikan potilaissa on 13 – 21 vuotta. Eräs vastaaja toi esiin kysymyksen siitä *miten tutkia eri nuoruusvaiheessa olevia, kun kehitystasoissa on suuria eroja samanikäisten välillä*. Tämän lisäksi nuoruusiän kehitystehtävien saavuttaminen tapahtuu yksilöllisesti eri tahdissa. Toinen vastaaja esitti, että *psykofyysiseen fysioterapeuttiseen tutkimiseen ja terapiaan tarvittaisiin lisää tutkittua tietoa erilaisista menetelmistä*.

Opinnäytetyöni on empiirinen tutkimus, joka antaa tietoa ja näkökulmaa nuorten alle 18-vuotiaiden fysioterapeuttiseen tutkimiseen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yliopistollisissa sairaaloissa. Kyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien kiinnostus työtäni kohtaan oli todella positiivista ja kaikki vastaajat olivat hyvin yhteistyöhaluisia. Opinnäytetyöni aiheita pidettiin sekä mielenkiintoisena että tärkeänä. Koin opinnäytetyöni kyselytutkimuksen vastauksien antavan työvälineitä itselleni tulevassa fysioterapeutin ammatissa. Oman oppimiseni kannalta sain kokemusta kyselytutkimuksen teknisestä suorittamisesta.

Kysymyksien laatiminen oikeaan muotoon haluttujen asioiden selvittämiseksi sekä saatujen vastauksien purkaminen ja analysointi olivat mielestäni suurimmat haasteet tässä opinnäytetyössä. Uskon opinnäytetyöni antavan myös arvokasta lisätietoa kaikille nuorten kanssa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja vapaaehtoistoimijoille.

Nuorten fysioterapeuttinen tutkiminen psykiatriassa voisi mielestäni olla aiheena myös tulevissa opinnäytetöissä, tästä esimerkkinä kyselytutkimukseni kautta tullut aihe *miten tutkia eri nuoruusvaiheessa olevia, kun kehitystasoissa voi olla suuria eroja samankäikäisten välillä*. Toinen merkityksellinen tutkimusaihe voisi olla *vuorovaikutuksen merkitys ja vaikutus fysioterapiatilanteessa nuoren ja fysioterapeutin välillä*.

LÄHTEET

Aaltola, Valli 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ebeling, Korhonen, Laukkanen, Lehto-Salo, Marttunen, Närhi, Ranta & Tacke teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.). 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Kustannus Oy Duodecim.

Heinonen, K. & Valkama, T. Opinnäytetyö. 8.4.2010. Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan suomentaminen. The Comprehensive Body Examination (CBE). Metropolia Ammattikorkeakoulu, fysioterapian koulutusohjelma.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. MISSION: POSSIBLE, Opa opinnäytteen tekijälle. Tampere, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Räsänen teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist F. (toim.). 1996. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim.

Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. Fysioterapia. 2006. Edita.

www.psyfy.net Luettu 1.2.2011.

www.ednses.com/downloads/BITE.doc Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)

Luettu 27.10.2011

LIITE 1

Kyselytutkimukseni saatekirje ja kysymykset

Sakari Hovi
Fysioterapian koulutusohjelma
Tampereen Ammattikorkeakoulu

Hyvä fysioterapeutti !

Teen fysioterapeuttiopintojeni opinnäytetyötä aiheesta

Nuoren alle 18-vuotiaan fysioterapeuttinen tutkiminen Suomessa nuorten psykiatrisessa hoidossa.

Opinnäytetyöni avulla on mahdollisuus jakaa tietoa ja kokemuksia yliopistollisten sairaaloiden fysioterapeuttien kesken siitä, miten psykiatrisessa hoidossa olevia nuoria tutkitaan fysioterapian näkökulmasta eri puolilla Suomea. Samalla on mahdollisuus edelleen kehittää tutkimisen tapoja. Opinnäytetyöni voi mahdollistaa tiedon jakamista ja helpottaa fysioterapian kehittämistyötä. Valmistuttuaan opinnäytetyöni tulee yleiseen käyttöön osoitteeseen www.theseus.fi.

Pyydän Sinun vastaavan tämän saatekirjeen liitteenä oleviin kysymyksiin 5.8.2011 mennessä ja postittamaan kyselylomakkeen sekä mahdolliset kopiot kysymyksissä esitetyistä tutkimislomakkeista mukana tulleella kirjekuorella. Mahdollisten tarkentavien kysymysten kohdalla voit ottaa minuun yhteyttä.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen,

Fysioterapeuttiopiskelija Sakari Hovi

LIITE 2

Sakari Hovi
Fysioterapian koulutusohjelma
Tampereen Ammattikorkeakoulu

Kyselytutkimus nuoria tutkivalle fysioterapeutille

1. Kuinka paljon nuoria tutkitaan fysioterapian menetelmin sinun työpaikassasi (koko-
naismäärä vuodessa)?

Nuorten fysioterapeuttinen tutkiminen tutkimus- ja hoitjaksoilla:

Tutkimusjaksolla oleviin nuoriin liittyen voit vastata seuraaviin kysymyksiin

2. Mitä lääketieteellisiä diagnooseja nuorilla mahdollisesti on?

3. Minkä ongelmien vuoksi nuoret ovat sairaalahoidossa?

4. Mitä eri menetelmiä ja tapoja käytät nuorten tutkimisessa?

5. Millaisia itse kehittämiäsi testejä ja tutkimuslomakkeita mahdollisesti käytät nuorten
tutkimisessa?

Hoitojaksolla oleviin nuoriin liittyen voit vastata seuraaviin kysymyksiin

6. Mitä diagnooseja nuorilla mahdollisesti on?

7. Minkä ongelmien vuoksi nuoret ovat sairaalahoidossa?

8. Mitä eri menetelmiä ja tapoja käytät nuorten tutkimisessa?

9. Millaisia itse kehittämiäsi testejä ja tutkimuslomakkeita mahdollisesti käytät nuorten tutkimisessa?

10. Kuinka fysioterapian menetelmillä saatua tietoa hyödynnetään nuoren hoidossa?

11. Mitä muuta haluaisit sanoa nuoren fysioterapeuttiseen tutkimiseen liittyen?

LIITE 3



Elämän
tähden

HAKEMUS / LUPA
Opinnäytetyölle / tieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet Sakari Hovi	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka <input type="text"/>	Sähköposti <input type="text"/>	Puhelin <input type="text"/>
Ammattikorkeakoulu / yliopisto Tampereen Ammattikorkeakoulu		Koulutusohjelma / laitos Fysioterapia	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi NUORTEN FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN PSYKIATRISISSA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA			
Vastuualue / yksikkö, jossa opinnäytetyö / tutkimus toteutetaan TAYS Pitkänieni			
Opinnäytetyön / tutkimuksen tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta Tutkimustyöni tarkoituksena on selvittää mitä tällä hetkellä käytössä olevia menetelmiä fy-sioterapeuteilla on tutkiessaan alle 18-vuotiaita nuoria psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yliopistollisissa sairaaloissa. Teen kyselytutkimuksen, jonka kohteena ovat fysioterapeutit, jotka työskentelevät alle 18-vuotiaiden nuorten kanssa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yliopistollisissa sairaaloissa.			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetöihönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetöihin käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.			
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)			
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovittu _____ kanssa			
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan ylihoitajalle ja <input type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____			
Työryhmä			
AMK/ yliopisto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimeselvennys		Puhelin <input type="text"/>
Vastuualue/ osasto	<input type="text"/>		Puhelin <input type="text"/>
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön) 22.6.2011 <input type="text"/>			

PÄÄTÖS

Lupa opinnäytetöihin / tutkimukseen myönnetään <input type="checkbox"/> hakemuksen mukaisesti <input checked="" type="checkbox"/> päätöksessä nro <u>33</u> mainituin edellytyksin	
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin _____	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, perustelut: _____	
Pvm ja allekirjoitus <u>29.6.2011</u> <input type="text"/>	

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Jakelu: 1) alkuperäinen päättäjällä, 10v

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Tays no LP166b 04.10